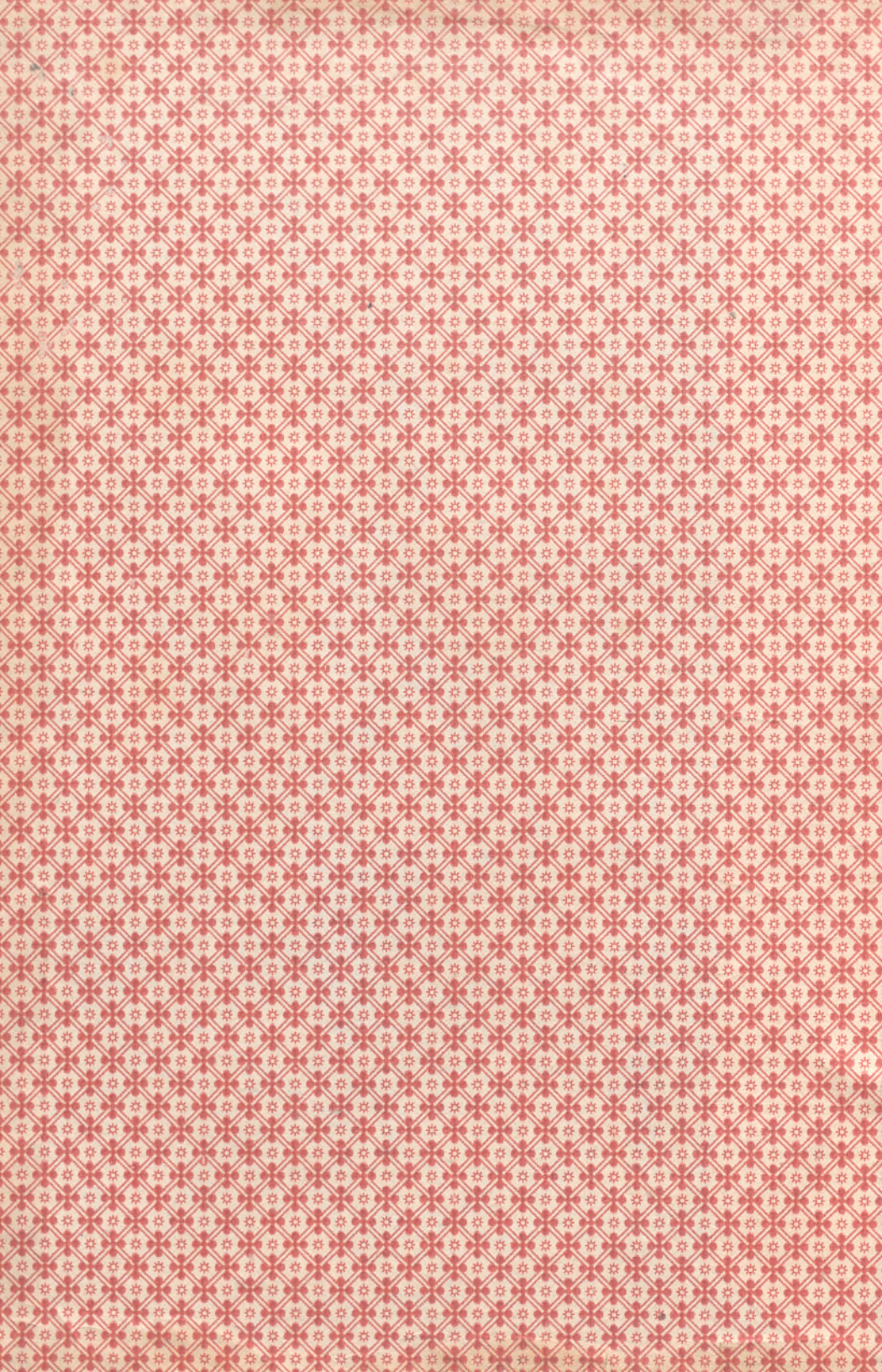
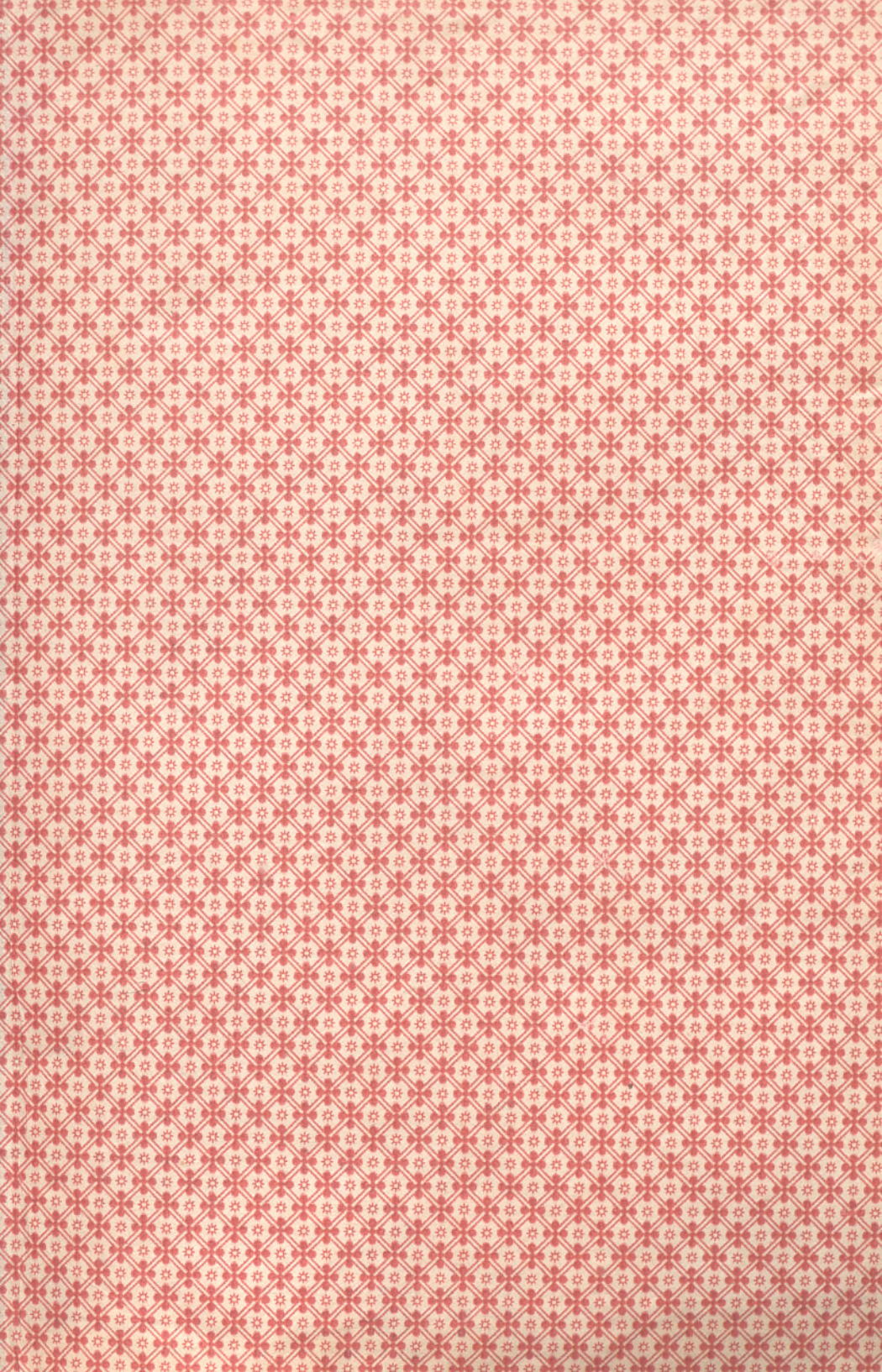










TRATADO
DE
GINECOLOGÍA

C. 1153841

119040

DR. S. RECASENS

TRATADO
DE
GINECOLOGÍA

c. 1920

TALLERES TIPOGRÁFICOS «CUESTA»
VALLADOLID

ES PROPIEDAD



093403

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Si bien el estudio de las enfermedades especiales de la mujer pertenece a todas las épocas, ninguna especialidad de la Medicina ha experimentado un tan extraordinario crecimiento, en estos últimos treinta años, como la Ginecología, que desde un estado que pudiéramos llamar embrionario, ha llegado a un grado tal de desarrollo, que en el terreno patológico y de diagnóstico ninguna le aventaja, y si bien por lo que al tratamiento se refiere faltan aún algunos problemas que resolver, las últimas orientaciones marcan un camino repleto de esperanzas, cuya realización esperamos pronto ver confirmadas.

En los libros de Moisés se hace mención del himen como señal de virginidad y hácese referencia a la menstruación y a sus alteraciones.

En las épocas anteriores a la civilización griega, en jeroglíficos egipcios, hállanse dibujos de úteros en distintas formas, lo que demuestra que había llamado la atención este órgano y las anomalías que en él existían. Siglos después, cuando la civilización griega, encuéntrase, junto con las otras pruebas del espíritu observador de las escuelas de Cnido y de Coss, datos que demuestran que no habían pasado desapercibidos algunos de los fenómenos que atañen al aparato sexual femenino. En las obras de Hipócrates se encuentran cuatro libros, de autenticidad indudable, que tratan del aparato genital femenino. El oráculo de Coss practicaba la dilatación del cuello uterino por medio de bujías apropiadas; la hysterotomía en las imperforaciones y estrecheces del cuello; la versión por maniobras internas; la fetotomía y otras operaciones cuyo origen se conceptúa generalmente moderno. En los libros hipocráticos hállanse muchas referencias a perturbaciones de la vida sexual de la mujer.

San Lucas, en el «Nuevo Testamento», hace mención de una mujer que había gastado todos sus haberes en médicos para curarse unas enormes pérdidas de sangre que tenía por sus genitales, sin conseguirlo.

El pesario de aire de Gariel tiene su predecesor, por lo que algunos dibujos de la época demuestran, en los siglos II y III antes del cristianismo.

Los egipcios fueron maestros de los griegos y éstos lo fueron de los romanos, y la civilización griega; al llegar a Roma, llevó consigo también los estudios y conocimientos de Medicina: encuéntrase ya en la época de Celso,

en el primer siglo después de Jesucristo, libros que tratan de las enfermedades del aparato genital femenino.

Celso menciona un espéculum; Sorano de Efeso y Moschion escribieron libros, no solamente sobre lo que se refiere al fisiologismo, sino también a enfermedades del aparato sexual femenino. En el Museo Borbónico de Nápoles se halla un espéculum bivalvo encontrado en las ruinas de Pompeya. De aquellas épocas encuéntrase noticias de la existencia de un espéculum que servía lo mismo para reconocer el recto que la vagina, y ese instrumento, que precisaban para el diagnóstico y reconocimiento de las úlceras de la matriz, cayó en completo olvido y pasáronse años y más años sin que se conozca nada que haga referencia a la patología sexual femenina y al uso de los medios de exploración. Solamente los compiladores, Pablo de Egina entre ellos, recogiendo los conocimientos de la época, restantes de la civilización romana, les dieron forma e hicieron su publicación, y por ello vuélvese a encontrar en sus obras algo referente a enfermedades del aparato sexual femenino: se recomienda el uso del espéculum o dioptro y el empleo de medios tópicos que sirven para alcanzar la curación de esa clase de procesos. Describe Pablo de Egina un medio terapéutico que solamente hace catorce o quince años ha vuelto a emplearse de nuevo como agente curativo ginecológico: la aplicación del vapor al tratamiento de procesos inflamatorios de la matriz; «*nihil novum sub sole*».

Estudiando la historia de la Ginecología, llama la atención cómo se van repitiendo los descubrimientos de cosas que, habiendo sido empleadas como medio general, dejaron de usarse sin saber por qué. Aristóteles, hace dos mil años, decía: «Es probable que el dominio de todo arte y de toda sabiduría humana se haya explorado ya completamente repetidas veces, olvidándose otras tantas todos sus tesoros, hasta el punto de llegar a parecer del todo nuevos cuando vuelven otra vez a descubrirse». A la época de los compiladores romanos sucede la invasión de los sarracenos con su ímpetu destructor; quémase la Biblioteca de Alejandría, donde existían los verdaderos tesoros en ciencia y arte que el mundo poseía, y poco después de la destrucción de aquella, son los mismos árabes los que se ocupan de ciencia, los que trabajan, los que hacen, los que crean algo de lo que a ciencia y arte se refiere. De destructores pasan a cultivadores y llégase así a la época floreciente de la civilización árabe, donde los nombres de Averroes, Avicena, Abulcasis, médico del Califato de Córdoba, representan la compilación de la ciencia médica de aquellos siglos. En los libros de Abulcasis, que floreció en el siglo XI, vuélvese otra vez a mencionar el espéculum tubular y el bivalvo y encuéntrase indicaciones precisas de cómo se podría usar un estilete introducido dentro de la boca de la matriz para hacer el reconocimiento de las partes internas de este órgano; describió, si bien sin darle explicación, un caso de embarazo extrauterino con salida del feto por las paredes del vientre.

Los árabes poco hicieron para el adelanto de la Ginecología, porque tenían prohibido por el Corán el examen de los genitales femeninos; la asistencia a los partos, así como el reconocimiento de las enfermedades del aparato sexual femenino, estaba prohibida a los hombres; la relajación de sus costumbres había llegado a tal grado, que solamente en casos graves podía un médico reconocer las partes pudendas femeninas. Encargadas, pues, las mujeres de la asistencia a los partos y del reconocimiento de las enfermedades del aparato sexual femenino, la ciencia no progresó en este sentido y sólo de su época quedaron los principios que, procedentes de la civilización romana, no fueron destruidos u olvidados con el tiempo.

Después de esa época, pasaron unos cuantos siglos sin que se marcara progreso alguno en esta especialidad o por lo menos sin que sepamos nada referente a ella, y es preciso llegar al siglo xvii, en tiempos de Ambrosio Pareo, para ver utilizado nuevamente el espéculum bivalvo; en las láminas de las obras de Esculteto encuéntrase perfectamente dibujados un dilatador de la matriz y un espéculum de valvas para el reconocimiento de las partes profundas del aparato sexual femenino. Las guerras constantes de aquellas épocas impidieron el desarrollo de toda ciencia, aun el de la Medicina, siendo preciso, para encontrar modalidades distintas, llegar al siglo xix, pudiéndose afirmar que es en éste donde, desde sus comienzos, se marcan orientaciones en el sentido quirúrgico, que han conducido, a principios del siglo xx, a formar de esta especialidad una de las más avanzadas de las que integran la Medicina.

En 1801 apareció Recamier, y aquellos espéculums que se habían usado tantas veces, y tantas veces se habían relegado al olvido sin que nadie cuidara más de ellos, volvieron otra vez a usarse en la práctica diaria, sirviendo un día y otro para la exploración del aparato sexual femenino. Recamier se atrevió unos cuantos años más tarde, no sólo a practicar la exploración de las partes genitales, sino a introducir una cucharilla dentro de la matriz para raspar la superficie interna y extraer con ella trozos de lo que pudiera reputarse patológico; la cucharilla de Recamier es la que marcó una orientación realmente distinta en la terapéutica ginecológica.

A la par que se practicó la intervención quirúrgica en algunos procesos del útero, como hizo Recamier, Efraim Mac-Docwell, médico de Kentucky, en 1806 abrió el vientre a una mujer para sacarle un tumor, que resultó un quiste del ovario; lo pediculizó, cerró el vientre, y la enferma sanó. Esta terapéutica pasó luego de uno a otro continente, llegó a Inglaterra y luego a Alemania, pero con éxitos tan escasos, que un número tan considerable de muertes, que, si bien en la historia queda el año 1806 como señalando la fecha de la primera ovariectomía, no marca la era del tratamiento operatorio de los quistes ováricos, sino sólo el hecho notable que demostró la posibilidad de curar esos procesos con intervenciones quirúrgicas.

En 1822, Sauter practicó la que es considerada como primera histerectomía vaginal, siendo en realidad repetición de la que en 1500 practicó Andrés Cruce, de Granada, y asombra el pensar que la practicó por una lesión cancerosa de la matriz y que la enferma curó; leyendo cómo se practicó la operación, sin aplicar pinza ni ligadura alguna en los pedículos de los ligamentos cortados, asombra que no muriera la enferma de hemorragia y perdiera sólo libra y media de sangre.

Aquella intervención primera de Sauter fué seguida después por Lan, el cual practicó varias histerectomías vaginales con ligadura de los pedículos; pero los resultados debían ser tales, que en una obra del Barón de Boyer, publicada hacia el año 40 (cuya 6.^a edición, traducida al español, se publicó en el 53), este célebre cirujano francés, al hablar de la histerectomía vaginal, decía: «se han practicado una serie de operaciones de extirpación de matriz, y no vale la pena de hacerla, ni es tentativa que deba realizarse ni repetirse, ya que entre todos los casos operados sólo son tres los que han curado de la operación, para morir al cabo de un año de ulceración cancerosa». Esto decía Boyer en el año 40, y en la Cirugía de Argumosa, publicada el 55, se lee, al hablar de la extirpación de la matriz: «el solo anuncio de la operación conmueve; la matriz, a pesar de su profundidad y supremacía, ha caído también en manos de la Cirugía, quizás para desgracia de ésta y de las mujeres».

Este lenguaje del célebre cirujano español, que refleja el común pensar de la época, contrasta con las cada vez más numerosas tentativas que se realizaban para curar por medios quirúrgicos los procesos neoplásicos genitales de desarrollo abdominal.

Las ovariectomías se repetían en los más distintos países; pero las tentativas realizadas en París fueron seguidas siempre de tan fatal resultado, que la Academia de Medicina, de París, falló en los siguientes términos: «la ovariectomía es una operación bárbara y homicida», siendo preciso los éxitos obtenidos en esta operación por Pean, Segond y otros para rehabilitarla bastantes años más tarde.

En muchos casos, errores diagnósticos condujeron a la práctica de laparotomías en enfermas con tumores sólidos uterinos o anexiales, y en casi todos, al comprobar que en vez de un quiste era una neoplasia sólida, se cerraba nuevamente el vientre, sin intentar siquiera la extirpación.

De siete casos publicados de esta naturaleza tres fueron seguidos de muerte inmediata a la operación, y los cuatro restantes siguieron las enfermas el curso que la naturaleza del proceso imponía.

En el año 1844, Kimball practicó la primera laparotomía con el decidido propósito de sacar un tumor sólido del útero; realizó la histerectomía siguiendo un procedimiento análogo al recomendado más tarde por Koeberle, de Estrasburgo, y los resultados, favorables, hicieron que entrara en la terapéutica

ginecológica, no sólo la laparotomía, para alcanzar la curación de los quistes del ovario, sino también la de los fibromas del útero.

En este estado quedó la Ginecología durante una porción de años, en los que las discusiones se establecían un día y otro día sobre cuáles eran los procesos que determinaban los principales sufrimientos de la mujer que se conceptuaba afectada del aparato genital, y en si el cáncer era una enfermedad local o general, afirmando unos que lo primero que aparece es la úlcera cancerosa, y otros que es ésta una manifestación discrásica, y así pasáronse años y años, en los que sólo la fuerza imaginativa privaba en las discusiones de la Academia de Medicina de París.

Es en Inglaterra y en Norte-América donde con más entusiasmo se dedicaron a las cuestiones ginecológicas dando lugar a la aparición de dos grandes partidos de opinión.

Al reconocer a las mujeres encontraban, la mayor parte de los que a la Ginecología se dedicaban, desviaciones, dislocaciones de los órganos genitales, especialmente del útero, siendo el gran Simpson el inventor de la anestesia por medio del cloroformo, uno de los más decididos defensores de esta opinión; según el genial médico de Edimburgo, las principales causas de las enfermedades que las mujeres padecen en su aparato genital son las dislocaciones, y de esta opinión participaban la mayor parte de los médicos ingleses y americanos; apareció en 1850 Bennet, médico de Londres, y dijo, en oposición a Simpson y a su escuela, que los procesos de dislocación son secundarios a la inflamación de los órganos uterinos, afirmando que la principal causa de las enfermedades de los órganos femeninos depende de las inflamaciones de la matriz, y que debe buscarse en éstas y en su tratamiento adecuado la curación de esos procesos. Sustituyen los partidarios de esta génesis los cáusticos a los pesarios, reduciéndose todo el tratamiento de estos procesos a utilizar los toques intrauterinos con substancias más o menos enérgicas, ocurriendo lo que no podía menos de suceder: que algunas se curaban y otras se agravaban considerablemente. De la primera época data la invención de una cantidad considerable de pesarios para tratar las retroversiones, las anteversiones, y para combatir toda clase de procesos, cuyo origen será el que se quiera, pero que ellos creían que no tenía otro fundamento patogénico que la existencia de un órgano desviado.

Las afirmaciones de Tilt, al decir: «las desviaciones existen, las inflamaciones del útero existen también; pero lo que determina las enfermedades de la mujer, lo que produce estas molestias grandes en las mujeres afectas de sus órganos genitales, no son las inflamaciones, ni las dislocaciones uterinas, sino lesiones de los ovarios»; marca un tercer concepto etiológico no mencionado hasta entonces; habló de la ovulación, perturbada por la inflamación de estos órganos, de sus dislocaciones y de todos los procesos que se encuentran

en relación con ellos, atribuyéndoles la causa de todo lo que en el útero se produce, no sólo por los procesos de inflamación, sino también por los de dislocación. Así quedó la Ginecología una porción de años, en que, divididos los médicos en asunto tan esencial, querían curar a sus enfermas unos atacando directamente a las desviaciones, otros las inflamaciones, hasta el punto de no hablarse más que de enfermedades de la matriz, como si no hubiera más órgano sexual que éste, cuando muchas veces sólo toma una parte secundaria. Los partidarios de las ideas de Tilt, o sea que la mayor parte de los procesos son de origen ovárico, atribuían todas las enfermedades del aparato genital femenino a perturbaciones de la ovulación. Si las conclusiones de Tilt referentes a la existencia de perturbaciones ováricas se hubiesen extendido a las enfermedades de todos los anejos del útero, muy probablemente la mayor parte de las mismas podrían aún hoy aceptarse en Ginecología.

A la par de estas discusiones, sobrevino en el siglo XIX el descubrimiento, por Horacio Wells, por Morton y por Simpson, del protóxido de azoe, del éter y del cloroformo, empleados como anestésico en las operaciones y estos descubrimientos marcan un proceso evidente para la Ginecología.

Faltaba, sin embargo, el elemento principal: era preciso vencer la susceptibilidad del organismo a ser presa de los agentes infecciosos. La mayor parte de las intervenciones que se practicaban por el abdomen, y muchas de las realizadas por vía vaginal, iban seguidas de complicaciones sépticas, que algunas veces mataban a la mujer y otras ponía en estado de suma gravedad a mujeres que antes no la tenían, y ello no permitía avanzar en la vía operatoria, a la que se dirigían las corrientes, e hizo exclamar a Thomas en su magnífico Tratado de las enfermedades de la mujer, oponiéndose a la tendencia operatoria que se observaba en muchos ginecólogos: *«muchas mujeres que podían curar con algún tiempo y paciencia por medios sencillos, se agravan considerablemente a consecuencia de procesos peritoníticos o de inflamaciones de tejido celular, por operaciones mal practicadas»*.

El verdadero progreso de esta especialidad, como el de la Cirugía general y el de la Obstetricia, y de todo lo que a intervenciones quirúrgicas se refiere, vino con Lister al aparecer su teoría de los gérmenes, y con la demostración de la existencia de esos gérmenes, debida a Pasteur. En el año 72 el descubrimiento de Pasteur, evidenciando con toda claridad la teoría de los gérmenes, demuestra que las heridas se curan por el solo esfuerzo de la naturaleza cuando los micro-organismos no perturban la marcha de las mismas. Los gérmenes que Pasteur descubrió, clasificó y aun cultivó, marcan una nueva época; época de la Ginecología operatoria, a la que no podemos considerar como definitiva, pues es de esperar que dentro de algunos años haya pasado, para dejar el sitio a otros procedimientos más perfectos, no cruentos ni mutilantes.

Con el descubrimiento de la antisepsia se dió un paso de gigante en Ginecología. Se comenzaron a practicar operaciones en número considerable. Las ovariectomías, histerectomías, miomectomías, etc., se practicaban en una cifra ya respetable, pero con un tanto por ciento de mortalidad muy grande: el 30 o el 40 por 100. La misma estadística de Haeckel, americano, que alcanzaba en el año 70 a 328 operaciones, acusa una mortalidad de 32 por 100, debiendo tener presente que en ésta, como en todas las estadísticas, no se publican jamás todos los casos desgraciados, y, por lo tanto, no creemos sea exagerado el decir que en la época anterior a la antisepsia la mortalidad en las operaciones laparotómicas debía alcanzar una cifra superior al 75 por 100. El descubrimiento de la antisepsia regularizó las intervenciones, y se hicieron ovariectomías e histerectomías, disminuyendo la mortalidad al 20 ó 25 por 100. Spencer Wells, en Inglaterra, y Koeberle, en Estrasburgo, fueron los que más contribuyeron a que la Cirugía abdominal entrara dentro del terreno que podríamos llamar de vulgarización de los medios operatorios. En aquella época, hacia el año 76, la histerectomía de Sauter, que había quedado completamente olvidada, vuelve a practicarse por Czerny. Freund, en el 75, hizo la histerectomía abdominal por cáncer; muchos alemanes siguieron su procedimiento para la curación de esta neoplasia maligna, pero con una cantidad tal de muertes, que Czerny restableció la histerectomía vaginal, llegando a obtener una cantidad considerable de éxitos, quedando la extirpación de la matriz por vía vaginal dentro de las operaciones corrientes y comunes en Ginecología.

Pero el peritoneo, que no demostraba aquella susceptibilidad que en un tiempo lo hacía considerar como un órgano al que estaba prohibido tocar, reaccionaba todavía mal al empleo de las sustancias antisépticas que constituían la base del tratamiento. Aquellas operaciones que se practicaban por los años 76 al 85, siempre sometidos, operado, cirujano y todo el campo operatorio a la acción de un vapor antiséptico, cual el ácido fénico, que cauterizaba, que irritaba, que por lo menos si no determinaba grandes lesiones disminuía la vitalidad y las condiciones de resistencia de los distintos tejidos, aquella técnica no daba los resultados que se deseaban. El *spray*, es decir, la operación, bajo la acción de los vapores antisépticos, fué desapareciendo para venir en su lugar la comprobación de que no era necesario limpiar lo que no estaba sucio y que bastaba impedir que se ensuciara.

A la práctica de la antisepsia sucedió la asepsia, es decir, limpiar lo que puede estar sucio, instrumentos, campo operatorio, medio en que debe colocarse el enfermo, operador, etc.; esto limpiarlo todo, puesto que ordinariamente hemos de considerarlo no libre de gérmenes, pero respetar los órganos que *per se* no están sucios, y por lo tanto, no hay necesidad ninguna de aplicar agentes antisépticos que, por lo menos, disminuyen la vitalidad, y con este criterio desaparece el *spray* y las soluciones antisépticas, permitiendo que las

células ejerzan sin perturbación todo su poder defensivo contra los agentes que pueden perjudicar su vitalidad.

Esta sustitución de la antisepsia por la asepsia se señala por la entrada de un período de verdadero furor operatorio. Lawson Tait utiliza los grandes procedimientos quirúrgicos, no ya para quistes y fibromas, como hacían sus contemporáneos, sino para procesos salpingianos, pio-salpinx, hemato-salpinx; el número de intervenciones que hacía para extirpar trompas y ovarios afectados de procesos flogísticos o tumorales era tan grande, los éxitos tan considerables, que entró esta terapéutica, que podríamos llamar quirúrgica anexial, en el dominio general; se extirparon un día y otro y otro trompas y ovarios enfermos, y en este furor operatorio de aquella época observóse que algunas enfermas pseudo-histéricas se curaban después de habérselas extirpado sus anejos; y apareció en el campo de la Ginecología la llamada operación de Batey, aconsejando la curación del histerismo por medio de la castración, pero esto es un fracaso de la especialidad, tal vez el más grande que ha sufrido. Se hicieron millares de operaciones inútiles: enfermas pseudo-histéricas curaban, enfermas histéricas pasaron del histerismo a la locura.

Pero debemos mencionar que este furor operatorio fué lo que más hizo progresar a la Ginecología. Fué un perjuicio de momento, una cantidad de horrores quirúrgicos que se cometieron, pero esto mismo ha llevado a la Ginecología al grado de adelanto en que hoy se encuentra.

Todas las grandes conquistas de la humanidad han costado millares de víctimas; todos los días leemos las que ocurren en la aviación, y de épocas aun no lejanas debemos recordar las que ha costado la obtención de la libertad del pensamiento, los horrores que costó la liberación de la clase media cuando la revolución francesa y las que se hallan amenazadas en los tiempos presentes para la redención del proletariado. Del mismo modo la Ginecología ha tenido una época en que ha habido considerable cantidad de víctimas, pero éstas han servido para ahorrar mayor número en las generaciones sucesivas; ninguna otra especialidad ha podido hacer como ella la vivisección sobre individuos de la misma especie; no ha tenido necesidad de esperar a la muerte de la enferma para reconocer las lesiones que allí existían, y así el estudio anatomo-patológico hecho, no ya en el cadáver, sino en la mujer viva, extirpándole órganos, algunas veces de modo innecesario, ha permitido llegar a un estudio verdaderamente completo y dar gran luz sobre procesos que antes resultaban una incógnita.

Muchos de éstos se hallan hoy completamente estudiados y podemos decir que sólo dos grandes problemas quedan por resolver en el campo de la Ginecología, que son: uno que pertenece a la Medicina en general, que es el tratamiento del cáncer, y otro que se refiere a la social, que es el tratamiento de la esterilidad.

En el tratamiento del cáncer se logra, por la pronta operación, la curación, como se obtiene en todos los demás ramos de la Cirugía, el tratamiento de la esterilidad logra, en algunos casos, también la curación; pero así como hay gran número de enfermas con procesos cancerosos que no son susceptibles de la operación, y que aun hoy deben reputarse incurables, hay también, por lo menos un 60 ó 70 por 100 de casos de esterilidad de la mujer, que son también incurables y se hallan por encima de nuestros recursos terapéuticos.

Afortunadamente, parece que las orientaciones actuales, que van todas ellas en el sentido anti-operatorio, nos han de llevar pronto a la solución de alguno de estos problemas. Hoy no se opera lo que se operaba antes; hoy no tienen justificación millares de operaciones que se hicieron antes por procesos anexiales, por procesos de desviación; todas las operaciones mutilantes van desapareciendo de la Ginecología porque las indicaciones no operatorias siguen aumentando cada día con los progresos de la Ciencia. Aquella cantidad de legrados uterinos que se hacían hace algunos años, hoy casi han desaparecido de la terapéutica y volvemos otra vez por caminos más lógicos al tratamiento médico y al tópico no operatorio. La diatermia aplicada en los procesos anexiales ha redimido de la operación a millares de enfermas. Hoy, los rayos X, el mesotorio y el radio, han venido a modificar profundamente las indicaciones de la operatoria para los grandes miomas, que exigían como primer tiempo la extirpación del útero y que aun hoy tiene que practicarse algunas veces, así como las referentes a la curabilidad del cáncer de la matriz.

El problema del tratamiento del cáncer está tomando hoy una orientación tan esplendorosa gracias a las investigaciones de Doederlein, Gauss, Bumm, Dominici y a la que hemos coadyuvado con nuestro modesto concurso, que los términos de operabilidad y curabilidad, hasta hace poco tiempo sinónimos, son completamente distintos.

Desde aquella época en que se mencionaban las afecciones de los órganos genitales de la mujer como verdaderas rarezas, llegamos a la época actual, en que el conocimiento, no sólo etiológico, que casi es perfecto, sino el conocimiento anatomo-patológico y el sintomático de cada proceso, nos lleva por un camino que ha de permitirnos arribar al máximo ideal de la Medicina, que es curar a las enfermas sin tener que someterlas a operación alguna.

En todo tiempo la Ginecología ha estado bien representada en España. Las obras que los autores árabes escribieron en hebreo y griego, fuéronse traduciendo al latín hasta el siglo xvi, y las ediciones de Basilea, Estrasburgo y Venecia, junto con las imperecederas obras de Hipócrates, fueron largo tiempo lo más científico y reglado de nuestra especialidad y la fuente donde se inspiraba todo el progreso mundial.

En el siglo xiv, Arnaldo Vilanova profundiza temas tan interesantes como los referentes a la esterilidad y a la concepción; pero este autor partía en sus

apreciaciones de puntos de vista tan amplios y filosóficos, que a veces resulta difuso y lejos de la realidad, aventajándole en dominio y precisión los hispano-lusitanos Rodrigo de Castro y Valesco de Taranta.

La Ginecología en el siglo xv pasó un período de letargo; pero en el xvi, que es el Siglo de Oro de la Medicina española, florecen en el campo de la Ginecología hombres tan eminentes como Luis Mercado, el médico más ilustre de su época, cuyas siete obras dan idea de vastísima cultura y aun podemos afirmar que la titulada «De morbis mulierum» fué la culminante, la que le dió el alto prestigio que gozó en la Cátedra de Valladolid y en la cámara de Felipe III. Pertenecen también a este glorioso siglo Lobera de Ávila, que escribió sobre esterilidad; Alfonso Martín, que publicó sobre la complexión de las mujeres; Damián Carbón, cuyo «Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas» resulta bajo todos aspectos atractivo, y finalmente, cabe a un español en aquel tiempo, Andrés Cruce, de Granada, el mérito de haber practicado en 1500 la primera histerectomía vaginal completa por cáncer del útero.

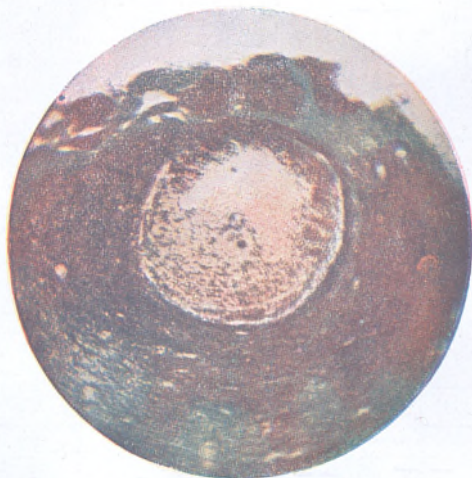
En manos de Villabrágima, Núñez, Matoni, Virgili, Abad, Vigueras, Arce y Luque, Alonso Rubio y otros, evoluciona la Ginecología española durante los siglos xvii y xviii y primera mitad del xix. Son dignos de especial mención en esta época el valenciano Alcalá Martínez, quien en 1753 practicó la cesárea con madre y feto vivos, y Juan de Luyar, de Logroño, que en 1779, dos años después de la operación de Sigault, y quizás con desconocimiento de ella, practicó la sinfisiotomía en la persona de Rosa de San Román, y Juan Navas, cuyo «Arte de Partear» tuvo largo tiempo la feliz aceptación a que el alto criterio científico que la informa la hacía acreedor.

Los grandes adelantos que la última mitad del siglo pasado impuso a la Ginecología, encontraron también en nuestro suelo rápida y entusiasta aplicación. Con un profundo respeto recordamos los nombres de Manrique, Federico Rubio, Gómez Torres, Gutiérrez, Fargas, y los aun vigorosos Cardenal, Esquerdo, López Sancho, etc., y si respetuosísimo es nuestro recuerdo, ello se debe a que estos innovadores vivieron los grandes fracasos de la operatoria, cuajada de deficiencias y perplejidades; probaron de la ginecoquirúrgica la amarga certeza, dejando para la actual generación el fruto riquísimo de una técnica definitiva; pero, en fin, son ellos las figuras predominantes que han colocado al nivel en que hoy se halla la Ginecología en España.



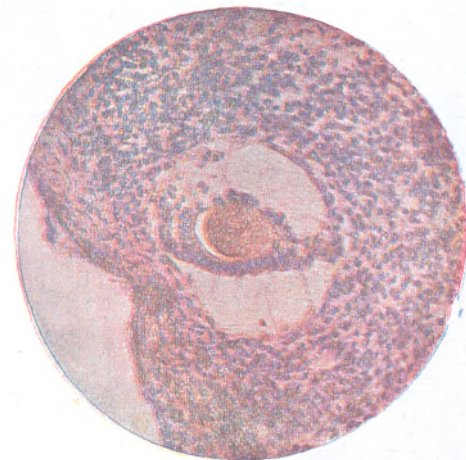
MICROFOTOGRAFÍA 1

Folículo de De Graaf de una coneja no irradiada. Elementos de la granulosa y parte correspondiente al líquido folicular, claramente perceptibles. Nótese el óvulo central, con su capa de elementos periovulares, zona pellúcida y nucleolo. Color, por hemato-eosin.



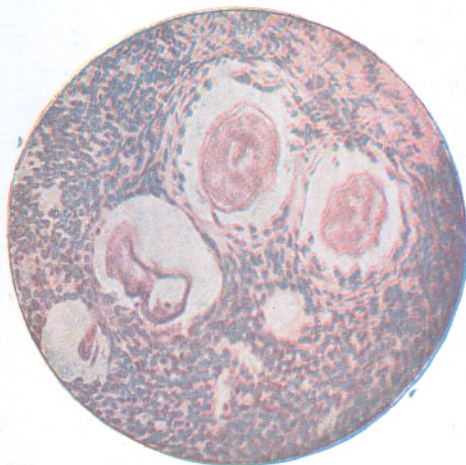
MICROFOTOGRAFÍA 2

Folículo de De Graaf con elementos de la granulosa destruidos. Algunas células en degeneración hialina (60 K. X.). Color, Van-Giesson.



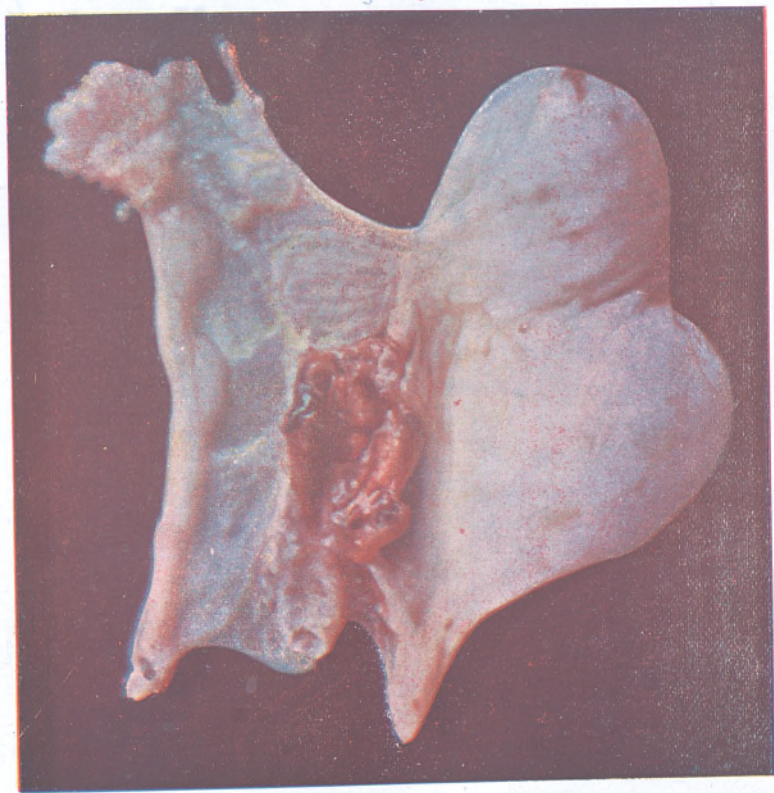
MICROFOTOGRAFÍA 3

Folículo de De Graaf bastante alterado por los rayos X. El óvulo está ya muy degenerado, con su zona pellúcida despegada. Muchos elementos de la granulosa han sido destruidos y otros se han acumulado alrededor del óvulo. La teca interna, casi sin vestigio de tales elementos. La coneja fué sacrificada después de aplicarla 110 X. K. Color, hemato-eosin.



MICROFOTOGRAFÍA 4

Foliculos en 4 estadios de mayor alteración. Son interesantes: los óvulos cada vez más degenerados; la resistencia de la zona pellúcida y la destrucción total de células de granulosa. Alteración obtenida con 120 X. K. Color, hemato-eosin.



Alteraciones anexiales en un caso de mioma uterino: $\frac{3}{4}$ del tamaño natural.

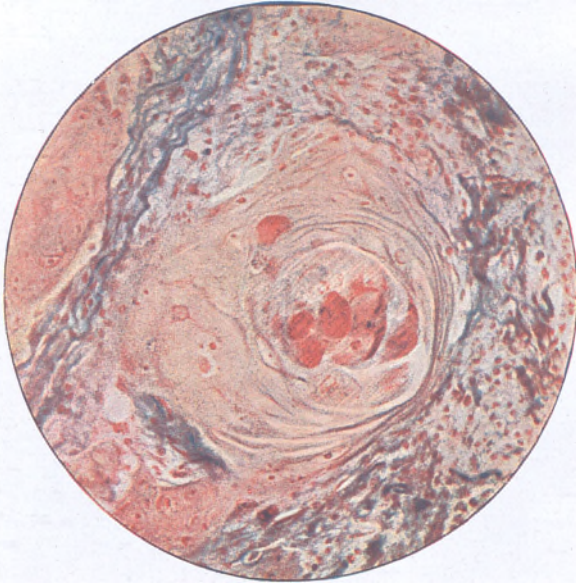


Mioma con nódulos centrales de degeneración mixo-sarcomatosa.

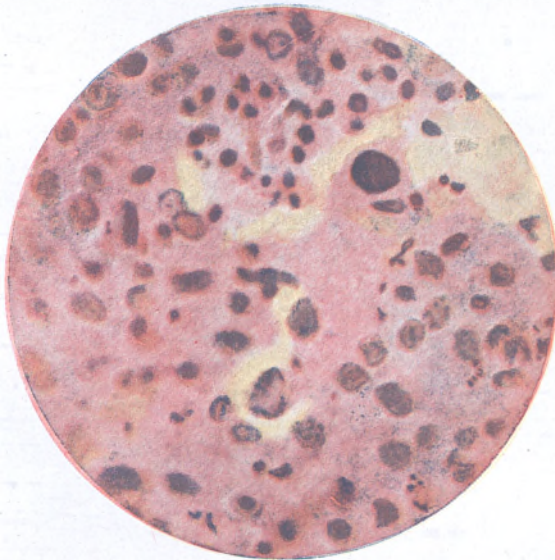
LÁMINA IV.



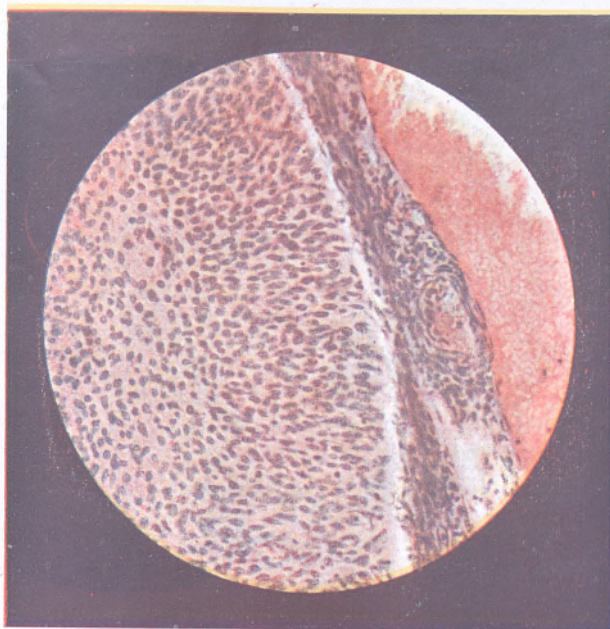
Carcinoma cavitario.



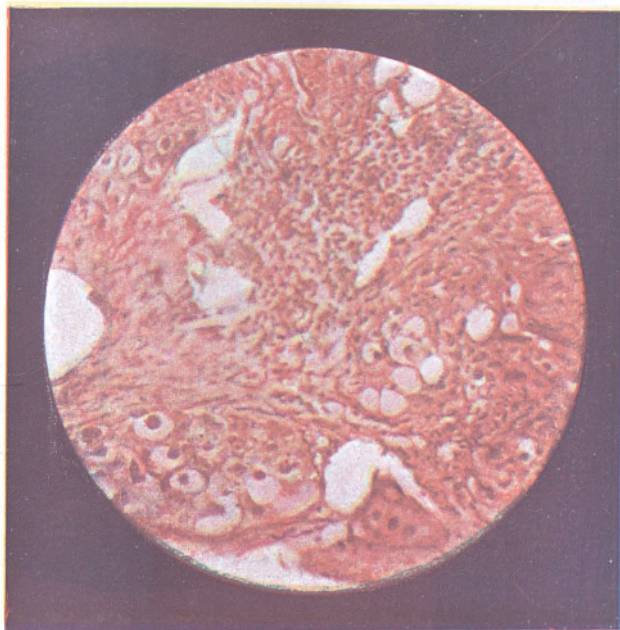
Alteraciones degenerativas celulares en los globos epidérmicos
(Dr. Guílera).



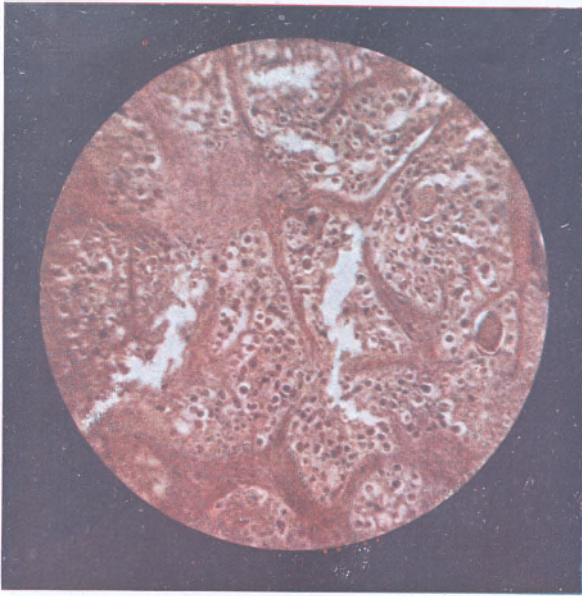
Zona de reblandecimiento central de un cordón neoplásico. Células en degeneración colóidea de forma esférica con el núcleo fragmentado muy cromático y protoplasma acidófilo (Dr. Guílera).



I.—Carcinoma cervical antes de la aplicación de radio.



II.—Corte del carcinoma de la lámina anterior después de cuatro aplicaciones de radio: vacuolización celular.



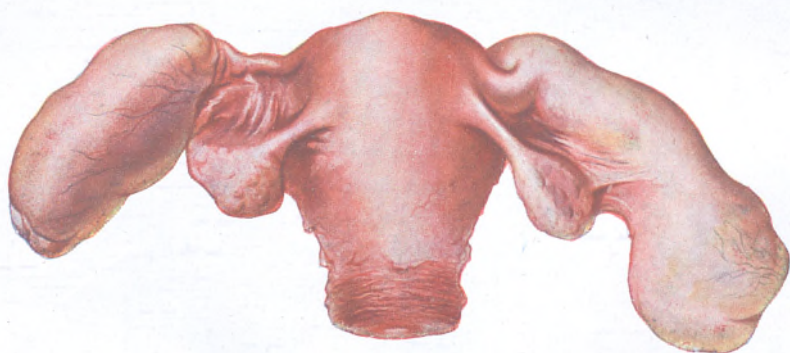
III.—El mismo carcinoma después de seis aplicaciones de radio: pignosis abundante.



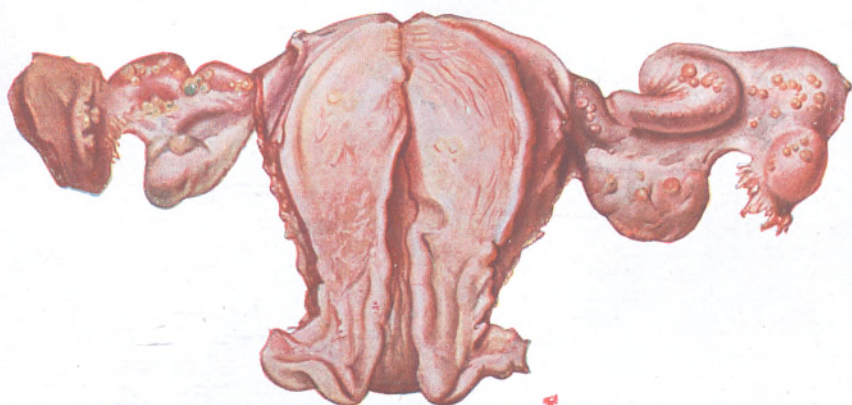
IV.—Después de ocho aplicaciones de radio: invasión de tejido conjuntivo en las lagunas producidas en las zonas epiteliales.



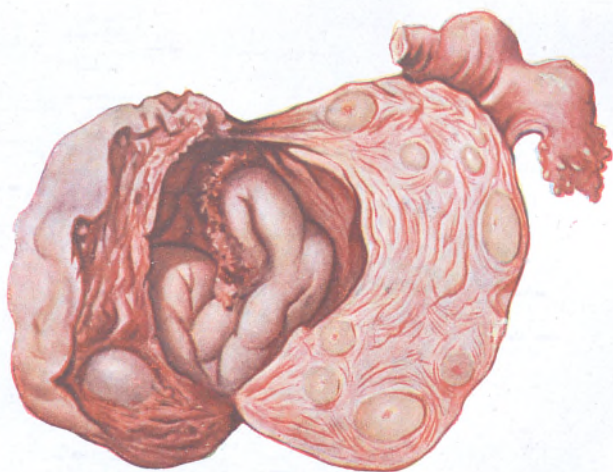
Útero extirpado por cáncer cervical en una gestación de nueve semanas. Se congeló la pieza antes de practicar el corte; el embrión fue seccionado por la mitad, quedando el cordón en la mitad derecha perfectamente visible.



I.—Hidro-salpinx doble.



II.—Salpingitis tuberculosa.



Ovaritis esclero-quística del lado derecho.



Ovaritis esclero-quística del lado izquierdo.

Lección 12

TOPOGRAFÍA DE LOS ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS

Antes de comenzar el estudio de la patología del aparato genital femenino, vamos a recordar los datos de anatomía topográfica que más interesa conocer al ginecólogo, no sólo desde el punto de vista del tratamiento de las enfermedades de dicho aparato, sino también para la precisión diagnóstica y exacta interpretación de las localizaciones morbosas.

Conocida la estructura del útero, ovarios, trompa, vagina y vulva, es preciso, además, formarse una idea clara de la situación de estos órganos en la pelvis y de las relaciones que guardan entre sí, así como las que tienen con la vejiga, ureter, recto, colon, ciego, etc., ya que ello permite comprender las propagaciones tan frecuentes de los procesos flogísticos y neoplásicos de unos órganos a otros.

No vamos a describir cada uno de estos órganos en particular, pues su forma, dimensiones, estructura, etc., son sobradamente conocidas, y lo que más nos interesa, es recordar bien las relaciones anatómicas; para ello nada mejor que estudiarlos mediante cortes de la pelvis dados en distintas direcciones, sagital medio, sagital lateralizado, frontal, etc., para conocer las relaciones exactas que tienen en estado normal unos órganos con otros, y nos sirva este estudio, para que en los estados patológicos podamos apreciar sus diferencias, al tiempo que nos permita determinar cuál es el proceso que en los órganos genitales se ha desarrollado.

En Ginecología es frecuente la práctica de la laparotomía; la mayor parte de los procesos genitales altos, los que interesan al útero, óvulos, trompas, peritoneo pelviano, son atacados con los medios operatorios por la vía alta, por laparotomía infraumbilical, y es preciso recordar cuál es la disposición de esta parte del abdomen y cuáles son las estructuras que se deben seccionar para que se realice la intervención en las mejores condiciones de éxito.

Las laparotomías que se practican en Ginecología son, como hemos dicho, casi siempre infraumbilicales, aun cuando algunas veces extiéndense por encima del ombligo, y, por tanto, lo que interesa al ginecólogo es conocer bien la disposición del abdomen en su proporción infraumbilical. La piel se halla muchas veces, en su parte baja, en las proximidades del pubis, cubierta de pelos, siendo lisa del todo en las mujeres que no han tenido hijos, y más o menos arrugada en las que han tenido gestaciones o han experimentado por

causas patológicas, en tiempos más o menos lejanos, procesos de distensión abdominal, por ejemplo, quistes ováricos, fibromas, ascitis, etc.

Debajo de la piel hállase tejido celular, en cantidad variable, y grasa; y es ya un punto que interesa grandemente al operador el poder apreciar el espesor de grasa que en las paredes del vientre existe. Una laparotomía en una mujer delgada resulta una operación relativamente fácil; la más fácil lapa-

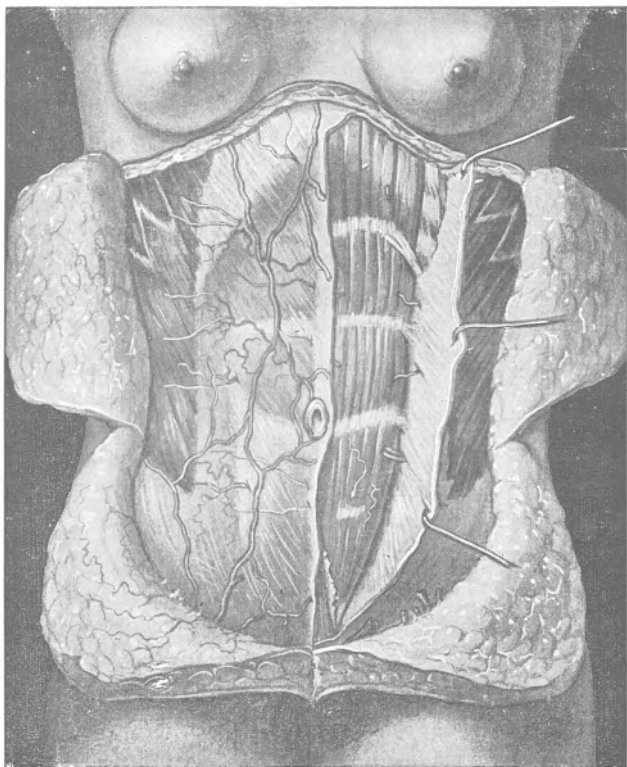


Fig. 1.—Estructuras musculo-aponeuróticas de la cara anterior del abdomen.

rotomía en una mujer gruesa es siempre una operación de mucha importancia; en la pared del vientre es tal la cantidad de grasa que a veces se acumula, que en algunas enfermas constituye una capa de 10, 12 y aun 15 centímetros de espesor, y no es difícil comprender que una operación practicada en una mujer de estas condiciones, resulta siempre difícil, porque todas las manipulaciones que en el vientre se realizan resultan como si fueran practicadas en el fondo de un pozo; la vista no alcanza a la profundidad más que con valvas que vayan separando los tejidos y siempre trabajando en malas condiciones y con unas

dificultades que no tienen comparación con las que ofrece la misma operación realizada en una mujer delgada. En las polisárcicas espera ya el operador encontrar este espesor de pared; pero algunas veces, en mujeres al parecer no muy gordas, encuéntrase una pared abdominal en la que la grasa se acumuló de modo considerable, y es preciso hacerse cargo de las condiciones especiales de la pared del vientre en cada caso, ya que ello puede ser motivo de un cambio en la indicación operatoria que se deba cumplir.

La cantidad de grasa acumulada en la pared del abdomen es también factor interesante para el diagnóstico, pues no resulta lo mismo apreciar los contornos de un objeto colocado debajo de una manta que si hay que determinarlo estando cubierto por una almohada o un colchón. Pues lo mismo pasa en lo que respecta a una mujer delgada o gruesa: en la primera apreciaremos perfectamente la disposición del útero, las relaciones de este órgano con los vecinos, el estado de los anejos, etc., mientras que en una mujer gruesa no hay medio de determinar exactamente, en muchas ocasiones, no ya las relaciones, ni siquiera los contornos o la situación de los órganos cubiertos por tal espesor de tejido graso.

Al llegar a planos más profundos encontramos una disposición distinta en la porción supra e infraumbilical; las aponeurosis que constituyen *per se* la parte verdaderamente resistente de la pared abdominal ofrecen capas distintas en la porción suprasinfisiaria y en las altas del abdomen; no se halla precisamente en el ombligo el límite de esta diferencia, sino a unos dos traveses de dedo por debajo de éste, en lo que se llama el *pliegue de Douglas*, (que no debe confundirse con el *fondo de saco de Douglas*, que se halla detrás del útero, entre éste y el recto), constituido por un repliegue del peritoneo. El pliegue de Douglas es el límite aponeurótico que separa la porción supraumbilical de la porción infraumbilical.

En la pared del vientre existen los músculos oblicuo mayor, oblicuo menor, transversos y los rectos; las aponeurosis de los dos primeros en la porción alta forman dos láminas, que pasan una por delante y otra por detrás de estos últimos, para volverse a reunir en la línea media entre sí, con la del transversos y con las del lado opuesto, formando un plano muy resistente, que es el que debe ser cortado en las laparotomías medias. Por debajo del pliegue de Douglas la vaina del recto no existe, no hay más que un solo plano; la aponeurosis del oblicuo pasa por delante del recto sin formarle esta vaina, y por ello se llega más fácilmente al plano peritoneal por la parte infraumbilical que por la parte

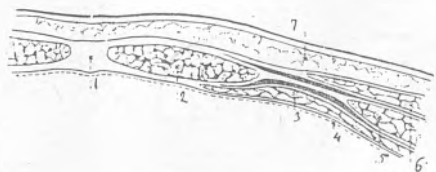


Fig. 2.—Esquema de la porción supraumbilical de la pared anterior del vientre.—1, línea alba; 2, recto abdominal; 3, transversos; 4, fascia transversalis; 5, M. oblicuo externo; 6, tejido celular subcutáneo.

superior. En esta última, por poco que se vaya uno de la línea media, encuentra un plano aponeurótico más, disposición que interesa conocer al ginecólogo, pues no siempre las operaciones se hacen exactamente en la línea media, sino que a veces conviene hacer la incisión lateralizada.

Llégase después al peritoneo, y una vez abierto éste, a la cavidad del abdomen.

Para darnos cuenta de la disposición de los órganos dentro de la cavidad abdominal, es preciso estudiarlos mediante cortes practicados en distintas direcciones.

En un corte sagital de la pelvis en la línea media, lo primero que encontramos en la región correspondiente al monte de Venus es la piel recubierta de pelo, una cantidad de tejido celular abundante, la sínfisis pubiana, y detrás de ella un pequeño espacio que no está cubierto de peritoneo, ya que éste no

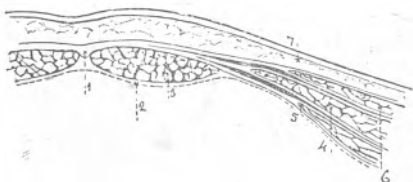


Fig. 3. - Esquema de la porción infraumbilical de la pared anterior del vientre. - 1, línea alba; 2, fascia transversalis; 3, M. recto; 4, M. oblicuo interno; 5, M. transverso; 6, M. oblicuo externo; 7, tejido celular subcutáneo.

recubre la cara anterior de la vejiga. Esta disposición ha sido utilizada por los cirujanos para practicar operaciones en la vejiga urinaria sin penetrar dentro de la cavidad peritoneal; la talla hipogástrica no tiene otro fundamento que éste. En Obstetricia utilizase asimismo esta disposición para la operación cesárea subperitoneal,

pues el útero, al aumentar de volumen, levanta el peritoneo y queda la vejiga en tal forma que, separándola a un lado, se puede atacar la cara anterior de la matriz sin tocar para nada al peritoneo y hacer la cesárea sin penetrar dentro de la cavidad de la serosa.

Detrás de este espacio retrosinfisiario, que se halla ocupado por tejido celular, se encuentra la vejiga cortada en la línea media y hacia abajo la uretra, asimismo seccionada en sentido longitudinal. Detrás de ésta hállase la vagina, que en una mujer que no ha parido es una cavidad virtual; la pared anterior y la posterior se ponen en contacto, y éste es un dato que justifica la supresión de toda *toilette* vaginal en las niñas, ya que sobre no tener ninguna utilidad el limpiar lo que no está sucio, expone a peligros tanto de orden material como psíquico; las irrigaciones vaginales en las vírgenes deben prohibirse, a menos de existir alguna indicación especial.

El útero se halla colocado en una disposición de inclinación hacia adelante. En los tratados antiguos de Anatomía, el útero se encuentra representado hacia atrás, cosa completamente inexacta, pero que tiene su explicación en el hecho de que los dibujos se hicieron copiando los órganos, no de un cadáver fresco, sino de un cuerpo congelado, que había pasado veinticuatro o cuarenta

y ocho horas en la sala de disección en decúbito supino, y a causa de ello la acción de la gravedad al actuar colocó el órgano en una situación distinta a la que tiene cuando actúan los factores que influyen en su fisiologismo. También en los antiguos tratados, la disposición en que representaban al útero era la rectilínea, pero los conocimientos ginecológicos han demostrado que se halla en un estado de anteversión-flexión.

Detrás del útero se halla el recto, pero no en contacto directo, sino separados un órgano de otro por un espacio limitado por un repliegue del peritoneo; detrás del recto hállanse las vértebras sacras.

De modo que la vejiga y el útero están separados por arriba y en contacto íntimo por su parte inferior, mientras que el recto y la matriz están separados en toda su extensión.

Ahora bien; si en un corte sagital medio estudiamos la disposición del peritoneo, vemos que éste, desde la pared anterior del abdomen, va a la cara superior de la vejiga, dejando a la anterior sin cubierta serosa, recubre luego la cara posterior de este órgano, y a cosa de $1\frac{1}{2}$ centímetros del istmo se refleja y va a formar la cubierta más externa de la pared anterior de la matriz, desde donde dirígese al fondo para alcanzar la pared posterior del órgano, a la cual recubre en toda su extensión, y desciende hasta unos 3 centímetros por detrás de la pared posterior de la vagina, donde se refleja para dirigirse a la cara anterior del recto, que recubre en parte. El repliegue que forma el peritoneo entre la vejiga y el útero denomínase vesico-uterino, y el posterior fondo de saco de Douglas. Son datos éstos que conviene recordar, pues la cara anterior de la vejiga no tiene peritoneo, y, por lo tanto, el espacio entre vejiga y vagina no lo tiene tampoco, existiendo únicamente cubierta serosa en la parte correspondiente a la cara anterior del útero, no en toda su extensión, sino en la porción supra ístmica, mientras que en la cara posterior del útero hay peritoneo que desciende, hasta revestir el quinto superior de la vagina y después va a recubrir la cara anterior del recto.

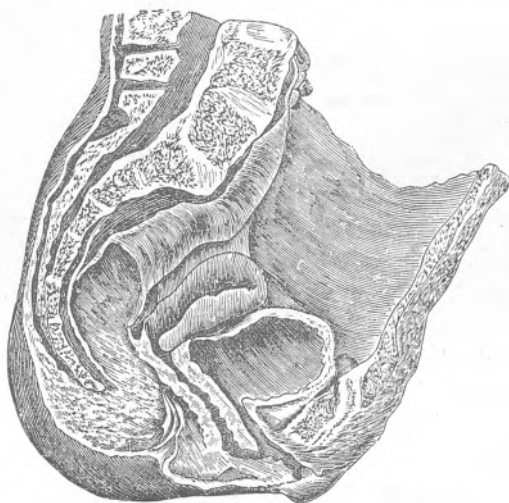


Fig. 4.—Relaciones normales de los órganos sexuales femeninos: corte sagital medio.

El conocimiento de esta disposición tiene gran importancia en operatoria ginecológica, porque si se pretende seccionar el fondo de saco anterior de la vagina, necesítase despegar el tejido conectivo denso que existe entre vejiga y cara anterior del útero, y solamente después de haber llegado a unos 2 centímetros por encima del orificio interno, hasta entonces no se alcanza al peritoneo, teniendo que seccionar con tijera o bisturí las estructuras fibrosas que unen la vejiga con la cara anterior del útero. Por detrás del útero se llega, con facilidad, a la cavidad peritoneal. El recto, en su porción más inferior, no tiene peritoneo; sólo lo posee en sus dos tercios superiores.

Estos detalles de anatomía topográfica conviene tenerlos presentes al pretender operar por vía vaginal, pues la facilidad con que se penetra en la cavidad peritoneal por sección del fondo de saco vaginal posterior, contrasta con las dificultades con que a veces se tropieza para hacer la colpotomía anterior.

Una disposición completamente distinta a la anterior es la que se observa si se practica un corte lateralizado. El peritoneo hemos dicho que recubre la cara anterior y la posterior del útero, circunscribiéndolo; los dos pliegues del peritoneo, lo mismo el que pasa por delante que el que pasa por detrás, al llegar a los lados se corren hacia la derecha y hacia la izquierda del útero, formando dos pliegues cuadrangulares, que constituyen los ligamentos anchos; las dos hojas que los forman se hallan en la parte superior en íntimo contacto, y en la inferior bastante separadas.

La figura 11 representa un corte lateralizado, que pasa inmediatamente por fuera del útero. En él se ve la porción más externa de la rama horizontal del pubis y la ascendente del isquión seccionadas, una pequeña porción de la vejiga y una sección del ligamento ancho. Como hemos dicho, al reunirse las dos hojas peritoneales forman el ligamento ancho y dejan entre ellas un espacio triangular de base inferior. En esta base del triángulo se encuentra gran cantidad de tejido celular: la arteria uterina, que forma una curva que se llama su cayado, va luego en dirección ascendente, con grandes flexuosidades, sigue el borde del útero, da ramas anteriores y posteriores y constituye el medio más importante de irrigación del órgano; además hay una estructura muy importante que atraviesa el tejido celular y cruza la arteria uterina, que es el ureter, que procedente del riñón llega al ligamento infundibulum pelviano y de ahí a la base del ligamento ancho, cruzando la arteria uterina, para desembocar en la parte posterior de la vejiga, en el punto correspondiente al ángulo posterior del triángulo vesical. De manera que un corte lateralizado cae dentro de los ligamentos anchos, pudiendo seccionar el ureter y también la arteria uterina y llega al tejido celular que aquí existe, el cual viene a ponerse en relación con el que rodea a otros órganos pelvianos, y por esto los procesos flogísticos de este punto pueden propagarse a otros distintos si es poca la resistencia del organismo y mucha la virulencia microbiana.

Los ligamentos anchos dividen a la pelvis en dos mitades, anterior y posterior. En la parte posterior encuéntrase el recto, la trompa y el ovario, y en la anterior el ligamento redondo y vejiga urinaria.

Si se bascula hacia adelante el fondo del útero, déjanse ver dos tiras de concavidad interna, que se dirigen desde el istmo uterino hasta el sacro, en el punto correspondiente a las articulaciones sacro-ílicas; son los llamados ligamentos útero-sacros, que dejan entre ellos un espacio por el que pasa el recto. Este es un punto de la anatomía de estos órganos que conviene recordar, porque es el medio que más fija al útero en la posición que éste presenta; cuando hacemos una laparotomía, no somos dueños del útero y no podemos extraerle hacia afuera, arrastrando la vagina, hasta que se han seccionado estos ligamentos.

Si practicamos un corte horizontal inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis, en el estado normal, se secciona el fondo del útero, ya que en condiciones fisiológicas y con útero vacuo, dicho fondo se encuentra al nivel del plano que pudiéramos llamar sacro-púbico superior; esto hace que en la exploración apenas sea posible tocar el fondo uterino, pero permite diagnosticar algunos procesos cuando la prominencia del órgano es perceptible a la palpación; en las metritis hiperplásicas, miomas, etc., el fondo uterino sobrepasa este plano sacro-púbico superior.

Interesa mucho recordar la disposición de los ligamentos anchos, limitando las dos porciones, anterior y posterior, para determinar las operaciones que puedan realizarse para combatir algunos procesos flogísticos, diciendo si hay que atacarlos por el fondo de saco anterior o por el posterior de la vagina.

En la pelvis hay otras estructuras importantes: además de los músculos psoas ilíacos, encuéntrase los nervios sacros y lumbares, la vena ilíaca primitiva, la hipogástrica y la externa, las arterias ilíacas externa e interna. Estos órganos se hallan fuera del peritoneo, pues éste, después de formar la cara anterior y posterior del ligamento ancho, refléjase hacia la pared pelviana y cubre aquellas estructuras; de manera que los vasos ilíacos y los nervios que constituyen el plexo lumbar y el plexo sacro, se hallan fuera de la cavidad serosa, pero en relación íntima con el tejido celular pelviano que comunica con el de la base del ligamento ancho. Así se explica perfectamente que un flemón

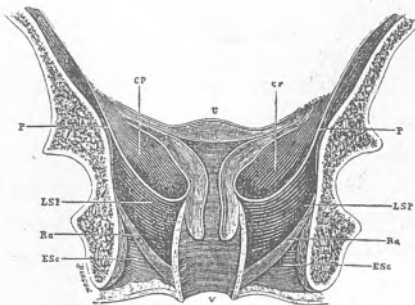


Fig. 5.—U, útero; V, vagina; CP, cavidad peritoneal; P, peritoneo; LSP, espacio subperitoneal; ESe, fosa isquio-rectal; Ra, elevador del ano.—Corte frontal esquemático.

del mismo pueda llegar a envolver por completo los grandes elementos nerviosos y vasculares que se hallan en la pelvis.

Irrigación sanguínea de los genitales.

Desde el punto de vista anatómico es también muy interesante conocer cuáles son los elementos vasculares que sirven para la irrigación de los genitales. El útero tiene tres pares de vasos principales: las arterias uterinas, que proceden de las hipogástricas, unas veces solas y otras de un tronco común con las vaginales; van desde las paredes de la pelvis por la base del ligamento ancho a encontrar directamente el útero, en dirección algo descendente, para, al llegar al istmo, encorvarse en forma de cayado y remontar a lo largo del borde externo del órgano, enviando ramas a la pared anterior y a la posterior, que se juntan con las del lado opuesto, y por lo mismo que son completamente simétricas las ramas terminales de estas arterias, al llegar a la línea media no hay más que capilares, cosa que permite hacer una porción de operaciones, como son las histerectomías medias, casi exangües. La arteria uterina es la principal para la nutrición del útero, pero además existe otra rama de menor importancia, que pasando por el centro del ligamento redondo va al ángulo supero-externo de este órgano; arteriola que conviene tener presente en las histerectomías para evitar que quede sin ligar un pedículo sangrante, pues el éxito en las operaciones ginecológicas depende, en gran parte, de la hemostasia bien realizada, y aun cuando sea la arteria que se halla en el centro del ligamento redondo de poco calibre, es preciso hacer su ligadura, para evitar que la sangre quede derramada en la cavidad del peritoneo. La hemostasia debe hacerse bien, pues la sangre que queda extravasada en el peritoneo puede servir de excelente medio de cultivo microbiano y determinar la generalización de un proceso infectivo, que en otras condiciones pudiera ser vencido por las fuerzas naturales del organismo. La tercera rama vascular, que llega al útero, procede unas veces de la renal, más frecuentemente de la aorta, en su porción abdominal alta, en las proximidades del diafragma; sale de un punto próximo a la emergencia de la arteria renal, y descendiendo por el ligamento infundíbulo-pelviano, penetra en la pelvis por la parte superior del ligamento ancho, llega al ovario y pasa por debajo de él, mandándole ramas, que son las encargadas de su irrigación. La arteria útero-ovárica (espermática en el hombre), al llegar al hilio del ovario da una cantidad de ramas que sirven para la trompa, llegando por fin al ángulo superior del útero y allí se anastomosa con las terminaciones de la arteria uterina. Algunas veces existe una rama que establece una comunicación casi directa entre la arteria útero-ovárica y la rama terminal de la uterina.

Tres son, pues, los vasos principales encargados de la irrigación del útero:

la uterina, de calibre superior al de la cubital; la útero-ovárica, que es algo menor, pero que llega a producir hemorragias mortales si se deja sin ligar; y por último, una arteriola pequeña procedente de la epigástrica, que conviene, sin embargo, no descuidar, que es la del ligamento redondo.

En la vagina, el vaso principal de su irrigación es la arteria vaginal; ésta nace, muchas veces, en un tronco común con la uterina, y por consiguiente, procede de la arteria hipogástrica, atraviesa el tejido celular, llega a la pared

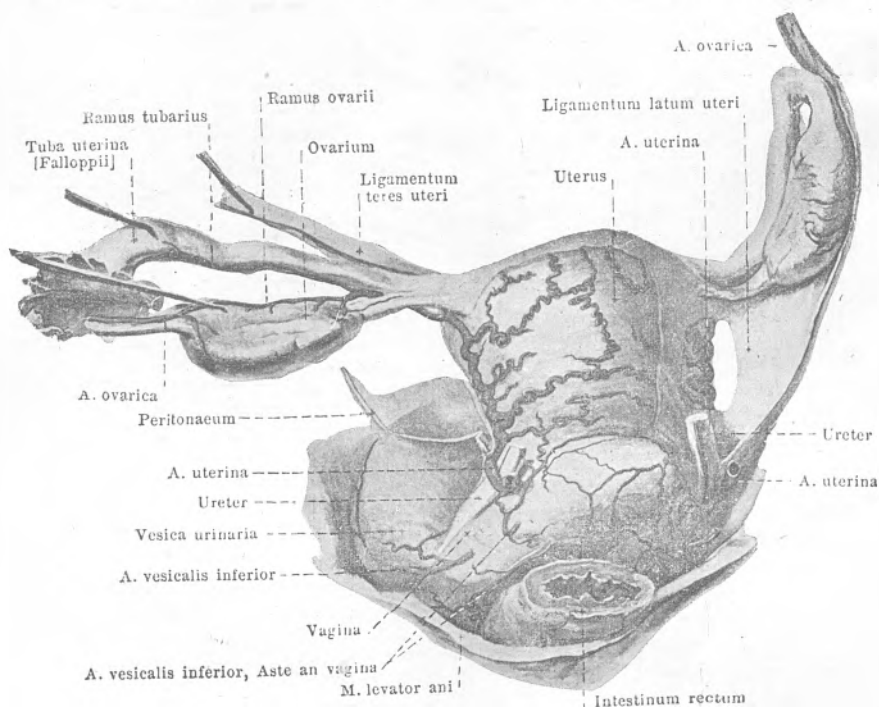


Fig. 6.—Vasos arteriales de los genitales femeninos (His).

de la vagina y allí se distribuye, dando una rama superior que se anastomosa con otra descendente de la uterina, y en este punto de unión nacen una porción de ramas vasculares, que son las que riegan la vagina en su parte superior, en el punto en que se inserta al hocico de tenca; por esto, en las histerectomías, cuando se secciona la vagina, se produce muchas veces una pérdida de sangre bastante abundante, debido a que se corta el vaso anastomático que hay a cada lado, resultado de la inosculación de la rama descendente de la uterina con la ascendente de la vaginal.

Las ramas que van a los genitales externos proceden de distintos orígenes: de la pudenda interna, rama terminal de la hipogástrica, que suministra la

mayor parte de las ramas que van a la vulva, al clítoris, formando la dorsal de este órgano análoga a la dorsal del pene del hombre, a los grandes labios, vestibulo, ninfas y a los cuerpos cavernosos.

Hay también otras ramas que van a los labios mayores que tienen un origen distinto, cuya relación con las ramas de la hipogástrica se establece por anastomosis: son las pudendas externas que proceden de la femoral y que en número de dos a cada lado aseguran la irrigación sanguínea de los genitales externos. En resumen: la circulación de los órganos genitales de la mujer procede de las hipogástricas, menos en su porción inferior, que depende de las pudendas externas, cuyo origen está en la femoral.

Cuadro sinóptico de la irrigación sanguínea de los genitales femeninos y órganos vecinos.

Genitales externos.	Monte de Venus.	Pudendas externas. (Proc. A. femoral).
	Labios mayores.. . . .	Pudendas externas hacia adelante Obturatriz en medio y pudenda interna en tercio posterior.
	Labios menores.. . . .	Pudendas externas, obturatriz y pudendas internas.
	Clítoris.	Arteria dorsal del clítoris.
	Glándula de Bartolino y Bulbo.	Arteria bulbar de la pudenda interna.
Genitales internos	VAGINA.	Tercio inferior. Ramos vaginales de la pudenda interna y de la hemorroidal media.
		Tercio medio.. . . . Ramos vaginales de la vesical inferior.
		Tercio superior. Ramo vaginal de la hipogástrica y ramo descendente de la uterina.
	ÚTERO.	Uterina (de la hipogástrica). Útero-ovárica (de la aorta). Arteria del ligamento redondo.
	TROMPA.. . . .	Arteria utero-ovárica.
Aparato urinario.	PELVIS RENAL.. . . .	Arteria renal (Aorta).
	URETER.. . . .	A. renal A. utero-ovárica A. uretérica (Proc. de la aorta o de la ilíaca. A. vesical inferior y hemorroidal media.
	VEJIGA.	Vesical superior de la umbilical. Id. inferior de la pudenda.
	URETRA.. . . .	Ramos de la vesical, uterina y pudenda interna.
Intestino recto y ano.	RECTO.	Hemorroidales superior media e inferior.
	ANO	Pudenda interna y hemorroidal inferior.

De las venas no diremos más sino que existen varios plexos abundantísimos que siguen el curso de las arterias. Hay las del ovario y las de la trompa, que con la arteria ovárica, análoga a la espermática del hombre, siguen hacia arriba, constituyendo el llamado plexo pampiniforme que va a desembocar



Fig. 7.
Vascularización del útero demostrada por radiografía.

ordinariamente en la cava, muchas veces a una vena renal. El plexo uterino, abundantísimo, sigue todas las flexuosidades de la arteria uterina en su disposición heliciforme y está formado por una cantidad considerable de vasos que van siguiendo a aquélla y terminan en la íliaca interna o hipogástrica. De las

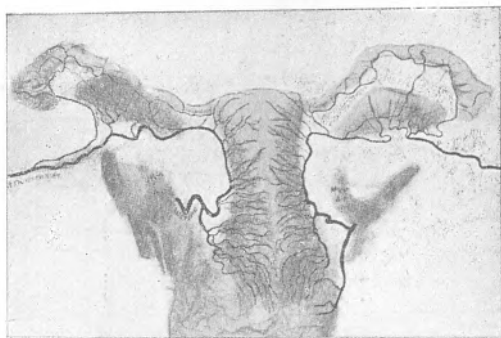


Fig. 8.—Vascularización de los genitales femeninos.

venas de la vagina, algunas se anastomosan con las vulvares formando el plexo vulvo-vaginal y van a parar, siguiendo la dirección de las pudendas externas, a la safena interna.

No son sólo estos vasos los que aseguran toda la circulación; si no hubiera más que éstos, cualquier intervención en que ligáramos los dos troncos vasculares hipogástricos tendría que producir una hemostasia completa y esto no

ocurre así. Hay anastomosis muy interesantes que dan lugar a que pueda suplirse en algunas ocasiones el riesgo sanguíneo, a pesar de haber hecho dobles ligaduras. El útero se halla colocado entre vejiga y recto y hay anastomosis de los vasos de útero con los de vejiga y con los del recto. Si todas las hemorroidales procedieran cual la inferior y la media de la hipogástrica o de la pudenda, que es su terminación, quedaría toda la región isquemiada, al ligar las arterias hipogástricas; pero como la hemorroidal media y la inferior se anastomosan con la hemorroidal superior procedente de la mesentérica inferior, cuyo origen está mucho más arriba, la circulación se restablece inmediatamente por estas vías cuando se ligan los troncos hipogástricos; lo mismo ocurre con las arterias vesicales, que procede la superior de la arteria umbilical y la inferior de la hipogastria; por esto se pueden establecer corrientes sanguíneas, aun ligando los troncos vasculares principales, y puede existir circulación suplementaria que asegure en cualquier ocasión la vitalidad de los órganos, siendo esto muy interesante, sobre todo en Obstetricia, en que se ha practicado muchas veces la ligadura de venas importantes, incluso de las ilíacas primitivas, para curar procesos endoflebíticos ascendentes, no produciéndose estancaciones de sangre que pudieran ocasionar la muerte de los órganos pelvianos. Así es que hay que tener en cuenta estas relaciones, no ya precisamente en el momento de la intervención, sino como medio que puede asegurar la vitalidad de los órganos después de una ligadura practicada en el curso de una de ellas. Las anastomosis de la hemorroidal media con la superior, las de las vesicales entre sí, las que se establecen con las terminaciones de la circunfleja y las de las terminaciones de las ramas parietales y extrapelvianas explican el que en algunos casos de extensas extirpaciones de las vísceras contenidas en la pelvis se produzcan grandes pérdidas de sangre, aun estando ligadas las hipogástricas.

Tejido celular pelviano.

Para comprender el mecanismo de propagación de los procesos flogísticos y neoplásicos desde el útero a las trompas, ovarios y a los otros órganos que ocupan la excavación, es preciso conocer la disposición del tejido celular pelviano.

El tejido celular se halla esparcido por toda la economía, sirviendo de medio de unión y de sostén; es el elemento que mantiene las relaciones de unos órganos con otros; en él es donde se desarrollan los procesos de inflamación y por intermedio del cual se propagan éstos de unos a otros órganos. La distribución del tejido celular pelviano es de lo más interesante que desde el punto de vista de la anatomía topográfica puede estudiarse en Ginecología, y por ello daremos cierta extensión a su estudio para dar una idea clara de

cuál es la disposición que tiene en los diferentes planos de los órganos genitales.

En el tejido celular pelviano hay que estudiar dos partes: una, constituida por el tejido conectivo laxo; otra, por los espesamientos de este mismo tejido celular, que, en realidad, vienen a establecer tabiques de separación entre unos y otros puntos, permitiendo ello explicar por qué en algunas ocasiones las enfermedades quedan limitadas a una determinada localización y no constituyen procesos difusos. En algunos casos, un proceso de inflamación que comienza en el útero, se extiende al tejido celular que se halla en la base del ligamento ancho y produciendo lo que se conoce con el nombre de flemón del ligamento ancho, enfermedad perfectamente limitada, llamando la atención que ese flemón que tiene frecuentemente una virulencia muy acentuada, no se corra al otro lado y se convierta en flemón difuso. Este hecho se explica porque los espesamientos de tejido celular que existen en algunos sitios forman como vallas aponeuróticas que, si no sirven para detener el proceso flogístico cuando éste tiene una intensidad muy grande, lo limitan cuando el agente determinante de la inflamación no es muy virulento; en cambio, cuando el microbio que ha producido el proceso flogístico es de mucha septicidad, estos espesamientos del tejido conectivo no son suficientes para detenerle, y entonces se produce el flemón pelviano difuso, que en algunas ocasiones llega a tomar un tipo gangrenoso de muchísima gravedad.

Estos espesamientos no constituyen verdaderas y definitivas vallas en muchos casos, pero siempre representan un obstáculo, un algo que puede significar tiempo, que, permitiendo actuar las defensas naturales, sirva como base fundamental del curación.

Si se examina un corte congelado de pelvis practicado en la línea media, se ven una porción de sitios en la misma excavación, en que hay una cantidad más o menos considerable de tejido celular, el cual recibe distintos nombres según su situación. En la literatura médica se han conservado los nombres latinos, que en realidad son fáciles de retener y que pueden por sí solos dar a entender a qué localización de tejido celular se refiere. Así, el tejido celular que rodea el útero se denomina *parametrium*; el que rodea a la vejiga, *paracistium*; el de la vagina *paracolpium*, y el del recto (*protium*) *paraprotium*.

En el feto, el tejido celular es un tejido semilíquido; viene a ser una especie de magma que rodea y envuelve a los órganos y por el que cruzan los vasos así sanguíneos como linfáticos.

Si se practica un corte horizontal que pase inmediatamente por encima del istmo del útero, vese la sección de este órgano y a cada lado una cantidad de tejido celular laxo, que se continúa por dentro con la lámina celulosa que se halla debajo del peritoneo que recubre el útero y que por fuera sigue en continuidad

con el tejido celular que rodea los vasos ilíacos y que reviste la pared pelviana. En la constitución de este tejido se halla un considerable número de fibras elásticas que por su abundancia y por hallarse en relación con las que proceden de las paredes laterales de la pelvis y con las que recubren los vasos hipogástricos, juegan un importantísimo papel en la estática del aparato genital. Blaisdell considera este conjunto de fibras elásticas como el principal elemento de sostén de los órganos pelvianos, denominando a la red que forma *suspensorium fibro-elasticum*. La propiedad que tienen estas fibras elásticas de

volver al estado de reposo cuando cesa de actuar la causa que la pone en actividad, es la que permite recobrar al útero su posición normal después de las presiones de desplazamiento que experimenta durante el corte.

En la parte inferior de la pelvis hay el diafragma pelviano, constituido por el músculo elevador del ano, que, junto con el isquio-coxígeo, viene a formar un tabique musculo-aponeurótico que cierra por completo la parte inferior de la pelvis; este diafragma deja entre él y la parte inferior del ligamento ancho un espacio en el que se halla abundante cantidad de tejido celular. El

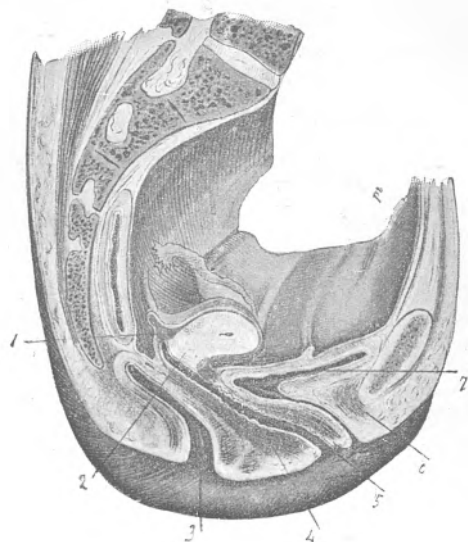


Fig. 9.—Corte sagital medio de la pelvis.—1, parametrio; 2, útero; 3, recto; 4, paracolpium; 5, vagina; 6, paracistum; 7, vejiga urinaria (Freund).

músculo elevador del ano deja un orificio por delante para el paso de la vagina; el tejido celular situado por encima del diafragma pelviano; se continúa con el que rodea la vagina, el útero y la vejiga urinaria, separados unos de otros por ligeros espesamientos celulares; el que se halla por debajo del músculo coxi-púbeo-perineal se continúa con el que rellena la fosa isquio-rectal.

Dada esta disposición, cualquier proceso flogístico que se presente en el tejido supra-diafragma-pelviano, como se halla por debajo inmediatamente del músculo psoas ilíaco, si se extiende, puede correrse hacia adelante, levantar el peritoneo de esta región, llegar a las paredes de la pelvis y hacer prominencia en la parte inferior de la pared abdominal, inmediatamente por encima del arco de Poupart.

Si examinamos la figura 9, que representa un corte sagital en la línea

media, podemos distinguir la especial disposición del tejido celular. La vejiga de la orina está completamente vacía; la cara superior de la misma se aplasta, y el tejido conectivo que se halla situado debajo del peritoneo, se continúa hacia adelante con el que ocupa la porción retrosinfisiaria o cavidad de Retzius, y hacia atrás y a los lados con el que envuelve a la vagina; denominase *paracistium*. En la misma figura obsérvase una línea oscura, de poco espesor, en la porción corporal del útero, y bastante grueso en las porciones anterior y posterior correspondientes al cuello, que representa el *parametrium*, que continúa por los lados con la abundantísima cantidad del mismo tejido que ocupa la base de los ligamentos anchos; entre el *parametrium* y el *paracistium* la continuidad se establece por una muy pequeña cantidad de este tejido, pero en algunos casos puede ser la relación de cantidad muy importante; en las escisiones de útero canceroso es preciso muchas veces sacar una considerable cantidad de este tejido, que rodea a la porción cervical del útero invadido por la neoplasia y el que envuelve la cara posterior de la vejiga urinaria asimismo invadida. Son muchas las inflamaciones de este tejido celular que estudia la Ginecología; la parametritis es enfermedad muy frecuente, y la facilidad de propagarse de un punto a otro de la pelvis da a este estudio especial interés.

El tejido celular que rodea por completo la vagina es el *paracolpium*, y, por último, el recto tiene tejido celular que lo envuelve y se comunica con el paracolpium y con el parametrium, y es lo que se denomina *paraprotium*.

En la figura 10, que representa un corte transversal de una mujer adulta practicado al nivel del istmo del útero, obsérvase que la línea de la sección pasa por la base de los ligamentos anchos; se ve el tejido celular de los mismos en la considerable cantidad que existe para rellenar el espacio dejado entre las dos hojas de peritoneo.

En esta cantidad abundante de tejido celular pelviano laxo cruzan el ureter y la arteria uterina, siendo este el sitio en donde más frecuentemente se producen los procesos flogísticos y por donde se propagan los del útero; los vasos sanguíneos, lo mismo que los linfáticos que van o vienen del útero, pasan por ahí; por tanto, este es el punto que más frecuentemente enferma por propagación de las flogosis o neoplasias desarrolladas en la porción cervical del útero. Cuando un proceso de inflamación se extiende hacia fuera, o cuando se propaga un carcinoma del cuello del útero, es precisamente en esta base del ligamento ancho donde se realiza la propagación, pues trátase de un proceso de inflamación o de migración de células cancerosas, es sabido que los vasos linfáticos son sus mejores vías conductoras; y como quiera que son tan abundantes los vasos de esta clase que cruzan la base de los ligamentos anchos, no es de extrañar que sea en ella donde primeramente se desarrollan los fenómenos de propagación. Si seguimos examinando esta figura, vemos la vejiga cortada en su parte superior, y hacia atrás se ve asimismo seccionado el recto

por encima de la ampolla; véñse también los músculos obturador interno y el externo, el gran abductor, que se encuentra situado en la parte más inferior de la figura, y el gran músculo glúteo, que viene a cerrar por completo la escotadura ciática. Del examen del conjunto de la figura se comprueba que no existe línea de separación aparente entre el tejido celular que rodea el útero, el que

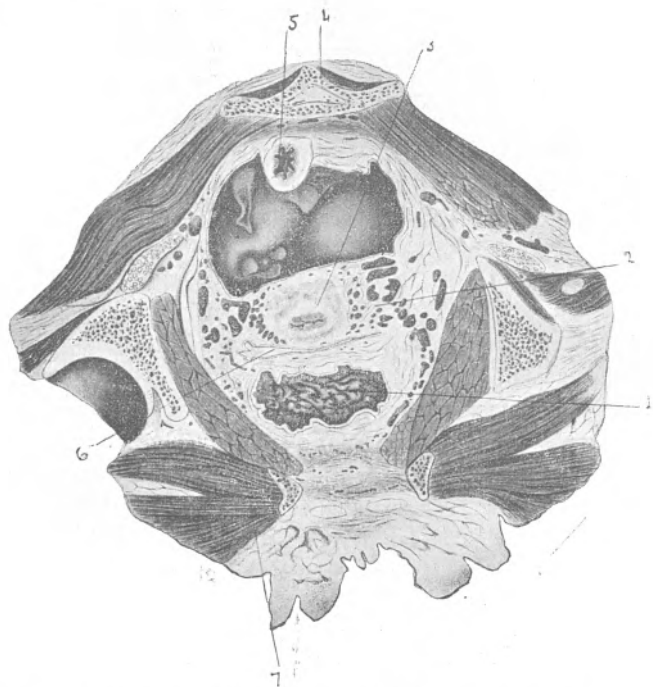


Fig. 10. -Corte horizontal de la pelvis al nivel del istmo del útero.—1, vejiga urinaria; 2, parametrio; 3, útero; 4, sacro; 5, recto; 6, tejido conjuntivo denso que separa el paracistium del parametrio; 7, músculo obturador interno (Freund).

rodea la vejiga y el que, dirigiéndose hacia fuera, llega a recubrir las paredes de la pelvis.

La figura 11 representa un corte sagital lateralizado. Aquí se ha cortado el recto y la vejiga, pero no se ve ni uretra ni vagina, porque el corte se ha hecho por fuera de estos órganos; hacia abajo y atrás se ve seccionada la ampolla rectal, y por delante un poco de la pared lateral de la vejiga. En esta figura se observa de modo claro cómo el tejido celular del ligamento ancho se continúa con el *paracistium* y el *paraprotium*; todo él se halla formando una sola masa, y vese asimismo cómo se continúa hacia atrás hasta el sacro; la disposición de continuidad del tejido celular que se observa en esta figura

explica cómo un flemón pelviano, al tomar la forma difusa, puede correrse no sólo a la región sacra, sino salir de la pelvis o coleccionar sus exudados en la fosa isquio-rectal.

En conjunto, debemos recordar nosotros que útero, vagina, vejiga y recto tienen una conexión única, formada por el tejido celular, y que en éste existen ciertos espesamientos que permiten la limitación de procesos flogísticos; en realidad, aun cuando parezca continuo el tejido celular pelviano, existen tabiques de limitación, pudiéndose comprobar su presencia de modo evidente cuando se practican inyecciones en puntos distintos de este tejido. Si con una

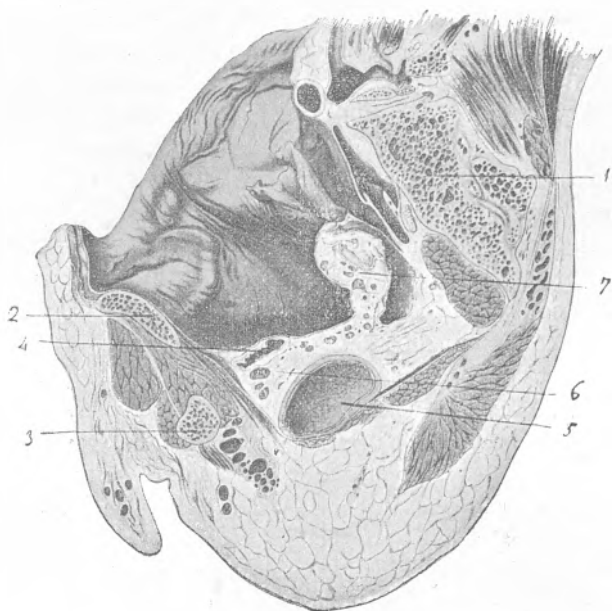


Fig. 11.—Corte lateralizado de la pelvis pasando inmediatamente por fuera del útero.—1, sacro; 2, rama horizontal del pubis; 3, rama ascendente del isquión; 4, vejiga urinaria; 5, ampolla rectal; 6, paracolpium; 7, tejido celular incluido en el ligamento ancho (Freund).

jeringa se inyecta el tejido celular que rodea los órganos pelvianos, se ve que siempre toma la inyección una misma dirección si el punto de la punción es el mismo; es decir, que si se inyectan 10, 15, 20 gramos de un líquido coloreado en la base de un ligamento ancho, si no se fuerza la inyección en cantidad o en presión, queda siempre limitada a una zona casi idéntica en unos cadáveres que en otros, lo cual demuestra que existen espesamientos limitantes, dándonos esto cuenta exacta de por qué los procesos flogísticos se reproducen casi siempre con escasas variantes (Freund).

En las inflamaciones pelvianas agudísimas, en aquellas que en el estado puerperal sobrevienen a consecuencia de una infección estreptocócica aguda, y por tanto, con una virulencia manifiesta, con una cantidad de energía de propagación muy grande, se produce un flemón de tejido celular que invade el de toda la pelvis, flemón difuso análogo al que pueda aparecer en un brazo o en una pierna, al que ningún espesamiento celular puede detener; pero cuando no es un flemón de esta naturaleza, cuando el agente infectante no tiene tanta intensidad o su virulencia es menor, se produce un flemón del ligamento ancho que se corre hacia el punto de menor resistencia, hacia arriba unas veces, por encima del ligamento de Poupart, empujando al peritoneo hacia arriba y llegando a hacer prominencia en la fosa ilíaca, abriéndose espontáneamente al exterior o quedando en estado de induración meses y hasta años. Esto es lo menos frecuente; lo más común es que siga hacia abajo, que invada al paracolpium y que haga el exudado su salida por uno de los fondos de saco vaginales laterales, y siendo este el punto más declive, a menudo se cura espontáneamente el flemón. No es raro, en procesos ginecológicos flogísticos, encontrar enfermas que, teniendo un verdadero tumor enorme, resultado de un flemón pelviano, vean desaparecer sus dolores y el estado febril que tenían, y sientan un notable bienestar de la noche a la mañana, por haber comenzado a echar pus por el ano, por haberse establecido una comunicación, abriéndose el tumor en el recto dando lugar a la salida del pus junto con las deposiciones de excrementos. Menos frecuentemente la inflamación del parametrio se propaga al paracistium y la supuración consecutiva a este proceso busca su salida por la vejiga urinaria; hemos tenido nosotros ocasión de observar un caso en que la cantidad de pus que en cinco días salió mezclada con orina, pudo evaluarse en 3 litros; antes de abrirse el flemón pelviano en la vejiga, alcanzaba la tumoración pelvi-abdominal el nivel del ombligo.

Otro caso muy notable tuvimos ocasión de observar, en el que por infección de un embarazo extrauterino la flogosis fué corriéndose hacia el paracistium y la enferma comenzó a expulsar pus por la vejiga y después, en pequeñas porciones, todo el embrión, saliendo primero un húmero y un radio, después las extremidades inferiores, otro día la columna vertebral, más tarde la cabeza fetal, y así lentamente todos los restos embrionarios, curando completa y espontáneamente. Esta disposición del tejido celular, cuyo conocimiento puede parecer de poca importancia, permite la explicación de algunos de los fenómenos que con bastante frecuencia se encuentran en el curso de las enfermedades del aparato genital femenino.

Vasos y ganglios linfáticos.

Otro punto de anatomía de los genitales muy interesante es el que se refiere a los vasos y ganglios linfáticos, cuya distribución juega un importantísimo papel en la propagación de las flogosis y de los procesos neoplásicos malignos que en este aparato se desarrollan.

Sabido es que el cáncer se propaga principalmente por los vasos linfáticos; constituye su curación el problema más importante que en Medicina existe en la época presente, y es tal y tan grande la frecuencia con que se presenta en el útero, que es absolutamente preciso conocer las vías por donde más comúnmente se propaga.

El cáncer es enfermedad curable cuando se llega a tiempo; y se llega a tiempo cuando no hay propagación. ¿Cómo se verifica la propagación? Lo más frecuentemente por vía linfática.

La red linfática del útero, de la vagina y de los genitales externos es abundantísima; pero en el útero y en su porción inferior es tan tupida, que puede decirse que no hay ni la más pequeña zona de la región cervical en la que no se halle un vaso, por el cual pueda propagarse una neoplasia epitelial merced a la migración de sus elementos. Los vasos linfáticos del útero y vagina forman una red abundantísima y van reuniéndose en troncos; estos troncos linfáticos principales tienen en su curso cadenas ganglionares que sirven de defensa para el organismo; lo mismo las inflamaciones que las neoplasias, no tienen una marcha progresiva rápida, gracias a los ganglios. En ellos se detienen los elementos patógenos, les modifican y forman una barrera. Si examinamos lo que ocurre en algunos procesos de inflamación, veremos el excelente papel defensivo de los ganglios linfáticos; una inflamación en un dedo ocasiona una linfangitis, que conduce a la flogosis de los ganglios epitrocleos y a veces de los axilares, los cuales aumentan de volumen y casi siempre en ellos queda detenido el proceso de inflamación. Si aquel mismo proceso, en vez de ocurrir en un vaso linfático se produjera en una vena, donde no hay nada que pueda detener la corriente de dirección centripeta, pues las válvulas no sirven más que para impedir el reflujo, se produciría una flebitis que podría dar lugar a la muerte por un proceso séptico, como se ve frecuentemente en los procesos puerperales. Una inflamación puerperal, en tanto queda limitada a los linfáticos, tiene una gravedad relativa; a veces sobreviene el flemón, viene tal vez una septicemia, pero hay medio de tratarla con probable eficacia; pero cuando la inflamación pasa directamente a las venas, prodúcese, con facilidad extraordinaria, un proceso de piohemia con fríos intensísimos y localizaciones endocárdicas, así como también metástasis

purulentas, embolias y otras complicaciones que pueden ocasionar la muerte de la enferma.

Claro está que, si la infección es muy grande, no bastan los ganglios linfáticos por sí solos para detener la propagación. Lo mismo pasa en el cáncer; si una célula cancerosa no encontrara los ganglios en su camino, pronto llegaría por el conducto torácico a la circulación general, y se producirían metástasis de modo muy rápido; afortunadamente, ello no sucede de esta manera, y las metástasis no son tempranas, sino relativamente tardías; aparecen después de bastante tiempo, gracias a que las células cancerosas encontraron en su camino los nudos ganglionares que detuvieron la corriente y con ella las células cancerosas. Nos interesa, pues, muchísimo conocer, no sólo para los procesos flogísticos, sino para los neoplásicos, cuál es la disposición que los ganglios tienen y cuáles son los troncos linfáticos principales que a esos ganglios van.

Los ganglios de la pelvis forman tres grupos: uno, de vasos ilíacos externos; otro, de vasos ilíacos internos, y el tercero, situado en el promontorio y foseas lumbo-sacras.

PRIMER GRUPO.—*Grupo de los vasos ilíacos externos formado por vena iliaca y arteria iliaca.*—El grupo de este nombre lo forman tres cadenas ganglionares; cada cadena constituida por dos o tres ganglios. En algunas ocasiones, como el que representa la figura 12, el ganglio de la cadena externa se reúne con uno de la cadena media, ganglio obturador externo. Cadena ganglionar interna, formada también por un par de ganglios; en algunas ocasiones tres; en conjunto, tres cadenas ganglionares: la más externa, colocada encima de la arteria en la parte externa; la interna, colocada por dentro y por debajo de la vena, y la media, situada por encima de la vena, de tal modo, que a los ganglios de esta cadena se les llama ganglios prevenosos. A esos ganglios van a parar los vasos linfáticos de la ingle, eferentes de los ganglios de esa región; atraviesan el agujero obturador por debajo del pectíneo, constituyendo el punto de partida de la corriente linfática externa.

SEGUNDO GRUPO.—*Los hipogástricos o ilíacos internos.*—En este grupo existe un ganglio en cada emergencia de ramas de la hipogástrica; de manera que hay un ganglio en la salida de la uterina, otro en la salida de la vaginal, de la vesical media, de la obturatriz, etc.

TERCER GRUPO.—*Grupo del promontorio.*—En la cara anterior del sacro, en el punto de unión de la última lumbar con el sacro, encuéntranse tres o cuatro ganglios en conexión con otros más profundos, situados a los lados en las llamadas foseas lumbo-sacras. En el fondo de las mismas hay uno o dos ganglios, y además existen ganglios delante del sacro, en la parte antero-externa de los dos agujeros sacros.

A los grupos pelvianos siguen los abdominales; a los vasos linfáticos que

emergen de las cadenas ganglionares que hemos descrito se interponen otros ganglios, situados más arriba, rodeando a los vasos ilíacos primitivos y siguiendo hasta la aorta, constituyendo la serie abdominal, a la que van a parar además otros troncos linfáticos del intestino.

A las diferentes cadenas ganglionares van a parar los troncos de procedencia genital en la siguiente forma: existe un cordón transversal que va a

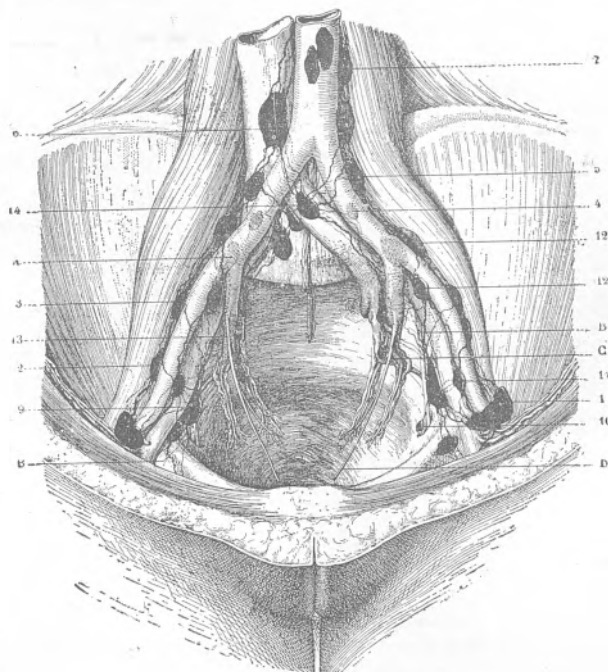


Fig. 12.—Disposición de los ganglios linfáticos pelvianos, según Marcille. — 1, ganglio retrocrural externo; 2 y 3, cadena de los ilíacos externos; 4 y 5, ganglio iliaco primitivo (grupo externo); 6 y 7, grupo lateral aórtico; 9, ganglio del nervio obturador; 10, ganglio del agujero subpubiano; 11, ganglio prevenoso medio; 12, ganglio prevenoso superior; 13, grupo de las ramas de la hipogástrica; 14, grupo del promontorio; A, arteria iliaca primitiva; B, nervio obturador; C, arteria obturatriz; D, arteria umbilical.

parar desde la porción cervical del útero a los ganglios ilíacos externos (Figura 13), de manera que un cáncer de esta porción del órgano puede por esta rama transversal producir infartos ganglionares del grupo ilíaco externo, cosa que casi siempre sucede. Las ramas cervicales se dirigen a los ganglios situados en el punto de emergencia de la uterina y vaginal, al grupo hipogástrico; una o dos ramas muy largas van a parar a los ganglios del promontorio y foseta lumbo-sacra, pasando por el tejido celular que envuelve al recto y siguiendo la cara anterior del sacro; otra rama, siguiendo un camino análogo, va a parar al

ganglio situado al nivel del segundo agujero sacro, de manera que un cáncer del útero puede dar muy prontamente lugar a una propagación a distancia muy considerable, cual significa hallarse afectos los ganglios de la foseta lumbosacra, los pre-sacros y también los situados delante del promontorio.

Lo mismo ocurre con los ganglios de la vagina, lo que explica la facilidad con que se reproduce la neoplasia en las enfermas afectas de carcinoma,

cuando se hallan ya invadidos los fondos de saco vaginales.

Los linfáticos de las trompas y de los ovarios siguen la misma dirección de la arteria utero-ovárica; reunidos los linfáticos de la cara superior del útero a los de las trompas y de los ovarios, siguen el ligamento infundíbulo-pelviano, acompañan a la arteria utero-ovárica y van a desembocar a los ganglios pre-renales; pero como quiera que hay más dificultad para propagarse hacia arriba, porque al realizar una histerectomía se extirpan con seguridad los troncos linfáticos que siguen esta dirección, resulta que la reproducción de los cánceres de cuerpo es mucho menos frecuente que la de los de cuello. En el cuerpo de la matriz existe el ligamento redondo; por aquí también puede realizarse la propagación neoplásica, pues pasa por él algún vaso linfático que va a parar a los ganglios inguinales externos, los que se hallan situados en la misma ingle a la salida del ligamento redondo. Por esto, en el cáncer de útero, así de cuerpo, como de cuello, es excepcional que encontremos ganglios infartados de la ingle, porque, si existe alguno, tiene que ser de fondo, que haya pasado por un camino que no es precisamente el más frecuente ni el más directo.

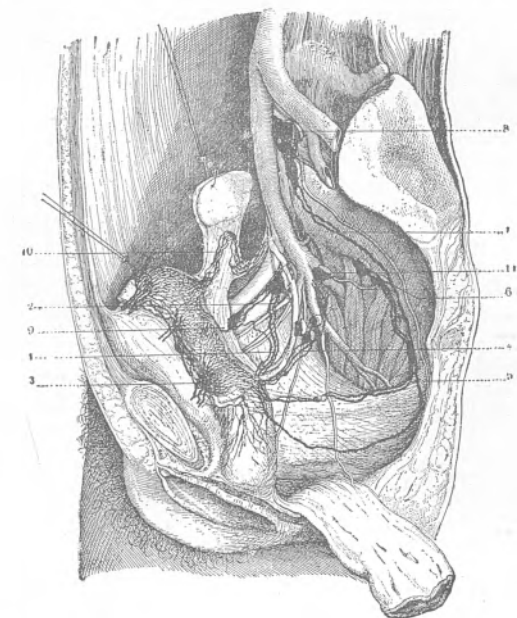


Fig. 13.—Vasos linfáticos pelvianos en la mujer, según Marcille.—1, porción de pedículo transversal que va al ganglio pre-natal superior; 2, origen del pedículo transversal del cuello formando pelotón; 3, origen del pedículo transversal del cuello formando pelotón; 4, pedículo posterior corto; 5, pedículo posterior medio; 6, grupo ganglionar sacro-lateral; 7, pedículo posterior largo; 8, grupo del promontorio; 9, pedículo transversal del cuerno uterino; 10, pedículo lumbar; 11, ganglio glúteo.

En la porción baja de la vulva y parte inferior de la vagina, los vasos casi todos se dirigen a los ganglios inguinales; de ahí que el carcinoma, lo mismo

que el chancro o cualquier proceso flogístico de la vulva, determine infartos ganglionares de la ingle. El chancro, que está localizado en el cuello del útero, no es causa de bubón inguinal.

Cuadro sinóptico de la circulación linfática.

VULVA	{	Vasos que se dirigen a los ganglios inguinales. Id. anastomóticos con los vaginales que se dirigen a los hipogástricos.
VAGINA	{	Porción inferior. { Vasos en conexión con los de la vulva que van a parar a los inguinales. Porción superior y media. { Siguen la dirección de la arteria vaginal y van a parar a los ganglios hipogástricos. { Anastomosis con vasos vesicales que van al grupo de ganglios ilíaco externo; otras con los inferiores del cuello del útero.
ÚTERO	{	Porción cervical. { Vasos anastomóticos con los vesicales que van a parar al grupo ganglionar ilíaco externo. { Anastomosis con los vasos hemorroidales que van a parar a los ganglios pre-sacros y de la foseta lumbo-sacra. { Vasos que siguen la dirección de la arteria uterina y van a parar al ganglio situado en la emergencia de este vaso. Porción corporal. { Vasos anastomóticos con los del cuello. { Vasos que siguen la dirección del plexo pampiniforme y van a parar a los aórticos.
TROMPAS Y OVARIO.	{	Vasos que, siguiendo la dirección del plexo pampiniforme, van a parar a los ganglios aórticos
VEJIGA.	{	{ Siguen la dirección de la vesical inferior, yendo a parar a los ganglios hipogástricos. { Otros anastomóticos con los cervicales inferiores. { Vasos retropúbicos que van a parar a las cadenas ilíacas externas.
RECTO Y ANO.	{	{ Vasos anastomóticos, con los cervicales, van a parar a los pre-sacros y a los situados en la foseta lumbo-sacra. { Anastomosis, con los vulvares, que van a los ganglios inguinales.

Inervación del aparato genital femenino.

El aparato genital femenino se inerva por elementos procedentes unos del gran simpático, y otros directamente de los últimos pares medulares. Relacionadas estas fibras, de origen distinto, dan lugar a alguno de los fenómenos dolorosos a distancia que la mujer experimenta, así como también a la serie de trastornos reflejos que se presentan en enfermas del aparato genital, pudiendo su conocimiento darnos explicación de fenómenos que, ya por la distancia, ya por su variedad e intensidad, no parece que puedan depender de ginecopatías.

Dos grupos principales de fibras nerviosas son las encargadas de la inervación; unas procedentes del simpático, que, siguiendo la dirección de los vasos, van a parar a los órganos genitales; así, las que toman su origen en el plexo renal, siguen el curso de la arteria utero-ovárica, rama de la aorta, llegan a las trompas y al ovario: en la trompa se distribuyen, terminando en ramas superficiales y profundas, llegando estas últimas hasta los espacios intercelulares del epitelio de la mucosa; en el ovario, algunos filetes penetran por el hilio del órgano, alcanzan la capa cortical u ovígena y terminan en la misma periferia del folículo; algunas investigaciones hechas por Retzius, Mandl y E. Winterhalten demuestran que hasta en el interior de los folículos penetran los elementos nerviosos, no habiéndose comprobado que lleguen hasta el óvulo, si bien se cree que terminan las últimas ramificaciones en las células que le envuelven.

La existencia de células nerviosas en el ovario, puestas en evidencia por E. Winterhalten, han sido corroboradas por las investigaciones de Van de Velde, que no sólo aceptó la existencia del llamado ganglio intersticial independiente, sino que demostró las terminaciones interepiteliales de la membrana granulosa de los filetes foliculares.

Pedro Ramón Cajal, en *Aragón Médico* (Mayo 1918), publicó un interesante trabajo de investigación sobre la existencia de un aparato nervioso autónomo del ovario, cuyas conclusiones son las siguientes:

«El aparato nervioso de esta glándula germinal se compone de numerosas células emplazadas en diversas regiones, sin tendencia a constituir ganglios, las cuales, por su diversa situación, pueden denominarse *intersticiales o interfoliculares*, siendo ya profundas, ya superficiales.

»Estas células intersticiales guardan íntima relación con los ovisacos, suministrando colaterales terminales que ingresan en el epitelio de la membrana granulosa y alcanzando algunas de sus ramitas finales al epitelio germinal.

»En la región central del ovario, por dentro de la capa ovígena, puede reconocerse un *ganglio difuso* que contiene numerosos corpúsculos nerviosos, de morfología distinta. Tanto estos corpúsculos como los intersticiales, suministran ramas ascendentes y descendentes; estas últimas penetran en los plexos perivascuales y parecen llevar un curso extra-ovárico. Es verosímil que estas ramas profundas originen una corriente centrípeta que establezca conexiones con otras vísceras de la esfera genital, con el útero y la trompa probablemente».

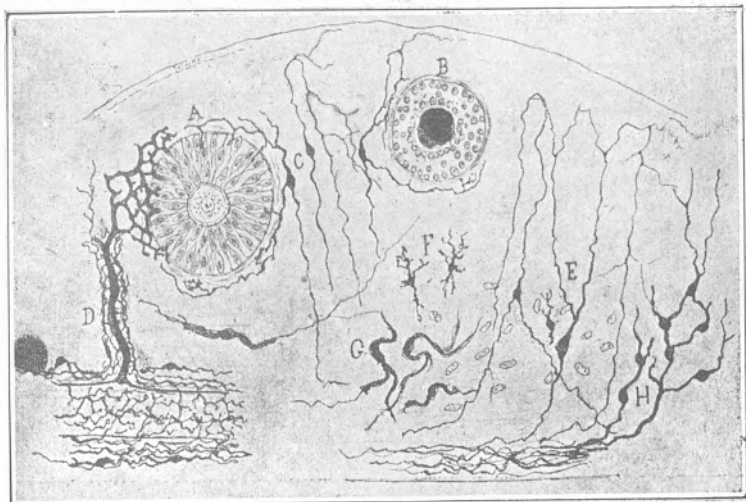


Fig. 14.—A, B, C, neuronas y fibras superficiales y profundas de la capa ovígena; D, plexo perivascular; E, células triangulares o piramidales; F, corpúsculos neuróglícos de forma estelar; G, fibras nerviosas gruesas; H, fibras nerviosas gruesas. (P. Ramón y Cajal).

Al útero van a inervarle muchos elementos del simpático. El plexo hipogástrico, que es continuación del plexo aórtico y que en el hombre ocupa el espacio recto-vesical y en la mujer el recto-uterino, suministra gran número de ramas que, anastomosándose con otras de origen medular, forman alrededor del útero una red tan tupida que se confunden sus fibras constitutivas, dando lugar a un plexo uterino, que en algunos casos toma la forma de un ganglio, y como tal ha sido considerado por Frankenhauser. En realidad, este plexo no tiene de ganglio más que algunas células nerviosas independientes; en su mayor parte está constituido por el entrecruzamiento de ramos del 3.º, 4.º y 5.º par sacros, con otros procedentes del simpático. De esta red o ganglio de Frankenhauser parten numerosos filetes nerviosos que están encargados de la inervación del útero; estas fibras penetran: unas, hasta las partes más profundas, atravesando la porción muscular del órgano, llegan hasta la mucosa y se

distribuyen en los elementos epiteliales de la misma, estando encargados de la inervación total, dividida en funciones de secreción realizadas por los elementos glandulares que tiene la mucosa; otras, de motilidad, que son las que permiten que entren en actividad los músculos uterinos en las distintas funciones que a los mismos corresponden y funciones sensitivas que explican los fenómenos dolorosos a que dan lugar los procesos que en el útero se desarrollan. Las fibras de motilidad, las sensitivas y la de los órganos encargados de las secreciones del útero, se hallan distribuídas de modo distinto, según se las

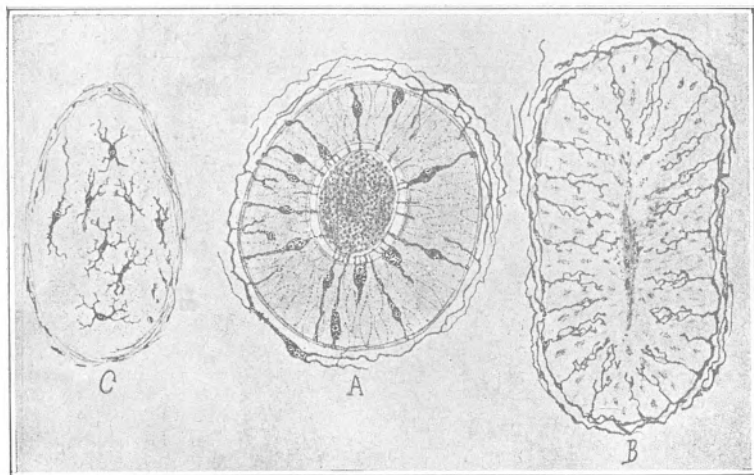


Fig. 15.—A, neuronas y fibras nerviosas multinucleadas; B, fibras nerviosas convergentes al centro de la cicatriz vesicular; C, corpúsculos neuróglícos de forma estelar.

observe en la superficie o en la profundidad, hallándose asimismo repartidas en desigual proporción en la porción cervical y en la corporal.

En la porción cervical abundan los elementos encargados de la secreción. En el hocico de tenca hay muy pocos elementos nerviosos musculares y sensitivos y una cantidad considerable de los encargados de la secreción de las glándulas de la mucosa, pues toda la porción endocervical de la mucosa uterina está cubierta por células caliciformes, que han sido considerados por muchos histólogos como glándulas monocelulares. En el cuello hay un escasísimo número de fibras sensitivas, hasta el punto que se había negado por algunos fisiólogos que las hubiera. Si se coge el hocico de tenca con unas pinzas de garfio y se atrae hacia la vulva, cosa muy a menudo realizada en la práctica ginecológica, apenas si determina protesta por parte de la enferma; tan escaso es el dolor que determina. Las punciones y las escarificaciones en el hocico de tenca son casi indoloras; las mujeres se quejan de alguna molestia insignificante,

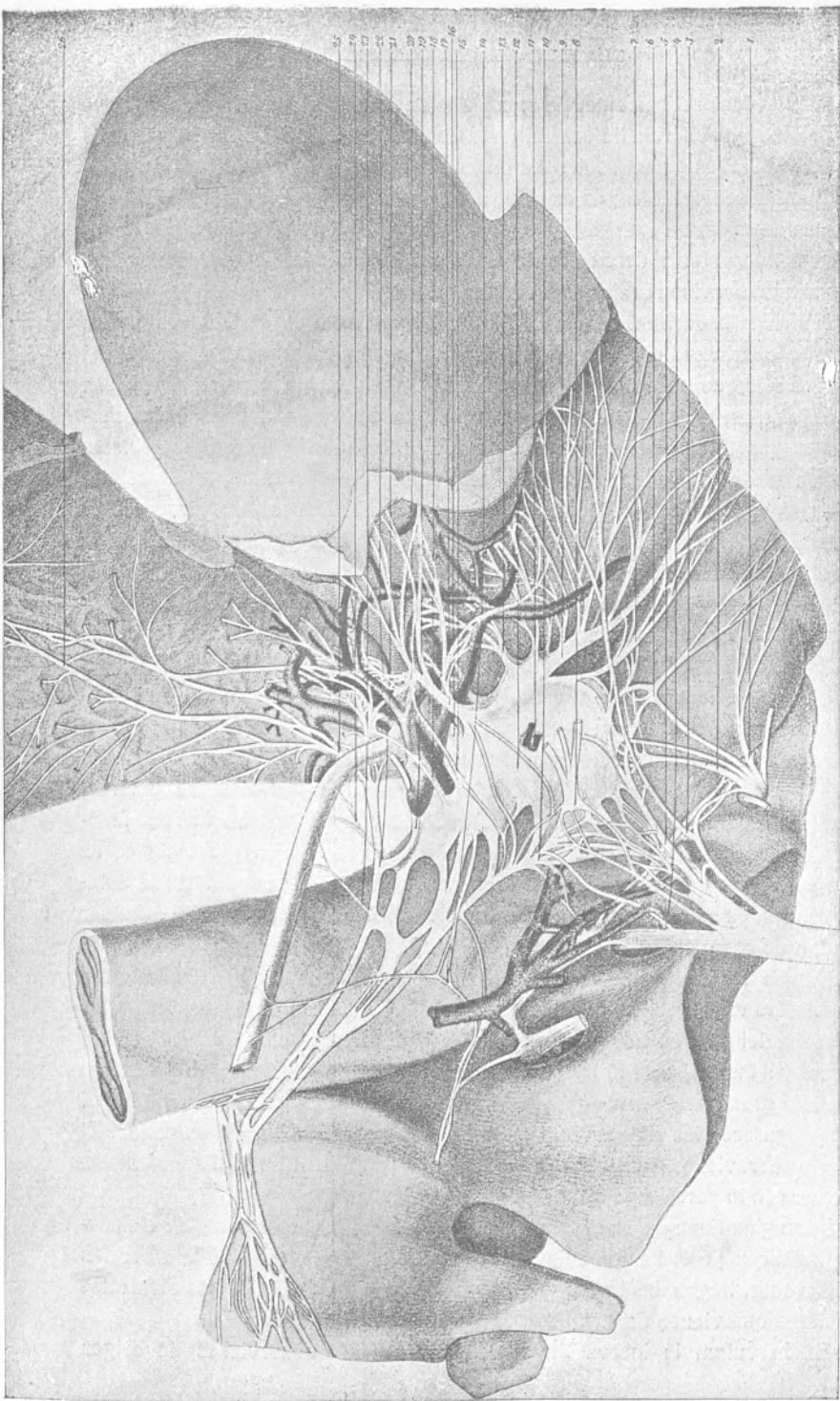


Fig. 16. — 1, nervio hemorroidal procedente del cuarto par que va al ganglio cervical; 3, ramo del tercer par sacro que va al ganglio cervical, a la vagina y a la vejiga; 4 y 5, ramo del tercer par que va al ganglio cervical; 6, ramas hemorroidales del plexo cervical; 7, ramificaciones nerviosas entre vagina y recto; 8, pequeño ganglio superpuesto al cervical; 9, nervios vaginales; 10, vena y arteria perforando al ganglio cervical; 11, ganglio cervical; 12, rama la más externa del plexo hipogástrico; 13, ramas que se distribuyen entre vejiga y vagina; 14, nervio procedente del primer ganglio sacro del simpático que va al útero; 15, ramos anastomóticos para el ganglio cervical; 16, paquete nervioso que penetra en el cuello uterino; 17, 18 y 19, anastomosis entre el ganglio cervical y las ramas más internas del plexo hipogástrico; 20, ganglio vesical; 21 y 22, ramas del ganglio vesical que penetran en el tejido uterino; 23 y 24, nervios que el plexo uterino envía al útero; 25 y 26, ramas superficiales del plexo hipogástrico.

y rarísimas veces retiran su cuerpo, como lo retirarían si se las pinchara en la piel. Por lo que refiere a la sensibilidad térmica, es casi nula: las irrigaciones a 60° son toleradas por el hocico de tenca, sin que la mujer se dé cuenta de lo elevado de la temperatura; en cambio, a 40° la vulva, y en especial el periné, protestan de un modo enérgico.

La semianestesia del hocico de tenca ha inducido a algunos a negar la existencia de nervios sensitivos en el mismo.

Contrasta la escasez de sensibilidad de la porción vaginal del cuello del útero con la extraordinaria que ofrece la porción ístmica, y más aun con la del tejido celular que rodea al órgano; en este punto los filetes nerviosos son abundantísimos, resultado del entrecruzamiento de toda clase de fibras nerviosas, y por tanto, cualquier fenómeno flogístico o neoplásico que, comenzando en el útero, por propagación directa o indirecta invade el tejido celular que le rodea, es altamente doloroso, porque lo mismo las células procedentes de exudación flogística que las neoplásicas producen compresiones de los filetes nerviosos, y el dolor intenso se manifiesta inmediatamente; así observamos en el cáncer del útero, en el cervical principalmente, que aun hallándose en estado de putrefacción y con abundantes hemorragias y leucorrea fétida, no se quejan las enfermas de dolor alguno porque en la porción vaginal del útero los elementos nerviosos sensitivos son escasos y los pocos allí existentes no sufren compresión alguna, dada la forma exuberante y eflorescente de la neoplasia; pero, en cambio, cuando el carcinoma o el proceso de inflamación se ha extendido desde el hocico de tenca al tejido celular, se presentan intensísimos dolores, porque los filetes nerviosos, allí muy abundantes, experimentan fuertes fenómenos de compresión o de neuritis; de ahí que ya en Clínica ginecológica se tenga por axioma que, cuando un carcinoma de cuello de útero determina dolores grandes, es señal que tiene invasión paramétrica, y por lo tanto, debe ser considerado como probablemente inoperable.

Una de las cosas que más perjudican a la mujer en lo que se refiere a la lucha contra el cáncer, es precisamente la falta de dolores que presenta en los comienzos del mal, cuando se desarrolla en la porción cervical; como no existen dolores, y a las mujeres, ni las pérdidas de sangre, ni la existencia de leucorrea les asusta grandemente, van pasando el tiempo, y cuando acuden al ginecólogo, porque aparecen los dolores, es ya tarde para poder alcanzar la curación. El dolor no sobreviene, generalmente, hasta tanto que la invasión del carcinoma ha alcanzado la porción periuterina o parametrio.

La vagina tiene su innervación dependiente en sus partes altas de elementos simpáticos procedentes del plexo hipogástrico que, siguiendo la dirección de los vasos, llegan hasta las paredes del órgano, además de los elementos medulares que vienen del 2.º, 3.º y 4.º par sacros.

En la vulva, la innervación se realiza por filetes nerviosos de origen

simpático, pero en mucha menor cantidad; siguen asimismo la dirección de los vasos, pero la inervación de los genitales externos es en su mayor parte de procedencia medular; hay un hecho anatómico que es preciso tener en cuenta porque explica algunos de los síntomas que la mujer ofrece en algunas ocasiones; a los genitales altos, útero y vagina van elementos del 2.º, 3.º y 4.º par sacros, y a la vulva, que está en un plano más inferior, parece que deberían ir elementos nerviosos procedentes de ramas terminales del plexo lumbar; el abdomino-genital mayor y el abdomino-genital menor, es decir, ramas que teniendo su origen en la parte más alta del plexo lumbar pasan entre las estructuras musculares de la pared del abdomen y se hacen superficiales para distribuirse en el monte de Venus unas, y otras a los labios mayores; esto puede explicar el hecho clínico de que manifestaciones dolorosas en las partes bajas den lugar a fenómenos reflejos correspondientes a las partes altas del abdomen.

Existe, asimismo, el nervio genito-crural procedente del segundo tronco lumbar, que siguiendo una dirección análoga a la del abdomino-genital, viene a hacerse superficial, distribuyendo también sus elementos nerviosos en la porción correspondiente de los genitales externos. Igual origen tienen los nervios crurales, los cuales, siguiendo la dirección de los vasos van a parar a la cara anterior del muslo; es muy común en ginecopatías encontrar dolores de irradiación hacia los muslos, en la misma línea de dirección del tronco y ramas de los crurales, así como se encuentran fenómenos dolorosos a distancia, resultado de procesos de compresión de los troncos y ramas nerviosas que cruzan la pelvis: ciático, crural, obturador, etc.

En resumen, podemos decir que en la parte alta, trompa y ovario, los elementos proceden del plexo renal, y siguen la dirección de los vasos, arteria utero-ovárica y plexo pampiniforme; los del útero y vagina, de ramas del 2.º, 3.º y 4.º par sacro y de ramas procedentes del plexo hipogástrico, que ocupa el espacio que se halla entre recto y útero, situación que explica muchas veces los trastornos que procesos insignificantes de los genitales determinan, por la compresión que se produce en este mismo plexo hipogástrico. Además, en el ovario, útero y tejido celular peri-uterino existen células nerviosas, relativamente autónomas, que pueden regir en parte la vida independiente de los genitales. Por último, en los genitales externos la principal fuente de inervación procede de los pares lumbares (abdomino-genital mayor y menor, genito-crural, femoro-cutáneo), habiendo también la rama pudenda, que da ramas genitales que van a parar al periné y que pudieran explicar en algunas ocasiones las manifestaciones dolorosas que se encuentran en procesos genitales de escasa importancia.

Medios de sostén del aparato genital de la mujer.

El aparato genital femenino, en su porción baja, se halla sostenido por las diversas estructuras musculocutáneas que integran las partes pudendas, pero el útero se halla casi flotando en la excavación pelviana; en su parte media existen medios normales de sostén y fijación que no permiten al órgano desviarse de la situación normal. La matriz necesita de la movilidad de que goza, porque dados los considerables cambios que tanto en el sentido de la dirección como en su tamaño experimenta por el hecho del embarazo, si no la poseyera no podría convertirse, de un órgano del tamaño de una pera, que tiene en el estado de vacuidad, a un órgano del tamaño que posee al final de la gestación. Hay una serie de ligamentos que sostienen este órgano, no permitiendo que se desvíe ni modifique su dirección más que cuando existen alteraciones patológicas intrínsecas o extrínsecas al aparato genital.

El principal medio de sostén del útero es la columna vaginal; el eje de la vagina se cruza con el del útero formando un ángulo obtuso abierto hacia adelante; este órgano se halla en estado de anteversión flexión, es decir, se echa un poco hacia delante, flexionando su eje ligeramente, y como la vagina está dirigida hacia atrás y arriba, se cruzan en ángulo los dos ejes y debido a esto el útero tiene su apoyo principal en la columna vaginal, que a la vez está sostenida por una serie de estructuras que constituyen el triángulo perineal en su parte alta y en su porción baja el periné superficial, de modo que el principal apoyo de la matriz se halla en la pared posterior de la vagina.

Este es el principal sostén del útero en su estado normal, y esto explica el que cuando a consecuencia de un desgarró del periné desaparece la resistencia de la columna vaginal, el órgano tiende a descender.

Pero este medio, que sirve eficazmente para sostener el útero en su posición alta, no sería lo suficiente para que quedara en su lugar si no hubiera otros medios de sostén.

Esos son los ligamentos anchos, los redondos y los útero-sacos.

Los ligamentos útero-sacos están constituídos por una serie de fibras conjuntivas, incluidas en dos repliegues de peritoneo, que desde la porción ístmica del útero se dirigen hacia atrás, circunscribiendo el recto, dejando un espacio por el que pasa este órgano, y yendo a fijarse en la unión del sacro con los ilíacos; si se bascula el útero hacia adelante, se ponen tirantes estos dos fascículos, que van del útero al sacro y se puede comprobar la resistencia que poseen; estos ligamentos útero-sacos son los que hacen que el cuello esté en su posición. En estos ligamentos útero-sacos es en donde radican los dolores y en donde se manifiestan los fenómenos de perineuritis de que se quejan

casi todas las enfermas del aparato genital, dolores que achacan casi siempre ellas a los riñones, y que, en realidad, no son de la región lumbar, sino del sitio correspondiente a la articulación sacro-ilíaca de cada lado, o sea del punto en donde se insertan esos ligamentos.

La considerable cantidad de fibras elásticas existentes en estos ligamentos, que se asocian a las que se hallan en la bóveda vaginal, parametrios y tejido subperitoneal, forman una red elástica, que ejerce una gran influencia sobre la estática del útero.

El proceso de inflamación de los ligamentos útero-sacros determina retracciones que pueden ser causa de dolores persistentes; mujeres con procesos flogísticos antiguos, apenas apreciables, son víctimas de dolores permanentes, única y exclusivamente debidos a fenómenos de compresión, por esclerosis del tejido conjuntivo, que entra en la constitución de estos ligamentos, y que ocasionan una compresión persistente de los plexos nerviosos que en los mismos existen.

Los ligamentos útero-sacros son los que hacen que el hocico de tenca se mantenga en su posición normal, que el útero no suba ni baje del nivel que ocupa en la pelvis; la importancia que tienen estos ligamentos como medios de sostén se comprueba en el curso de las histerectomías por vía abdominal; aun cuando estén seccionados los ligamentos infundíbulo-pelvianos y los anchos, no hay medio de atraer la totalidad del órgano hacia afuera y colocar pinzas acodadas en ángulo recto en la vagina, hasta tanto que quedan bien seccionados los ligamentos útero-sacros; por esto, en nuestro procedimiento de histerectomía por procesos anaxiales, preferimos comenzar por la sección de estos ligamentos para tener luego mayores facilidades técnicas en los tiempos sucesivos.

Mackenrodt ha descrito dos bandas ligamentosas situadas a los lados del cuello del útero, que van a parar a las fascia pélvica por delante de los cuerpos vertebrales; los llamados ligamentos de Mackenrodt no son más que espesamientos del tejido conjuntivo parametral, que a consecuencia de defectos de preparación parecen formar ligamentos independientes de los útero-sacros.

En la parte anterior de los cuernos del útero hay dos ligamentos, llamados ligamentos redondos. Ocupan el pliegue peritoneal anterior del ligamento ancho; se dirigen hacia fuera, formando una curva de concavidad anterior hasta que penetran en el conducto inguinal; salen por el anillo externo de este conducto, y entonces se dividen en una serie de hacecillos que se pierden entre los elementos fibrosos de los músculos oblicuos externos; algunos de ellos van a parar al labio mayor. Estos ligamentos, al salir de la cavidad abdominal, son sumamente finos: un conjunto de fibras que se confunde con las de la aponeurosis del oblicuo mayor; pero a medida que se acercan al ángulo superior del útero se hacen mucho más gruesos y apreciables a la vista. Estos ligamentos

redondos son los que mantienen el útero en su posición de anteversión-flexión; cuando existe una flacidez extraordinaria de los mismos, el útero se desvía hacia atrás, y entonces se convierte la anteversión normal en una retroversión; el ángulo que forma el eje del útero con el de la vagina se abre de tal manera, que alcanza muchas veces a convertir el eje del útero en una continuación del de aquélla, lo que explica por qué con tanta facilidad se puede producir el pro-

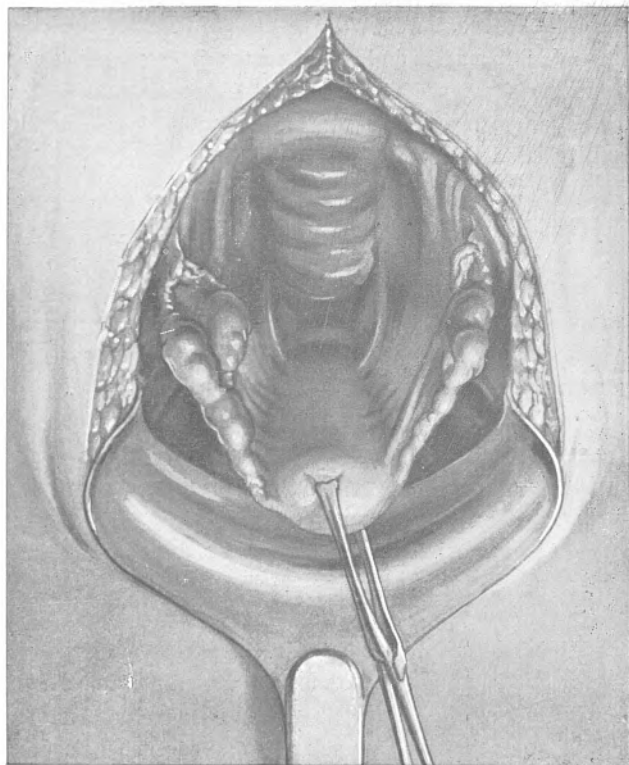


Fig. 17.—Ligamentos útero-sacros puestos de relieve por la fracción del útero hacia adelante.

lapso. Estos dos ligamentos redondos forman como las bridas de un caballo; si está el útero inclinado hacia atrás, basta tirar de esas bridas para que bascule el útero hacia adelante si no se hallan adherencias que lo impidan. Este es el fundamento de la operación llamada de Alexander-Adams, o sea el acortamiento extra-peritoneal de los ligamentos redondos, es decir, tirar de los ligamentos redondos hacia adelante sin penetrar en la cavidad del peritoneo; el útero bascula en esta dirección, se fijan los dos ligamentos a la pared y el órgano queda en su posición normal.

A los lados del útero existen los llamados ligamentos anchos, formados por las dos hojas del peritoneo, la anterior y la posterior, que se unen formando dos láminas cuadriláteras; en la parte superior están casi en contacto, pero en la inferior están separadas; en la parte superior existe un repliegue que envuelve la trompa, que se denomina mesosalpinx; en la posterior existe otro repliegue que termina en el hilio del ovario, y en la parte anterior hay un tercer repliegue, en el que se halla el ligamento redondo. Los ligamentos anchos dividen a la pelvis casi en dos mitades, anterior y posterior, dejando entre las dos hojas del ligamento una cavidad en la que existe gran cantidad de tejido celular, que corresponde a los lados del útero. En la base de estos ligamentos encuéntrase un vaso importante, la arteria uterina y un órgano, también de mucha importancia, que es el ureter.

Estos ligamentos impiden que el útero se incline lateralmente.

Las alteraciones en esos medios de sostén son las que explican los cambios de posición que algunas veces presenta el útero.

Toda la pelvis se halla sostenida, por lo que se denomina el diafragma pelviano.

Así como la cavidad abdominal se halla cerrada por arriba por un poderoso músculo, el diafragma, también por abajo se halla limitado por otro diafragma pelviano, que es el que sirve de apoyo a todas las vísceras abdominales, y sin el cual no sería posible verificar esfuerzo alguno; este diafragma pelviano está constituido por dos estructuras principales: el músculo elevador del ano por delante y el músculo isquio-coxígeo por detrás, cuyas fibras reunidas vienen a cerrar por completo la cavidad, constituyendo, el llamado por Farabeuf, músculo coxi-púbeo-perineal. Estos músculos están reforzados por elementos aponeuróticos, triples en su parte inferior, aponeurosis única en su parte superior, que son los que constituyen la base de resistencia de este plano muscular, que se halla perforado por detrás, lo mismo en el hombre que en la mujer, para dar paso al recto. Las fibras musculares del elevador no llegan perpendicularmente al recto, quedando allí cortadas, sino que, al encontrarse con este órgano, se separan e incurvan, dejando un espacio, y siguiendo la pared del mismo, la recubren de una cantidad de elementos musculares, que son los que constituyen el esfínter superior del ano. Estas fibras musculares están reforzadas por el constrictor inferior del ano, músculo que, en realidad, constituye el esfínter inferior, si bien los elementos principales de oclusión del intestino no radican en él, sino en las fibras altas procedentes del coxi-púbeo-perineal; así como en el hombre no hay otro orificio que el muy pequeño que da paso a la uretra, en la mujer existe otro espacio anterior, común para la vagina y para la uretra, con fibras circulares procedentes del elevador del ano, dispuestas de modo análogo a las propias del esfínter superior del recto.

Resultado de ello es la tonicidad que tiene la vagina en su estado normal,

tonicidad que algunas veces sufre alteraciones patológicas, como la que se conoce con el nombre de *vaginismo*. Esta es una enfermedad cuyas causas son múltiples, y está caracterizada por una resistencia extraordinaria que presenta la vagina a la intromisión del pene. Enfermas histéricas unas veces, otras afectas de procesos de naturaleza flogística, pero más frecuentemente de funcionalismo nervioso perturbado; mujeres casadas con hombres impotentes o que no pueden realizar el coito bien, sea por impotencia relativa del marido, por defectuosidad del órgano viril, o por otras causas, ofrecen este fenómeno contractural espasmódico del esfínter vaginal superior, conocido con el nombre de vaginismo; algunas veces ello da lugar a lo que se llama pene cautivo; ocurre después de la intromisión del pene, y llega a producir una compresión tan enérgica, que el miembro queda retenido hasta que cesa el orgasmo venéreo. Un fenómeno análogo ocurre en el coito de los perros: la constricción del músculo vaginal retiene el pene hasta que cesa el orgasmo genital; la diferencia entre el vaginismo y la constricción fisiológica de que hablamos, está en que en la mujer generalmente la contractura vaginal espasmódica impide la intromisión del pene, mientras que la fisiológica de los perros asegura la eficacia del coito.

El diafragma pelviano es el que presta apoyo y sostén a todas las vísceras que se hallan en la cavidad pelviana.

Entre el músculo elevador del ano y el periné, existe un espacio ocupado por varios músculos, tejido celular, vasos, nervios, etc.; este espacio se divide en anterior o periné propiamente dicho, que se extiende desde la vulva al ano, y posterior, llamado también por los anatómicos periné posterior, que se extiende desde el ano al coxis; nosotros, en realidad, no denominamos periné más que al anterior, pues ahí es donde existen los músculos bulbo-cavernosos, el triangular del periné y los isquio-cavernosos, que acaban de dar refuerzo y de cerrar por completo la cavidad pelviana por abajo. En este punto es donde existen los elementos que sostienen los órganos genitales en su integridad y en su posición normal, y que al romperse por el mecanismo del parto o por otra causa, dan lugar a cambios importantísimos en la estática de los genitales, modificando sus relaciones y perturbando su normal funcionalismo.

Relaciones del aparato urinario con el genital.

Es preciso, al tiempo que se hace el estudio topográfico de los órganos genitales femeninos, recordar las relaciones existentes entre éstos y los urinarios.

La circunstancia de enfermar muy frecuentemente el aparato urinario a consecuencia de lesiones genitales, obliga al ginecólogo a atender a lesiones de aquél, por no ser posible la separación completa de procesos que evolucionan muchas veces conjuntamente.

El meato urinario, desembocando en el vestíbulo, rodeado de un cierto número de glándulas análogas a las prostáticas del hombre, presenta una receptividad tal para algunas de las infecciones que residen en los genitales, que es muy difícil en algunas ocasiones precisar cuál fué el órgano primeramente afectado.

La uretra femenina, sumamente corta, descansa en la cara anterior de la vagina para desembocar en el vértice del triángulo vesical, que todo él descansa sobre los dos tercios superiores de aquel órgano. Las relaciones que la vejiga urinaria tiene con la vagina, principalmente en su base, son tan íntimas, que cualquier modificación en la estática de este órgano influye poderosamente sobre aquél. El cistocele no es otra cosa que el prolapso de la pared posterior de la vejiga, producido por la tracción de la cara anterior de la vagina al descender.

En los extremos del triángulo vesical desembocan los uréteres, los cuales corresponden a las partes laterales de la porción alta de la vejiga, y alcanzando la base del ligamento ancho, cruzan la arteria uterina para ir hacia los ligamentos infundíbulo-pelvianos a buscar la región lumbar hasta

llegar a la pelvis renal. Los uréteres normalmente no se hallan en contacto íntimo con la vagina, hallanse separados de ella por una cantidad de tejido celular, pero las lesiones extensas de aquel órgano pueden llegar a interesar el ureter hasta el punto de producir fistulas uretero-vaginales.

Al verificar una tracción, por medio de unas pinzas de Musseux, en el hocico de tenca hacia abajo, prodúcese una dislocación lateral de los uréteres, que facilita el despegamiento del órgano sin llegarlo a lesionar; con el útero bien atraído hacia abajo, la ligadura de las arterias uterinas a través del fondo de saco lateral, vaginal, no puede producir lesión del ureter; pero la misma aguja, pasada a igual distancia estando el útero en su sitio, puede englobar en

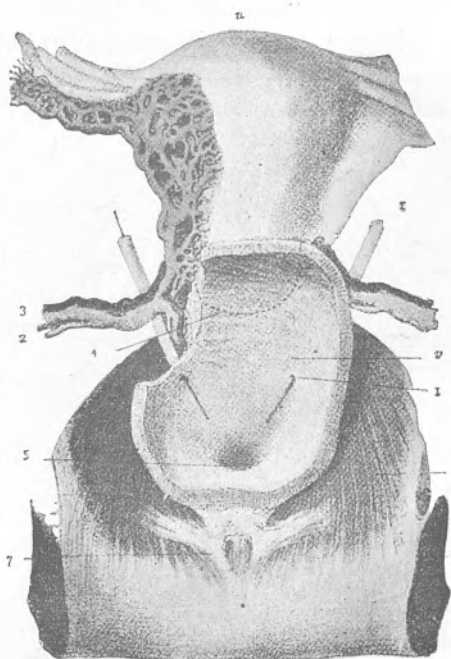


Fig. 18.—Triángulo vesical.—*u*, vejiga; *v*, útero; 1, ureter, 2 y 3, vena y arteria uterina; 4, cuello uterino; 5, uretra; 6, elevador del ano; 7, cara posterior del pubis.

su curvatura el ureter. Esta disposición anatómica debe tenerse presente para cuando se pretenda hacer intervenciones vaginales de alguna entidad.

La vagina y la vejiga hállanse unidas de modo íntimo por un tejido celular denso, llegando en algunas ocasiones esta unión hasta la cara anterior del útero, por encima del istmo, si bien lo más frecuente es que se termine la relación de continuidad inmediatamente por debajo del nivel del orificio interno del útero.

La cara posterior de la vejiga, en su porción más alta, tiene peritoneo que la recubre y que pasando desde ella a la cara anterior del útero constituye el fondo de saco vesico-uterino; peritoneo tiene también la cara superior, pero no se halla recubierta por serosa la anterior, sino que se halla en relación directa con el tejido celular retro-sinfisiario que constituye la llamada *cavidad de Retzius*.

Lección 6

DESARROLLO DE LOS ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS

Para estudiar el desarrollo del aparato genital femenino, es preciso hacerlo conjuntamente con el urinario, porque así en la parte alta como en la baja, los elementos que lo integran se desarrollan a un tiempo y en íntima conexión.

El aparato urinario en los vertebrados superiores pasa por tres etapas completamente distintas: 1.^a, riñón cefálico o *pronefros*; 2.^a, riñón primitivo, cuerpo de Wolf o *mesonefros*, y 3.^a, riñón definitivo o *metanefros*.

El pronefros está constituido por un conducto longitudinal, al que van a parar, desembocando en él en ángulo recto, de tres a cuatro tubos ciliados, que se abren libremente en la cavidad peritoneal por una especie de embudo, revestidos interiormente por células con pestañas vibrátiles. Enfrente de la abertura peritoneal de cada tubo, pero completamente separado de él, existe un ramillete vascular procedente de la aorta, que son los glomérulos del pronefros. El conducto a que van a parar los tubos ciliados se denomina *conducto de Wolf*, cuya procedencia mesodérmica ha sido puesta en duda por algunos autores.

El pronefros representa el primer aparato excretor del embrión y es muy pronto sustituido por el mesonefros, de origen asimismo mesodérmico y constituido por una serie de tubos formados por invaginaciones del epitelio peritoneal que, hundiéndose en el mesenquima, se incurvan en forma de S. La extremidad peritoneal de cada tubo del mesonefros envuelve un ramillete vascular, de tal manera, que se constituyen los glomérulos que dan lugar a la secreción eliminatoria que el organismo embrionario tiene en esta etapa para descartarse de los productos de los cambios celulares.

Esta serie de tubos constituyen el llamado cuerpo de Wolf, que va a desembocar, igualmente que lo hicieron los del pronefros, en el conducto excretor común de Wolf.

Ocupa el mesonefros toda la longitud de la cavidad abdominal, funcionando sólo un corto período de vida embrionaria y pudiendo dividirse el cuerpo de Wolf en dos partes: la superior, llamada genital, y la inferior, denominada urinaria.

La porción superior o genital viene a constituir el órgano llamado de Rosenmüller, que queda incluido entre las hojas del ligamento ancho, en tanto que la inferior o urinaria viene a constituir el para-ovarium y el para-dídimo.

El tiempo de actividad de estos cuerpos de Wolf es muy corto, pues pronto

quedan sustituidos por el riñón definitivo o metanefros. De la parte baja del conducto de Wolf nace muy tempranamente un mamelón que, creciendo hacia arriba y luego bifurcándose en forma de Y y más tarde en otra serie de bifurcaciones menores, da lugar, en lo que pudiéramos llamar tronco único, al ureter, en las primeras divisiones a la pelvis del riñón y a los cálices, y en sus múltiples ramificaciones, a los tubuli contorti. Estos vienen a parar en sus terminaciones a los glomérulos, constituyendo esta parte el verdadero riñón o metanefros.

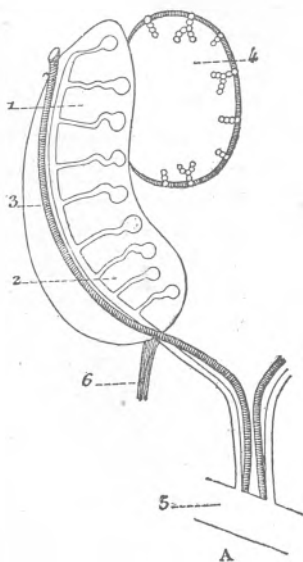


Fig. 19.—Esquema del desarrollo de los genitales internos (estado indiferente).—1, porción sexual del cuerpo de Wolf; 2, porción urinaria; 3, conducto de Müller; 4, glándula genital; 5, seno uro-genital; 6, ligamento redondo.

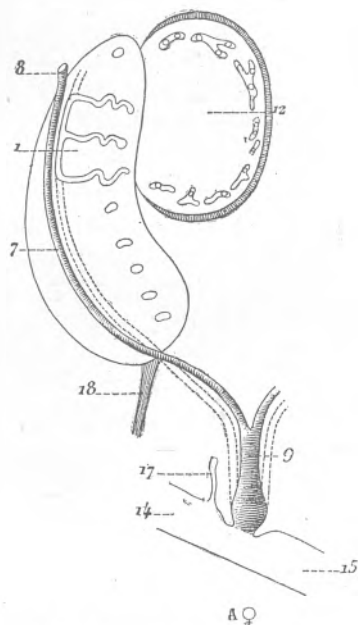


Fig. 20.—Esquema del desarrollo de los genitales internos femeninos.—1, cuerpo de Rosenmüller; 7, trompa; 8, pabellón; 9, conducto útero-vaginal; 12, ovario; 14, uretra; 15, conducto vestibular; 17, glándula prostática; 18, ligamento redondo.

De manera que el riñón definitivo, si bien se halla situado en la hoja media del blastodermo, en realidad su origen inicial se halla en la porción baja del conducto de Wolf.

A la aparición del mesonefros sucede inmediatamente la desaparición del pronefros, así como aquél cesa en sus funciones cuando el riñón definitivo o metanefros queda establecido.

Al lado mismo del conducto de Wolf se desarrolla otro conducto especial, relacionado íntimamente con él, que es el conducto de Müller, considerado por algunos como completamente independiente, y por otros embriólogos, como un

desdoblamiento del conducto de Wolf. El extremo superior del conducto de Müller queda abierto en la cavidad peritoneal y algunos autores han concepuado que era continuación del tubo superior del pronefros.

La disposición del conducto de Müller, con relación al conducto de Wolf, es la siguiente: en su parte superior, casi situado el primero por fuera del segundo; en el tercio medio lo cruza para hacerse interno a él y adosarse de modo completo al del lado opuesto de manera que en la porción baja quedan en la siguiente disposición: los dos conductos de Müller en el centro, adosados el uno al otro, y por fuera, y detrás de ellos, los conductos de Wolf.

En el sexo femenino, los conductos de Wolf se atrofian en su mayor parte, mientras que los conductos de Müller persisten y aumentan de volumen y fusionánse en la porción baja un conducto de Müller con el otro, dando lugar a la formación del útero y vagina, quedando la parte alta de estos conductos completamente independiente y dando lugar a la formación de las trompas y persistiendo la abertura peritoneal que forma más adelante el pabellón de la misma.

En el sexo masculino, los conductos de Müller se atrofian, salvo la porción más superior que forma el hidátide no pediculado y la parte inferior que constituye el utrículo prostático. Los conductos de Wolf se desarrollan, llegando a constituir los conductos deferentes y el epidídimo. En la parte superior fórmanse los divertículos que darán lugar a las vesículas seminales y a los conductos eyaculadores.

Naciendo, como hemos dicho, el ureter de la parte baja del conducto de Wolf, desemboca en sus principios en la alantoides, que a su vez comunica directamente con el intestino posterior, no llegando a la superficie externa del embrión por existir el llamado tapón cloacal o de Tourneux. A medida que el embrión va creciendo, se establece la separación entre la alantoides y el intestino por descender entre ellos el espolón perineal y reunirse los dos repliegues de Rathke- constituyendo un tabique completo aislador; al mismo tiempo van licuándose las células constitutivas del tapón cloacal y queda el intestino comunicando con el exterior por el ano y la cavidad alantoidea junto con la terminación del conducto de Wolf en la parte superior de esta región perineal.

La vesícula alantoidea distiéndese por su parte media y estréchase en la superior, constituyendo el uraco; la porción dilatada forma la vejiga de la

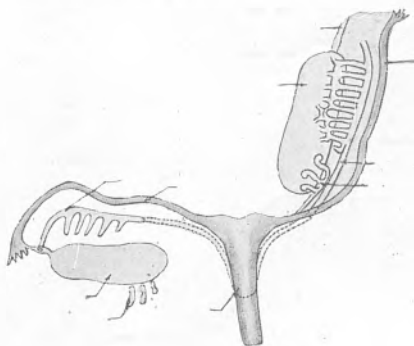
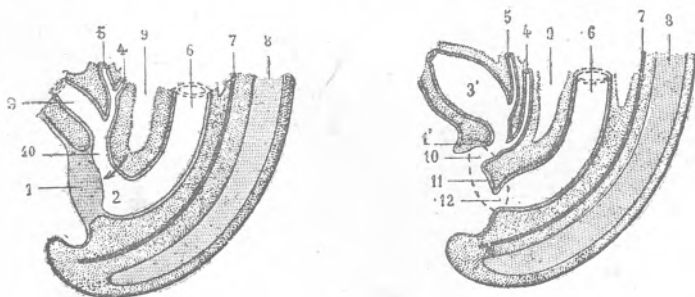


Fig. 21.—Estado avanzado de desarrollo genital: en el lado izquierdo el ovario y la trompa han descendido y se ven el parovario y el paraooforo.

orina. Naciendo el ureter en la parte inferior del conducto de Wolf, desembocan ambos conductos por uno común, en la parte distendida de la alantoides; a medida que va acentuándose el desarrollo, el conducto uretero-wolfiano se hace muy corto y acaba por desaparecer, de modo que ureter y conducto wolfiano o mülleriano se abren independientemente en la vejiga. Más adelante, la pequeña parte de pared posterior de la alantoides, que se halla entre la desembocadura de estos dos conductos, crece extraordinariamente y se forma un espacio triangular, que se continúa por abajo (vértice) con la uretra y por la base con los dos uréteres. En virtud de esta disposición, el conducto wolfiano o mülleriano queda separado del ureteral, pero desembocando ambos en un espacio de la cavidad alantoidea, que se denomina seno uro-genital. A medida que desciende la desembocadura mülleriana, acórtase la longitud de este seno y estréchase



Figs. 22 y 23.—Desarrollo del sistema génito-urinario: corte sagital del embrión (esquemático) (Testut).—1, tapón cloacal; 1', lámina uretral del mismo; 2, cloaca interna; 3, alantoides; 3', vejiga; 4, conducto de Wolf; 5, ureter; 6, intestino; 7, cuerda dorsal; 8, médula; 9, cavidad peritoneal; 10, seno uro-genital; 11, periné; 12, ano.

hasta llegar a formar dos cavidades independientes; la desaparición del tapón o membrana cloacal permite que ambos conductos se continúen con la vulva.

Como quiera que entre la desembocadura de los dos uréteres y la porción estrechada más inferior de la alantoides queda un espacio triangular que corresponde a la cara anterior de los dos conductos de Müller reunidos, la relación de los órganos urinarios con los genitales es en esta parte muy íntima, correspondiendo a la porción triangular de la vejiga, lo que se ha denominado trigono vesical.

En el estado de completo desarrollo, la separación entre el aparato genital y el urinario resulta completa, como completa lo fué, por el descenso del espolón perineal y por la unión de los repliegues de Rathke, la separación entre el tramo terminal del intestino y el aparato génito-urinario.

Glándulas sexuales.—A cada lado del mesenterio, entre éste y el cuerpo de Wolf, aparece una eminencia germinal constituida por una masa celular rodeada de una capa epitelial procedente del epitelio del celoma. En la hembra

estas células epiteliales invagínanse hacia el interior de la glándula, constituyendo los llamados *cordones de Pflüger*, los cuales, dividiéndose en diversos puntos de su altura, dan lugar a los óvulos primordiales.

Esos cordones de epitelio germinativo multiplicanse y fusionanse entre sí, llenándose los huecos que entre ellos existen con una cantidad de tejido conjuntivo de origen mesodérmico.

De los cordones de Pflüger nacen los óvulos que se rodean de otras células epiteliales para constituir los folículos de De Graaf, no estando conformes los embriólogos en si el origen de las células epiteliales que envuelven a los óvulos está en el mismo epitelio germinativo o si, por el contrario, proceden del estroma del ovario.

En el hombre, la glándula genital, constituida asimismo por invaginaciones del epitelio germinativo, da lugar a los conductillos seminíferos, por lo menos en la parte correspondiente a las células seminales, procediendo las células de sostén de cordones celulares suministrados por el cuerpo de Wolf.

Al constituir los conductos de Müller las trompas y descender éstas, arrastran consigo las glándulas genitales, descendiendo en la mujer hasta quedar en los pliegues posteriores de los ligamentos anchos, en tanto que en el hombre, atraídos por los *gubernaculum testis*, llegan a descender hasta el escroto.

En resumen, pues, en el desarrollo de los órganos genitales femeninos vemos que los ovarios proceden de la llamada eminencia germinal; las trompas de la porción de los conductos de Müller que no se ha fusionado, y el útero y la vagina, de la unión y fusión de las paredes que están en contacto en la porción inferior de estos conductos de Müller. Los cuerpos de Wolf constituyen el órgano de Rossenmüller, y la porción terminal de los conductos de Wolf queda en un estado rudimentario aplicada detrás del útero y vagina, constituyendo los llamados conductos de Gaertner, dato éste digno de ser recordado ya que en las células epiteliales que constituyen estos conductos rudimentarios es en donde se encuentra la génesis de la mayor parte de los quistes que se desarrollan en la pared posterior de la vagina.

Desarrollo de los genitales externos.

En el punto correspondiente a la cloaca, inmediatamente por encima de la membrana que la obtura, aparece el *tubérculo genital*, el cual, surcado en su parte inferior por un canal, viene a constituir más adelante el clítoris. A los lados de este tubérculo aparecen dos repliegues que, dirigiéndose hacia el orificio anal, vendrán a constituir en su tiempo los labios mayores.

La extremidad anterior del tubérculo genital forma el *glande*, y alrededor del mismo aparece un repliegue cutáneo, análogo al capuchón del glande. En la cara inferior del tubérculo genital, este repliegue prepucial no llega a

ponerse en contacto, por corresponder al surco o canal de la cara inferior que no se cierra; por dentro de los grandes rodetes que dan lugar a los grandes labios aparecen dos repliegues cutáneos salientes, bordeando el surco genital, que son los que forman los labios menores.

En la parte más inferior de las paredes vaginales prodúcese una invaginación epitelial que vendrá a constituir más adelante la *glándula de Bartolino*. El himen está constituido por la extremidad inferior del conducto de Müller.

El seno uro-genital corresponde al canal uro-genital, y están separados uno de otra por el llamado *tapón de Tourneux*; a medida que va descendiendo el espolón perineal, separando por completo la parte del intestino posterior del seno uro-genital, las células que constituyen el tapón de Tourneux van disgregándose, y establécese a un tiempo la comunicación del intestino con el exterior en el punto correspondiente al ano, y la del seno uro-genital con el surco bordeado por los repliegues genitales.

Las glándulas uretrales aparecen hacia la segunda mitad del tercer mes, y son formadas por pequeños mamelones, que se invaginan, y que sólo a la terminación del quinto mes han agrupado sus elementos celulares de tal manera, que han venido a formar el conducto excretor de las mismas.

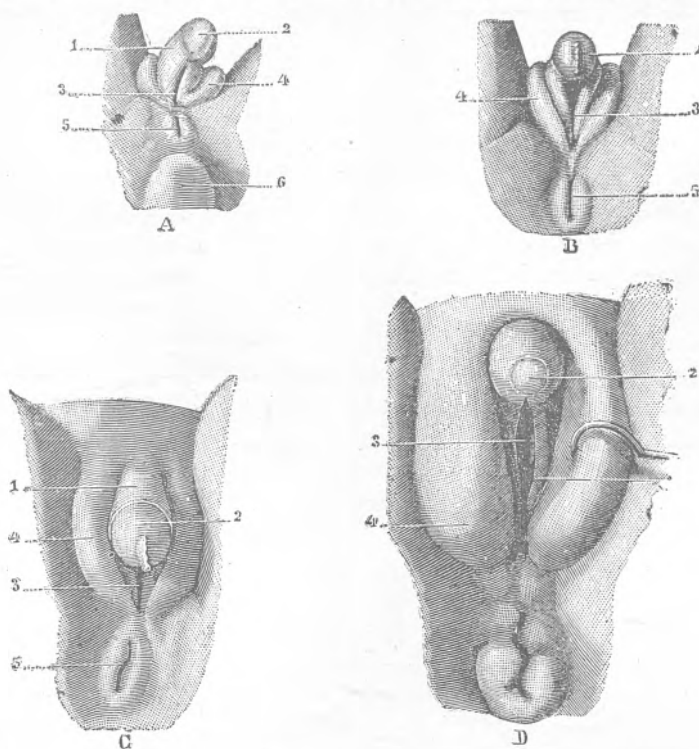
En las figuras 24 a 27 véanse cuatro estadios distintos de la evolución de los genitales externos. La longitud, desproporcionada al parecer, del tubérculo genital, hace que a un examen superficial los embriones que se recogen cuando los abortos, como no pasen del tercer mes, sean considerados por el vulgo como pertenecientes siempre al sexo masculino.

En el embrión de niña, el clítoris no sigue la evolución de crecimiento que experimentan los repliegues genitales y los rodetes, de manera que, a medida que va avanzando el embrión en desarrollo, van aumentando considerablemente en tamaño estos últimos y escondiéndose en gran parte el tubérculo genital.

Al tiempo que se verifica el desarrollo de los órganos genitales externos, se va produciendo la distensión de la parte media de la alantoides, constituyéndose la vejiga urinaria, cuyo conducto excretor, la uretra, está representado por la parte inferior de esta vesícula, en la que, como dijimos, desembocaba primeramente el conducto de Wolf, y que ha venido, por el sucesivo desarrollo, a quedar completamente separada de él.

Si estudiamos comparativamente los órganos genitales masculinos y femeninos, vemos que en los primeros tiempos las fases de desarrollo son idénticas, en lo que se refiere a los genitales internos. La glándula genital forma en la mujer el ovario, en el hombre el testículo; los cuerpos de Wolf constituyen: en el hombre el epidídimo, y en la mujer el órgano de Rossenmüller. Así como los conductos de Müller vienen a formar en la mujer las trompas, útero y vagina, en el hombre se atrofian y son los conductos de Wolf los que dan lugar al desarrollo de los conductos deferentes.

En los genitales externos, el tubérculo genital forma en la mujer el clítoris, en el hombre el pene; pero así como en el sexo femenino el surco de la cara inferior del tubérculo genital queda persistente, y fórmanse a su lado los dos repliegues genitales que constituirán los labios menores, en el hombre se reúnen, dejando un espacio que constituye el cuerpo cavernoso de la uretra.



Figs. 24 a 27.—Cuatro estados sucesivos de desarrollo de los órganos genitales externos en un feto humano hembra (Tourneux).—A, feto de 37 milímetros; B, feto de $\frac{6}{8},5$ centímetros; C, feto de $\frac{7}{9},5$ centímetros; D, feto de $\frac{10,5}{16}$ centímetros; 1, clítoris; 2, glándula con su muro epitelial; 3, hendidura uro-genital; 4, grandes labios; 5, ano; 6, eminencia coxígea; 7, pequeños labios.

El prepucio clitorídeo no se cierra en su parte inferior; pero como en el sexo masculino ha desaparecido por su unión con el surco genital, los bordes prepuaciales pónense en contacto, constituyendo allí el frenillo.

En el hombre, los rodetes que partiendo de los lados del tubérculo genital se dirigen hasta el ano, únense en la línea media y constituyen el escroto, en tanto que, en la mujer, quedan separados y dan lugar a los labios mayores.

La uretra femenina termina en su porción membranosa, en tanto que la masculina, siguiendo a lo largo del tubérculo genital, que va cada vez desarrollándose más, constituye su porción cavernosa.

MÉTODOS GENERALES DE EXPLORACIÓN GINECOLOGICA

En la etiología de los procesos genitales femeninos tiene una tan capital importancia el modo y forma como se han realizado las funciones de la generación, que su conocimiento nos sirve, en gran número de ocasiones, no sólo para orientarnos en el diagnóstico de los mismos, sino también para poder determinar su íntima naturaleza; por otra parte, el funcionalismo especial de este aparato hace que las modificaciones que se presentan sean apreciadas subjetivamente mucho antes que puedan ser sospechadas de modo objetivo, y en consecuencia, los datos que puede suministrar la mujer tienen un valor tan grande, que es de todo punto excepcional que pueda proceder el médico a un examen local de la enferma sin antes haber recogido de modo cuidadoso los datos anamnésticos que sirvan para determinar la naturaleza y localización del proceso patológico.

El interrogatorio debe, pues, preceder al examen físico de la enferma, ya que bien dirigido nos ahorrará una serie de manipulaciones inútiles que, sobre fatigar a la paciente, ponen en más de una ocasión en ridículo al médico.

Las preguntas que se dirijan a la enferma deben tener como norma el llegar al completo conocimiento de las funciones genitales, no sólo en el momento del examen, sino en lo referente a la vida entera de la mujer; la época en que hicieron su primera aparición las reglas, el modo cómo se presentaron, la periodicidad, cantidad de sangre que en cada una de ellas se pierde, existencia o ausencia de dolores, y en caso afirmativo, momento en que aquéllos se presentan, si antes, durante o después de la salida de la sangre menstrual; es asimismo interesante conocer si la sangre es expulsada líquida o si en cantidad mayor o menor sale coagulada de los genitales femeninos; la coloración rojo fuerte, pálida o achocolatada pueden ser datos importantes para llegar al diagnóstico, y es, por lo tanto, preciso que sean tomados en el momento del interrogatorio.

Después de adquiridos estos conocimientos, es conveniente enterarse de modo detallado de todo lo que concierne a las funciones genésicas: el número de partos y su normalidad o estados patológicos; los fenómenos que acompañaron a los puerperios y la duración de los mismos; los abortos que haya tenido la mujer y el estudio de sus causas supuestas, así como el estado en que quedó la función menstrual después de la expulsión de los restos de la concepción son

cosas que interesan de tal modo, que por sí solas nos pueden, en más de una ocasión, dar la clave de un proceso patológico de los genitales.

Una vez tomados los datos precedentes, se dirigirá el interrogatorio a conocer las causas o molestias que han inducido a la mujer a solicitar la asistencia médica; la existencia de dolores, ya espontáneos, ya provocados, así como la situación de los mismos, residiendo unos en las regiones enfermas y otros en zonas muy distantes del aparato genital, son conocimientos que nos servirán en múltiples ocasiones de guía para la edificación de un seguro diagnóstico. El interrogatorio no debe dirigirse únicamente a conocer lo referente al aparato genital, sino que se extenderá al conjunto de la economía, pues no es raro que enfermas del aparato genital no den importancia a síntomas procedentes del mismo y atribuyan su estado a alteraciones de otros órganos, mientras algunas, cuyas síntomas no residen en los genitales, muestran decidido empeño en atribuir todos sus trastornos a enfermedades imaginarias del aparato sexual. En el interrogatorio, ni debe hacerse caso absoluto de lo que dice la enferma, ni debe dejar de darse importancia a nada de lo que la enferma refiera. La existencia de flujos anormales y sus caracteres es otro de los puntos que interesa investigar al hacer el interrogatorio, no debiendo descuidar el anotar las condiciones en que hicieron su primera aparición y los fenómenos que le acompañaron. Es asimismo importante conocer el funcionalismo de los órganos urinarios, que tan frecuentemente se alteran por su vecindad con los genitales, así como precisa también enterarse de qué modo se realizan las funciones intestinales.

En los reconocimientos ginecológicos debe el práctico cuidar muy especialmente de no herir el pudor femenino; las preguntas que puedan interesar a la vida íntima deben ser hechas de modo que la contestación no cueste un sonrojo a la enferma, no haciendo respecto a este punto diferencia alguna, sea cual fuere el estado social y la vida de la mujer que se reconoce. En materias de pudor existen contrastes muy notables; al lado de la niña, que por su posición y educación parece que debiera ser muy pudorosa y que descubre sus partes sin el menor asomo de vergüenza, se encuentra algunas veces en otras que por sus condiciones de vida parece no debieran tener reparo alguno en ser reconocidas, una resistencia enorme a contestar ciertas preguntas y para someterse a la exploración. Para no equivocarse, debe el médico considerar que en toda mujer existe o debe existir un fondo de pudor que debe ser respetado.

La investigación del estado psíquico es también necesario para poderse dar cuenta de algunos de los síntomas que aquejan las enfermas del aparato sexual; sin llegar al psico-análisis, que para ello es preciso especializarse en los estudios de las enfermedades del sistema nervioso, conviene al ginecólogo prestar la debida atención a ciertas manifestaciones que pueden indicar una

positiva perturbación psíquica de importancia causal, en relación con las manifestaciones sintomáticas sexuales; desde mucho tiempo se conocen los trastornos de naturaleza neurotrófica que se producen en los ovarios por efecto de alteraciones de origen medular, y tanto las manifestaciones de perturbación psíquica, que acompañan de modo tan frecuente a las funciones menstruales, hasta las verdaderas locuras, de origen genital, que dependen de alteraciones endocrinas, deben merecer del ginecólogo una atención cuidadosa, ya que en ellas es en donde se encuentran frecuentemente la explicación de ciertos fenómenos que no guardan relación con las alteraciones orgánicas reconocidas en el aparato genital.

Los estudios de Freund, Kroenig, Grafe, etc., comprobando la relación existente entre ciertos estados pseudo-históricos y la descripción del punto genital ilíaco, demostrado por Charcot, han precedido a los que en estos últimos tiempos Freund, Meyer, Mathes, Opitz, etc., han realizado, en los que se evidencia la influencia que ciertos estados generales, y en especial las enfermedades del espíritu, ejercen sobre el funcionalismo genital. La psicoterapia constituirá un capítulo verdaderamente importante de la terapéutica ginecológica.

Como complemento de lo que al interrogatorio se refiere, publicamos la hoja clínica que usamos nosotros en nuestras investigaciones clínicas.

Núm. 

..... de de 19... ..

Nombre..... Edad..... Estado..... Naturaleza.....

Fecha de la primera menstruación.... Menopausia.....

Número de partos..... Número de abortos..... Fecha del último.....

Detalles de los partos patológicos.....

Puerperios.....

Antecedentes que puedan ser relacionados con el estado actual.....

Estado de la función menstrual: cantidad. .. periodicidad.....

..... días de duración..... , color de la sangre.....

Dolores menstruales.. ..

Otras manifestaciones dolorosas.....

Flujos anormales: naturaleza..... color..... cantidad.....

origen..... olor.....

Inspección.....

Tacto: simple.....

combinado.....

Histerometría: longitud..... Dirección.....

Estado de las paredes.....

Otras particularidades de la exploración.....

Síntomatología extragenital.....

Investigación química, bacteriológica e histopatológica.....

Diagnóstico.....

Tratamiento.....

Exploración física.

Antes de proceder a la exploración física del aparato genital femenino, es conveniente poner a la enferma en condiciones de limpieza que impidan que el reconocimiento pueda ser causa de infecciones ascendentes, ya que es sumamente fácil que, con las manipulaciones obligadas de la exploración, conduzcan gérmenes patógenos desde las partes bajas del aparato genital a las altas y a los tejidos vecinos. Como principio general debemos suponer a toda enferma del aparato genital como séptica, ya que, aun las más limpias, tienen en la vulva, periné y márgenes del ano agentes que pueden ser movilizados e introducidos en las partes altas del aparato genital.

Conviene, pues, que a la exploración proceda una limpieza cuidadosa de los genitales externos, y que la introducción de histerómetros, pinza de garfios, etc., vaya precedida de un buen lavado antiséptico que asegure la limpieza de las partes y la inocuidad del reconocimiento. El jabonado de la vulva, seguido de fricciones de alcohol o éter y las irrigaciones vaginales, con una solución de lisol, sublimado o ácido bórico, dan suficientes garantías para una exploración inocua de los genitales.

Para proceder a ésta es conveniente colocar a la enferma en posición apropiada, que permita recoger todos los datos que puedan servir para el diagnóstico, debiendo tener presente que estas posiciones deben ser distintas, según los órganos o lesiones que preferentemente deben llamar la atención del ginecólogo.

Las posiciones más frecuentemente adoptadas para la exploración son la dorso-sacra, con las piernas extendidas, la de la talla perineal, la genu-pectoral, la prono-lateral, de Sims, y la declive, con la cabeza abajo, cual es la llamada en operatoria de Trendelenburg. La posición de pie es de tal punto excepcional, que sólo en casos de quistes inmensos del ovario o de ascitis, en los que la mujer no puede materialmente estar echada, puede ser utilizada.

La posición *dorso-sacra*, con las piernas flexionadas ligeramente, es la que más frecuentemente utiliza el especialista; colocado éste entre los muslos de la enferma, puede explorar los genitales indistintamente con la mano derecha o con la izquierda, realizando al propio tiempo la palpación con la otra mano; la relajación de las paredes abdominales facilita la exploración, y los datos recogidos son, en lo referente a la situación de la matriz, tamaño, movilidad, etc., excelentes. Para el reconocimiento de los anejos, si se quiere sacar el fruto necesario, es indispensable que se reconozca con mano distinta los del lado derecho de los del izquierdo: para los derechos, mano derecha; para los izquierdos, mano de igual nombre. Esta posición tiene la ventaja que puede

seguir a la exploración manual, la visual, sin modificarla; la inspección simple o con espéculum se realiza muy bien hallándose la enferma en esta posición.

Nosotros preferimos para el reconocimiento por palpación y tacto la posición supina; se coloca la enferma completamente extendida en la cama; el médico se sitúa a un lado de la enferma, y comienza practicando la palpación de todos los órganos abdominales; la exploración de la región hepática, gástrica y renal, se realiza en esta posición con más comodidad y de modo más completo que en la posición dorso-sacra, exploración que juzgamos de gran conveniencia antes de pasar al reconocimiento genital; aparte de otras ventajas, tiene este modo de colocar a la enferma la de dejar flácidas las paredes del vientre, cosa de gran utilidad para el reconocimiento genital. Al llegar al aparato generador, permite esta posición una exploración tan perfecta que no puede ser comparada con otra alguna; en especial, la de los anejos del útero se realiza de modo tan completo, que los datos de volumen, situación, sensibilidad, etc., son tomados con una exactitud incomparable; el inconveniente de esta posición es que debe cambiar de lado el médico cuando explora los anejos derechos o izquierdos; en la actitud dorso-sacra basta con cambiar de mano; en ésta hay que cambiar de mano y de lado para explorar bien todo el aparato genital; otro inconveniente, que lo reputamos insignificante comparándolo con las ventajas, es que para la exploración con el espéculum hay que hacer cambiar la posición de la mujer, haciéndola adoptar la dorso-sacra o la de Sims. Los datos que se recogen en la posición que preferimos, son de tal precisión y en tan gran número, que no creemos se pueda prescindir de ella, aun cuando se moleste más a la mujer haciéndola cambiar varias veces de postura.

La posición *genu-pectoral* se utiliza alguna vez en Ginecología, pero debe ser considerada como posición de excepción y aplicable sólo a algunas enfermas; se coloca la mujer arrodillada, de manera que la pelvis quede bien alta, en tanto que el pecho llega a ponerse en contacto con la mesa, inclinando la cabeza de modo que la respiración se verifique sin dificultad; esta posición tiene verdadera utilidad para el reconocimiento de fistulas de la pared anterior de la vagina, y también para la exploración de la vejiga por el método endoscópico de Kelly. En terapéutica ginecológica se usa la posición *genu-pectoral* para el tratamiento de las retrodesviaciones uterinas.

Una posición muy empleada en América, y de muy poco uso entre nosotros, es la llamada *posición americana o de Sims*; se coloca la mujer en decúbito lateral izquierdo, de manera que tome apoyo en toda la extensión de este lado, inclinándose de modo que el abdomen corresponda algo hacia abajo, sin que constituya, en realidad, un decúbito prono; la pierna inferior o izquierda debe estar completamente extendida, en tanto que la derecha o superior se halla fuertemente flexionada sobre el abdomen y con la rodilla saliendo de la cama; las nalgas se hallan en el borde de ésta, y más que decúbito lateral es

semi-prono, motivo por el cual es denominada esta posición por algunos *latero-abdominal*. Los datos que por tacto se pueden recoger en esta posición son, en lo referente a procesos flogísticos para o perimetriticos, muy aceptables, pero las dificultades que ofrece el combinar la exploración vaginal con la abdominal en esta actitud, nos hace considerarla como muy inferior a las de decúbito supino y dorso-sacra. Tiene, en nuestra opinión, esta posición un valor efectivo cuando se trata de la exploración de mujeres muy obesas; en éstas es muy frecuente que el dedo no alcance al útero en las posiciones

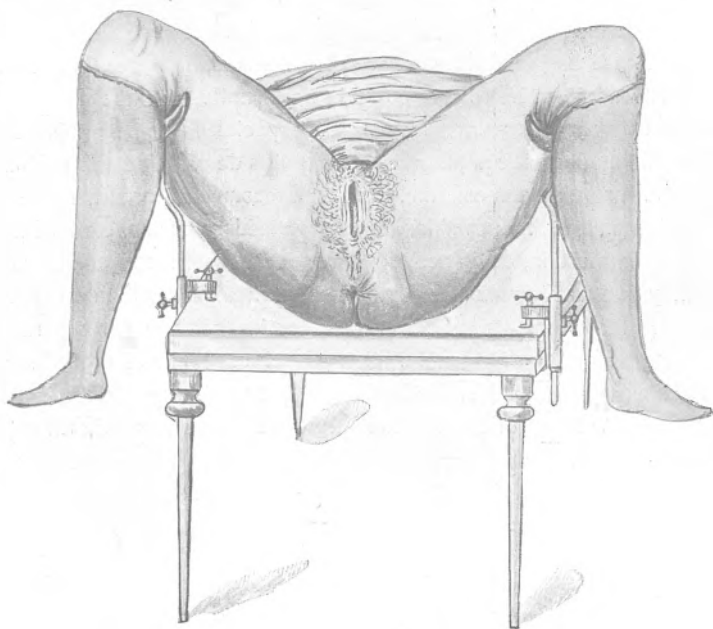


Fig. 28.—Posición dorso-sacra.

corrientes de exploración; y en la lateral de Sims, si no de modo completo, pueden adquirirse datos suficientes de los anejos que permitan formar un buen juicio diagnóstico.

Un medio recomendado por Freund y generalizado en Francia por Jayle, es la colocación de la mujer en la posición llamada de Trendelenburg, y que podemos denominar *posición declive*; colocada la mujer de modo que las nalgas se hallen muy elevadas, en tanto que la cabeza se encuentra en un plano muy inferior, todas las vísceras abdominales, siguiendo las leyes de la gravedad, van a ocupar las regiones superiores del vientre, es decir, se aproximan al diafragma; ahora bien, si un tumor que ocupe el abdomen nos sugiere la duda de si es o no genital, el reconocimiento en esta posición podrá

aclarar las dudas; en caso de ser de este origen o hallarse íntimamente unido a los genitales, en cuanto la mujer esté colocada en posición declive, el tumor arrastrará los genitales, y éstos escaparán del dedo que practica el reconocimiento por la vagina, mientras que, en caso contrario, la tracción de los genitales no se realizará, y éstos sólo serán atraídos hacia la concavidad del diafragma por efecto de la gravedad, fenómeno poco perceptible, por el escaso peso de estos órganos en estado normal de vacuidad.

Excepcionalmente, se utilizan en Ginecología otras posiciones para el reconocimiento; la *posición de pie*, así como la *de la talla*, son empleadas en

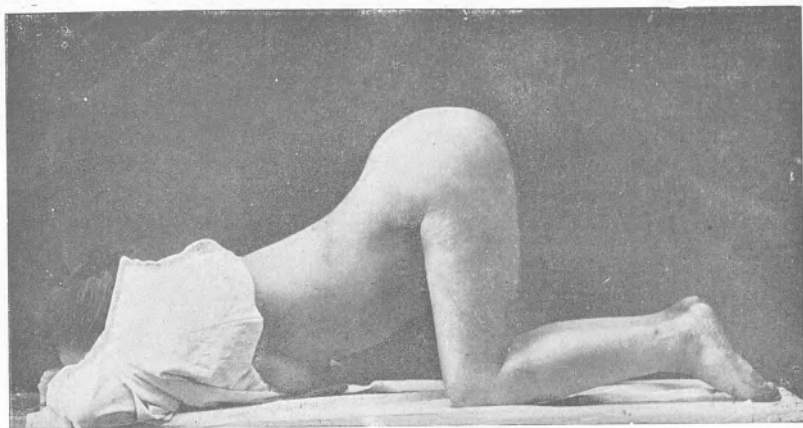


Fig. 29.—Posición genu-pectoral.

casos especiales; por ejemplo, la apreciación del grado de un prolapso útero-vaginal o la extensión de un desgarro completo de periné.

En algunas ocasiones es de todo punto conveniente, para llegar a obtener con exactitud todos los datos de un proceso genital, reconocer en diferentes posiciones a la enferma, completando, con los recogidos en una exploración, los incompletos que nos había proporcionado el examen en una posición distinta.

Inspección.—Es este un medio de exploración que suministra algunos datos de gran interés; una simple ojeada sobre el abdomen, nos informará de su volumen, simetría, tensión, color, etc.; un vientre muy abultado puede serlo por muchas causas, pero la simple inspección nos permite desechar unas y aceptar la posibilidad de otras; así, si el vientre resulta prominente en la región umbilical y estrechado por los váicos, sabemos que no puede ser una ascitis, ya que el líquido que se halla libre en la cavidad del peritoneo, obediendo a las leyes de la gravedad, se sitúa en los puntos más declives, y,

por lo tanto, toma el conjunto una forma muy aplanada, con depresión de la zona umbilical; la inspección no nos permite hacer en este caso un diagnóstico preciso, pero sí podemos por ella excluir algunos procesos.

La existencia de cicatrices subcutáneas que indican un embarazo anterior, la asimetría del vientre, la pigmentación, etc., son otros tantos datos que debemos recoger al emplear este método de exploración.

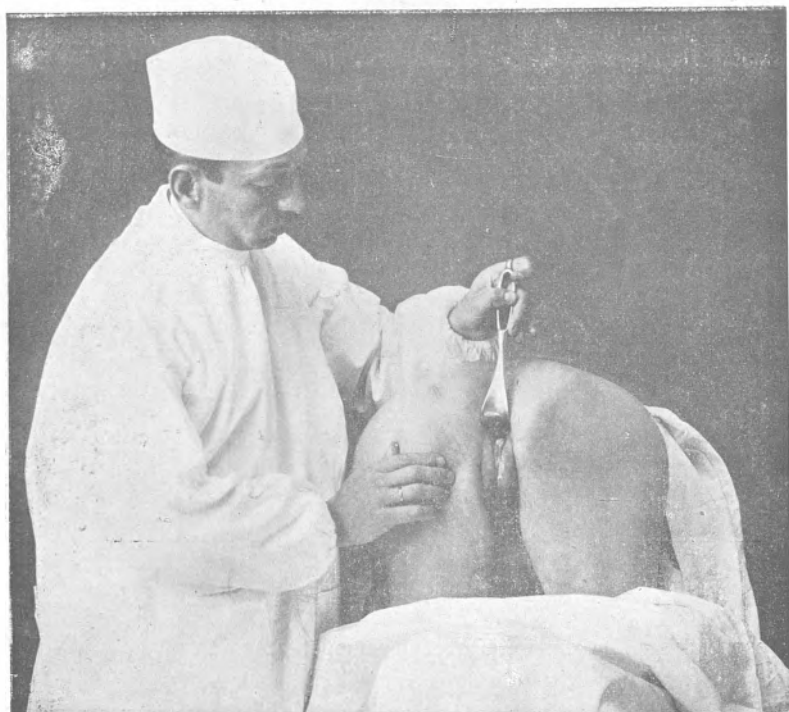


Fig. 30.—Reconocimiento de una fístula vésico-vaginal en posición genu-pectoral.

A la vista de los movimientos fetales, en un caso de gestación algo avanzada, se hace de modo indubitable el diagnóstico de la vitalidad del feto.

Es muy conveniente practicar también la inspección de los genitales externos antes de proceder a ulteriores reconocimientos; ella nos suministra algunos datos que es preciso tener en cuenta para el diagnóstico. El color, las erosiones existentes en las partes genitales externas, pueden servirnos para diagnosticar la naturaleza de un proceso situado en las partes altas del aparato genital, del mismo modo que la coloración azulada de la vulva nos indica la existencia de una gestación más o menos avanzada.

En la mujer europea las ninfas, en la edad adulta, quedan cubiertas completamente por los labios mayores; pero es frecuente hallar aquéllas proeminentes y haciendo salida por entre los labios mayores, en niñas que presentan gran número de trastornos psíquicos y falsos ataques de histeria, debido a inflamaciones esclero-quísticas de los ovarios, así como también procesos infectivos de la parte alta del aparato genital, sin que exista causa que los explique o trastornos vesicales que no obedecen a infecciones de origen específico; cuando se nos presenta una mujer de estas condiciones y observamos, por la inspección de sus genitales externos, unos labios menores gruesos algo arrugados, podemos diagnosticar casi con seguridad el onanismo. Hemos visto muchas veces grandes hipertrofias de una ninfa, quedando la otra del tamaño normal, sin que nada justifique esta asimetría de desarrollo de los labios menores, como no sea la existencia del vicio solitario.

Al hablar de la hipertrofia de los labios menores como consecuencia probable de onanismo, no queremos en modo alguno afirmar que siempre obedezca a esta causa, pues sabido es que algunas tribus africanas presentan como tipo de normalidad una hipertrofia considerable de los mismos; el llamado delantal de las hotentotes no es otra cosa que esto que mencionamos; pero cuando al signo material recogido por la simple inspección se agregan los otros que constituyen el tipo clínico de la enfermedad, puede afirmarse su existencia y proceder al tratamiento en consonancia.

Claro está que este diagnóstico nos guardamos muy bien de decírselo a la enferma, para evitar que, dándose ella cuenta de que conocieron su vicio, resista no sólo a ver al médico que hizo el diagnóstico, sino a cualquier otro, por temor a que reconozcan su perturbación psíquica.

Por inspección reconócese asimismo la existencia o ausencia de himen, si bien en el campo de la Medicina legal no sea esto de gran valor para afirmar si existió coito o no; la presencia de las carúnculas himeneales, que se diferencian por completo de las mirtiformes, que son señal de parto anterior, nos permiten aseveraciones diagnósticas y datos muy dignos de ser tenidos en cuenta.

Este medio de exploración permite apreciar también los caracteres de las secreciones anormales que salen por la vulva, la coloración, consistencia, cantidad, etc., que varía por completo en unos casos de otros, y puédesse con él determinar los caracteres de la sangre que, ya en forma de menstruación o metrorragias, sale por los genitales femeninos.

Palpación.—Es éste un medio excelente de exploración, si bien para que dé todos los resultados es preciso asociarla con el tacto; la limitación de las tumoraciones abdominales se realiza con las dos manos aplicadas sobre el abdomen, midiendo las diferencias que en la resistencia ofrecen las distintas partes, su movilidad o fijeza, no debiéndose limitar sólo a las regiones pelvi-abdominales, sino que es conveniente que se exploren asimismo las

regiones renales, pues es muy frecuente que lesiones de los genitales vayan asociadas a ectopias renales.

Para verificar la palpación conviene que las manos que se aplican sobre el abdomen no se hallen frías, para evitar la involuntaria contracción de las paredes del vientre; es también preciso que la palpación no se realice con violencia ni provocando dolor, pues entonces la resistencia que ofrece la mujer hace imposible el reconocimiento de las partes profundas.

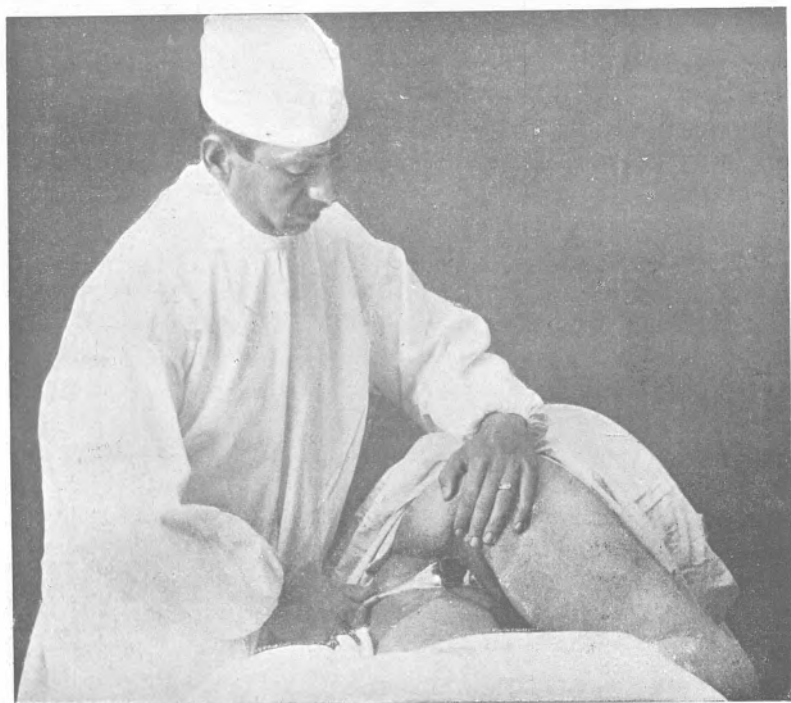


Fig. 31.—Posición de Sims o latero-abdominal.

Percusión.—Como complemento de la palpación se puede utilizar la percusión; ésta sirve para demostrar la naturaleza de algunas tumoraciones abdominales; así, si en la percusión del abdomen encontramos sonoridad en la parte alta correspondiente a la zona umbilical, es prueba que los intestinos la ocupan; en las tumoraciones que llenan los vacíos la existencia de sonoridad por delante del tumor puede ser considerada como señal cierta que la situación del mismo está en el riñón.

Auscultación.—En los casos dudosos puede ésta servirnos para diagnosticar un embarazo, y puede asimismo, la presencia de soplos oídos en las zonas

de una tumoración dura de carácter miomatoso, inducirnos al diagnóstico de un estado telangiectásico.

Tacto.—Es indudablemente la tactación el medio ginecológico de exploración por excelencia; ella nos suministra datos tan precisos, que puede decirse, sin pecar de exagerados, que lo que el tacto nos enseña es el diagnóstico preciso, siendo los otros medios exploratorios comprobantes de lo que él nos ha sugerido.

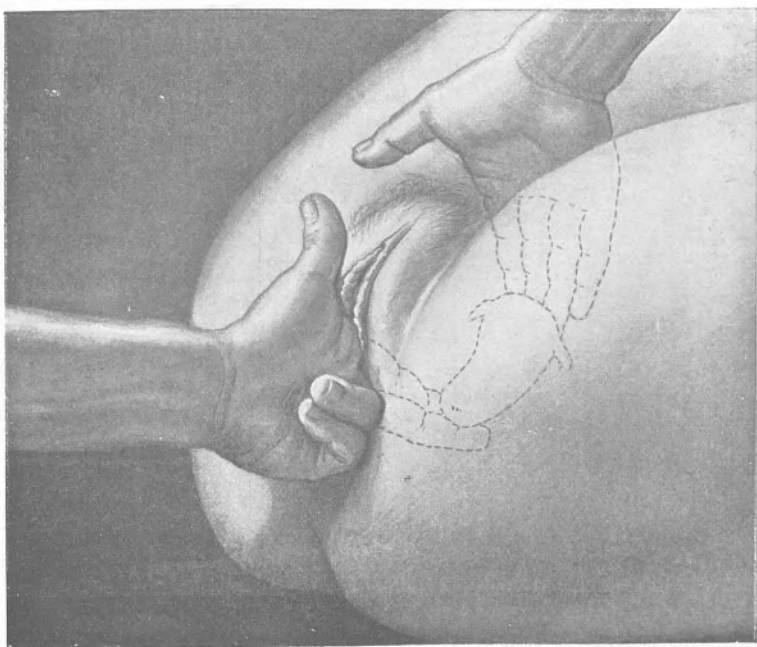


Fig. 32.—Tacto vaginal con dos dedos, combinado con palpación abdominal.

El tacto puede practicarse por la vagina, por el recto y excepcionalmente, por la vejiga, el primero es el que puede denominarse de necesidad, ya que, sólo o combinado, nos suministra datos diagnósticos de precisión. Para practicar el tacto se introducen uno o dos dedos en la vagina, ya untados con vaselina, ya, lo que es preferible, cubiertos con dediles de caouchou, que, sobre proteger al médico de los peligros de un posible contagio, dan garantía de asepsia para la mujer. El dedo con que se practica el tacto es el índice, siendo conveniente adiestrar los de las dos manos, y, en los casos de tactos profundos en mujeres de vagina amplia, se introducen el medio y el índice, para de este modo llegar a mayor claridad de percepción. Muchos son los ginecólogos que aconsejan practicar siempre el tacto con los dos dedos, o aun con tres; pero

creemos que puede alcanzarse tan clara percepción de las cosas con el índice sólo, y por ello consideramos innecesario el hacer sufrir a las enfermas de vagina estrecha las molestias del tacto practicado con varios dedos.

Lo que sí debe tenerse presente es que, para tactar los anejos del lado derecho, es el índice derecho el que conviene emplear y el izquierdo para los de este lado. Con el tacto vaginal se aprecian primeramente las condiciones de la vagina: longitud, repliegues, sequedad, etc., y luego se busca el hocico de tenca, del que se aprecia el volumen, dirección, blandura, forma del orificio, facilidad de movilización o fijeza; después se reconocen los fondos de saco vaginales, apreciando su profundidad, lisura y sensaciones dolorosas que la presión puede determinar; en algunos casos se puede facilitar el tacto y exploración de los genitales altos, cogiendo el hocico de tenca con unas pinzas de garfio y atrayendo el útero hacia abajo; de este modo se pueden alcanzar los anejos uterinos y se aprecian detalles que de otro modo resultan difíciles de precisar.

En mujeres viejas y en otras que sin serlo han experimentado un proceso atrófico senil, hállanse los fondos de saco desaparecidos y sustituido el hocico de tenca por un tubérculo perforado, colocado en medio de masas cicatriciales, que desfigura por completo las partes.

El tacto vaginal por sí sólo puede darnos a conocer la existencia de tumores, ya de la misma vagina, ya del útero, y las condiciones de blandura, fluctuación o dureza de los mismos. La exploración digital del fondo de saco posterior nos suministra una cantidad considerable de datos diagnósticos que permiten por sí solos formar el juicio del proceso patológico; las colecciones purulentas, las tumoraciones duras que se encuentran frecuentemente, debidas unas veces a retrodesviaciones uterinas y otras a verdaderas neoplasias, se aprecian de modo exacto con este medio de exploración. Las deformidades de la vagina y del útero se aprecian igualmente con el tacto simple.

Tacto vaginal combinado con la palpación abdominal.—Para determinar de modo preciso los caracteres que presentan los órganos genitales internos y para reconocer las formaciones flogísticas o neoplásicas que en los mismos se pueden haber producido, el mejor medio exploratorio es el que resulta de la combinación del tacto vaginal con la palpación; todos los datos que suministra el tacto por la vagina resultan muy aclarados y perfeccionados si con la otra mano sobre el vientre damos apoyo por este punto al órgano que se explora; el tamaño, situación, dirección, blandura, regularidad del útero se aprecian de modo exacto; la misma ausencia del fondo del órgano, por detrás de la sínfisis pubiana, es signo de valor diagnóstico; si no se encuentra en su sitio, es señal que está desviado, y por lo tanto, lo que nos interesa es buscar dónde está y con ello determinar la clase de desviación existente.

Con este medio de exploración se aproximan los órganos entre sí y llégase

a precisar el volumen, fijeza y relaciones de unos órganos con otros y a determinar también su ausencia cuando por vicios de desarrollo aquéllos no existen.

Consideramos de tanta necesidad este medio exploratorio, que sin él no nos vemos capaces de diagnosticar las tres cuartas partes de procesos ginecológicos. La mano que se aplica sobre el abdomen debe ir en busca del fondo de la matriz, para desde allí, comprimiendo ésta y las fosas ilíacas de modo

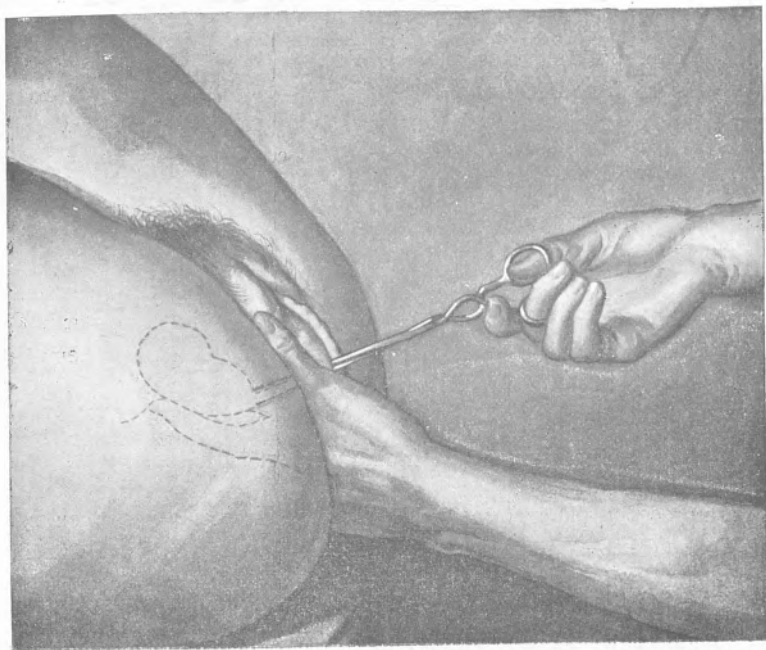


Fig. 33. — Tacto vaginal ayudado por la tracción del útero mediante una pinza de garfio.

sucesivo, acerque al dedo, situado en los fondos vaginales, los anejos del lado que se explora.

Tacto rectal.—Es el medio complementario de investigación en algunos casos y en otros de necesidad para el diagnóstico; es conveniente, para explorar bien por este medio, que el recto se halle vacío; es buena práctica, que facilita el reconocimiento, hacer evacuar el recto por medio de un enema y hacer que penetre aire en su interior para que se distienda; esto último se logra haciendo que la mujer se coloque en posición genupectoral e introduciendo un pequeño *espéculum ani*.

En los casos de lesiones anexiales y en las tumoraciones todas que ocupan el fondo de Douglas, presta este medio de exploración grandes servicios, así

como también en los casos de existencia de himen, en las estrecheces vaginales, ausencia de vagina, etc.

Puede también practicarse el tacto rectal, combinado con la movilización del útero, por medio de unas pinzas de garfio introducidas en la vagina y cogido el cuello de la matriz; se puede asimismo practicar el tacto vagino-rectal, introduciendo el índice en el recto y el dedo medio en la vagina.

Simon, de Heidelberg, ha preconizado el tacto rectal, practicado con toda la mano introducida en el recto, llegando, en algunas ocasiones, hasta alcanzar la S ilíaca del colon. Es esta una práctica que no puede realizarse más que estando la enferma sujeta a sueño anestésico; el uso de este medio lo conceptuamos peligroso y creemos que no debe practicarse en ningún caso; la posibilidad de producir lesiones intestinales y desgarros, salta a la vista para que necesitemos fundar la proscripción que hacemos de este medio.

Tacto vesical.—Igualmente recomendado por Simon, se ha practicado este modo de exploración de la vejiga de la mujer, introduciendo un dedo en ella, previa dilatación de la uretra; el menor inconveniente que tiene este método de exploración, es que muchas veces queda después de su empleo incontinencia de orina; los medios que en la actualidad poseemos para lograr un diagnóstico exacto, hace que extendamos a este método lo que hemos dicho referente al tacto rectal con toda la mano.

Exploración por medio de instrumentos.

Para proceder a la exploración instrumental, es preciso contar con un buen medio de iluminación ya que a la profundidad de la vagina llega la luz directa con alguna dificultad sobre todo en las épocas de invierno y en los consultorios de las grandes urbes.

La luz directa es indudablemente la mejor para la exploración vaginal, pero a falta de la misma pueden utilizarse diversos mecanismos para iluminar la vagina y cuello del útero; los reflectores frontales con luz directa cual es el de Collin o los de luz reflejada por un espejo colocado en la frente dan la suficiente claridad para apreciar los menores detalles de aquellos órganos, utilizan asimismo valvas cual las de Dimitri D'Ott que llevan anejas a su cavidad una pequeña lámpara de iluminación.

Para el examen de las cavidades vesical, uterina y rectal y aun para el de a cavidad peritoneal después de practicada la colpotomía, se requieren dispositivos especiales que serán descritos en las respectivas secciones.

El más antiguo instrumento empleado para el reconocimiento genital femenino es el espéculum: tres son los tipos principales: 1.º, el cilíndrico, del tipo de Recamier o Ferguson, que puede ser de madera, celuloide, cristal azogado, aluminio, níquel, porcelana, etc., y de diferentes diámetros, utilizables según se

trate de mujeres de vagina amplia o estrecha; 2.º, de valvas reunidas, cuyo tipo principal es el de Cuscó, pero cuyas variantes, en el modo de articularse y separarse sus valvas, resultan numerosísimas; cuéntanse, entre los diversos modelos, los de Ricord, Collin, Feig, Leonard, etc.; 3.º, el espéculum de valvas separadas que, comenzando con el tipo de Sims, tiene como variantes los de Simon, Doyen, Barnes, Fritchs y tantos otros cuya enumeración resultaría excesivamente extensa.

Con el espéculum de Ferguson y con el de Cuscó y sus variantes se

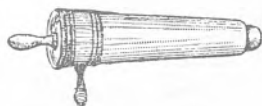


Fig. 34.
Espéculum Recamier.



Fig. 35.
Espéculum Ferguson.

pueden reconocer bien los fondos de saco vaginales y el hocico de tenca, pero no son los datos que se recogen más que confirmativos de lo que ya por tacto se haya diagnosticado.

Para la aplicación del espéculum cilíndrico o de valvas articuladas, la mejor posición es la dorso-sacra con los muslos ligeramente flexionados y apoyados los pies en pedales de modo que formen los muslos un ángulo abierto hacia adelante; es conveniente que el pico del instrumento deprima el periné en el momento de su introducción para evitar que choque con el bulbo de la uretra, pues siempre resulta dolorosa su presión; para enfocar bien el hocico de tenca conviene tener antes noción de su situación, cosa que se adquiere por el tacto y dar al pico del

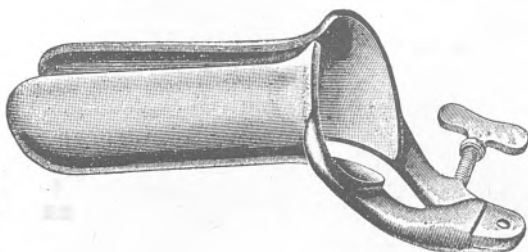


Fig. 36.—Espéculum bivalvo con articulación a tornillo.

instrumento la dirección que sea más conveniente para que se presente el cuello del útero a la luz del espéculum. La introducción de este instrumento no debe causar nunca daño a la mujer.

Para ciertas exploraciones, y en general para todas las intervenciones, es preferible utilizar las valvas separadas; su aplicación se hace en posición dorso-sacra, en la genu-pectoral o en la de Sims; nosotros utilizamos muy frecuentemente para las exploraciones en vagina ancha el espéculum de Barnes, que tiene la ventaja de ser de valvas separadas y pueden sostenerse

por sí solas, lo que les da las ventajas de los dos primeros tipos de espéculums.

Metroscopia.—Desde muchos años se ha intentado practicar el reconocimiento visual de la cavidad de la matriz con un fin diagnóstico; el uso de los espéculums intrauterinos no ha llegado jamás a generalizarse, porque los datos

que puede proporcionar este medio de exploración no compensan las maniobras que hay que realizar. Creemos firmemente que para el útero de cavidad no ensanchada la metroscopia no es de utilidad alguna, ya que las lesiones diagnosticables por ella lo son con tanta o mayor claridad empleando los demás medios exploratorios.

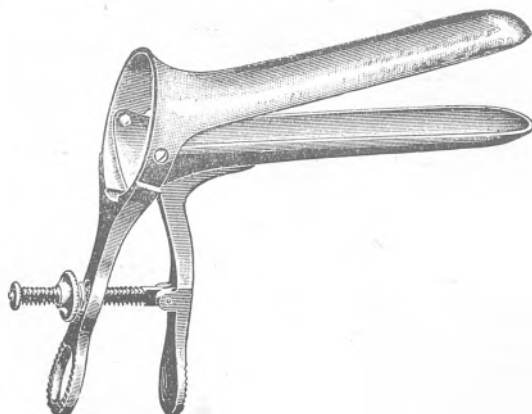


Fig. 37.—Espéculum de Cuscó.

En estos últimos tiempos, el profesor Dimitri d'Ott, de San Petersburgo, ha extendido su procedimiento de iluminación de la cavidad peritoneal a los úteros puerperales en los primeros días, cuando el cuello es perfectamente permeable y cuando todavía es muy grande la cavidad del útero; el proceder del profesor ruso consiste en la introducción de dos valvas separadas, una de las cuales tiene en su extremo una lamparita

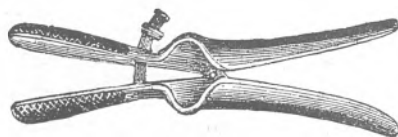


Fig. 38.—Espéculum Ricord.

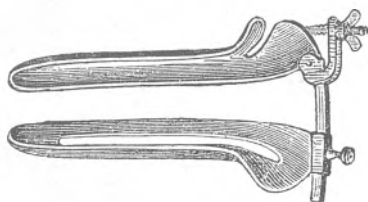


Fig. 39.—Espéculum Leonard.

eléctrica, en la cavidad del útero, y estando de este modo bien iluminado el interior de la matriz, no sólo ve el sitio donde puede existir la herida placentaria infectada, sino que lleva allí los agentes cáusticos o antisépticos que considera precisos para el tratamiento. En las condiciones que hace la metroscopia Dimitri d'Ott es posible que sirva, pero en otras condiciones creemos que no es de ninguna utilidad. La figura 45 representa una valva de Dimitri d'Ott y

la 46 el modo de utilizarla en un caso de exploración abdominal, realizada por la incisión de una colpotomía posterior.



Fig. 40. — Espéculum Fournier.



Fig. 42. — Espéculum para baños.



Fig. 41. — Espéculum Feig.

Histerometría.—Para comprobar los datos que se han recogido por otros

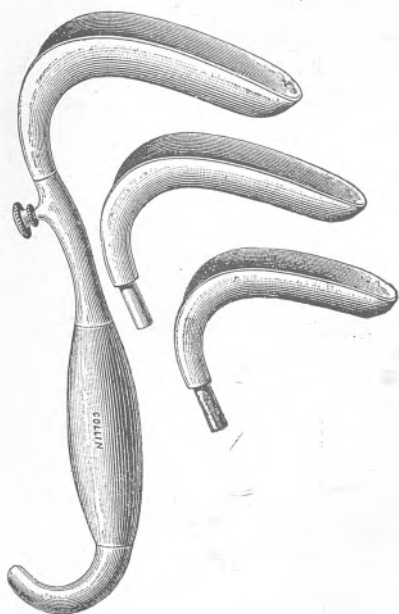


Fig. 43. — Valvas de Simon.

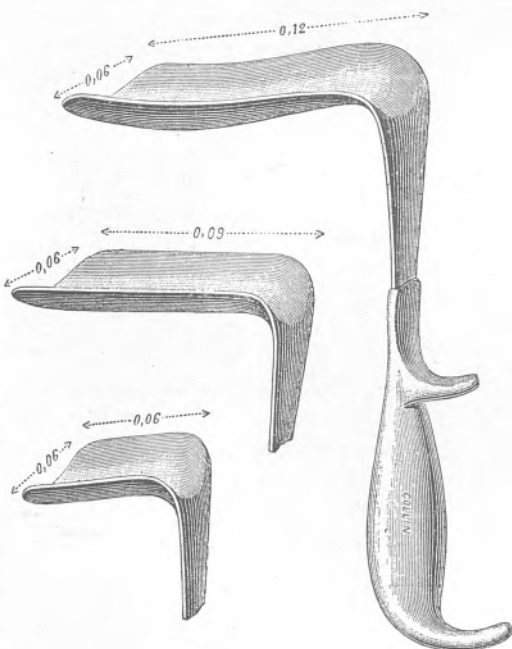


Fig. 44. — Valvas de Doyen.

medios de investigación, se utiliza el histerómetro, que consiste en un tallo de metal graduado en centímetros, que sirve para medir la longitud de la cavidad

uterina y para apreciar la dirección del mismo; con el histerómetro podemos asimismo apreciar el grado de sensibilidad de la mucosa uterina; en el estado fisiológico, el catéter uterino no produce, si su introducción está bien hecha, dolor alguno; pero en los estados flogísticos determina, no sólo dolor, sino actos reflejos de mucha entidad. Es muy delicada la práctica de este reconocimiento; aparte de la posibilidad de producir el aborto cuando se comete la imprudencia de introducir el histerómetro en una matriz aumentada de volumen, que puede ser de mujer embarazada (aunque diga la enferma que no), toda manipulación verificada dentro de la cavidad del útero sin el mayor rigorismo

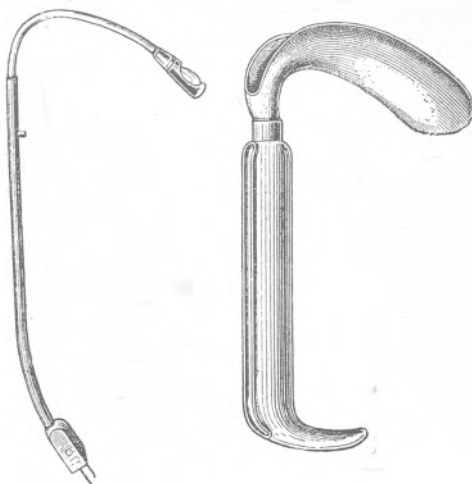


Fig. 45.—Valva de Dimitri d'Ott desmontada.

aséptico puede ser causa de procesos de mucha gravedad; hemos visto nosotros muchos casos de para y perimetritis que no han obedecido más que a cateterismos hechos en malas condiciones. Antes de introducir este instrumento es preciso que se conozca la dirección del útero para evitar lesiones de la mucosa, que en un órgano reblandecido por estado puerperal pueden llegar hasta la perforación. En la práctica de este medio exploratorio hay que pensar en la posibilidad de la mala fe de algunas mujeres que, sabiendo que con ello se

puede producir el aborto, engañan algunas veces al médico respecto a la existencia de las reglas, para ver si de este modo y de manera inconsciente se le produce la deseada interrupción del embarazo.

Para evitar todos los peligros que lleva en sí la histerometría, la mejor regla es la de no practicarla sin conocer antes bien, por palpación y tacto combinados, el volumen y dirección del útero, dándole entonces la curvatura y dirección necesarias para que penetre sin producir el menor daño.

Tacto intrauterino.—Es éste un medio de exploración que apenas si debe ser nunca utilizado, ya que los demás medios suministran de ordinario datos suficientes para un diagnóstico exacto, pero en algunos casos excepcionales puede ser de utilidad su empleo, para practicarlo es preciso dilatar previamente el cuello uterino, lo que se practicará bien utilizando los tallos de laminaria o de tupelo, bien los dilatadores de Hegar o los de varias ramas; se puede también practicar la histerotomía exploradora, que, como indica la palabra, es la

sección del útero practicada en una zona no peligrosa (la línea media), y después de reconocida la cavidad de la matriz, rehacer por la sutura la línea de sección. Este es medio que exige la anestesia y es sólo aceptable en el curso de una operación.

En algunos casos es indispensable completar la exploración ginecológica con el examen directo de los órganos vecinos, vejiga y recto. Además de los medios indirectos de exploración vesical, hácese, en algunos casos, preciso recurrir al examen cistoscópico para poder formar juicio del estado de exten-

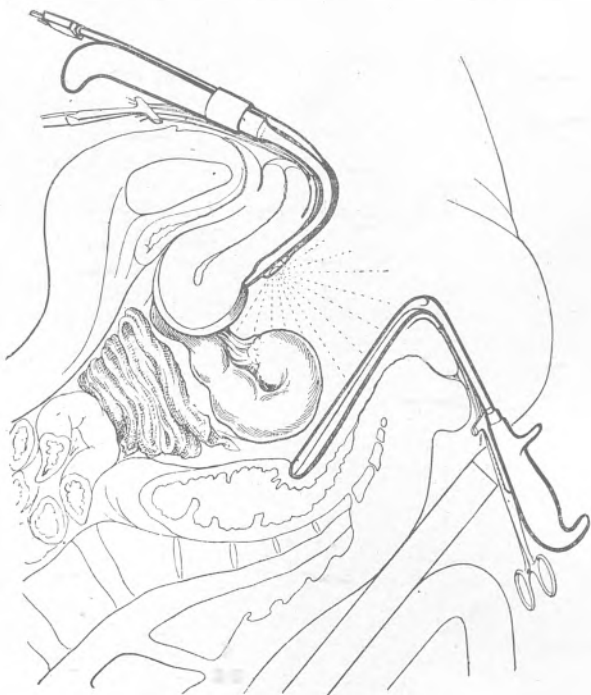


Fig. 46.—Exploración de la cavidad abdominal auxiliándose con las valvas de Dimitri d'Ott.

sión del proceso genital; así en casos de carcinoma cervical es muchas veces conveniente hacer el examen cistoscópico para juzgar de su operabilidad o inoperabilidad; las alteraciones circulatorias que en la parte de vejiga que se halla en relación con el cuello del útero, así como los cambios de volumen, etc., nos permiten diagnosticar la propagación de la neoplasia uterina y establecer su inoperabilidad.

Las relaciones del útero y vagina con el recto y la frecuencia con que se presentan hemorragias por el ano, coexistiendo con procesos vaginales, impone la necesidad del examen directo del último tramo del intestino. La rectoscopia

permite apreciar los cambios de color, tumoraciones, ulceraciones, etc., que en el recto existen y puede, en muchos casos, aclarar también el concepto pronóstico que una neoplasia uterina nos merece.

La técnica de la cistoscopia será descrita en el capítulo correspondiente a enfermedades de la vejiga femenina, y con referencia a la rectoscopia bastará,



Fig. 47.—Histerómetro graduado.

para darse idea de ella, el examen de la figura 54, en la que se observa la zona de la mucosa rectal que queda iluminada por la lámpara del rectoscopio. Para que las imágenes tengan la mayor claridad, es conveniente una prepara-



Fig. 48.—Histerómetro maleable que permite modificar su forma a voluntad.

ción cuidadosa hecha el día antes y algunos momentos antes del examen rectal para dejar al intestino libre por completo de materias fecales.

Quedan todavía otros medios de investigación que puede utilizar el ginecólogo, que son exploraciones *histológica*, *química* y *microbiológica*.

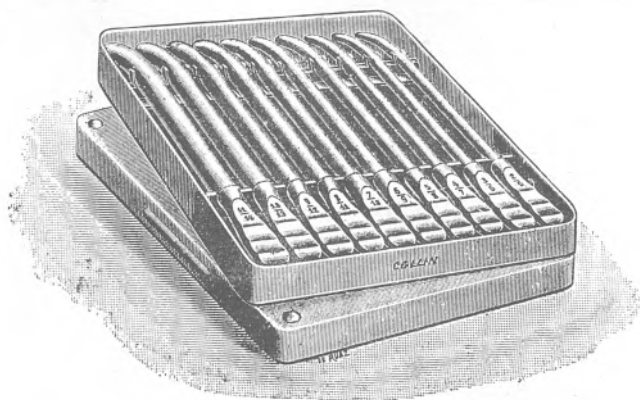


Fig. 49.—Dilatadores metálicos de Hegar.

Es frecuente el caso de presentarse una mujer con una leucorrea persistente, condiciones que permiten diagnosticar la existencia de una metritis; precisa averiguar la naturaleza de esta metritis; podrá ser gonocócica, o estreptocócica, pero también puede ser de naturaleza discrásica, amicrobiana; la investigación microbiológica nos podrá aclarar el concepto, diciéndonos si es

debida a gérmenes comunes o amicrobiana, o si obedece a un microbio especial como el de la tuberculosis, siendo en todo caso de importancia el diagnosticar prontamente y en tiempo oportuno la naturaleza del proceso.

Creemos conveniente en todo caso conocer la naturaleza de los agentes microbianos que se hallan en la vagina y cuello del útero; no basta que los signos clínicos permitan establecer cuál sea el agente causal, sino que para el efecto del tratamiento conviene averiguar el grado de virulencia de los agentes que allí existen. Bumm después de numerosas investigaciones, ha llegado a la

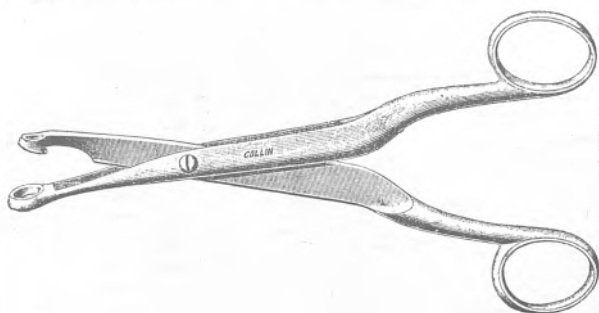


Fig. 50.—Pinza sacabocados para verificar escisiones de prueba.

conclusión que la existencia de estreptococos de gran poder virulento, constituye una contraindicación de la histerectomía con vaciamiento pélvico en los casos de cáncer cervical.

La exploración histológica es también de necesidad absoluta. Hay casos de dificultad extraordinaria: una mujer de cuarenta y cinco años tiene un útero pequeño y presenta hemorragias considerables y repetidas; la primera impresión, y casi siempre acertada, es que se trata de un cáncer; también puede ser

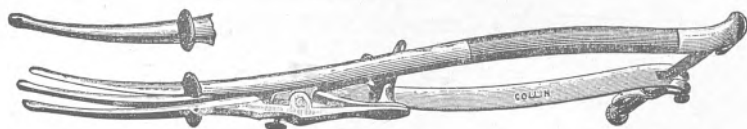


Fig. 51.—Dilatador metálico de tres ramas

una metritis fungosa o un pequeño pólipo submucoso, ¿vamos a extirpar el útero si no tiene más que un pólipo o una simple metritis fungosa? No podemos ir esperando a que el curso del proceso nos indique de qué naturaleza es, porque si se trata de un pólipo o de una metritis fungosa, no importa esperar; pero si se tratase de un cáncer, cada día que pasa es un nuevo peligro que tiene la mujer, aun operándola, de no obtener la curación y, por lo tanto, se impone el diagnóstico rápido; conviene dilatar el cuello del útero por medio de las bujías de Hegar o un dilatador de Ellinger, introducir la cucharilla y sacar

dos o tres porciones de tejido para examinarlo y ver lo que es. El cáncer es enfermedad curable si se llega a tiempo, es decir, si se va por delante de la propagación de la enfermedad; pero si se va por detrás, no se cura nunca. Ahora bien; mujer con endometritis cervical, endocervicitis con erosiones de naturaleza glandular, que presenta el hocico de tenca con una fungosidad más o menos sangrante, podrá tal vez no ser cancerosa, no tener más que una

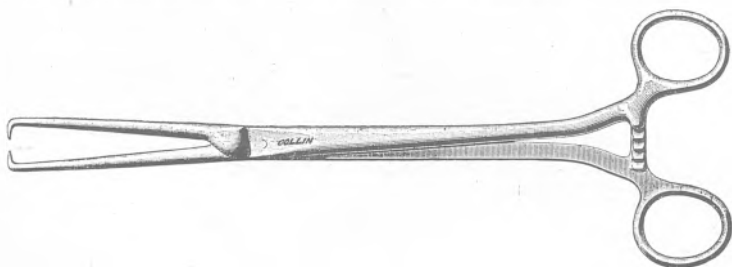


Fig. 52.—Pinzas de un garfio para atraer el hocico de tenca.

endometritis; pero hay que aclararlo de modo preciso, tanto más si se tiene en cuenta que muchas veces estas endometritis, que han persistido durante meses y años, al llegar a la edad de la menopausia, son invadidas por el proceso epitelial y se convierten en epitelomas, y al venir las enfermas a consultarse pueden inducir a error, por afirmar haber tenido siempre flujo y haber sangrado con abundancia, si bien de un tiempo a esta parte se han acentuado

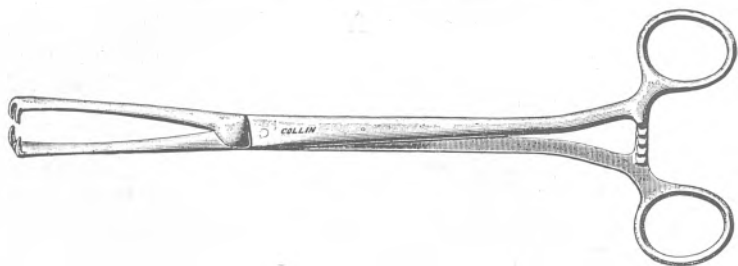


Fig. 53.—Pinzas de dos garfios para tracciones uterinas en reconocimientos y operaciones

estos fenómenos. Al decir la enferma que hace ocho o nueve años que lo está, lo primero que se ocurre es que no puede ser un carcinoma, que en este tiempo hubiera ya ocasionado la muerte; pero al reconocerla encuéntrase frecuentemente una masa rojiza que sangra con facilidad y que se desmorana, y el problema está en saber si ello es una erosión que por lo muy antigua ha tomado esta forma fungosa, o bien si se trata de la transformación de un proceso que en un tiempo era flogístico, en otro, hoy día, neoplásico. Si se aconseja a

la enferma una histerectomía y no tiene más que una endometritis, es aplicar una intervención grave e inútil a una cosa que se podría curar por medios sencillos, pero tampoco se puede esperar a ver si el proceso se propaga a los fondos de saco, exponiéndonos a que se haga incurable, si es canceroso. Es preciso, con una pinza sacabocados, extirpar un pedazo de la superficie enferma y llevarlo al microscopio, y si se encuentra que el epitelio está colocado en forma pavimentosa o glandular, pero *regularmente*, se diagnosticará un proceso inflamatorio simple; pero si en vez de esto se halla el epitelio

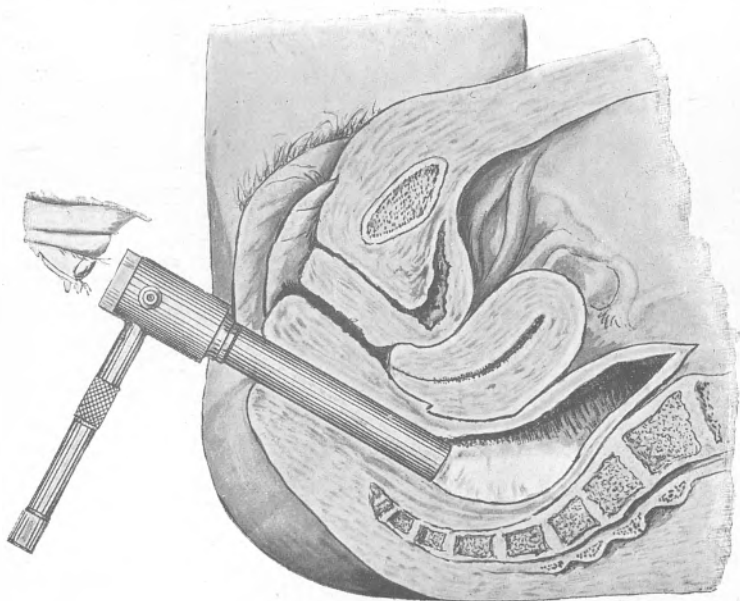


Fig. 51.—Rectoscopia.

agrupado irregularmente, con cavidades glandulares que en vez de tener un revestimiento epitelial tienen tres, cuatro o cinco capas de células, formando diversos estratos, abiertos o no los conductos glandulares, unas veces con paredes íntegras y otras veces con éstas rotas, el diagnóstico se impone de neoplasia maligna epitelial, es decir, carcinoma en un grado más o menos avanzado de evolución.

El examen histológico tiene en la práctica gran utilidad, y debe emplearse siempre y cuando exista la duda entre un proceso flogístico y uno neoplásico, ya que es el único que nos da la clave de lo que debemos hacer.

Como complemento de la investigación microbiológica e histológica, tenemos la investigación química, que tiene, hoy por hoy, pocas aplicaciones

directas a la Ginecología; pero es conveniente, dada la proximidad que existe entre el aparato genital y el urinario, insistir en el reconocimiento de la orina y averiguar la presencia, por ejemplo, del indol, etc. Cuando la Química biológica esté más adelantada, este análisis nos dará explicación de ciertos procesos que hoy estamos sin determinar; los métodos de investigación que Abderhalden ha introducido en la clínica, el día que alcancen la perfección deseada, llegarán a resolver los problemas diagnósticos de las neoplasias malignas en los primeros tiempos de su aparición.

Un nuevo medio de exploración ginecológica se utiliza en la actualidad suministrado por los perfeccionamientos que en la técnica radiográfica se han

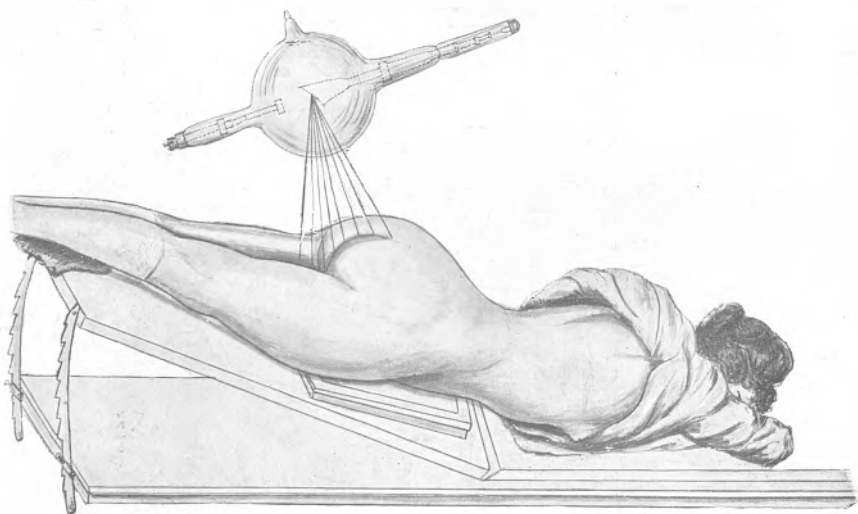


Fig. 55.—Colocación de la enferma para una radiografía con pneumo-peritoneo.

producido en estos últimos tiempos. La inyección de un gas en la cavidad peritoneal permite que las partes blandas se dibujen con gran claridad en la placa fotográfica; las radiografías hechas con ayuda del pneumo-peritoneo pueden en algunos casos oscuros de diagnóstico servir al clínico; no es el pneumo-peritoneo en las enfermedades genitales un medio de un valor tan grande como el que representa en las enfermedades del hígado, vejiga biliar, duodeno, páncreas, etc., porque los medios de exploración ginecológica permiten, en casi todos los casos, llegar a un diagnóstico preciso, pero en ginecología, como en todas las especialidades, se presentan algunas veces puntos oscuros, y poseer un medio más de exploración puede significar en alguna ocasión tener a nuestro alcance la resolución del problema.

Las adherencias de los anejos con el intestino, la situación del apéndice

en relación con los anejos del lado derecho, las bridas que pueden ser la causa de trastornos digestivos, etc., pueden ponerse en evidencia con la radiografía obtenida con la previa inyección de un gas en la cavidad peritoneal.

Para hacer el pneumo-peritoneo puede utilizarse el aire atmosférico, pero éste tarda cinco o seis días en ser reabsorbido y por ello se prefiere la inyección de anhídrido carbónico o de oxígeno que se reabsorben con mucha mayor rapidez. Nosotros utilizamos el oxígeno y de su empleo no hemos

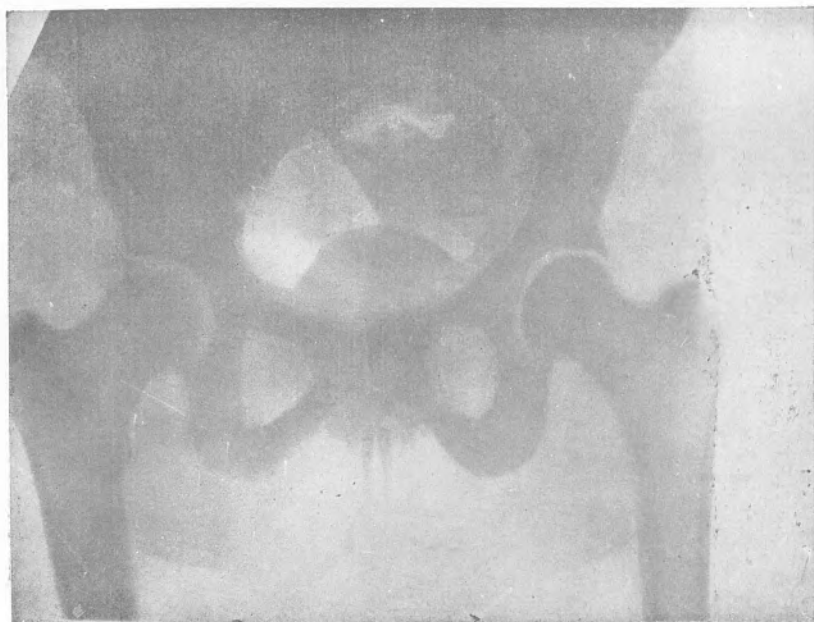


Fig. 56.—Quiste dermoideo izquierdo (pneumo-peritoneo).

tenido nunca motivo de desagrado. Las molestias que ocasiona son insignificantes y de muy escasa duración.

Para practicar el pneumo-peritoneo es preciso colocar a la mujer en decúbito dorsal con las piernas extendidas y en la línea que va desde la espina ilíaca al ombligo, del lado derecho o del izquierdo, se introduce la aguja de un aparato inyector de oxígeno: en estos aparatos deben existir un manómetro que indica la presión que debe vencer el oxígeno para salir del recipiente en que se halla contenido para de este modo darse inmediata cuenta de que la aguja ha atravesado las paredes del abdomen y que el gas penetra libremente en la cavidad de la serosa peritoneal: al mismo tiempo es preciso

que otro manómetro indique la cantidad de gas que penetra y después de inyectar un litro y medio o dos litros, según las condiciones especiales de la enferma, se retira la aguja.

Se coloca entonces a la enferma boca abajo y se levanta la pelvis en la forma que marca la figura 55 y entonces colocada la placa en la región pelvi-abdominal se hace la radiografía; la posición declive, con la cabeza baja, es de todo punto precisa para reconocer los órganos pelvianos; el gas que se ha inyectado busca la porción más elevada y se interpone entre los órganos



Fig. 57.—Pio salpinx doble (pneumo-peritoneo).

genitales y en consecuencia las partes se dibujan claramente en la placa radiográfica.

El pneumo-peritoneo se ha utilizado también inyectando el gas por vía endocavitaria, para explorar la permeabilidad de las trompas en los casos de esterilidad; para ello se introduce en la cavidad del útero una cánula que debe dejar salir el oxígeno o anhídrido carbónico que se inyecta, cuidando, por medio de un mecanismo especial, que no pueda salir dicho gas por el conducto cervical hacia la vagina. La presión del gas fuerza la entrada de la trompa y si ésta no se halla ocluída entra en la cavidad del peritoneo y el manómetro marca el descenso de presión en tanto que cuando están ocluídas las trompas la presión no disminuye.

Sin negar el valor que como medio diagnóstico pueda tener este procedimiento, ni lo usamos ni podemos recomendarlo; la posibilidad que agentes microbianos existentes en el útero y en las trompas penetren en la cavidad del peritoneo siendo causa de inflamaciones de mayor o menor intensidad, no puede ponerse en duda y a pesar de algunos trabajos publicados en Norte América sobre la inocuidad del procedimiento, sé de algún caso ocurrido en Alemania en el que la inyección de oxígeno por el útero y trompas fué seguida de una

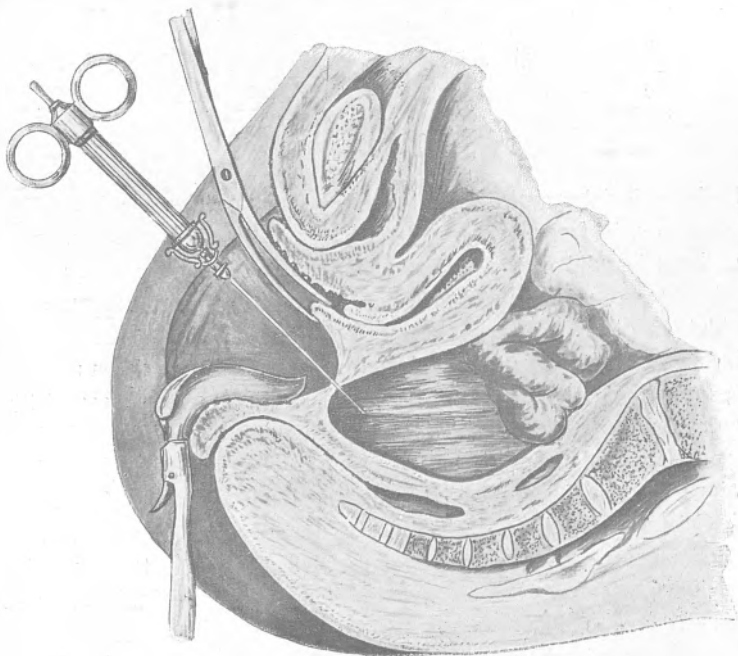


Fig. 58.—Punción exploradora por el fondo vaginal posterior.

peritonitis mortal y sé asimismo de un caso de síncope grave que si bien no llegó a un final tan desastroso, tuvo al médico que practicó esta intervención en un estado de zozobra por espacio de más de diez minutos.

Otro medio complementario puede usarse: la punción exploradora de las cavidades quísticas, de los abscesos pelvi-abdominales; ésta puede practicarse por vía abdominal cosa que debe ser considerada como del todo excepcional o por vía vaginal al modo como indica la figura 58 en la que por medio de una aguja introducida en el espacio retro-uterino se puede recoger líquido que debe servir no sólo para el examen de su naturaleza, sino también para hacer siembras que permitan reconocer su patogenia y septicidad.

92

ETIOLOGÍA GENERAL

Para el estudio etiológico general de las enfermedades del aparato genital femenino, los dividiremos en cinco grandes grupos: *a)* inflamaciones; *b)* neoplasias; *c)* traumatismos; *d)* anomalías de posición y dirección; *e)* vicios de conformación.

Inflamaciones.

La flogosis del aparato genital afecta en unas ocasiones a la totalidad del mismo, pero más frecuentemente es sólo una parte más o menos extensa la que se halla invadida por el proceso de inflamación, ya porque no se haya afectado el resto, ya porque haya desaparecido de algunos puntos, quedando persistente en otros.

Los factores determinantes de los procesos flogísticos son en unas ocasiones de naturaleza microbiana, en tanto que en otros no puede ser atribuída a microorganismos de ninguna especie; se impone, pues, la división de las inflamaciones en microbianas y amicrobianas. La existencia de inflamaciones de naturaleza amicrobiana no puede ser puesta en duda desde que los experimentos de Cristmas, Dirckinek-Holmfeld y tantos otros las han demostrado con procedimientos que, dada su sencillez, están al alcance de todo experimentador; la clínica, acompañada de la investigación de laboratorio, ha puesto fuera de duda su existencia.

* Los agentes microbianos que determinan la inflamación genital, deben ser divididos en dos grandes grupos: unos que obran de un modo que pudiéramos denominar general, agentes comunes de infección, y otros que, por actuar de modo distinto cada especie microbiana, se adjetivan con la denominación de específicos.

Entre los agentes comunes de infección debe aún establecerse una subdivisión, según actúen como agentes sépticos o lo hagan como elementos determinantes de la putrefacción, pues la manera cómo se comportan los tejidos es esencialmente distinta en presencia de una u otra clase de agentes microbianos.

Inflamaciones genitales producidas por agentes comunes.

El conducto genital, en su porción alta, se halla en estado normal, completamente libre de agentes microbianos; no así la vagina y la vulva, que tienen,

aun en estado fisiológico, considerable número de microorganismos, que, si bien no son patógenos, sino saprofitos, pueden en condiciones favorables adquirir virulencia y determinar procesos de infección.

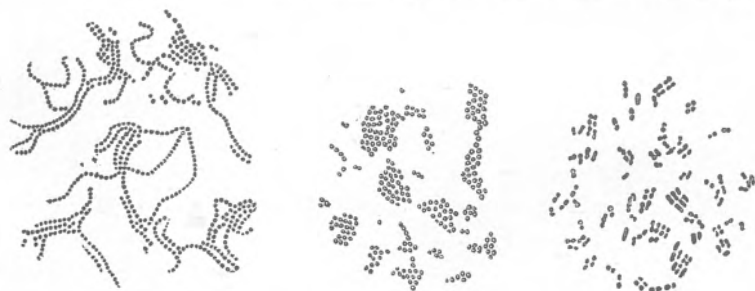
Los estreptococos, estafilococos blanco y dorado, los bacilos coli, son agentes que producen con frecuencia procesos de inflamación genital; los epitelios normales del conducto genital, en tanto se hallan en completa integridad, oponen una muralla a la invasión y multiplicación de estos gérmenes; de ahí que el estado puerperal, en el que existen grandes trozos de tejido desnudo de su cubierta epitelica, sea el que más fácilmente se presta a infecciones estreptocócicas y estafilocócicas. Durante la menstruación son asimismo posibles penetraciones microbianas de esta naturaleza, porque los hematomas subepiteliales, al romperse, dejan pequeños espacios desprovistos de la barrera epitelial, y si en estas condiciones, agentes comunes de infección, penetran accidentalmente en el conducto genital, al hallar puntos desnudos pueden implantarse allí y extenderse a la profundidad del órgano.

Los reconocimientos practicados de modo no aséptico pueden dar también entrada a agentes comunes de infección; el uso de la sonda intrauterina, empleada con cierta violencia, actúa a veces como agente que, al tiempo que traumatiza, implanta gérmenes que lleva consigo o que ha arrastrado de la parte baja del conducto genital.

Las inflamaciones gonocócicas, que, como veremos más adelante, se pueden producir sin que exista solución de continuidad del epitelio, y también las saprofíticas, determinan por su acción destructiva desprendimientos de epitelio que sirven como puertas de entrada a otra clase de infecciones. Las inflamaciones estreptocócicas no se diferencian clínicamente de las que dependen de otros agentes microbianos; pero, al examen microscópico, obsérvanse las formaciones en cadena que no permiten su confusión con los otros agentes; entre los microorganismos causantes de infección es muy posible que dentro de la misma especie haya multitud de variantes, y tal vez de familias; pero su modo de actuar es siempre el mismo, y su poder de penetración y difusión varía según su virulencia. La intensidad de ésta es muy distinta en unos casos de otros, habiéndose demostrado que aumenta con el paso de un organismo a otro y que se acrecienta asimismo por la simbiosis con algunos gérmenes patógenos en tanto que con otros se anula su actividad. La mayor intensidad en la virulencia se manifiesta en los estreptococos por poseer un poder hemolítico manifiesto, frecuentemente, la presencia de microorganismos hemolíticos representa una infección grave y un poder de difusión muy acentuado. Las investigaciones realizadas en nuestro laboratorio de la Facultad nos obligan a no generalizar esta proposición, pues en algunos casos en que el poder hemolítico era muy grande, las manifestaciones clínicas, y el curso del proceso, no correspondían a la gravedad supuesta.

Los estafilococos, así los aureus o dorados como los blancos, se hallan agrupados en zoogreas y actúan sobre los tejidos en condiciones semejantes a los estreptococos, si bien parece menor su poder de difusión. La propiedad de producir supuración motiva la aparición de abscesos metastásicos en el curso de infecciones puerperales. Las colonias de estafilococos halláanse muy frecuentemente en la piel; toman el Gram y resisten temperaturas muy altas (90°).

Los colibacilos tienen la forma de bastones muy cortos, y residen normalmente en el conducto intestinal, sin despertar en él acción patógena; pero adquieren por su transplatación virulencia, que da lugar a procesos flogísticos en los que puede reconocerse la producción de un gas, mezcla de hidrógeno y bióxido de carbono, y la formación de indol. Menos frecuentemente que estos agentes microbianos se encuentran en el aparato génito-urinario de la mujer el



Figs. 59 a 61.—Agentes comunes de infección.
 Estreptococos. Estafilococos.

Colibacilos.

bacilo piocianico, el pneumococo y el bacilo del esmegma descubierto por Tavel y Alvarez, que tiene como característica el ser muy parecido al bacilo tuberculoso, pero que carece de acción patógena. Cuando estos agentes han logrado su penetración en el interior de los tejidos, producen, como primer fenómeno, un acúmulo de sangre, ya sea por acción directa, ya, como es más probable, por efecto de las leucomainas segregadas por ellos; la congestión del órgano en que se desarrollan se produce prontamente y esta congestión va seguida inmediatamente del fenómeno exudativo que caracteriza la inflamación; la diapedesis es abundante; los leucocitos se aprestan a la defensa y comienzan su acción fagocítica. La lucha entre los agentes microbianos y los leucocitos se establece desde los primeros momentos, y, según cual sea el poder reproductor de los microbios y su actividad en relación con la fuerza de defensa de los tejidos, así vence o es vencido el tejido afecto.

Contra los agentes de infección reacciona la mucosa genital, aportando los elementos defensivos, ya en forma de leucocitos, ya de fagocitos del tejido conjuntivo; además del proceso defensivo propio a todas las mucosas, debemos estudiar las modalidades propias, no sólo del aparato genital, sino de las

diferentes partes del mismo. En la vulva y en la vagina los agentes microbianos son arrastrados hacia afuera por los flujos anormales que la misma inflamación determina; pero como encuentra en su camino otros órganos, cual son las glándulas de Bartolino y el meato urinario, pueden ser éstos afectados secundariamente, y a las reacciones defensivas vulvo-vaginales agregarse las de los órganos nuevamente invadidos.

La mucosa uterina se defiende de los gérmenes que la infectan con un trabajo de formación conjuntiva que viene a constituir, en los casos agudos, como una barrera más o menos completa que tiende a limitar el proceso, y en los casos crónicos con esclerosis conjuntivas que cambian el terreno del desarrollo microbiano.

En las trompas, la reacción de la mucosa conduce muy frecuentemente a la oclusión del pabellón y, a veces, del ostium uterino, llegando en muchos casos de colecciones tubáricas purulentas a esterilizarse por completo dentro de la cavidad de la trompa los agentes determinantes del proceso de inflamación, por hacer imposible la vida microbiana en aquel medio las ptomaínas y leucomaínas que allí se acumulan, al no tener la trompa comunicación ni con el peritoneo ni con el útero.

Los agentes comunes de infección, y en grado máximo el estreptococo, tienen un poder de difusión muy grande; los tejidos reaccionan a los estímulos microbianos, por un lado, con la acción leucocitaria, que produce el exudado cargado de elementos celulares que salieron por diapedesis de los vasos, y, por otro, con una hiperplasia celular defensiva que pretende establecer un límite a la infección; los vasos linfáticos, los sanguíneos, sirven a los microbios comunes de infección de puntos de difusión y, rápidamente arrastrados, ya por la corriente linfática, ya por la venosa, manifiestan su acción patógena a grandes distancias del punto primitivamente afecto.

La abundancia de vasos linfáticos existentes en el aparato genital femenino, y el considerable aumento experimentado por los vasos sanguíneos en el puerperio, explican la facilidad de la propagación de las inflamaciones producidas por estos agentes dentro y fuera del estado puerperal. Las comunicaciones existentes entre la capa submucosa y la subperitoneal, explican el por qué la mayoría de infecciones estreptocócicas o estafilocócicas, pasan del endometrio al perimetrio. Las perimetritis y, en general, las manifestaciones de la flogosis del peritoneo pelviano, obedecen, en su mayoría, a propagaciones microbianas realizadas por vía linfática; un cateterismo séptico produce con extraordinaria rapidez inflamaciones parametrales, porque la abundancia de vasos linfáticos de la región cervical del útero hace que los gérmenes que penetraron accidentalmente en ellos circulen por los troncos linfáticos que cruzan los parametrios, ocasionando flogosis de este tejido y de los ganglios ilíacos.

Durante el puerperio, estos fenómenos de propagación linfática se producen

de igual manera y aun con mayor facilidad por la mayor succulencia de los tejidos, pues existe, por efecto de las modificaciones imprimidas a los genitales por la gestación, una exuberancia vascular sanguínea y una dilatación de los mismos vasos, que favorece de modo excepcional la generalización de los procesos sépticos. Los senos venosos abiertos, que deja la placenta al desprenderse; los coágulos que en estos vasos quedan depositados hasta que la involución uterina los va expulsando, son puntos en donde pueden tomar gran desarrollo los agentes microbianos que se implanten allí; los medios de cultivo son excelentes, y, en consecuencia, su multiplicación segura. En las propagaciones linfáticas los ganglios sirven de puntos de detención, en los que la virulencia del agente microbiano puede quedar vencida por las defensas orgánicas, pero en las propagaciones vasculares sanguíneas los agentes infectantes van arrastrados por la corriente hemática al centro circulatorio, y desde allí repartidos a toda la economía, produciéndose su destrucción si las defensas son potentes, y en caso contrario la producción de focos secundarios, muy variados, al detenerse en puntos distintos; la endocarditis, los abscesos miliares del pulmón, hígado, cerebro, etc., no son más que manifestaciones de la actividad de los microbios que penetraron en la sangre, conservando su acción piógena; en otras ocasiones esta cualidad la pierden, pero conservan su poder hemolítico y, sin determinar lesiones localizadas, conducen, por disolución de los elementos formes de la sangre, a la muerte de la enferma. En algunos casos hemos tenido ocasión de observar este hecho y la autopsia no demostró absolutamente localización alguna, ya que la originaria de la matriz había desaparecido completamente.

Entre los agentes comunes de infección, que con más facilidad penetran en la sangre, debemos citar los estreptococos, pero es evidente que también realizan su penetración los estafilococos, colibacilos y otros agentes microbianos cuya naturaleza anaerobia es circunstancial.

No son solamente las vías linfáticas y venosas las que siguen los agentes comunes de infección para propagarse; pueden, asimismo, tomar la llamada endocavitaria y hacerlo por continuidad de tejidos. La propagación endocavitaria es más propia del gonococo; representa la extensión de la enfermedad, transportándose los gérmenes desde el interior del útero al interior de la trompa, y desde la cavidad de ésta a la de la gran serosa, vertiéndose los exudados por el pabellón, dando lugar a la flogosis del peritoneo pelviano. Sin negar la posibilidad de este modo de propagación, debemos hacer constar que es el menos importante en las inflamaciones producidas por estrepto y estafilococos; la facilidad con que se producen las difusiones linfáticas, nos hace considerar a la vía endocavitaria, en esta clase de infecciones, como excepcional; es muy posible que en algunos casos el proceso de propagación sea muy complejo, y que al mismo tiempo que se producen inflamaciones a distancia por

vía linfática, se hagan otras por vía endocavitaria y por continuidad de tejido. Muchos casos de salpingo-ovaritis de origen puerperal se producen por vía linfática y por propagación endocavitaria simultáneamente.

La vía por continuidad de tejido, pertenece más a las infecciones mixtas producidas por agentes anaerobios y comunes de infección, que por éstos solos; la gangrena de tejidos que producen aquéllos, va prestando camino a la penetración de los últimos; y, como por otra parte, aumenta por la simbiosis la virulencia de los agentes comunes, de ahí la intensidad y complejidad de esta clase de infecciones.

Infecciones saprofíticas.

Los agentes de la putrefacción ocasionan procesos de inflamación genital, cuya característica es la producción de gases que despiden un hedor muy pronunciado; son anaerobios, ya siempre, ya facultativos, y necesitan para desarrollarse la existencia de substancia muerta. En los abortos y partos si quedan restos del huevo o de la caduca desprendida, pueden permanecer días, semanas y aun meses sin determinar fenómenos de infección si no penetran en la substancia muerta agentes saprofíticos, pero esto es excepcional; lo común es que, después de dos, tres o cuatro días, los agentes microbianos alcancen la substancia muerta y que allí comiencen su acción de putrefacción. Las ptomaínas y leucomaínas que producen actúan directamente sobre la mucosa uterina; ésta reacciona inflamándose y los elementos conjuntivos proliferan en cantidad considerable formando una barrera infranqueable a los organismos invasores; si la virulencia de estos elementos es grande y la cantidad de ptomaínas y secreciones microbianas es muy abundante, los tejidos de defensa van cayendo vencidos y muertos, sirviendo estos elementos caídos como medios de nutrición para más elementos microbianos; detrás de los tejidos vencidos fórmanse otras murallas de defensa, y si el proceso de putrefacción es muy intenso y no se acude a disminuirlo con los medios adecuados, puede todo el útero y aun los mismos tejidos vecinos esfacelarse. El mecanismo de la *putrescencia uteri* se realiza siempre con lucha constante entre agentes que invaden y tejidos que mueren, oponiendo resistencia a la invasión. Si en estas condiciones se agregan a los fenómenos de putrefacción otros de septicidad, el problema se agrava de modo considerable.

Mientras que en el proceso séptico penetran en el organismo los productos de la secreción microbiana y los mismos agentes de la infección, en las saprofíticas los agentes no llegan, por lo general, al torrente circulatorio. y si

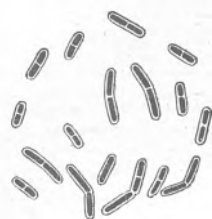


Fig. 62.—Bacilo aerógeno encapsulado.

llegan no se multiplican, porque el oxígeno de la sangre no les permite su desarrollo, a menos que no pierdan su condición de anaerobios, cosa mucho más frecuente de lo que se creía hasta hace muy poco tiempo; a la sangre van en gran cantidad ptomaínas y leucomaínas que, actuando sobre los elementos nerviosos, determinan intensas alteraciones piretógenas.

En esta clase de infecciones se producen, como en las sépticas, fenómenos de alteración renal, hepática, digestiva, cerebral, etc., pero con una particularidad, y es que si se domina el foco local originario desaparecen los fenómenos secundarios como por encanto, mientras que en las infecciones estreptocócicas, colibacilares, etc., aun desapareciendo el foco primitivo, no tenemos seguridad alguna de que cesen los fenómenos secundarios, pues localizaciones a distancia o la penetración de los mismos agentes en la sangre, determinan la continuación del proceso hasta que las defensas orgánicas dan total y completa cuenta de ellos.

Los agentes saprofíticos que más frecuentemente se hallan en el aparato génito-urinario son el bacilo aerogenus capsulatus, que puede producir las formas de infección de naturaleza gangrenosa; asimismo determina en estados puerperales la piometra, y a los gases por ellos producidos se deben probablemente los casos de muerte súbita por la llamada embolia gaseosa, que no constituye más que una forma grave especial de infección. Según Kelly, es causa asimismo de infecciones uretrales y renales. El bacilo lactis aerógeno es causante de cistitis y produce abundantes gases; hemos observado un caso en que la expulsión de gases de la cavidad uterina se verificaba tan abundantemente, que llegaba a producir ruidos; su génesis era este bacilo, que no determinó acción patógena alguna.

El grupo de los proteos, el vulgaris, mirabilis, zenkeri, etc., no son patógenos *per se*, pero asociándose a infecciones de otro orden, determinan agravaciones considerables.

Los pseudogonococos de Luntgaston, que son considerados por unos como derivados atenuados del gonococo y por otros como variedades de cocos del aire, no tienen, por lo general, acción patógena, pero viven frecuentemente como saprofitos en la uretra sana. Muchas otras especies saprofíticas viven en los órganos genitales bajos de la mujer, pero su acción patógena no está demostrada ni directa ni por accidente.

INFLAMACIONES GENITALES PRODUCIDAS POR AGENTES ESPECÍFICOS

Lección 102

Las manifestaciones genitales de la sífilis y venéreo, las diftéricas, tuberculosas y las gonocócicas, son las que constituyen el grupo de las infecciones de causa específica.

Venéreo.—El venéreo y la sífilis tienen frecuentemente en los genitales su manifestación primitiva; el chancro venéreo y el chancro sifilítico se presentan en los distintos puntos del tramo genital inferior, con los caracteres propios de estas enfermedades. El chancro blando, unas veces solo, otras asociado al sifilítico, aparece frecuentemente en los labios mayores, en la horquilla, algunas veces en los alrededores del clítoris, en el mismo meato y, de modo más raro, en el fondo de la vagina. Tanto el microbio venéreo como el sifilítico necesitan puerta de entrada, precisan alguna superficie que se haya denudado, alguna erosión que se produce generalmente en el acto del coito, erosión insignificante, pero que basta al virus venéreo o sifilítico allí colocado para dar lugar al desarrollo de los agentes que producen la lesión primaria. El chancro venéreo es enfermedad perfectamente localizada; el agente productor es un bacilo oval que mide 1'5 micras de longitud por media de grosor; fué descubierto por Ducrey y corroborada su presencia por Unna.

En el seno de los tejidos se presenta formando cadenas de gran longitud; su colocación entre los elementos celulares adopta, por lo general, una disposición paralela. En el pus del chancro se halla, por lo común, mezclado con otros agentes microbianos; en los bubones, antes de abrirse, pueden hallarse en estado de pureza; una vez establecida la supuración, se encuentra mezclado con agentes piógenos.

Sífilis.—Por lo que se refiere a la infección sifilítica, se diferencia de la venérea en que la lesión primaria va precedida de un período de incubación sumamente largo, que puede ser de diez, quince días, un mes y más; su agente productor es el espirocheto pallida, descrito definitivamente por Schaudin y Hoffman; su longitud alcanza a veces 8 y 10 micras y su espesor es superior a 0,5 micras; tiene una disposición espiroide y es movable, gracias a sus flagelos. Encuéntrase en todas las manifestaciones primarias y secundarias; los puntos en que se manifiestan ambas son muy variados. Al igual que la venérea, puede aparecer la primera manifestación sifilítica en la horquilla, en los

grandes y pequeños labios, en el fondo de la vagina, etc. Cuando la manifestación sifilítica aparece en los órganos genitales externos, es fácil darse cuenta de su existencia; pero es muy posible que una mujer tenga lesiones sifilíticas vaginales profundas, y por la escasez del flujo que presenta, por la falta de dolores que acompañan a esas manifestaciones primarias, no se dé cuenta que se halla enferma; puede la mujer contagiar a uno y otro hombre sin saber ella misma que está enferma. Nosotros hemos tenido muchas ocasiones de ver chancros en el hocico de tenca de mujeres que se conceptuaban sanas; es muy común en mujeres casadas, el que ignoren su enfermedad hasta que aparecen las manifestaciones secundarias de la sífilis.

Las manifestaciones primarias de esta infección apenas si llaman la atención de las enfermas, y pocas veces es consultado el ginecólogo con este motivo; otra cosa ocurre con las manifestaciones secundarias y terciarias, que presentan modalidades que requieren una especial descripción.

Manifestaciones secundarias son las placas mucosas, existentes no solamente en los labios mayores y menores, sino también las que, corriéndose hacia la parte posterior llegan a las márgenes del ano, tomando el aspecto de un proceso patológico local de gran importancia; la placa mucosa tiene una forma ulcerosa, sin ser en realidad, una úlcera; es una modificación epitelial que toma este aspecto, pero que no puede, en realidad ser considerada como úlcera, pues no tiene pérdida de substancia, y por tanto, le falta el carácter principal que define a éstas.

Las manifestaciones sifilíticas terciarias en los genitales son muy difíciles de apreciar; pueden radicar no sólo en los genitales externos, sino en los altos; existen a veces en el interior del útero, sin dar otra manifestación de su existencia que la producción de secreciones parecidas a las de otros procesos flogísticos, diferenciándose, sin embargo, en que resisten a todos los tratamientos menos a los específicos. Estas lesiones altas específicas encuéntrase descritas muy rara vez; la metritis sifilítica, que no es otra cosa que una manifestación terciaria de la sífilis, apenas si hay autor que la mencione; nosotros publicamos, en los «Anales de la Academia de Obstetricia», varios casos que no dejan lugar a duda respecto a su naturaleza. No escapan el útero, las trompas y los ovarios, a las localizaciones de la sífilis, como ningún órgano hay en la economía en que no puedan presentarse estas manifestaciones. Existen puntos de predilección para las lesiones terciarias, pero esto no quiere decir que no existan también localizaciones raras. Los casos que he tenido ocasión de observar, y que motivaron el artículo a que hago mención más arriba, publicado en los «Anales de la Academia de Obstetricia y Ginecología», son manifestaciones terciarias de localización uterina que, consideradas desde el punto de vista histopatológico, están constituidas por gomas pequeñísimas que aparecen en la superficie interna del útero, invaden las capas subyacentes

a la mucosa, la porción más superficial del parénquima, y allí se desarrollan; estos procesos gomosos dan lugar a una pérdida leucorréica de carácter especial, con descamación celular abundante, resultante de la disgregación de los pequeñísimos gomas que al sufrir una degeneración desprenden sus restos, que van saliendo de la cavidad arrastrados por las secreciones patológicas que acompañan a toda metritis; estos procesos, cuando se tratan por los medios comunes y corrientes, ofrecen una rebeldía extraordinaria a la curación, y en cambio, obedecen de tal manera a un tratamiento antisifilítico, que no cabe duda ninguna respecto a la naturaleza del proceso.

En resumen, podemos decir que las manifestaciones genitales de la sífilis son: el chancro, generalmente único; secundarias, las placas mucosas vulvo-vagino-perineales, y terciarias, los gomas; éstos se reconocen algunas veces perfectamente por hallarse situados en el hocico de tenca, y al desmoronarse dan lugar a una pérdida de substancia con todos los caracteres propios de la úlcera sifilítica; en algunos casos, el diagnóstico resulta muy difícil, por escapar a la investigación clínica, pues su situación profunda, cual es la que ocupa el tejido intersticial del útero, no permite su reconocimiento, y sólo por algunos datos especiales recogidos por la observación y por los efectos que con el tratamiento específico se obtienen o por resultar positivo el Wassermann, es por lo que no puede ponerse en duda el carácter sifilítico de la lesión; las lesiones gomosas del parénquima uterino son a veces tan pequeñas, que pudiera aplicárseles el calificativo de gomas capilares.

Con ser muy frecuentes las enfermedades venéreas y sifilíticas, hasta el punto de representar esta última una plaga de la humanidad, no sólo por lo que al individuo se refiere, sino por lo que afecta a la especie, no tiene la importancia que otra a la que no se le ha dado tanta, pero que indudablemente la tiene superior, no sólo por lo que se refiere a la gravedad de la misma y a la influencia que ejerce sobre la enferma, sino desde el punto de vista social; nos referimos a la GONOCOCIA.

El concepto que de la blenorragia en la mujer se tenía hace treinta años era el de una benignidad absoluta; en más de una obra clásica de Cirugía se expresaban juicios como el siguiente: «La blenorragia masculina es una enfermedad de mucha gravedad: puede determinar estrecheces, inflamaciones de las glándulas de Cooper, una cantidad de procesos vesicales que llegan en algunos casos a producir la muerte. En la mujer la blenorragia no tiene importancia, pues bastan algunos lavados con agua sola para curarla». Este concepto tan erróneo procedía del desconocimiento que se tenía de sus diferentes localizaciones, pues se la creía siempre asentando en la vagina o en la uretra.

Las publicaciones de Nogherath referentes a la importancia de la gonococia en la mujer; el carácter operatorio que la Ginecología ha tomado en estos últimos treinta años; las investigaciones microbiológicas que se fueron haciendo

de los flujos que las mujeres tenían y que son determinantes de procesos muy graves que en los genitales pueden presentarse, hicieron que se reconociera a la blenorragia femenina, la gravedad que realmente tiene, y se llegó al convencimiento que son tan frecuentes las gonococias en las partes altas de los genitales y que tienen una importancia tan decisiva en las funciones de generación, que bien puede afirmarse hoy, que la blenorragia es un verdadero azote para la humanidad, no sólo por lo que a la mujer se refiere, a la que le cuesta la vida en algunos casos, sino desde el punto de vista social, pues ella es la causa que más influye en la esterilidad definitiva de muchas mujeres; el 60 por 100 de las mujeres estériles lo son a consecuencia de infecciones gonocócicas.

La blenorragia femenina puede desarrollarse en todo el trayecto genital. La gonococia, para desarrollarse en una mucosa cualquiera, no necesita puerta



Fig. 63.—Gonococos.

de entrada. El gonococo penetra por el cemento intercelular que sirve de unión a los elementos epiteliales, así cilíndricos como pavimentosos, y al internarse, lo mismo en la mucosa genital que en otra cualquiera, ocasiona inmediatamente un proceso reaccional orgánico, que se traduce por una hiperemia considerable, activísima, con diapedesis abundante, y multiplicación de los elementos celulares del tejido conjuntivo; en una palabra, prodúcese una defensa supuratoria del orga-

nismo contra el agente que ha penetrado en él, y establécese de modo inmediato la lucha entre el fagocito y el microbio que ha asentado en la mucosa; mas como quiera que, debido a la virulencia del gonococo, éste se multiplica con una rapidez extraordinaria, no bastan los elementos celulares defensivos del organismo, no es suficiente la acción fagocitaria que se establece, y el primer resultado de la lucha es el dominio del agente microbiano; la acción defensiva del organismo puede, en fin de cuentas, resultar vencedora, pero ello es con la acción del tiempo y después de hallarse aquél expuesto a una serie de complicaciones de mayor o menor gravedad.

Localizaciones.—Así como en el hombre la primera localización gonocócica está en la uretra, en la mujer se halla comúnmente en la vagina. En el momento de la cópula, ya espontáneamente, ya, más comúnmente, arrastrados los gonococos por el semen, son depositados en el fondo de saco vaginal posterior; si la mucosa es una mucosa virgen, es decir, que no haya experimentado traumatismos a consecuencia de relaciones sexuales repetidas y no ha llegado a endurecerse la capa epitelial, la penetración del gonococo se realiza de modo rápido y directo; por ello la infección se produce con mayor facilidad

y toma caracteres de mayor virulencia en la mujer que por primera vez realiza el coito, que en aquellas que llevan un tiempo más o menos largo de relaciones sexuales.

Indudablemente, la vagina de la mujer que no ha tenido relaciones sexuales tiene en sus capas epitelicas una menor resistencia a la penetración del agente; por tanto, una infección gonocócica en estas condiciones, en una mujer virgen o que haya tenido pocas relaciones sexuales, tiene un desarrollo extraordinario y producen manifestaciones primarias inmediatas, y a consecuencia de la reacción defensiva viene la supuración resultante de la acción del gonococo, y el flujo purulento que sale de la vagina, mancha los genitales externos; infectan los labios mayores, el vestíbulo, los contornos de la uretra y hasta el clitoris, y todos aquellos flujos procedentes de la vagina, en los que existen gran cantidad de elementos celulares conteniendo o arrastrando gonococos, son causa de infecciones secundarias en la parte baja de los genitales y lo que antes era una simple vaginitis en el sitio donde se verificó la inoculación por depositarse el semen, va extendiéndose y se propaga a la vulva, convirtiéndose en una vulvo-vaginitis.

El flujo que baña todas las partes genitales externas va produciendo infecciones secundarias en los órganos vecinos; el meato urinario se inflama y por propagación de la flogosis, la uretra se afecta poco tiempo después; como quiera que la cortedad de este órgano permite que la propagación a la vejiga se realice fácilmente, es común que este órgano tome parte en la inflamación blenorragica y algunas veces, aunque raras, asciende la infección por los uréteres hasta la pelvis renal.

En las glándulas de la vulva penetra el gonococo; en las del vestíbulo y en las peri-uretrales, al depositarse da lugar a la reacción propia defensiva de las mismas. Penetra también el gonococo por los orificios excretores de las glándulas de Bartolino o vulvo-vaginales, que se hallan situadas a los lados de la vulva, dando lugar a la llamada *bartolinitis*, proceso de escasa gravedad si bien de molestias considerables.

Si sólo en estos órganos quedara la gonococia, si el proceso estuviera aquí limitado, no merecería el calificativo de verdadera plaga que le hemos dado. Lo hasta aquí mencionado es lo menos malo que puede pasar a las mujeres con infección gonocócica; de la misma manera que el flujo leucorréico que sale de la vagina produce la vulvitis y consecutivamente la uretritis, cistitis, inflamación de las glándulas de Bartolino, etc., el pus gonocócico, que baña el cuello uterino, da lugar a una infección ascendente y aparece un proceso de inflamación de la misma naturaleza en la porción cervical de la matriz, inflamación endometritica de naturaleza gonocócica que, atravesando el istmo, llega muchas veces al interior de la cavidad corporal del útero y se produce la endometritis blenorragica. Del interior de la cavidad uterina puede correrse el

pus blenorragico a los *ostiums* tubáricos, penetrar en la cavidad de las trompas y ocasionar salpingitis que, llegando al pabellón, dan lugar a que el pus, vertiéndose en la cavidad del peritoneo, sea causa de una inflamación de la serosa abdominal con todas las consecuencias que acompañan a este proceso.

La mucosa de la trompa tiene una cantidad considerable de epitelio por los numerosos repliegues que forma, y por tanto, posee condiciones excelentes para la infección gonocócica. A la acción microbiana, producida en los múltiples puntos de inoculación, la mucosa tubárica reacciona de modo violento, la supuración se verifica en gran cantidad, y como quiera que no tiene el pus la facilidad de salida que en la vagina, acumúlase en cantidad considerable dentro de las trompas y se produce la oclusión del pabellón, ya por invaginarse las franjas y permitir que se ponga en contacto la serosa de las mismas, ya por formarse neomembranas que cierran por completo el orificio peritoneal del conducto tubárico. La oclusión unas veces se realiza en los dos extremos, otras sólo en el pabellón; ocluida la luz, se hace definitiva la imposibilidad de la migración del óvulo desde el ovario hasta el útero, así como la del espermatozoo desde la cavidad uterina hacia la trompa, y en consecuencia, no pudiendo encontrarse nunca el óvulo y el espermatozoo, queda definitivamente estéril la mujer, esterilidad que no hay medio de corregir, por lo menos dentro de los procedimientos médicos.

De lo anteriormente expuesto se deduce que no es la gonococia enfermedad que afecte sólo a la mujer, dejándola más o menos tiempo sufriendo y privada de las condiciones necesarias para su vida normal, sino que la convierte en estéril, representando ello una pérdida considerable para la sociedad, pues es árbol sin fruto, completamente perdido para la especie.

Para la gonocócica, la gravedad no termina en los procesos que conducen a la esterilidad, sino que puede llegar a ser causa de muerte. Antes de ocluirse la trompa, el pus que está en su interior puede verterse parte en el útero, y otra parte, como hemos dicho más arriba, caer en la cavidad peritoneal, produciendo un proceso pelvi-peritonítico que unas veces toma los caracteres de una peritonitis adhesiva o neoformativa, y otras da lugar a una inflamación generalizada de la serosa abdominal, pudiendo llegar a tomar la forma aguda purulenta, que mata a la enferma por la gran cantidad de toxinas producidas en la serosa peritoneal, inflamada por los gonococos.

He ahí de qué manera la blenorragia, que en un tiempo fué considerada como enfermedad de escasísima importancia en la mujer, da lugar a lesiones tan graves, y posee una facilidad de propagación a las partes altas de los genitales que debe ser mirada como el proceso agudo más grave que la mujer puede sufrir dentro del período de su mayor actividad genital; esta afirmación no es exagerada, sino resultante de hechos que se comprueban uno y otro día.

De cada 100 matrimonios 16 resultan estériles; pues bien, no creemos

pecar de exagerados al afirmar que 12 de estos 16, lo son por la gonococia que adquirieron las mujeres, cuando sus primeras relaciones sexuales, por haberse casado con hombres que no estaban bien curados de una antigua blenorragia.

Gonococia conyugal.—En la práctica de todos los días, nos encontramos con el siguiente caso: una mujer se casa, en perfecto estado de salud, con un hombre que parece sano; algunas veces el hombre lo cree así, otras sabe que tiene la gota militar, blenorrea crónica caracterizada por una gotita de pus que sale cada día o cada dos días por la uretra; son restos de una blenorragia que se trató, y de la que quedó solamente la pequeña excreción de una gotita de pus, que no le causa molestia alguna, y de cuya existencia se da cuenta por alguna mancha que observa en la camisa. Así, este hombre llega al matrimonio y encuentra una mujer con una mucosa en estado de receptividad extraordinaria para la infección, y al verificar el coito una y otra vez, aquella mucosa que está en condiciones de gran receptividad para los agentes infectivos comunes y específicos se infecta rápidamente. Las mismas excitaciones genitales repetidas y el traumatismo, producen como consecuencia un aumento de calor local y una mayor receptividad microbiana, que conduce a una multiplicación extraordinaria de los agentes infectantes y a un aumento de su virulencia, resultando que las excitaciones de los primeros días de matrimonio, y los coitos repetidos que prepararon a la mujer para la enfermedad, obraron también sobre la blenorrea del marido, y aquella gota insignificante que aparecía cada día o cada dos o tres días por la uretra, aumenta en cantidad, se agudiza un poco el proceso y se acentúa su virulencia; algunos gonococos que en estado casi de saprofitos se hallaban en el fondo de alguna glándula genital salieron a la superficie, y aumentada su actividad reproductiva y su virulencia, por el hecho de las modificaciones experimentadas en el terreno en que radicaban, por los excesos de función a que se sometieron aquellos órganos, producen efectos patógenos en la mujer de una intensidad que no guarda relación, al parecer, con la quiescencia en que vivían en el aparato genital masculino; los dos factores intervienen para enfermar de modo intenso a la mujer; por una parte, la receptividad de ésta, aumentada por las acciones traumáticas que acompañan a las primeras relaciones sexuales, por otra el acrecentamiento en cantidad y virulencia de los gonococos, resultado de los excesos con que se inicia, por lo general, la vida matrimonial.

Los gonococos, que fueron depositados con el semen en la vagina, encontrando un terreno abonadísimo de desarrollo, se multiplican rápidamente, y al cabo de siete, ocho o diez días de matrimonio, la mujer siente un dolor agudísimo en el bajo vientre, aparece la fiebre y se manifiestan todos los síntomas de una inflamación, no solamente del útero, sino de trompas, ovarios y peritoneo pelviano, teniendo muy frecuentemente la enferma necesidad de permanecer

diez, quince, veinte días en cama, con todos los honores de una grave enfermedad; gracias al tratamiento y al reposo, los fenómenos agudos van desapareciendo, pero quedan gran cantidad de molestias persistentes en el hipogastrio y fosas ilíacas, que convierten a la mujer en una inválida.

A consecuencia de este proceso de flogosis, se producen anomalías en la dirección del conducto de las trompas, oclusión de los orificios externos, de los internos, o de ambos, y queda la enferma en un estado de esterilidad absoluta. La mujer, a consecuencia de la gotita insignificante que el hombre tenía, ha quedado definitivamente inútil para la fecundación, y se pasan los días, y los meses, y los años, sin verse libre de su enfermedad, aquejando dolores lumbo-sacros, desórdenes menstruales, flujos anormales, etc., sin que sobrevenga nunca el deseado embarazo, tanto más deseado cuanto más tiempo transcurre; aqueja dolores y se da el caso, una y cien veces repetido, que aquel hombre que fué culpable del proceso gonocócico que la mujer padece, aquel hombre que por no haber curado su gonorrea y haber llegado al matrimonio sin estar sano, al ver que no tiene hijos su mujer, le echa en cara muchas veces su esterilidad, ya que no admite que pueda ser él el culpable, pues se considera en condiciones de potencia y virilidad más que suficientes para poder ser padre; es posible, efectivamente, que el hombre que convirtió en estéril a su propia mujer, pueda hacer embarazada a otra mujer que tenga menor receptividad para la gonococia, o por haberse curado su gonorrea, y luego, envanecido por su fertilidad, considera a la infeliz estéril como indigna compañera de su hogar, ya que no le dió sucesión legítima. En realidad, esto, que se repite un día y otro, debe merecer por parte del legislador algo que impida que el hombre pueda llegar al matrimonio en estas condiciones, ya que no solamente perturba la vida de su compañera, sino la marcha completa de la sociedad, aumentando la proporción de mujeres estériles.

Medidas de carácter social.—Esto requiere alguna medida defensiva; pero ¿qué se puede hacer? Todo lo que signifique una penalidad establecida para el hombre que vaya al matrimonio en estas condiciones es inútil. La mujer en los primeros tiempos, sobre todo cuando se realiza el matrimonio en las condiciones de amor que hay que suponer existen, perdona al marido todas las faltas que haya cometido anteriormente, y, por lo tanto, cualquier cosa que se hiciera en el sentido de penar al que fuera al matrimonio en estas condiciones de enfermedad no resultaría práctico, porque sería la mujer la primera que habría de defender al hombre de las imputaciones que se le hicieran; este es un hecho que lo comprobamos muy frecuentemente los que tenemos ocasión de visitar muchas mujeres en estas condiciones; vemos todos los días con qué facilidad olvida la mujer y perdona los males que ella sufre, para no ver recriminado a su marido. Esto ocurre casi siempre en los primeros tiempos que siguen al matrimonio; luego las cosas cambian; aquellos amores que todo lo

perdonaban y que envolvían la existencia completa de la mujer, van siendo sustituidos por un deseo fervoroso de la maternidad, y al ver que ésta no se realiza y que pasa un mes y otro sin hacerse embarazada, sustitúyese el sentimiento de amor por uno de indiferencia u odio hacia quien la ha convertido en estéril; no siente la mujer los dolores y demás sufrimientos pasados, todo lo olvida; pero, si se entera, no perdona jamás al causante de su esterilidad. Cuando, transcurridos tres, cuatro, seis años de matrimonio, ve aparecer la menstruación con regularidad más o menos completa, y cuando sabe y siente que ella es estéril precisamente porque su marido le comunicó la enfermedad, entonces todo aquel cariño, todo el amor de los primeros tiempos, se convierte en desprecio, dirigido al causante de aquello que es superior a todos los sufrimientos, cual es la pérdida de la facultad de ser madre. Nosotros hemos encontrado muchas veces matrimonios jóvenes que han venido a nuestra consulta, en los que el marido no ha tenido inconveniente en afirmar que la enfermedad de su mujer dependía de una gota de blenorragia que él tenía, y que su esposa ya lo sabía; esta confesión, que nada salva, pues el mal ya está hecho, no es conveniente ni para el hombre ni para la mujer; para el primero, porque es muy posible que con el tiempo se cambien las pasiones y sea un motivo de eterno disgusto la persistente esterilidad, y para la segunda, porque se resigna más fácilmente a ella cuando cree que la causa viene de esferas más altas, y sobre todo de las desconocidas, de esas que pueden prodigar toda clase de consuelos y beneficios, que no cuando sabe que es un regalo del marido, resultante de la ignorancia, del descuido o de la imprevisión.

Creemos que no conduciendo a nada práctico el que la mujer lo sepa, hay que evitarlo; pero esto viene a motivar el que sea preciso que, ya que la mujer no puede hacer nada para precaver este mal, sea el legislador quien venga en auxilio de la mujer antes que el mal se haya producido; no hay que contar con la pena cuando el mal está hecho, pues hemos visto lo difícil que sería establecer responsabilidades; pero algo hay que hacer para precaverlo.

El previo reconocimiento masculino no ofrecería dificultad de ninguna especie para llevarlo a la práctica; los hombres se han visto sometidos al reconocimiento en multitud de ocasiones, tanto para entrar en el ejército como para otros muchos fines, y no vemos inconveniente alguno en que se estableciera esta disposición, no permitiendo la boda sin antes haberse sometido a la obligación de ser reconocidos. Claro está que esto no evitaría más que una parte del mal; pero creemos que no sería sólo por el hecho del reconocimiento por lo que pudiera evitarse la propagación de la blenorragia, sino que ello había de difundir por todas las clases sociales el conocimiento de la importancia del hecho, que habría de resultar en beneficio para la humanidad toda. El reconocimiento se realizaría casi siempre a los que estarían sanos, pues los que no lo estuvieran, antes de ir al reconocimiento se curarían, y se someterían a

aqué cuando estuvieran ya curados, cosa que resultaría un beneficio considerable.

Indudablemente, la educación es uno de los factores más principales para llegar a la evitación de la propagación de la enfermedad. En las casas de lenocinio de última categoría hay una cantidad considerable de enfermedades venéreas y sifilíticas que no existen en las mujeres ya entregadas a la vida del vicio desde años, por la ilustración que referente a este particular han adquirido las que, estando en sus casas, reciben a sus múltiples amantes. Estas, de modo casi imperceptible, reconocen en más de una ocasión, antes de llegar al coito, el estado de los genitales del que va a estar con ellas, y de este reconocimiento previo resulta una defensa individual. Las prostitutas viejas, no por los años, sino por el tiempo que llevan en el oficio, encuéntranse más defendidas, por su ilustración sobre esta materia, que las inscriptas en los registros de la policía, que están sometidas al reconocimiento médico semanal.

Pues si esto ocurre en el terreno particularista, lo natural es que se procure que todo el mundo conozca lo que son las enfermedades sexuales y alcance a todos los límites y a todas las esferas sociales este conocimiento. Claro está que el problema educativo que defendemos no quiere significar que deba irse enseñando a las niñas los detalles de la vida sexual y sus peligros por las transgresiones que acompañan al vicio; mas para esto aconsejamos la acción protectora que debiera ejercitarse por medio de la investigación masculina antes de llegar al matrimonio, aunque participamos de la opinión de los que creen que no debe mantenerse a la mujer en el grado exagerado de ignorancia en que hoy se halla.

Creemos que en la inmensa mayoría de los casos el proceso gonocócico se produce por ignorancia; algunas veces podrá ser por despreocupación; pero ir al matrimonio con la idea que la mujer puede enfermar inmediatamente, esto no se realiza casi nunca, si bien debo decir que entre el número considerable de enfermas que hemos tratado por procesos de esta naturaleza, hay un número bastante respetable de mujeres de médicos que debieran saber la importancia que tiene la gonorrea crónica en la determinación de procesos salpingianos. Pero a pesar de tratarse de médicos, nos afirmamos en la creencia de que casi siempre es la ignorancia la causa del contagio.

En resumen, entre las medidas de carácter social que pudieran tomarse para evitar la propagación de las enfermedades venéreas y sifilíticas, estimamos que las coercitivas, restrictivas o de penalidad no son las que pueden impedir el mal, sino que la resolución del mismo está en un problema educativo que permita aunar los conocimientos que sobre estos asuntos deben poseerse, con los de la moralidad, que constituyen la base de la educación de las niñas.

TUBERCULOSIS GENITAL

El bacilo de la tuberculosis, que se desarrolla en todas las partes de la economía, no podía dejar de tener su localización genital. La tuberculosis genital no es enfermedad rara, pero es pocas veces diagnosticada; se presenta con una frecuencia relativamente grande, no ya de modo secundario, como terminación de procesos tuberculosos de otros puntos del organismo, sino en algunas ocasiones como localización primitiva de la misma enfermedad.

Cuando un individuo se halla afecto de tuberculosis pulmonar, articular o de cualquier otro órgano de la economía, al llegar al último período, el proceso de difusión bacilar ha sido tan grande, que son muchos los órganos distantes del primitivamente afecto que presentan localizaciones del bacilo de Koch. En los diversos puntos en que existen destrucciones tuberculosas se verifica un proceso ulcerativo vascular, y no tiene nada de particular que el bacilo de Koch penetre en el torrente circulatorio y vaya depositándose en puntos los más diversos, determinando localizaciones secundarias.

De todos es sabido la facilidad con que un tuberculoso pulmonar, por la ingestión de sus propios esputos, presenta localizaciones secundarias del aparato digestivo, debidas a reinfecciones producidas por los bacilos de Koch ingeridos; no es infrecuente en las formas avanzadas de la tuberculosis el que un individuo, afectado en la laringe o pulmones, presente diarreas colicativas, que vienen a constituir el cuadro de terminación del proceso patológico. No es tampoco infrecuente observar en enfermos tuberculosos de alguna articulación, coxartrocace, gonartrocace u otra localización articular cualquiera, cómo se difunde el proceso fímico, ya invadiendo el aparato respiratorio, ya localizándose, cosa frecuente en los niños, en las meninges, y ocasionando la muerte por lesiones secundarias y consecutivas a las que iniciaron la enfermedad. Pues bien; lo mismo ocurre en el aparato genital, y por lo tanto, al estudiar la tuberculosis en él, hemos de dividirla en dos clases: *primitiva*, o sea la que comienza en el aparato genital femenino, y *secundaria*, la que sobreviene a consecuencia de otras lesiones tuberculosas existentes en otros puntos de la economía. Frecuentemente se observan enfermas afectas de tuberculosis pulmonar que presentan en los últimos tiempos localizaciones de igual naturaleza en peritoneo, en los órganos genitales altos y aun dentro del mismo útero, lesiones producidas por el bacilo tuberculoso; este hecho es admitido por todos

los clínicos; la localización secundaria consecutiva a lesiones de otros aparatos nadie la ha puesto en duda, pero no sucede lo propio con el concepto de la tuberculosis genital primitiva.

¿Cómo pueden infectarse directamente los órganos genitales y presentar la manifestación primitiva de la tuberculosis?

Hay una serie de observaciones que obligan a aceptar la localización primitiva de la tuberculosis en los genitales femeninos, ya que no se encuentra ninguna otra manifestación de ese proceso en la economía; para aceptar la naturaleza primitiva del proceso tuberculoso genital, hay que encontrarse con una negación absoluta de síntomas tuberculosos en cualquiera otra parte del

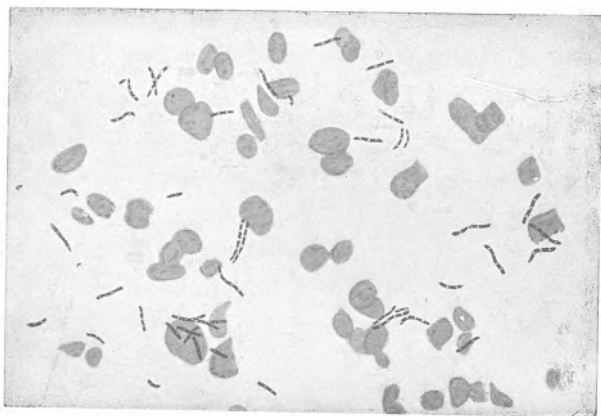


Fig. 64.—Bacilos tuberculosos.

organismo. La enferma que presenta tuberculosis de los genitales y no tiene localizaciones pulmonares, laringeas o de otro punto cualquiera del organismo, es enferma que hay que considerarla como afecta de tuberculosis genital primitiva.

La manera cómo puede penetrar el bacilo de Koch en los genitales ha dado lugar a diversas interpretaciones.

Con seguridad, los casos de esta naturaleza no son proporcionalmente muy numerosos, pero existen algunos tan evidentes, que no es posible poner en duda su existencia. Es un hecho cierto y positivo que en el semen de los individuos tuberculosos se encuentra en muchas ocasiones el bacilo de Koch, de manera que el coito con un individuo tuberculoso puede ser el determinante de esta infección, tanto más si la localización fímica del hombre radica en el aparato genital; la tuberculosis de las vesículas seminales es bastante frecuente; la del epidídimo, la del testículo, no son localizaciones tan raras que no deban ser tenidas en cuenta como causantes de la tuberculosis genital primitiva

en la mujer. Otro hecho: la mujer que duerme con un individuo tuberculoso pulmonar, por ejemplo, tiene a su alrededor una cantidad de elementos que favorecen el contagio del proceso tuberculoso. Indudablemente, el coito, no ya con un individuo que sea tuberculoso genital, sino con uno pulmonar o laríngeo o de cualquier otro punto de la economía, puede ser determinante de contagio por contactos impuros que se realicen; el dedo de un tuberculoso es frecuente que lleve una cantidad considerable de bacilos tuberculosos, y tocamientos que pueden realizarse antes del coito, ya en los genitales femeninos, ya en los mismos órganos masculinos, pueden, por su contaminación, ser vehículos de penetración del bacilo, que encontrando alguna erosión, resultado de las relaciones sexuales verificadas con excesivo ardor o con cierto grado de brutalidad, penetra en los tejidos y comienza su proliferación y proceso patológico consiguiente. Se cita en la literatura médica el caso de un individuo tuberculoso que tenía la costumbre de mojar con saliva el glande antes de realizar el coito, y por este mecanismo contagió a la mujer. Reconocimientos vaginales practicados por un médico tuberculoso, pueden asimismo dar origen a contagios genitales. Las ropas y utensilios usados por enfermos fímicos de pulmón, pueden ser causantes de localizaciones primitivas en el aparato genital.

Lo expuesto basta para comprender de qué modo tan sencillo pueden infectarse de modo primitivo los genitales; mas no es éste el modo más frecuente de producirse esta infección. Lo más común es que el bacilo de la tuberculosis penetre en el organismo, determinando localizaciones que pasan a menudo completamente desapercibidas, y desde allí enviar al torrente circulatorio agentes que son causa de localizaciones secundarias, que no son consideradas como tales porque no se conoce el foco primitivo de la lesión.

Para que una localización tuberculosa genital pueda ser denominada primitiva, es preciso que no exista en el organismo señal de otra lesión fímica, aun cuando es posible que el mismo proceso genital pueda ser él, el causante de otras localizaciones.

La vía hematógena es casi siempre secundaria, si bien no puede negarse la posibilidad que el bacilo tuberculoso penetre en el torrente circulatorio por vía digestiva o pulmonar, y sin producir lesiones en estos aparatos determine la primera manifestación patógena en los genitales.

No es sólo el agente tuberculoso el que debe estudiarse en la etiología de esta clase de procesos, sino también el terreno donde puede desarrollarse; son muchos los individuos que tienen en su organismo una cantidad mayor o menor de bacilos tuberculosos, y sólo la facilidad o la resistencia que ofrece el organismo al desarrollo de esos gérmenes, es lo que da lugar o impide el desarrollo de la tuberculosis. Se ha llegado incluso a la afirmación de que todos tenemos bacilos tuberculosos, pero se desarrolla o no el proceso fímico

según encuentre condiciones aptas para ello o no. ¿Quién puede asegurar que ese polvo que existe siempre en el aire, después del barrido de las habitaciones, no contiene una cantidad de bacilos tuberculosos que han sido depositados en el suelo por los que en él escupen? Y, sin embargo, los que se hacen tuberculosos son en número muy pequeño, en relación con los que respiraron ese aire. ¿Es que ha habido una selección de estos bacilos en el aparato respiratorio? No. Es que donde hubo terreno abonado se desarrolló la tuberculosis, y en donde encontró resistencia no produjo efecto patógeno alguno.

Hay que tener más confianza en las defensas orgánicas que en la evitación de la penetración del bacilo tuberculoso. Juega también un papel importante la cuestión de cantidad; un organismo puede defenderse de un número X de bacilos tuberculosos que penetren en el mismo, por las vías digestivas, respi-

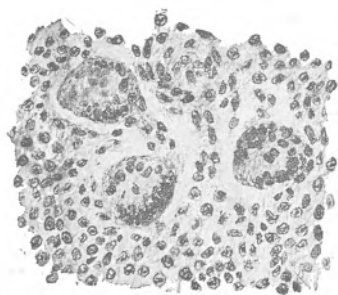


Fig. 65.—Células gigantes tuberculosas.

ratorias o genitales; pero si esa cantidad X se eleva al cuadrado o al cubo, no tendrá probablemente energías suficientes para defenderse, esto justifica que, a pesar de creer que el factor principal es la defensa orgánica, las medidas higiénicas que impiden que la cantidad de bacilos tuberculosos sea considerable deben adoptarse en todas sus partes; por esto creemos que el barrido en seco debiera prohibirse, que es mejor la aspiración que el barrido; que todo lo que signifique evitar las impure-

zas, escupir en el suelo y el contacto con los individuos tuberculosos, etc., son medidas que deben adoptarse como higiénicas, en evitación del contagio. Lo mejor es hacer el terreno estéril; pero todos ellos son factores que se completan, y al lado del aumento de la defensa orgánica hay que procurar que el número de las semillas que pueden sembrarse no sea superior al que puede contrarrestar el organismo con las defensas que tiene en su favor.

Eso que exponemos se comprueba en el aparato genital femenino por la facilidad con que se presentan las manifestaciones tuberculosas en las épocas en que menor resistencia ofrece la mujer. En la pubertad, época en la que se inicia el desarrollo genital, modificándose el organismo por completo, para pasar del estado de niña al de mujer, es cuando se observa una gran cantidad de pérdidas en el organismo de la niña, que se traducen por una disminución de resistencia y es cuando se ve aparecer más frecuentemente la tuberculosis genital. En esta edad, las fuerzas del organismo se emplean en el crecimiento extraordinario que experimenta la mujer y se traduce este fenómeno por una disminución de resistencia orgánica, no porque haya menor cantidad de energía, sino porque hay un gasto muy superior al normal.

La tuberculosis genital aparece también muy frecuentemente después del parto. Los períodos menstruales, con las descamaciones epiteliales consecutivas a las rupturas de los pequeños hematomas de la mucosa, constituyen condiciones favorables a la implantación de los bacilos de Koch, y el éxtasis venoso que acompaña facilita el desarrollo de su acción patógena. El embarazo produce una disminución de resistencias de la mujer que, al dar la vida a otro ser, cede una cantidad de la energía que ella posee, y por tanto, existe una disminución de las que poseía, que luego, en el estado de reposo, vuelve a recobrar. La gestación, el parto y la lactancia, representan una cantidad de energías temporalmente disminuídas, que favorecen extraordinariamente el desarrollo de la

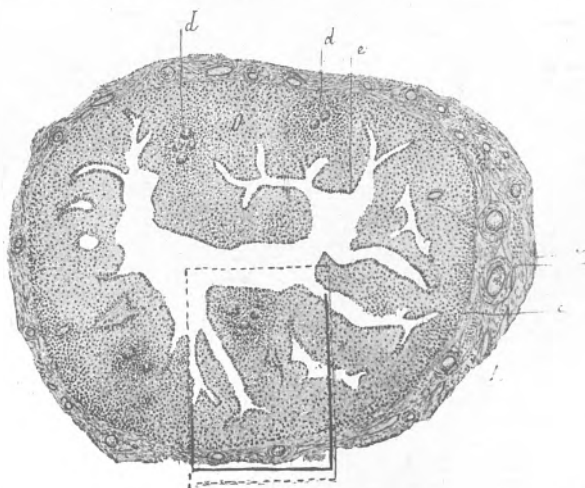


Fig. 66.—Corte transversal de una trompa tuberculosa.—*a*, túnica externa de la trompa; *b*, túnica media; *c*, mucosa; *d*, tubérculo con sus células gigantes; *e*, capa epitelial.

tuberculosis; y en mujeres predispuestas las gestaciones repetidas son causa de tuberculosis general, frecuentemente pulmonar, laringea y muy a menudo también tuberculosis genito-peritoneal.

La lactancia muchas veces es la determinante de localizaciones génito-peritoneales del proceso tuberculoso.

Las localizaciones tuberculosas de los genitales femeninos, así secundarias como primitivas, afectan en muy distinta proporción a los órganos que integran este aparato.

Los que más frecuentemente enferman son las trompas de Falopio; siguen a ellas los ovarios, el útero, la vulva, y, por fin, la vagina.

La mayor frecuencia de la localización tubárica tiene una explicación anatómica. La tuberculosis genital es más a menudo secundaria que primitiva; la forma secundaria se realiza por vía sanguínea, es decir, el bacilo tuberculoso

de una caverna pulmonar, de un ganglio bronquial, de una serosa articular cualquiera, penetra en el torrente circulatorio y es conducido por la sangre al corazón; desde este órgano puede ser llevado a todas las partes del organismo sin detenerse, pero cuando encuentre un punto que presente condiciones que favorezcan el éxtasis sanguíneo, puede quedar allí detenido y comenzar su actividad reproductiva, determinando la localización secundaria.

Ahora bien; el bacilo tuberculoso que llegó al torrente circulatorio por las venas, desde el corazón pasó a las arterias, y como en éstas existe una circu-

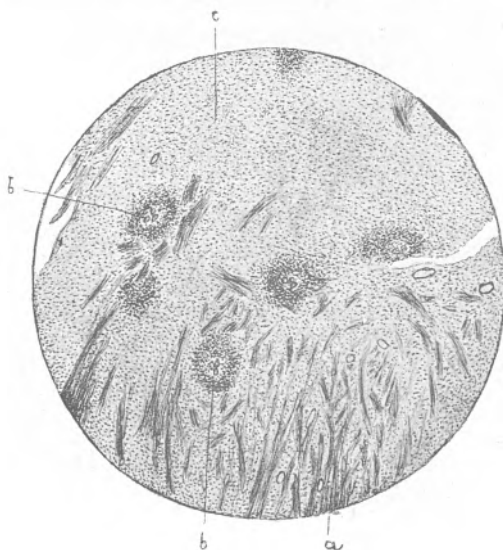


Fig. 67.—Folículos tuberculosos de la trompa.—a, fibras musculares; b, folículos tuberculosos; c, corion mucoso.

lación activa, regular y uniforme, no se detiene y no produce lesiones secundarias, pero en los órganos genitales femeninos, precisamente en el curso de las arterias útero-ováricas, sumamente delgadas y flexuosas, en las que se realizan frecuentes fenómenos de congestión pasiva, allí se detiene el bacilo tuberculoso, encuentra medios suficientes de desarrollo y produce sus efectos patógenos. Es por esto por lo que en trompas y ovarios se presentan con más frecuencia las localizaciones tuberculosas que en ningún otro punto de los genitales.

Localizaciones tuberculosas existen también en el útero, vulva y vagina. En la vulva preséntase la tuberculosis bajo la forma del llamado *lupus vulvar*. Sin ser muy frecuente, no puede ser reputada como una rareza clínica; es generalmente localización primitiva de procesos tuberculosos de escasa intensidad o virulencia.

La localización en el útero afecta unas veces el endometrio, pero más comúnmente asienta en el tejido intersticial; radica en el cuerpo y en el cuello; la cervicitis tuberculosa es la forma más a menudo observada de la localización uterina de la tuberculosis; puede ser primitiva, pero lo más frecuente es que sea secundaria.

La vagina presenta también lesiones del proceso que estudiamos; es el órgano del aparato genital que menos veces enferma de tuberculosis; lo más común es que se afecte en su porción baja, por propagación de un lupus vulvar, y en su porción alta consecutivamente a una metritis o salpingitis bacilar.

La tuberculosis genital presenta iguales formas a las de las demás localizaciones. La forma *miliar* difusa es la que más frecuentemente se observa en

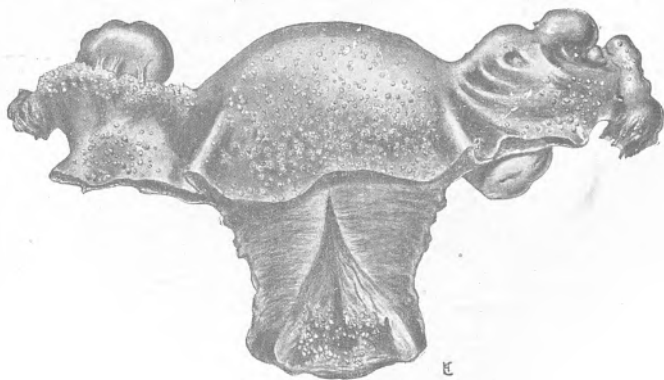


Fig. 68.—Tuberculosis útero-peritoneal.

las trompas y ovarios; el aspecto que ofrecen estos órganos afectados, es como si estuvieran sembrados de granos de mijo, rodeados de pequeñas zonas hiperhemíadas, que dan lugar a exudaciones de la serosa, que al organizarse establecen adherencias de unos órganos con otros.

Preséntase otras veces la tuberculosis genital en su forma *ulcerosa*; un conjunto de nódulos tuberculosos que se agruparon y más tarde se desmoronaron, rompiendo su superficie y dejando pequeñas ulceraciones. Esta forma ulcerosa obsérvese con relativa frecuencia en el interior de la mucosa uterina. La tuberculosis *nodular* es muy rara; en cambio, en los genitales femeninos, en la parte correspondiente a la entrada de la vagina y en la vulva, preséntase la denominada forma *hipertrofica*, en la que se constituye una especie de tumoración análoga a la que luego describiremos al ocuparnos de la tuberculosis peritoneal: es manifestación de un proceso fímico de escasa virulencia.

Los genitales reaccionan contra el agente tuberculoso de modo análogo a como lo hace el resto del organismo; la formación de elementos epitelioides es

abundante; en la tuberculosis de la mucosa uterina llegan a ocupar la casi totalidad de las cavidades glandulares, confundiéndose con los epitelios de éstas, que se aplanan; en los casos avanzados llegan a desaparecer las glándulas del endometrio. El tejido conjuntivo prolifera y forma las agrupaciones celulares que constituyen el tubérculo, hallándose entre ellas las células con sus numerosos núcleos agrupados en forma de corona periférica. En el centro de las granulaciones tuberculosas hallanse elementos celulares en distintos grados de disgregación caseosa. El hallazgo de bacilos de Koch en

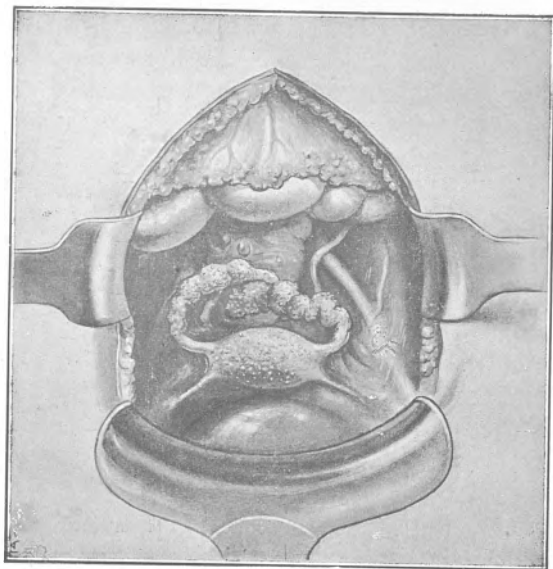


Fig. 69.—Tuberculosis anexial.

estas granulaciones, si bien requiere una técnica delicada, puede hacerse en algunos casos que no estén en período avanzado de disgregación.

Dentro de las distintas formas, miliar, ulcerosa, hipertrófica o nodular, existe una serie de variedades, formas mixtas, en las que se asocian las miliares con las ulcerosas y nodulares, análogas en su curso, que se caracterizan por una marcha comúnmente progresiva, en la que no queda limitado el proceso al útero, a las trompas y a los ovarios, sino que se extiende frecuentemente hacia el peritoneo, constituyendo la llamada *tuberculosis génito-peritoneal*.

La tuberculosis del peritoneo es enfermedad muy frecuente; aparece en todas las edades y en ambos sexos, pero llama la atención el hecho reconocido por todos los clínicos de su mayor frecuencia en la mujer que en el hombre,

cosa que hace pensar que existe en el sexo femenino algo que debe actuar de un modo propio de la mujer, y que en el hombre no existe.

La tuberculosis peritoneal en la mujer tiene una etiología especial; procede casi siempre de una generalización del proceso tuberculoso de los genitales altos, esto es, por difusión del proceso tuberculoso de trompas y ovarios. Ello puede explicar la diferencia de frecuencia que hay entre la tuberculosis peritoneal del hombre y de la mujer. Indudablemente, el peritoneo se afecta de modo secundario; la serosa enferma, bien porque por el sistema

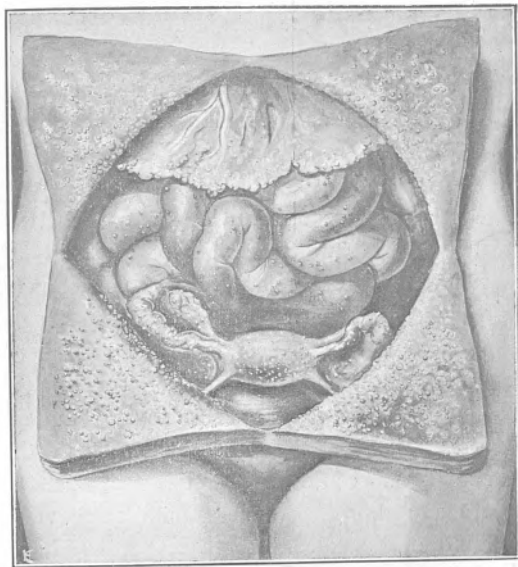


Fig. 70.—Tuberculosis génito-peritoneal.

sanguíneo se produzca una difusión de bacilos por el mismo mecanismo que lo hacen las serosas articulares, las meninges, pleuras, etc., por existir en la sangre una cantidad considerable de bacilos tuberculosos, bien porque estando el peritoneo en contacto con órganos tuberculosos, se propagan las lesiones por continuidad de tejido.

Es decir, siendo siempre secundaria la infección, unas veces lo es por vía sanguínea, y en este caso la tuberculosis peritoneal se encuentra en las mismas condiciones que se encuentra la de las demás serosas del organismo, en las que si el bacilo encuentra condiciones de receptividad, se desarrolla y da lugar a la tuberculosis, principalmente de forma miliar, que no tiene diferencia entre hombre y mujer, entre niño y niña, entre niño y adulto, y otras veces se desarrolla el proceso fímico peritoneal por continuidad con otros órganos

enfermos, y en este caso pueden resultar análogos los hechos en uno y otro sexo, o completamente distintos, según cual sea el órgano que sirve de base de propagación. A la primera categoría pertenecen las peritonitis tuberculosas de origen intestinal; las ulceraciones del intestino permiten el paso del bacilo tuberculoso a través de sus paredes, y en la túnica más externa del mismo, en la serosa, comienza la propagación por continuidad de tejido, estableciéndose la forma adhesiva ulcerosa, de extraordinaria gravedad. A la segunda categoría pertenecen las tuberculosis peritoneales, que sobrevienen por continuidad con los órganos genitales altos, trompas y ovarios; éstas son las peritonitis fímicas más frecuentes y las que explican la gran diferencia que existe entre los dos sexos.

La causa de la diferencia entre uno y otro sexo está en las relaciones anatómicas distintas que existen en los genitales. La tuberculosis del testículo, de las glándulas seminales, del epidídimo, son relativamente frecuentes; pero estos órganos son extraperitoneales, salieron de la serosa cuando descendió el testículo al escroto arrastrando su parte de envoltura peritoneal y quedando rodeado de su túnica vaginal, pero fuera del peritoneo. El testículo no es un órgano intra-abdominal y no tiene relación con el peritoneo, a menos que no exista una hernia congénita. En cambio, en la mujer los órganos genitales, el ovario, y de la misma manera que éste la parte alta de los conductos de Müller, que formaron las trompas, quedaron dentro del peritoneo, y como quiera que las partes que más frecuentemente se afectan de tuberculosis son las trompas y ovarios, y ambos órganos se hallan dentro de la cavidad del peritoneo en contacto íntimo con éste, se reúnen un número de condiciones muy favorables para que el proceso fímico genital se convierta, por continuidad de tejido, en genito-peritoneal.

Esta disposición de los órganos genitales explica perfectamente la diferencia que hay en la frecuencia con que se presenta la tuberculosis peritoneal en el hombre y en la mujer. En las clínicas de hombres, así en las médicas como en las quirúrgicas, raras veces se observan casos típicos de tuberculosis peritoneal, si se exceptúan las manifestaciones generalizadas que aparecen en los últimos períodos de la tuberculosis pulmonar, y en cambio, en la clínica de Ginecología raro es el curso en que no vemos diez o doce enfermas de esta naturaleza. El hombre tiene el intestino y los vasos sanguíneos como medios de propagación, lo mismo que la mujer, y sin embargo, no aparece en él la tuberculosis con la frecuencia que en ésta, porque indudablemente la vía genital es la más importante circunstancia etiológica. Comienza el proceso generalmente por ser genital en trompas y ovarios, después va desarrollándose y extendiéndose hasta producir el proceso fímico generalizado en una de las distintas formas que describiremos.

La relación existente entre el proceso genital y el proceso peritoneal es

tan marcada y de índole tan íntima, que no puede en modo alguno, al estudiarse la tuberculosis genital, prescindirse de la del peritoneo.

Hay varias formas de tuberculosis peritoneal. En la mujer es frecuentísima la forma *ascítica*; la enferma se presenta con un vientre lleno de líquido ascítico, de color amarillento claro; al abrir el abdomen encuéntrase un peritoneo con millones de granitos, pequeños tubérculos que parece como si se hubiera vertido sémola; la serosa peritubárica, la de los fondos de saco, la parietal, todo ello se halla sembrado de una cantidad considerable de granitos, que son manifestaciones del proceso tuberculoso, y juntamente con esto encuéntrase en la parte baja de la pelvis, en la serosa genital, el proceso en estado más avanzado; es rarísimo que cuando existe una colección de ascitis tan considerable y granulaciones miliare extendidas por toda la serosa, no exista al mismo tiempo un proceso mucho más avanzado en trompas y ovarios, que vienen a constituir una masa informe de la que forman parte estos órganos y masas flogísticas más o menos gruesas resultantes de las inflamaciones que acompañan a la tuberculosis y que se hallan en este grado por haber sido los puntos iniciales de la lesión fímica.

Esta es la forma más frecuente de tuberculosis peritoneal de origen genital, la miliar difusa, que tomando origen en la parte alta de los genitales, ha ido extendiéndose por la totalidad del peritoneo.

Otras veces preséntase la tuberculosis peritoneal de origen genital, constituyendo dentro de la cavidad del peritoneo masas tumorales considerables. Encuéntrase, además de las granulaciones miliare que acabamos de mencionar y de una cantidad considerable de líquido ascítico, masas neoplásicas voluminosas; en algunos casos hemos tenido ocasión de observar masas de tamaño superior a una granada grande, y aun algunas alcanzando el de una cabeza de feto, ya únicas, ya múltiples, que no nos han permitido otro tratamiento que el lavado del peritoneo y la oxigenación de toda la cavidad de la serosa con corrientes de este gas.

La naturaleza de este proceso es tuberculosa, y como difiere tanto este cuadro clínico del común a los demás procesos tuberculosos, es preciso insistir en la descripción, ya que frecuentemente ha dado lugar a confusiones diagnósticas, tomando por neoplasias sarcomatosas lo que son resultado de infecciones fímicas.

El bacilo tuberculoso ya de por sí tiene carácter hipertrofiante; el tejido conjuntivo reacciona a su estímulo, determinando una hiperplasia del mismo, que da lugar al tubérculo. Esta hiperplasia de nuevos elementos celulares, que se forman y agrupan hasta formar el tubérculo, es lo típico de todos los procesos tuberculosos, es la reacción del organismo contra el elemento que actúa de antígeno y provoca la defensa. Esta queda limitada, porque pronto aparecen células gigantes, que son manifestación de destrucción celular, y sobreviene el

proceso de caseificación, que se hace periférico y determina la ulceración tuberculosa.

En la forma hipertrófica parece más duradera la acción orgánica reaccional; la caseificación y desmoronamiento no se producen con tanta rapidez, y así se forman masas tumorales inmensas que, al examen histológico, se ven constituidas única y exclusivamente por tejido conjuntivo; probablemente estas formas dependen de agentes tuberculosos de virulencia muy atenuada, en las que más que la acción destructiva del proceso poseen la irritante, que determina la formación conjuntiva.

En ningún otro punto del organismo toma la tuberculosis una forma hipertrófica tan considerable como en el peritoneo; pero no es exclusivo de esta serosa, pues si se examinan algunos gonartrocaces encuéntrase en el acto operatorio, antes de llegar a la articulación, una cantidad de tejido lardáceo en que apenas se observan elementos tuberculosos, producto únicamente de una hiperplasia del tejido conjuntivo, resultante de la acción formativa del bacilo tuberculoso allí anidado. El carácter neoformativo del bacilo tuberculoso no se manifiesta solamente en el peritoneo, se presenta asimismo en las articulaciones y en algunos otros puntos, produciendo en los casos de escaso poder destructivo, la forma hipertrófica, esencialmente distinta de las tuberculosis peritoneales de origen intestinal.

La tuberculosis de origen intestinal generalmente no es ascítica, sino ulcerosa. La causa de revestir esta forma y no generalizarse como la miliar, no está bien dilucidada, si bien creemos nosotros que obedece a que al tiempo de la penetración del bacilo de Koch lo hacen también otros agentes microbianos de origen intestinal, saprofíticos, que son causa de una complejidad del proceso, en el que las adherencias de unas asas intestinales con otras, las formaciones inflamatorias no fímicas, acompañando a las tuberculosas, le dan un carácter extraordinario de gravedad. Estas formas adhesivas, en las que se unen unas asas intestinales a otras sin reacciones defensivas del peritoneo, son manifestación de gravedad extraordinaria y de incurabilidad casi siempre, por constituir infecciones complejas, en las que se asocian agentes comunes de infección a los específicos de la tuberculosis.

INFLAMACIONES GENITALES AMICROBIANAS

No son sólo los agentes microbianos los que son causa de procesos de inflamación en los genitales; los hay también amicrobianos, es decir, que no dependen de la acción de gérmenes de ninguna especie, sino que resultan de causas de distinta naturaleza. Los experimentos que en un tiempo practicaron Cristmas, Grawitz, Leber, etc., demostrando que es posible producir verdaderos estados de inflamación, sin que para ello sea precisa acción microbiana alguna, han influido de modo decisivo en el concepto patogénico que de las flogosis en general se tiene en Medicina. La introducción en la profundidad de algunos tejidos, de ampollas perfectamente esterilizadas, conteniendo en su interior aceite de crotón, que no determinaba acción flogósica alguna mientras estaba contenida en el recipiente intacto, y ocasionando flogosis desde el momento en que al romper la ampolla se desparramaba el contenido, pusieron en evidencia que, si bien la mayoría de inflamaciones obedecen a causas microbianas, un cierto número de ellas debían reputarse amicrobianas, ya que desde el simple estado hiperémico al de supuración todos los grados del proceso flogístico pueden aparecer sin la concurrencia de germen alguno.

La propiedad que tienen algunas sustancias de producir supuraciones abundantes amicrobianas, se ha utilizado en Obstetricia frecuentemente para tratar las infecciones puerperales provocando la aparición de focos locales de supuración que puedan por sí contrarrestar la acción de los agentes microbianos que desde el útero van extendiéndose por el organismo. La producción de los llamados abscesos de fijación de Fochier, no tiene como fundamento más que la determinación voluntaria de procesos flogísticos de naturaleza amicrobiana, que por la cantidad considerable de leucocitos que se extravasan, por los acúmulos celulares que se producen a consecuencia del proceso o por los exudados resultantes de la inflamación, sean capaces, ya directamente por sí, ya por los anticuerpos formados por efecto de estos mismos procesos flogísticos, de contrarrestar la acción de los microbios contenidos en los tejidos.

Los llamados abscesos de fijación no son más que inflamaciones locales determinadas por la inyección subcutánea de una cantidad de aceite de trementina perfectamente esterilizado, el cual, por su acción irritante, da lugar, en primer término, a una hiperemia, a la que sigue un proceso de exudación y consecutiva formación de absceso.

En los genitales femeninos se producen inflamaciones amicrobianas, así en los externos como en los internos. Prodúcense inflamaciones de los genitales externos, y también en la parte baja de los internos, por la acción de agentes físicos o químicos. Una irrigación de agua estéril excesivamente caliente da lugar, por la sola acción de la temperatura, a un proceso flogístico, a una vaginitis de naturaleza térmica. Son de todos conocidas las inflamaciones producidas por las emanaciones del radio, por las del mesotorio y por la acción de los rayos X blandos y de los secundarios. La actuación directa sobre los genitales con un fin curativo, puede ser causa de agudísimas inflamaciones genitales de gran importancia.

En los tratamientos que en la actualidad se están practicando en muchas clínicas con las sustancias radio-activas para la curación del cáncer, se han producido, en algunos casos, procesos de inflamación, no sólo genitales, sino con propagación al tejido celular pelviano, de consecuencias más o menos graves, en las que la acción flogística no puede ser considerada más que de orden físico.

Dentro de los genitales se pueden producir inflamaciones por el uso de sustancias antisépticas en soluciones muy concentradas. El bicloruro de hidrargirio, el permanganato de potasa, el oxicianuro a la dosis corrientemente usada, no determinan ninguna clase de proceso flogístico, pero no cabe ninguna duda que, desde el momento en que estas dosis se sobrepasan, pueden dar lugar a movimientos reaccionales que sean causantes de la inflamación; son muchos los casos que he tenido ocasión de observar inflamaciones de la vagina, debidas a irrigaciones con soluciones de una solución antiséptica excesivamente concentrada.

No son sólo éstas las inflamaciones amicrobianas que se presentan en los genitales.

Es sabido que la mucosa del útero tiene entre sus funciones la de secreción externa realizada por una cantidad considerable de glándulas en tubo que en la misma existen. Es sabido también que esta acción de secreción puede ser modificada o perturbada por alteraciones nutritivas y de la misma manera que en otras mucosas del organismo, como por ejemplo, en la nasal, vemos en individuos linfáticos sostenerse un proceso flogístico tiempo y más tiempo sin que pueda atribuírse la causa de la enfermedad más que a la constitución, al temperamento linfático del individuo; vemos también casos que en la piel de algunos sujetos aparecen eczemas y otras manifestaciones flogísticas que no dependen de acción local alguna, sino de la eliminación por ella, de productos del metabolismo orgánico, que no han sido suficientemente modificados o que no se eliminaron por sus emuntorios naturales; lo mismo ocurre en los genitales, en la mucosa vaginal y más aun en la uterina, en la que existen considerable número de glándulas tubulares, en la que eliminan productos que no

debieran pasar por aquellos puntos y, como consecuencia de su paso, dejan acciones flogísticas que se traducen por metritis de evolución crónica que no obedecen a medicación local ninguna y en cambio curan con medicaciones generales dirigidas contra el artrismo, reumatismo, diabetes, etc. El tipo de metritis crónica sostenida por perturbaciones en el metabolismo celular, no es raro; la influencia de los estados generales sobre el funcionalismo genital es de todos tiempos conocida, si bien la naturaleza de las sustancias, de anormal eliminación, no está todavía bien determinada y no puede darse la fórmula química exacta. Las inflamaciones resultantes de la acción de sustancias no perfectamente modificadas en estos cambios celulares o eliminadas por donde no debieran hacerlo, se caracterizan principalmente por un estado inicial de cronicidad y una resistencia del proceso a la curación, vencida únicamente por los medios que combatan el estado general de la enferma.

Indudablemente el artrismo, con todas las modificaciones que en los cambios celulares determina y que la química biológica dilucidará en su día, produce en la piel, en las mucosas y en otros puntos distintos del organismo lesiones de flogosis de variable intensidad; en los genitales estas modificaciones se manifiestan por procesos, no sólo del útero, vagina y vulva, sino también de las trompas y ovarios. Existe en los genitales femeninos, principalmente en su parte alta, en la que pudiéramos llamar fundamental del aparato generador, esto es, en el ovario, procesos de flogosis que no pueden ser considerados como inflamaciones de origen microbiano, y que tampoco deben ser estimados como simples perturbaciones de la nutrición, que se presentan frecuentemente a consecuencia de alteraciones nerviosas de origen central, a menudo medular, perturbaciones neurotróficas que dan lugar a procesos en un todo semejantes a los llamados de inflamación.

No es infrecuente encontrar en muchachas histéricas lesiones de ovarios cuya característica es la inflamación crónica hiperplásica de tejido conjuntivo análoga a la que presentan otros órganos inflamados de modo primitivamente crónico. De la misma manera que en la cirrosis hepática, en la esclerosis medular, en la nefritis intersticial, etc., preséntanse en el ovario alteraciones histológicas cuya característica es la analogía con aquéllas. Estas hiperplasias de tejido conjuntivo toman un carácter fibroso que ahoga al parénquima, y no permite el funcionalismo regular de los elementos nobles de la glándula, llegando a producir por su presencia, trastornos funcionales de una importancia considerable.

No hay en esta clase de procesos ováricos, como no le hay en la cirrosis hepática, ni en la nefritis intersticial, un agente microbiano que explique la aparición de los mismos. La influencia que ejerce el alcohol en su producción es indiscutible, pero ignórase el mecanismo íntimo. De los efectos producidos por esta sustancia, aunque no en gran número, podemos citar varios en los

que las acciones flogísticas crónicas genitales estaban sostenidas por el alcohol, y algunas otras por la intoxicación saturnina, etc.

En el ovario se encuentran frecuentemente alteraciones esclerósicas debidas a perturbaciones del sistema nervioso. Las ovaritis esclerósicas no tienen origen microbiano alguno, sino que dependen de perturbaciones tróficas cuyo origen se halla en los centros nerviosos.

Muy frecuentemente, los procesos esclerósicos del ovario se presentan a consecuencia de excitaciones repetidas de los genitales, cuya acción inicial tal vez dependa de perturbaciones tróficas del sistema nervioso. Las excitaciones genésicas que se verifican de modo repetido una y otra vez no seguidas de la depleción completa que sigue normalmente al orgasmo venéreo, conducen en muchas ocasiones a las ovaritis escleroquísticas, cuya manifestación inicial se encuentra en las perturbaciones funcionales del sistema nervioso central.

El vicio solitario en las niñas es causa frecuente de perturbaciones neurotróficas que terminan en un proceso crónico de inflamación ovárica, en el que no intervienen para nada agentes microbianos. La masturbación en la mujer es casi tan frecuente como en el hombre; considerado este vicio desde el punto de vista moral o filosófico, no se puede admitir que dependa únicamente del contagio; indudablemente es éste un gran factor de propagación, pero hemos tenido ocasión de reconocer viciosas que lo fueron antes de que hubiesen existido relaciones de amistad, a las que pudieran ser atribuidas las causas primeras; el vicio solitario nace a veces espontáneamente como exigencia de un sentido genital exageradamente desarrollado; en perros, caballos, asnos, etc., véanse casos de masturbación sin que pueda encontrarse otra causa que alteraciones nerviosas primitivas.

En las niñas que se masturban abunda la pseudo-histérica, la ninfo-mánica, y cabe preguntarse si la perturbación nerviosa es la causa del vicio solitario, o, por el contrario, es éste el que conduce a aquéllas. Lo que no puede negarse es la coexistencia de ciertos estados flogísticos genitales con perturbaciones psíquicas en enfermas que son viciosas desde larga fecha, demostrándose con ello la existencia de inflamaciones de los genitales, en la producción de las cuales no intervienen para nada agentes microbianos y sí sólo condiciones como las que acabamos de mencionar.

Vemos, pues, que determinadas unas veces por agentes físicos, otras por agentes químicos, resultantes de perturbaciones del metabolismo orgánico o dependientes de alteraciones del sistema nervioso, hay un grupo de enfermedades genitales de naturaleza inflamatoria que no tienen nada que ver con los agentes microbianos, debiendo estas inflamaciones amicrobianas ser tenidas en cuenta para poder explicar en algunas ocasiones la génesis de procesos genitales que son rebeldes a todo tratamiento si no se acude al del estado general.

No basta para darse cuenta de la génesis de muchas ginecopatías estudiar

los agentes microbianos causales y la existencia de otros elementos no microbianos; es de todo punto necesario conocer lo que pudiéramos llamar estado de predisposición; si en un mal terreno se echa la semilla, ésta no fructifica, y aun en los casos que se pretende que el fruto resulte de ciertas condiciones, hay que elegir un terreno a propósito para la semilla que se propone sembrar. Al terreno favorable para el desarrollo de las ginecopatías es a lo que llamamos predisposición.

Varias son las causas que favorecen la aparición de procesos genitales, mencionando en primer lugar el coito, la gestación y el parto.

Verificado en condiciones normales, el coito no debe obrar como causa patógena; no debe serlo tampoco la gestación, ni mucho menos el parto y puerperio; las funciones genésicas en sí no deben ser causa de alteraciones genitales, como tampoco las funciones digestivas deben ser causa de perturbaciones del estómago; si al estómago le damos los alimentos que necesita, preparados del modo conveniente, lo natural es que no enferme por el trabajo digestivo, pues es su función y está precisamente a ello destinado; lo mismo debemos decir de los genitales; si las funciones del coito y de la generación se realizan dentro de la normalidad, lo natural es que ellas no sean causa ni predisponente ni determinante de procesos genitales; pero así como si al estómago le damos las comidas sin orden ninguno; si no le damos el tiempo de descanso suficiente; si se introducen en él alimentos sin preparación, sin masticación, sin estar ensalivados; si en vez de darle alimentos que se hallen en condiciones de digestibilidad, le damos sustancias indigestas que no estén en relación con la cantidad de jugos orgánicos que contiene la víscera, lo natural es que el órgano enferme; si al estómago le condenamos a un trabajo excesivo y no le permitimos la evacuación completa de su contenido, o le damos sustancias que no guardan relación con la potencialidad de su función, esa ha de ser la consecuencia natural.

Pues lo mismo debe ocurrir en el aparato genital; éste necesita el cumplimiento regular de su función, y lo mismo puede enfermar por defecto que por exceso; tenemos el convencimiento de que en algunas ocasiones el voto de castidad significa una perturbación orgánica que, por defecto de función, puede ser causa de enfermedad; en más de una ocasión he visto mujeres en que la acción antagonista entre un sentido genital muy desarrollado y unos votos que impiden la realización de las funciones genitales, han sido causa de trastornos de gran importancia.

Hay que convenir, sin embargo, que la acción patógena del coito se realiza, lo más frecuentemente, por exceso o por funcionalismo anormal.

El sistema educativo actual es, en este sentido, profundamente perturbador y preparador de procesos patológicos. A las niñas, desde muy temprana edad, se les permite el conocimiento incompleto de una porción de cosas

referentes a la vida sexual, que determinan, consciente o inconscientemente, excitaciones sexuales; algunas funciones de teatro, lecturas de cierta naturaleza, cosas y hechos que no se percatan de ocultar los parientes en la conversación familiar, inducen a aquella niña, que por sistema educativo tiene que hacer ver que no entiende nada y a la que le está vedado preguntar, a que vaya forjando en su imaginación una cantidad de juicios erróneos que conducen a excitaciones genésicas de las que tal vez no llegue en su tiempo a darse cuenta, pero que actúan de modo pernicioso sobre su organismo.

La existencia de lesiones genitales dependientes de la repetición de excitaciones genésicas está fuera de duda, así como que a menudo sucede la masturbación a las mismas, agravándose por este vicio las lesiones ováricas que provocan con tanta frecuencia trastornos psíquicos. El diagnóstico de las lesiones es relativamente fácil, pero es muy difícil poder hablar en términos categóricos de la patogenia de las mismas en un caso determinado. La discreción y el talento del ginecólogo son los que deben resolver las dificultades que ofrece el curar a la enferma sin ofender su pudor; algunas veces es preciso recurrir a medios indirectos para llegar a hacer comprender a la mujer que está en el cambio de sus condiciones de vida el recuperar la salud perdida.

Además de esta causa, perfectamente establecida de ginecopatías de origen sexual, existen muchas otras también relacionadas con el coito. Hay un número considerable de enfermas que lo son porque no quieren tener hijos; mujeres que, habiendo tenido un hijo o dos, no quieren tener más, y, para lograrlo, recurren a medios anticoncepcionales que son causantes de gran número de lesiones de los genitales; no son las solteras las que más enferman por esta causa; generalmente son casadas, que pagan con una enfermedad, a veces muy grave, el afán de no aumentar la familia con mayor número de hijos.

Las prácticas anticoncepcionales, repetidas un día, un mes, un año y otro año, principalmente el coito incompleto, son causa determinante de procesos genitales altos, de ovaritis escleroquísticas, de lesiones salpingo-ovaríticas, por la acción congestiva persistente que determinan, por no suceder al orgasmo venéreo, la depleción completa que constituye la normalidad de la función. Muchas mujeres que en los primeros tiempos subsiguientes a dos o tres partos realizaron el coito de modo incompleto para asegurar que no vinieran más hijos, cuando la desgracia les ha hecho perder uno o dos de estos hijos, desean tener otros; pero muchas de ellas enfermaron de sus ovarios, y es entonces imposible el que se produzca una nueva gestación. En mujeres que han llevado una vida accidentada y que se han entregado por completo a medios anticoncepcionales, es muy frecuente hallar, cuando adquirieron un regular modo de vivir, unos deseos vehementísimos de maternidad, que no logran ver realizada por haber enfermado de los anejos cuando utilizaron medios para impedir la concepción.

Resulta también factor etiológico perfectamente reconocido, el *vaginismo*, es decir, el estado de constricción espasmódica del músculo elevador del ano, que impide la regular función del coito.

El vaginismo se presenta frecuentemente en mujeres casadas con hombres impotentes, y esto, que parece paradójico, no lo es, pues las excitaciones iniciales que conducen al orgasmo venéreo se producen, pero quedan sin la resolución nerviosa fisiológica, porque precisamente después de haber preparado al organismo femenino para la realización de la función, es cuando la impotencia del marido no permite el complemento del acto, y esto, repetido uno y otro día, conduce a un estado neurósico que se manifiesta por la contracción espasmódica del músculo elevador del ano. Es también causa de procesos genitales femeninos, la realización de los actos sexuales anormales; el amor lésbico, el coito contra natura y todas las anomalías y perversiones de la función sexual, conducen a menudo a trastornos definitivos de los genitales femeninos.

En íntima relación con las causas que mencionamos se hallan las de origen microbiano, que, por contagio producido en el acto del coito, dan lugar a los más complejos procesos.

El parto, por sí, no debe ser causa de proceso patológico alguno. Si bien la matriz está destinada precisamente para ello, hay anomalías no solamente de la función, sino también de los fenómenos consecutivos. Durante la gestación, los órganos genitales debieran estar en reposo; no lo están: las condiciones transmitidas por herencia, hacen que la especie humana no se abstenga del coito estando la mujer en gestación. Es la única especie en la que no existe abstinencia sexual durante la preñez; en los demás animales la hembra preñada rehusa el coito, y aun al macho le pasa la época del celo y queda tranquilo; en la especie humana el celo es constante, de manera que lo mismo el hombre que la mujer que está embarazada no rehusan el coito en el período de gestación. No hay ninguna duda de que en esto influye, en gran modo, la civilización. Johnstone creía incluso que la menstruación es producto de la civilización, y se fundaba para ello en hechos de fisiología comparada. No hay ningún animal que tenga menstruación, si se exceptúa algunos monos antropoideos en estado de esclavitud; los monos en estado salvaje no tienen menstruación, pero los monos nacidos en jaula, a la segunda, tercera o cuarta generación presentan mensualmente una congestión uterina, con alguna salida de sangre; fundándose en esto decía Johnstone, y en esto le seguía Lawson-Tait, que la menstruación no es función fisiológica, sino producto de la civilización, determinada por las excitaciones anormales sexuales muy repetidas, que ocasionan roturas vasculares que producen la salida de la sangre del útero.

La conveniencia o no del coito durante el embarazo ha sido motivo de una serie de discusiones, y entre ellas se cita como verdaderamente curiosa la que

durante mucho tiempo tuvieron Dionis, célebre tocólogo francés, y Mauriceau, en la que como formidable argumento Dionis dijo a su contrincante: Mauriceau dice que el coito durante el embarazo es perjudicial por el traumatismo que puede producir, y por las excitaciones genésicas que la mujer experimenta; esto debe saberlo por referencias, pues su mujer no ha tenido nunca hijos; en cambio, la mía, que ha parido veinte veces bien y a término, puede atestiguar que las caricias del esposo no perjudican la marcha normal del embarazo.

El parto es factor predisponente y determinante de procesos genitales, si no por él mismo, por las anomalías e irregularidades que frecuentemente se producen en esta función. Además de la acción infectiva, que puede ser punto inicial de muchas ginecopatías, hay el hecho que sufren los genitales una distensión extraordinaria, principalmente la vagina y el cuello del útero, y se producen siempre pequeñas erosiones cervicales y cicatrices del cuello de la matriz, como lo demuestra el hecho de presentar las múltiparas el orificio del hocico de tenca lineal, con un cierto número de cicatrices, en vez del orificio redondo, que existe antes del parto. Las cicatrices del cuello, los desgarros cicatrizados de modo anormal y por segunda intención, pueden ser causa por sí solos de procesos patológicos, bien por acción mecánica de compresión de filetes nerviosos, bien por facilitar el acceso al interior de la cavidad uterina de agentes microbianos vulvo-vaginales. Ocurren asimismo en el parto desgarros de periné y de vagina, a los que muchas veces se les da poquísima importancia, y que, sin embargo, son causa predisponente y aun determinante de dislocaciones uterinas y vaginales.

El levantamiento precoz de las paridas es tema de discusión que ha motivado gran revuelo en estos últimos años por considerarle: unos, como factor determinante de ginecopatías, y otros, como medio de asegurar la rápida y normal involución. Sin entrar en discusiones sobre este particular, expondremos nuestra opinión, que es la de no hacer permanecer en cama a las paridas tres semanas y más, como hacen los tocólogos franceses, y tampoco hacerlas levantar a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas, porque a nada conduce esta premura.

Creemos que rigiéndose por lo que se desprenda del examen de cada caso, puede adoptarse un término medio verdaderamente beneficioso para la parida.

Las modas en el vestir han sido consideradas como causa frecuente de enfermedades sexuales, y si bien no podemos negar su influencia, algunas veces perniciosa, creemos que se ha exagerado muchísimo el papel etiológico de las mismas; el corsé es prenda a la que se ha atribuido toda clase de efectos nocivos, y es frecuentísima la pregunta dirigida al ginecólogo sobre la conveniencia de usarlo o no, siempre desde la base de hacer luego la mujer lo que estime más de su agrado; si la presión que esa prenda ejerce es de tal intensidad que la circulación de los órganos pelvi-abdominales se halle profundamente

perturbada, su acción nociva no puede ser puesta en duda, pero dentro de los prudenciales límites de compresión con que lo usan la mayoría de las mujeres, no lo creemos perjudicial en las condiciones fisiológicas de la estática genital; cuando los órganos genitales se hallan inflamados, y también en los casos de anomalías de posición o dirección, el corsé es perjudicial; las compresiones que ejercen hacia abajo las vísceras comprimidas, son causa de un aumento de las desviaciones; por sí solo el corsé no ocasiona una retroversión uterina, pero en caso de hallarse ésta iniciada, la compresión hacia abajo de las vísceras abdominales la acentúa de modo notable. Lo mismo que decimos de la retroversión, puede aplicarse al prolapso y a todas las demás dislocaciones genitales.

Los tacones muy altos, las compresiones de los pechos, los vestidos que no permiten la libertad de movimiento, no son causantes directos de enfermedades genitales, pero por su influencia perniciosa sobre el conjunto del organismo deben ser considerados como factores indirectos de ginecopatías.

Las faltas de higiene de la menstruación son causa abonada de enfermedades genitales; aparte de las condiciones de suciedad, que por sí solas pueden constituir toda una serie de procesos etiológicos, los enfriamientos, las emociones profundas recibidas durante la época de las reglas, los excesos genitales, las intemperancias de régimen, las bebidas heladas, etc., son causas que producen en muchas ocasiones ginecopatías; además de las condiciones locales que los desprendimientos de epitelio de la mucosa del útero significan como factor etiológico, la parte que toma todo el organismo en la función menstrual actúa de modo directo en la determinación de procesos genitales al producirse las causas arriba mencionadas.

Lección 11:

NEOPLASIAS GENITALES

El aparato genital femenino es tal vez el que en el organismo humano mayor número de veces es asiento de neoplasias. El fibroma del útero, el carcinoma, así del cuello como del cuerpo, los quistes del ovario, las distintas neoplasias benignas y malignas que en la parte inferior del tramo genital, lo mismo en la vulva que en la vagina existen, dan a la etiología de estas nuevas formaciones un sello característico, suponen un algo que debe existir en el aparato genital femenino que no se halla en otros puntos del organismo y que motiva que se presenten con tanta frecuencia neoplasias en dicho aparato.

Ante todo hay que pensar que las causas generales y comunes de las neoplasias actúan también sobre el aparato genital de la mujer, determinando su aparición; así para el cáncer uterino podrán existir causas predisponentes, que motiven su frecuencia, pero la fundamental, la que determina la hiperproducción de los elementos epiteliales con las agrupaciones epiteliales atípicas, que caracterizan al carcinoma, la misma será para el útero que para el ovario o cualquier otro punto del organismo; tan desconocida como es hoy para nosotros la causa íntima de la producción de las neoplasias cancerosas del estómago, páncreas, laringe, riñón, etc., lo es la de las localizaciones en el aparato genital femenino.

Las causas predisponentes, es decir, las que favorecen el desarrollo de las neoplasias en general, encuéntrase en los genitales con una frecuencia tal, que ello nos explica el por qué se observan tan a menudo estas localizaciones.

Los orificios viscerales, lo mismo el cardias que el píloro, la boca, el ano, etc., todos los puntos donde existen estrecheces orgánicas fisiológicas, son aquellos en que más comúnmente se presentan las neoplasias epiteliales, y si en estos angostamientos fisiológicos hay procesos cicatriciales, la frecuencia es muchísimo mayor. Tal ocurre en el píloro, que, a consecuencia de procesos ulcerosos ya curados, muchas veces contiene tejido cicatricial, que da lugar a los carcinomas que tan a menudo se producen en esta región.

El útero, por su disposición, por el funcionalismo especial de su porción cervical en la que con una frecuencia extraordinaria existe tejido cicatricial, consecuencia de los partos, se reúnen las condiciones que favorecen la aparición de las neoplasias malignas. Hay ahí una abertura en la que existen procesos cicatriciales múltiples. Es sabido que en todo parto, por feliz que sea, se

producen erosiones cervicales que dan lugar a cicatrices más o menos extensas; en el tipo de parto fisiológico hay una modificación completa de la forma del hocico de tenca; la mujer que no ha parido tiene un orificio externo perfectamente liso, casi circular, en tanto que la que ha parido tiene una forma lineal, no regular, con algunas hendiduras que significan procesos de cicatrización que allí han existido. Por otra parte, el cuello del útero tiene una condición histológica que favorece la aparición de las neoplasias malignas; existe allí la línea de cambio de clase de epitelio; el cilíndrico caliciforme del interior de la cavidad cervical se continúa con el de revestimiento del hocico de tenca, que es pavimentoso. Encuéntrase, pues, reunidas en el cuello uterino las condiciones que se reconocen favorables en toda la economía para el desarrollo de neoplasias malignas: orificio estrecho sujeto a modificaciones de extensión por su especial funcionalismo, tejido inodular por cicatrizaciones de heridas más o menos extensas y límite de separación de dos clases de epitelio.

Cuáles sean las causas íntimas de la formación epitelial, hoy por hoy se ignoran completamente. Hay quien, como Feinberg, Doyen, Sanfelice, etc., creen que es sencillamente un proceso de infección; que son agentes microbianos los que determinan la aparición de las neoformaciones malignas. Esta teoría no ha podido ser demostrada; se han encontrado en las investigaciones dirigidas a este objeto, infinidad de agentes microbianos, amibos, protozoos, etc., a los que se ha atribuido el papel de agentes determinantes de las neoplasias malignas, pero no ha podido ser demostrada su acción en ningún caso; las condiciones necesarias para poder ser considerados como agentes causales, cuales son aislamiento, cultivo y producción experimental de determinadas neoplasias, no se ha logrado nunca, y por tanto, estos agentes no pueden admitirse como causantes de los cánceres, sino como habitantes accidentales de estas neoplasias.

En oposición a la teoría microbiana, debemos colocar a la que considera estos procesos neoformativos como resultante de perturbaciones tróficas debidas a la falta en el organismo de alguno de los elementos que sirven para la regulación de las funciones celulares, es decir, de las glándulas de secreción interna; Boveri cree que el problema del cáncer es sólo un problema celular y atribuye a la cifra normal o anormal de los cromosomas el poder de reproducción regular constitutivo del tejido normal o el irregular productor de neoplasias. Otra opinión patogénica es la de creer que en el hígado existen elementos celulares que mandan a la sangre agentes que sirven para la regulación de las funciones reproductivas de las células de todo el organismo; que cuando estos agentes faltan, se produce una exageración formativa por multiplicación de sus divisiones kariokinéticas, dando lugar a una hiperproducción que por fuerza debe conducir a una colocación atípica por abundancia e inordenación, cuyo resultado es la constitución del carcinoma. Como no ha podido aislarse

este agente de origen hepático, tampoco la teoría ha podido ser aceptada de modo general.

Lo cierto y positivo es que en las neoplasias epiteliales cancerosas existe una reproducción celular verdaderamente enorme; se van repitiendo las divisiones mitóticas en las células, con tal intensidad y de tal manera, que en el tiempo que en estado normal se desarrolla una fase kariokinética, en el carcinoma se han sucedido seis, ocho, diez, veinte generaciones de células con igual proceso formativo.

Esta formación celular, este aumento del poder reproductivo de las células llega en el carcinoma a ser tan considerable, que se ha buscado en la sangre la ausencia de algo que en el estado normal debe limitar la reproducción celular. Como hemos dicho, no se ha encontrado todavía este algo que significa el fisiologismo reproductor y hemos de quedar por ahora en el terreno de las hipótesis.

Los experimentos que se han hecho en todos los institutos de investigación del cáncer transplantando células cancerosas a terreno apropiado, ha dado lugar a la formación de tumores de la misma naturaleza; tumores epiteliales que se forman única y exclusivamente por la reproducción considerable de sus células; de manera que una célula cancerosa transplantada es elemento que lleva en sí la vitalidad característica de este proceso en el sentido de la reproducción activísima, y se multiplica hasta el punto de constituir tumoraciones grandes, cancerosas, en las que la distribución de los elementos epiteliales y conjuntivos permite establecer una analogía completa con el cáncer de la especie humana; la investigación histológica demuestra una identidad entre los tumores producidos artificialmente en las ratas y los que espontáneamente salen en el hombre, que no debe, en realidad, existir, ya que no son transmisibles de una a otra especie. Los experimentos de reproducción de los tejidos cancerosos *in vitro*, que tantos investigadores, a la cabeza de los cuales se halla Carrel, han logrado realizar, es una demostración palmaria de que el poder reproductor anormal es propiedad de las mismas células cancerosas.

Las condiciones generales productoras de las neoformaciones están todavía en la obscuridad; no se sabe aún cuáles sean las causas íntimas; sólo conocemos, por lo que se refiere al aparato genital, algunas predisponentes.

Un orificio en el que existe una transición, un límite de cambio de epitelio pavimentoso o cilíndrico, es causa predisponente reconocida en todos los puntos del organismo, y de la que hemos ya hecho mención, así como de la existencia casi constante de procesos cicatriciales, causa favorable, asimismo reconocida, de localizaciones cancerosas.

Los cánceres de vagina, vulva, cuerpo de útero, etc., obedecen, en su etiología, a las leyes generales de la aparición de esta clase de neoplasias en las demás partes del organismo.

Lo característico del aparato genital femenino es la producción de neoplasias del tipo muscular, la existencia de miomas, de leio-miomas; tumores constituidos por fibras musculares del tipo liso. Es verdaderamente notable que en ningún otro punto de la economía, o sólo de modo excepcional, se presenten estas tumoraciones grandes, que llegan a tener varios kilos de peso, 10, 15 y hasta 20 y 30, constituidos por fibras musculares lisas. Esta clase de fibras abundan en muchos sitios de la economía, y por tanto, como punto de origen lo mismo podrían desarrollarse esas neoplasias en el esófago que en la túnica muscular de los intestinos o en cualquiera de los muchos órganos de cuya estructura forman parte aquellas fibras, y sin embargo, puede decirse que es patrimonio de los genitales femeninos el que aparezcan estas formaciones musculares gigantescas que, consideradas desde el punto de vista anatómopatológico, son de tipo benigno, pero cuyo crecimiento tan considerable puede llegar a producir la muerte por su misma existencia o por las complicaciones que ellas determinen.

¿Qué factor existe en los genitales femeninos que puede llegar a producir una hiperproducción tan colosal de estos elementos musculares hasta constituir tumores de volumen tan considerable?

Algo debe existir en el aparato genital femenino que permita suponer la naturaleza de la causa determinante de este crecimiento anormal. El útero es un órgano que, en estado de vacuidad y completamente sano, tiene una cantidad considerable de elementos de fibra lisa, de apariencia casi fibrosa; tal es la escasez de protoplasma que allí existe. Este órgano experimenta modificaciones por el hecho de la gestación, hasta tal punto, que en cantidad de fibras, en sucuencia de las mismas, en masa protoplasmática, etc., cambia de tal manera del estado de vacuidad al de gestación, que en los cuatro o cinco primeros meses del embarazo las paredes se engruesan y la estructura fibrosa del útero vacuo no se parece en nada a la del órgano en gestación, debido al trabajo de hiperplasia e hipertrofia allí existente.

Es éste un órgano que, por su función fisiológica normal, experimenta cambios que producen hiperplasia e hipertrofia de sus elementos en un grado considerable, como en ningún otro de la economía se observa. No hay órgano que presente esta cantidad tan enorme de variaciones como las que presenta la matriz entre el estado fisiológico del embarazo y el normal de vacuidad.

Si examinamos un útero en el estado de vacuidad sin la función menstrual y otro en el momento de existir ésta, aunque menos marcadas, se notan diferencias bastante notables respecto a la sucuencia de sus partes, a la coloración y a la turgencia, que permiten reconocer a simple vista un estado estructural completamente distinto entre uno y otro. Examinada histológicamente la mucosa del útero en el período de menstruación y en los períodos intermenstruales, obsérvase en las estructuras histológicas una hiperproducción de elementos

epiteliales considerable; es decir, que existe una actividad funcional formativa, así en los períodos pre-menstruales como en los estados de gestación, que da al órgano uterino, desde el punto de vista de la reproducción de sus elementos, caracteres esencialmente distintos de los que tiene cualquiera otro de la economía.

Esta diferencia en la hiperproducción de algunos elementos puede ser lo que explique el por qué de la frecuencia de estas tumoraciones benignas de tipo muscular que allí se presentan.

Cuando el huevo se ha injertado en la mucosa del útero y comienza la gestación, dos fenómenos se presentan: uno es la existencia de los cuerpos amarillos de la gestación, que son completamente distintos de los de la menstruación. Los cuerpos amarillos de la gestación crecen con evolución lenta, y hasta el quinto o sexto mes no desaparecen; este crecimiento es resultado de la hiperproducción de células luteínicas, que se han considerado como las que poseen la función de secreción interna del ovario, y cuyos productos, penetrando en el torrente circulatorio, es probable que sean la causa determinante del crecimiento, por hiperplasia, de los elementos celulares que se forman durante los primeros meses de gestación.

Por otra parte, el injerto del óvulo en la mucosa, por penetración en el interior de sus repliegues y el crecimiento de las vellosidades, da lugar a la entrada en la corriente sanguínea de sustancias que, actuando como antígenos, determinan estados particulares en las reacciones orgánicas, que pueden ser factores causales de las formaciones hiperplásicas que caracterizan al estado de gestación.

Examinando lo que ocurre en los ovarios de las mujeres que tienen miomas de útero, observamos que siempre que hay miomas jóvenes existe un aumento del tamaño de los ovarios; tanto es así, que en todas las obras se habla de alteraciones de los ovarios, concomitantes o consecutivas a la existencia de dichos miomas. Nosotros creemos que los términos deben ser completamente invertidos, y que debe decirse alteraciones de los ovarios, determinantes de la producción o aparición de los miomas. Las alteraciones de hiperfunción ovárica son las que ocasionan el crecimiento de las neoplasias del tipo muscular en los genitales femeninos, es decir, las modificaciones ováricas no son consecuencia, sino causa de estas alteraciones, y nos fundamos para ello en distintos hechos que se comprueban en la clínica.

La mujer que tiene un fibroma de útero, si se hace menopáusica, es decir, si sus ovarios dejan de funcionar, sea por castración, sea espontáneamente, disminuye la neoplasia de tal manera, que en la mayoría de ocasiones llega a desaparecer, a menos que no sea invadida por un proceso degenerativo maligno. Si nosotros, por uno u otro medio, provocamos artificialmente la menopausia; si disminuimos la hiperfunción del ovario por medio de las

radiaciones del mesotorio, del radio o por los rayos X, cuya acción atrofiante de los elementos glandulares del ovario como de los del testículo, está perfectamente comprobada, disminuye el mioma de modo evidente; el tratamiento de los miomas por medio de los rayos X o por las emanaciones de radio o de mesotorio, ha entrado en la práctica corriente cuando se trata de un mioma no degenerado.

Esta relación de causa a efecto puede comprobarse asimismo en fenómenos de otra índole.

En el estado normal el ovario experimenta una serie de modificaciones debidas a su misma función. Cuando por cualquier causa la hiperfunción ovárica existe, sea por el hecho de la producción de un cuerpo amarillo, que es precisamente cuando se admite la hiperfunción de la secreción interna del ovario, sea por cualquier otra causa no perceptible, tales son las excitaciones genésicas repetidas, puede ser causa del desarrollo de neoplasias del tipo benigno que mencionamos; asimismo, a consecuencia de trastornos tróficos, la hiperfunción ovárica puede manifestarse y determinar como consecuencia la hiperproducción de elementos musculares; en esta hiperfunción ovárica es donde hemos de buscar la causa de la frecuencia de algunas de las neoplasias que se presentan en los genitales femeninos.

No son solamente estas neoplasias de origen ovárico lo que da un carácter especial a las que se presentan en los órganos genitales femeninos. Preséntanse los *coriomas*, los corio-epiteliomas, enfermedad poco frecuente, pero especialmente típica del aparato genital femenino.

Al estudiar los injertos de células cancerosas, se ve claramente que el poder reproductor que constituye las tumoraciones secundarias se halla en la misma célula injertada, que sólo necesita terreno abonado para que, multiplicándose los elementos trasplantados, den lugar a grandes masas neoplásicas; pues bien, una condición especial del aparato genital femenino, permite la producción dentro de la matriz de injertos ovulares de una gestación que terminó.

Los elementos trofoblásticos de las vellosidades coriales que constituyen la placenta están dotados de una hiperactividad cuyo crecimiento está detenido dentro de los límites fisiológicos por la producción de anticuerpos del organismo materno. Pues bien; anormalmente, en ocasiones algunas de estas células coriales, resultantes de un aborto, de una mola vesiculosa o de una gestación que no ha llegado a su desarrollo completo, quedan injertadas en el útero, creciendo dentro del tipo de las células coriales con su envoltura de masa plasmodial, que constituye el sincitium; al continuar su crecimiento en el órgano uterino, dan lugar a una tumoración de naturaleza maligna, cuyo tipo está constituido por células rodeadas de masas plasmodiales, que tienen cantidad considerable de núcleos, análogos en un todo a las células que forman las vellosidades coriales, así en el aspecto histológico como en su fisiologismo

especial. De ahí que se denominen estas tumoraciones *corioma maligno*, adjetivándole así porque el curso de esta enfermedad es peor todavía que el del cáncer, si algo peor que el cáncer puede existir. Se ha llamado también *corio-epitelioma*, y cuando se creía que las células procedían de la mucosa del útero, se llamó *deciduoma*. En realidad, son injertos de células de las vellosidades placentarias que han ido creciendo, dotadas de un poder extraordinario de reproducción y de destrucción.

Es ésta una neoplasia especial del aparato genital femenino; no puede existir en otra parte. La hiperproducción sincitial no puede encontrarse de modo primitivo más que en el útero, ya que sólo en este órgano es donde se pueden desarrollar formaciones del tipo de las vellosidades coriales.

Fuera del útero obsérvanse también tumores especiales. Son los quistes del ovario; este órgano tiene, como el testículo, elementos dotados de condiciones que no pueden existir en ninguna otra parte del organismo, el óvulo y el espermatozoide contienen en germen la vida de todo sér que debe venir, de manera que será en la cantidad infinitesimal que se quiera; pero lo cierto es que, unido un espermatozoide a un óvulo, dan lugar a la formación del nuevo sér, dotado de todos los órganos y con todo lo necesario para que llegue a vivir en su día la vida autónoma. Esta cantidad de energía, de vida existente en las células del ovario, en vez de tomar un tipo fisiológico de crecimiento, puede tomar un tipo completamente patológico y dar lugar a la formación de tumoraciones quísticas, especiales y propias de estos órganos, precisamente por la cantidad de energía formativa que existe en estos elementos celulares.

Los teratomas y los quistes dermoideos, en los que se encuentran estructuras muy diversas, constituyendo, no sólo tejidos, sino órganos de desarrollo anormal, son resultantes de una perturbación de las funciones de crecimiento y de reproducción de las partes constitutivas del ovario.

La causa íntima de estas producciones neoplásicas no la conocemos, pues si bien creemos nosotros que la hiperfunción ovárica es la determinante de la producción de los miomas, no hay medio de recoger ni de analizar el agente progenético de la neoplasia. La química biológica todavía no ha llegado a separar los cuerpos que determinan esta hiperproducción, si bien es de esperar que las corrientes modernas de investigación permitan en no lejano día precisar la naturaleza de los agentes que intervienen en la producción de las neoplasias de carácter maligno que en los genitales se presentan. En la actualidad nos contentamos con buscar alguno de los elementos que puedan explicarnos el por qué se presentan con tipo especial las neoplasias genitales, pero la causa íntima es cosa que todavía se ignora.

TRAUMATISMOS

Sin que puedan llamarse excepcionales, son los traumatismos del aparato genital relativamente poco frecuentes, hallándose unas veces relacionados con el acto del coito, otras con el de la parturición y más frecuentemente con los procesos operatorios.

En el acto del parto se producen desgarros cervicales que generalmente cicatrizan sin dejar más rastro que la modificación de la forma del hocico de tenca; pero puede la extensión del desgarro llegar a los fondos de saco y ser causa de trastornos locales y generales, por las neuritis que por compresión se establecen en algunas ocasiones; la necesidad de restaurar por la sutura, inmediata o tardía, estas lesiones, se impone, pues son puerta de entrada de infecciones uterinas y paramétricas.

El desgarro de las partes bajas, principalmente de la vagina en su pared posterior, se extiende algunas veces a todo el triángulo perineal, constituyendo el tipo de las rasgaduras extensas del periné. Por el hecho del traumatismo en sí, la cosa no tendría más importancia que la que determinaría la facilidad de infección, si no viniera consecutivamente relacionada con los prolapsos de algunos órganos, si no apareciesen luego el rectocele y el cistocele por la falta de apoyo de los órganos genitales.

El traumatismo en la región cervico-uterina puede ser de tal naturaleza, que cause graves trastornos inmediatos. Tuvimos ocasión de ver hace algunos años, en la Clínica de Obstetricia, un caso de esta naturaleza en que, en el momento del parto, se produjo espontáneamente un desgarro que llegó hasta el fondo de saco lateral izquierdo y sobrevino una hemorragia considerable, que la cohibió el interno de guardia mediante un taponamiento vaginal; a los ocho días, estando la enferma perfectamente bien, se desprendió el coágulo que había ocluido la luz de la arteria uterina, rota en el momento del parto, y se reprodujo de modo intenso la pérdida de sangre, muriendo la mujer en menos de diez minutos; al llegar a la Clínica y enterarnos del accidente, ordenamos se practicara la autopsia, y ello nos demostró la causa de la muerte, excluyendo la idea de inercia uterina tardía, con que se había bautizado a la hemorragia.

Esto demuestra que el traumatismo cervico-uterino puede tener consecuencias inmediatas, secundarias y tardías, cuya importancia depende de la

extensión de las lesiones, de las infecciones que las acompañan y de los fenómenos neuríticos consecutivos.

Traumatismos en los genitales femeninos se producen también en el acto de la copulación. Hemos tenido en la Clínica un caso en el cual, en la noche de bodas, el marido había llegado a producir un traumatismo tan grande, que casi sobrepasa los límites de lo que se puede concebir como potencia masculina; apoyar con el pene por debajo de la horquilla, y en vez de romper el himen introducir el pene en el recto, causando una fístula recto vaginal, es decir, perforando el triángulo perineal. La mujer vino a la Clínica para que se operara su fístula; el himen estaba intacto y, en cambio, por debajo de él existía un trayecto fistuloso que alcanzaba hasta unos dos traveses de dedo por encima del ano, en el interior del recto. El Dr. Ribera nos había relatado un caso semejante de fístula recto-vaginal, producida por el coito en el día de la boda, cuyos caracteres eran semejantes al por nosotros observado, siendo de notar que en ninguno de los dos se produjo intensa hemorragia; en cambio, dos veces hemos tenido que prestar asistencia a enfermas con grande hemorragia vulvar, debidas a lesiones peri-himeneales, producidas en el acto del primer coito.

Por el hecho de las operaciones mal practicadas se producen lesiones de mayor o menor importancia; una aplicación de fórceps mal hecha puede determinar traumatismos varios, así como también pueden presentarse, a consecuencia de accidentes, caídas a horcadas, etc. Recordamos el caso de una niña que en una caída sobre el respaldo de una silla, se produjo un desgarró extensísimo del periné, con gran hematocele consecutivo, habiendo llegado a penetrar la parte redonda de una barra del respaldo de la silla dentro de la vagina y lesionado el fondo de saco de Douglas.

ANOMALÍAS DE DIRECCIÓN Y POSICIÓN

Los órganos genitales se mantienen en su posición normal gracias a una serie de factores que impiden su dislocación; el tejido celular, los ligamentos, el triángulo perineal, el apoyo que se prestan unos órganos a otros, por ejemplo, la vagina sosteniendo al útero y la pirámide perineal a aquélla, son elementos que mantienen la estática genital en sus condiciones fisiológicas.

Necesitan los órganos genitales femeninos una cierta libertad de movimientos para que al llegar el momento de crecer el útero durante la gestación, pueda moverse con cierta libertad.

Ahora bien; las condiciones normales de situación y de colocación de los órganos genitales pueden ser modificadas por una serie de causas que, alterando los medios naturales de sostén, produzcan cambios importantísimos en la estática de estos mismos órganos.

La tonicidad de los ligamentos redondos mantiene al útero en un estado de anteversión-flexión; si estos ligamentos se hacen flácidos, el mismo decúbito supino puede bastar para que la simple acción de la gravedad permita al útero dirigirse hacia atrás y no recobre su posición de anteversión, porque, faltas de tono las fibras que integran estos ligamentos, no lo colocan nuevamente en la situación que aquélla le hizo perder al cambiar la mujer la posición.

La tonicidad de los ligamentos anchos mantiene al útero en la línea media, dividiendo la pelvis en dos mitades iguales; pero si por un proceso flogístico, tumoral o de cualquier naturaleza que se produzca en los mismos se cambian las condiciones, sea en el lado derecho o en el izquierdo, el útero se inclinará hacia uno u otro, constituyendo una lateroversión.

Los ligamentos útero sacros son factores importantes en la conservación de la estática normal del útero; si el repliegue peritoneal que los constituye pierde sus condiciones de normalidad, prodúcense inmediatamente cambios de situación del órgano; una retracción conducirá el hocico de tenca completamente hacia atrás y exagerará la anteversión normal.

El útero a consecuencia de los cambios, ya de la tonicidad, ya por exceso de tracción o flacidez de los ligamentos que lo sostienen, cambia por completo de posición y puede tomar las distintas formas de anteversión, retroversión o lateroversión.

Este órgano se mantiene al mismo tiempo en una situación algo alta de la

pelvis, sin tener ligamento suspensorio alguno; dijimos, al hablar de la anatomía de los genitales, que el eje del útero forma un ángulo obtuso con el de la vagina y que ésta se apoya principalmente en el triángulo perineal al tiempo que el útero lo verifica sobre la pared posterior de aquélla, que está en su totalidad sostenida por dicho triángulo. Cuando un desgarro del periné hace que la vagina no tenga sostén porque se ha roto la pirámide perineal, el útero no tiene entonces apoyo en aquélla y comienza a descender, cambia de posición porque se han perdido las condiciones normales de resistencia que le daba la columna vaginal.

En mujeres obesas encuéntrase el útero sostenido por la grasa que ocupa la base de los ligamentos anchos, y no sólo se halla el útero en su sitio, sino algo elevado, hasta el punto que la exploración resulta difícil; pues bien, si un proceso cualquiera de desnutrición hace que la cantidad de grasa vaya desapareciendo rápidamente y se sustituyen los acúmulos grasos que antes existían por elementos de tejido conjuntivo laxo, la pérdida de aquella especie de almohadilla, formada por la grasa, es causa de que el órgano descienda si no se ha sustituido previamente la acción de sostén por una tonicidad mayor de los ligamentos que lo mantienen en su sitio; los prolapsos genitales por enfamecimiento rápido se observan con relativa frecuencia.

Pueden presentarse asimismo cambios de posición por los esfuerzos repetidos a causa de un estreñimiento persistente que hace que en la defecación se emplee una cantidad de energía considerable para expulsar el bolo fecal; este esfuerzo, repetido uno y otro día, puede ser determinante de dilatación de la ampolla rectal, en virtud de la que se acumula mayor cantidad de substancias fecales, que es preciso eliminar con gran esfuerzo, siendo causa de tracciones que, actuando desde la vagina a los puntos de inserción uterina, obliguen a la matriz a descender.

Lo mismo podemos decir respecto a la vejiga. Procesos de inflamación vesical que obligan a un esfuerzo de expulsión muy repetido, pueden, por poco que haya disminuído la tonicidad de las partes, ser causa de descensos uterinos.

Y por último, los procesos de inflamación anexiales, los del peritoneo, que determinan adherencias de unos órganos con otros, hacen que cambie la estática genital, y el útero, en vez de tener sus condiciones normales, hallándose las trompas y los ovarios colocados a cada lado, cambien asimismo y se produzcan las versiones y flexiones a que le obligan sus adherencias con otros órganos.

Las inflamaciones tubo-ováricas producen constantemente cambios de posición y dirección de los genitales; las trompas, al inflamarse, se hacen flexuosas, encórvanse, se adhieren al útero por neomembranas peritoneales y en su movimiento arrastran a los ovarios, que se sitúan generalmente hacia atrás, adhiriéndose a la pared posterior del útero. Este órgano, por efecto de

las tracciones que experimenta por el trabajo de retracción de las neomembranas, se inclina generalmente hacia atrás, algunas veces hacia atrás y a un lado, y las retroflexiones y lateroflexiones son consecuencia obligada de estos procesos flogísticos.

Las adherencias anormales que se establecen en los casos de inflamaciones pelvi-anexiales cambia tan radicalmente la situación de los genitales altos, que puede ser considerada como totalmente excepcional la dirección de anteverción flexión, que hemos asignado al útero dentro del tipo fisiológico.

CONCEPTO ETIOLÓGICO DE LOS VICIOS DE CONFORMACIÓN

El aparato genital presenta algunas veces vicios de conformación, pero así de éstos como de los que a todo el organismo se refieren, su proceso etiológico es desconocido; ignórase por qué unos conductos de Müller no se reúnen y queda un útero didelfo, por qué en otras ocasiones no desaparece el tabique de fusión, quedando la vagina doble o el útero tabicado, ni la causa que impide el desarrollo, en algunos casos, de la glándula genital.

Las anomalías genitales tienen su origen en los primeros meses de la vida intrauterina. Estas perturbaciones en el desarrollo, obedecen a causas que actúan sobre el huevo en los tres primeros meses de la vida embrionaria; pasadas las trece primeras semanas está ya formado por completo el embrión, y lo mismo las alteraciones genitales que las demás hemiterias que presentan algunos fetos al nacer, por ejemplo, el labio leporino, la falta de oclusión de las paredes del vientre, las hernias, etc., son debidas a detenciones de desarrollo ocurridas antes de los tres meses de desarrollo.

¿Cuál es la causa íntima? No puede negarse que en algunas ocasiones, sacudidas violentas, estados infectivos de la madre, impresiones morales recibidas en las primeras semanas de la gestación, pueden ser el factor determinante de los vicios de conformación.

En los huevos de los peces se han hecho experimentos de esta naturaleza repetidas veces, para examinar la influencia que en la producción de monstruosidades y detenciones de desarrollo tienen alguna de las causas mencionadas, y, en efecto, se ha comprobado que así las sacudidas fuertes, como los cambios de temperatura, las corrientes eléctricas, determinaban la aparición de vicios de desarrollo y monstruosidades. La cantidad exorbitante de material de experimentación que representa los huevos de los peces, ha permitido llegar a afirmaciones de carácter positivo. Iguales resultados obtuvieron Panum y Dareste, utilizando huevos de gallina y sometiénolos a succusiones, elevaciones totales o parciales de temperatura o impidiendo, por el barnizaje del huevo, los cambios gaseosos con el exterior.

Los fenómenos mitóticos que se producen en los primeros tiempos de la vida son de tanta importancia y de una delicadeza tal, que se concibe que la causa más insignificante pueda llegar a producir una falta de desarrollo. Si la evolución de crecimiento se detiene y no se realiza la fusión de los conductos

de Müller, que debe verificarse para llegar a constituir la vagina y el útero en su parte inferior y las trompas en la superior, y en su lugar quedan dos úteros y dos vaginas total o parcialmente independientes, formando los llamados útero y vagina tabicados, útero bicornes, cordiforme, etc. La ausencia de la glándula germinal, que ha de constituir el ovario, hay que atribuirla a fenómenos de perturbación formativa ocurridos en las cuatro primeras semanas de desarrollo.

La desaparición del tapón de Tourneux pone en comunicación los genitales externos con los internos; el seno urogenital y el surco del mismo nombre vienen a constituir la entrada de los genitales cuando desaparece el tapón cloacal; la detención del proceso de reabsorción de este conjunto celular, es lo que determina la vagina imperforada. Si los dos pliegues de Rathke, que reuniéndose en la línea media van separando la porción que pertenece al intestino de la correspondiente a la vagina, detienen su evolución y el espólón medio no se reúne con los dos repliegues laterales, queda persistente una cloaca en vez de la normal separación entre recto y vagina y queda, al igual que en las aves, una cavidad terminal común para los aparatos digestivos, urinario y genital.

La hipertrofia considerable del clítoris, por una parte, la unión de los labios mayores por otra, confundiendo el desarrollo perteneciente al sexo femenino con el del masculino, da lugar a los llamados falsos hermafroditismos.

La existencia del llamado hermafroditismo transversal, en la que los genitales internos se han desarrollado como pertenecientes a un género y los externos a otro, no pueden ponerse en duda, así como no puede aceptarse sin mayores y mejores descripciones histológicas la existencia del hermafroditismo lateral, en el que por un lado se desarrollan órganos del tipo masculino y en el otro del tipo femenino.

La influencia que puedan tener en la producción de estas anomalías las inflamaciones y compresiones experimentadas por el embrión en las primeras semanas, no ha podido ponerse en evidencia.

La causa íntima queda desconocida, y no podemos hacer más que aplicar los conocimientos generales que sobre embriogenia general poseemos a los vicios de desarrollo y conformación del aparato genital.

Lección 12:

INFLUENCIA DE LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS SOBRE EL FUNCIONALISMO GENITAL

La existencia de glándulas de secreción interna es conocida desde la época de Claudio Bernard, que describió la función glicogénica del hígado; los estudios de Schiff tiroidectomizando algunos perros y los posteriores de Bourneville, Gull y Réverdin reconociendo el origen tiroideo del mixedema post-operatorio, el descubrimiento de las lesiones suprarrenales por Addison en la enfermedad que lleva su nombre, y el de la acción del extracto de estas glándulas hecho por Oliver, Schäfer, Cybulski y Scymonowicz y el de la adrenalina por Takamina, el reconocimiento experimental practicado por Vincent, Cushing, Eisberg, etc., de las funciones de la hipófisis y su influencia en la producción de la acromegalia, los estudios de Parhon, Dalché, Zoppi, etc., sobre la influencia que ejerce la castración en época anterior a la pubertad en la determinación del infantilismo, los experimentos de Gley y de Vasale practicados para la determinación de las funciones de las paratiroides, han creado un capítulo, no sólo patológico, sino también terapéutico, de muchos estados morbosos que no tenían explicación de su naturaleza, extendiendo el concepto de la organoterapia y su utilidad curativa.

No es de este lugar describir las funciones especiales de estas glándulas endocrinas, pero sí es conveniente conocer la influencia que en el funcionalismo genital tienen las perturbaciones de algunas de estas glándulas.

En el estado fisiológico, las funciones de las diversas glándulas de secreción interna se equilibran y su influencia sobre el sistema nervioso simpático y sobre el autónomo no se manifiesta; pero cuando por exceso o por defecto de las que influyen en uno u otro sistema, se perturba el equilibrio, se producen fenómenos de alteración funcional que alcanzan algunas veces límites extremos.

Entre los síntomas genitales producidos por perturbación funcional de las glándulas endocrinas, figura en primer término las ocasionadas por el hipotiroidismo; la disminución de la secreción interna del tiroides se manifiesta en los genitales de modo distinto según la época de su aparición; antes del desarrollo puberal, el infantilismo de los genitales es una de sus manifestaciones, acompañado de una ausencia de deseos sexuales. Después de la pubertad, el hipotiroidismo se traduce frecuentemente por falta de sentido sexual, atrofia de los órganos genitales y perturbaciones menstruales, generalmente de carácter metrorrágico.

Sin negar que en casos de infantilismo genital resultante de la hipofunción tiroidea pueda la amenorrea ser su consecuencia, por lo que se refiere a nuestras observaciones personales, afirmamos que lo más comúnmente observado es la producción de considerables hemorragias, coincidiendo con la función menstrual, y de persistencia muy grande.

Son muchos los casos que se presentan a nuestra observación con síntomas de hipotiroidismo, vecino al mixedema, que acuden a la consulta por las abundantes metrorragias que resisten a todos los tratamientos no sólo médicos (estípticos, astringentes) sino también a la legración uterina.

Ordinariamente las hemorragias dependientes del hipotiroidismo ofrecen el tipo menorragico; menstruaciones que se adelantan seis y más días a la época normal de su presentación y cuya duración alcanza a ocho y diez días. En ocasiones es tal la prolongación del período menstrual, que no se puede determinar cuándo comienza, pues únense las pérdidas de sangre de un período al que le sigue.

La abundancia de sangre es en algunos casos tan considerable, que puede llegar a producir un empobrecimiento general del organismo que revista mucha gravedad.

El estado apático, la torpeza intelectual, el abotagamiento del rostro y una falta de deseos sexuales, forman el cuadro clínico que acompaña a las pérdidas sanguíneas que se producen por los genitales, pero en ciertos casos abundantes metrorragias se presentan en enfermas cuyo síndrome hipotiroideo es casi nulo. Entre las muchas observaciones que hemos fenido ocasión de hacer en estos últimos diez años, forman una buena parte aquellas en las que a la hipofunción tiroidea se asocian otras manifestaciones endocrinas, en especial las hipofisarias.

Las manifestaciones genitales del hipotiroidismo están hoy reconocidas por todos los clínicos; muchas de las menorragias que en un tiempo fueron tratadas sin resultado por medio de la legración uterina, obedecen a estas insuficiencias funcionales de naturaleza endocrina y obedecen de modo verdaderamente notable a la medicación tiroidea.

Fuimos de los primeros que en *Revista de Ginecología* hemos publicado casos de esta naturaleza, habiendo llegado al conocimiento patogénico de algunas menorragias que resistían a todo tratamiento, por la observación de una mixedematosa, operada en 1907 de bocio que presentó hemorragias de tal importancia que pusieron en grave peligro su vida. Otros casos en los que los síntomas generales de insuficiencia tiroidea iban acompañados de los genitales más arriba apuntados, nos afirmaron en la creencia, hoy por todos aceptada, de la íntima relación existente entre la glándula tiroidea y el funcionalismo genital.

La hiperfunción tiroidea, admitida y reconocida por todos los patólogos, da lugar a trastornos los más variados; es causa, o por lo menos, acompaña al

bocio exoftálmico; la existencia de palpitaciones, de excitación cerebral, insomnio, de cefalalgias intensas, de exoftalmía, es frecuentemente manifestación de un grado más o menos acentuado de hiperfunción tiroidea. En la esfera genital femenina determina amenorrea completa o escasez considerable de la menstruación, alteraciones nerviosas que parecen depender del aparato genital, y aun en algunas ocasiones, manifestaciones pseudo-histéricas que convierten a la paciente en una desgraciada que, sin estar nunca gravemente enferma, no puede contar nunca con el estado de bienestar que corresponde a un buen funcionalismo orgánico. Estas enfermas mejoran en algunas ocasiones con el suero antitiroideo, aun cuando su acción no se ve tan manifiesta como el de la tiroidina en la hipofunción. Con el suero antitiroideo hemos visto en algunas ocasiones efectos verdaderamente notables sobre el aparato genital femenino; es éste un suero extraído de animales a los que antes se les ha hecho la extirpación total del tiroides. Lo hemos administrado por vía gástrica en varias ocasiones y hemos visto muchas veces un aumento de la función menstrual al mismo tiempo que desaparecían las alteraciones que en el organismo existían, atribuidas a la falta o escasez de esta pérdida mensual, tales son palpitaciones, excitaciones nerviosas de carácter general y genésicas, hiperclorhidria, etc.

Otra glándula de secreción interna cuya acción extraña no fuese conocida mucho antes, es el ovario. Este órgano posee, además de la función propia de formación y maduración del óvulo, otra que se manifiesta de modo claro, cuando obra por exceso, por defecto o perturbación.

La falta de secreción interna del ovario produce aplasia o falta de desarrollo de los genitales. La actividad de la glándula ovárica comienza con el nacimiento; los ovisacos crecen y evolucionan desde los primeros tiempos de la vida extrauterina.

Desde el momento que nace una niña, experimenta los primeros impulsos de actividad su aparato genital; muy frecuentemente se ven niñas recién nacidas que, a los dos, tres o cinco días de su nacimiento, expelen por su vulva algunas gotas de sangre, como si fuesen comienzos de una menstruación. Es este un hecho sin importancia, pues no es más que manifestación del primer impulso de crecimiento que experimentan los órganos genitales a consecuencia de la función ovárica que se ha iniciado; es raro que esta pérdida dure más de un día y que constituya una hemorragia abundante, pero en algunos casos puede, aunque sin fundamento, constituir un motivo de alarma para la familia.

He tenido ocasión de demostrar, por medio de preparaciones micrográficas de ovarios de niñas recién nacidas y de menos de un año, que la función ovárica comienza en los primeros tiempos de la vida. Lo que diferencia la función de ovulación de los primeros tiempos, de la que marca y caracteriza el período de la pubertad, es que así como en esta época llega a madurez completa la vesícula de De Graaf y se rompe y el óvulo sale del ovario, en los impulsos de

crecimiento de la época anterior a la pubertad no hay rotura del ovisaco y si bien el folículo primordial llega a convertirse en vesícula de De Graaf, antes que llegue a completa madurez experimenta el fenómeno de regresión, o prodúcese un estado lísico por el cual el protoplasma celular se licua, desaparece asimismo la substancia cromática y a esta descromatización sigue una invasión completa de la cavidad de la vesícula por elementos de tejido conjuntivo, formándose las cicatrices del ovisaco sin haber llegado a la constitución del cuerpo amarillo en la forma que se ve luego en la pubertad.

Repercuten estas funciones ováricas sobre el aparato genital desarrollándose, si bien algunas veces pueden sufrir alteraciones. Hemos tenido ocasión de ver una niña de cuatro años perfectamente menstruada; en la literatura médica se citan varios casos de niñas de dos años con la menstruación perfectamente regular, y uno observamos nosotros de una niña de nueve años que llevaba tres de menstruaciones completamente regulares y con desarrollo de todos los caracteres de la pubertad: mamas grandes, poblado el pubis, redondeadas las formas, etc. Estos casos no es raro encontrarlos citados en la literatura médica; la génesis de esta precocidad hay que buscarla en las funciones de ovulación, que se realizan de modo completo, en vez del modo incompleto con que fisiológicamente se producen antes de la pubertad. Es probable que además de esta prematura actividad ovárica concurren a la precocidad de desarrollo otros factores endocrinos cuales son la hiperfunción hipofisaria y suprarrenal.

El proceso de crecimiento y formación de las vesículas de De Graaf, que no llegan a completa madurez y son luego sustituidas por tejido conjuntivo, sólo el estudio histológico realizado en condiciones apropiadas permite reconocerlo; pero como puede sufrir verdaderas alteraciones, así en defecto como en exceso, hay que hacer un estudio especial para darse cuenta de la influencia que sobre la totalidad del organismo puede ejercer. Hay que suponer que en el torrente circulatorio penetran una cantidad de hormonas resultantes de las funciones ováricas, que actúan sobre el estado general del organismo.

Es indudable que el ovario es una glándula de secreción interna. No podemos decir cuál es el producto de ésta porque no se ha hallado todavía la substancia resultante de la misma; pero su entrada en el torrente circulatorio y su influencia sobre el organismo se demuestra en todos los casos en que sobrevienen alteraciones por hiper o hipofunción de estos órganos. La influencia que ejerce la función ovárica en el desarrollo genital está fuera de toda duda, como lo está también la acción atrofiante que sobre el útero ejerce la castración, sea quirúrgica sea rontgeniana. La función endocrina del ovario es doble: una depende de la llamada glándula intersticial, formada por acúmulos de células epiteliales situadas en el estroma de la glándula, y otra es resultante del producto de regresión folicular.

La acción de la secreción de la glándula folicular se ejerce especialmente sobre el ciclo sexual y sobre las funciones de menstruación, nidación del óvulo fecundado o hiperplasias e hipertrofias necesarias para el desarrollo del útero en estado de gestación. Las funciones puestas en actividad por los productos de la desintegración folicular son las que significan poder formativo y de reproducción; la cantidad de energía genética que poseen los óvulos que en número tan considerable experimentan crecimiento y desintegración no puede perderse, sino que se transforma, actuando como agente determinante de reproducción de la especie. En estado de vacuidad, los productos foliculares obran en los primeros tiempos de la vida como impulsores del crecimiento genital; al llegar a la pubertad los folículos maduran y los elementos celulares que forman las tecas representan por su actividad un refuerzo a la acción preparatoria de los órganos genitales para la función de reproducción; cuando la fecundación se ha realizado, toman caracteres de mayor actividad las formaciones de las tecas y presiden por su secreción los fenómenos de crecimiento de las estructuras genitales, haciéndolas aptas para contener el producto de la concepción. Esta función endocrina representa una gradación de actividad genética, que comienza en las modificaciones celulares de la época anterior a la menstruación y termina con las grandes modificaciones orgánicas correspondientes a la época del embarazo.

La glándula intersticial ejerce probablemente una acción reguladora de la función folicular; su acción sobre el sistema nervioso se traduce por hipoestusias en los casos de destrucción de la misma y por excitaciones pseudohistéricas en los casos de hiperactividad funcional.

Algunos autores atribuyen a esta glándula intersticial una acción excitante sexual específica, o sea determinante de los caracteres propios del sexo, mientras que a la hipófisis y glándulas suprarrenales se les atribuye un papel excitante sexual general.

La acción que los ovarios ejercen sobre la determinación del sexo ha sido objeto de diversas teorías, que no creemos oportuno exponer en detalle, por no hallarse ninguna de ellas apoyada en hechos puros de observación o de experimentación.

La influencia sobre el sistema nervioso central y periférico se manifiesta con los más diversos síntomas: palpitaciones, cefalalgias, cólicos intestinales, excitaciones nerviosas o estados apáticos, que desaparecen muy a menudo con un tratamiento opoterápico.

La ausencia de función de la glándula ovárica se manifiesta en los genitales por una falta de desarrollo: el útero queda infantil en anteflexión pronunciada, cuya consecuencia es la irregularidad de la menstruación; prodúcese dismenoreea más o menos intensa, debida a que la mucosa uterina no tiene las condiciones de normalidad glandular que permite la formación de los hematomas

sub-epiteliales con la salida consiguiente de la sangre menstrual; es hecho demostrado que cuando los ovarios funcionan desde la primera infancia de modo insuficiente, existe falta de desarrollo genital. En algunas ocasiones, esta falta de desarrollo genital puede ir acompañada de un estado completo de infantilismo, no solamente de este aparato, sino de todo el organismo.

No quiere decir esto que sea forzosamente consecuencia de la insuficiencia ovárica la falta de desarrollo total o nanismo; ello parece ligado a la insuficiencia pluri-glandular, en la que probablemente, más que a la ausencia de los productos de la secreción ovárica sola, se debe aquel trastorno a la falta de desarrollo de la hipófisis y de otras glándulas de secreción interna; está perfectamente reconocido que la hipófisis, por su exceso de función, puede determinar el gigantismo; la función de la hipófisis es excitante de la actividad de la glándula genital, y a esta causa se debe la hiperactividad sexual que tienen los hiperhipofisarios.

La hipofunción o la disfunción del lóbulo anterior de la hipófisis o de la porción intermedia de esta glándula, determina una adiposidad considerable no sólo en las paredes del vientre sino de toda la mitad superior del cuerpo; el acúmulo de grasa en el mesenterio y en las paredes abdominales va acompañada de oligomenorrea o de amenorrea y estos dos hechos reunidos han hecho creer en muchas ocasiones a mujeres y a médicos en la existencia de gestaciones que han resultado después del todo imaginarias.

La acromegalia y los trastornos psíquicos que acompañan a las disfunciones hipofisarias, pueden ser primitivas o consecutivas a trastornos genitales en los que la amenorrea juega un principal papel.

La hipofunción de esta glándula determina una falta de desarrollo del aparato genital y del temperamento genético. Tal vez a esta causa sea debida la falta de goce sexual de que muchas enfermas estériles adolecen. En estos casos las enfermas se creen estériles porque no sienten nada en el acto del coito; su esterilidad puede depender, lo mismo que la falta de sensación erótica, de la hipofunción hipofisaria. Cuando la hipofunción de esta glándula aparece tardíamente, puede conducir a la atrofia de los genitales, con adiposidad general, abotargamiento, frigidez, caída del pelo del pubis y axilas, etc., que constituyen el síndrome de Fröelich, o distrofia adiposo genital (1901).

La hiperfunción ovárica se manifiesta en algunas ocasiones por fenómenos locales. No es infrecuente ver niñas púberes de trece, catorce o quince años con metrorragias considerables, pérdidas de sangre que llegan a producir perturbaciones generales intensísimas que no obedecen más que a la hiperfunción ovárica. Reconocidas estas enfermas, no se encuentran señales de tumoración alguna ni alteraciones de la membrana mucosa del útero; el volumen del órgano es casi el normal, y, sin causa aparentemente justificada, esas niñas sufren metrorragias considerables que existen y persisten durante días y aun semanas,

llegando en algunos casos a desaparecer las épocas intermenstruales, es decir, aún no terminada la pérdida sanguínea de un período, ha comenzado la del que le sigue. Estas hemorragias no obedecen a ninguno de los tratamientos corrientes hemostáticos. El *hidrastis canadiensis*, la ergotina, la ernutina, el agua de Rabel, la trementina, la gelatina en distintas formas, ya sea por la boca, ya en inyecciones rectales, no producen efectos favorables de ninguna especie; hemorragias verdaderamente desesperantes hasta hace poco tiempo; hemorragias que se corrigen fácilmente hoy, con la aplicación de los rayos X en las regiones ováricas; rayos X profundos, penetrantes, filtrados por láminas de aluminio, zinc o cobre, que, actuando sobre las glándulas genitales femeninas y sobre los elementos activos del ovario, producen una destrucción parcial y cesa la hiperfunción de modo temporario; la aplicación de este medio terapéutico no puede llegar a las dosis que producen la destrucción completa de la capa ovígena, pues significaría la provocación de una esterilidad definitiva además de la serie de trastornos generales consecutivos a una castración. El tratamiento de estas enfermas debe quedar limitado a la disminución de la hiperfunción ovárica, con las radiaciones de Röntgen o por medio del radio o mesotorio; radiaciones que deben ser utilizadas con gran prudencia para no sobrepasar los límites a que debe quedar reducida su acción; es éste un medio que hay que conocer bien en su manera de emplearlo, porque los rayos profundos tienen la acción destructiva de los elementos activos del ovario, y si a una niña de catorce o quince años que padece hiperactividad ovárica se la trata con una dosis superior a la que necesita, puede llegarse a la destrucción total de la capa ovígena, y las menorragias que tenía mensualmente ser reemplazadas por una amenorrea definitiva. La cesación definitiva de la función ovárica no debe producirse en mujeres jóvenes: ocurre con frecuencia que después de varias sesiones de rayos X, sobreviene la amenorrea, que dura varios meses y hasta un año o más, para reaparecer luego con mayor o menor regularidad. Esto obedece a que si bien quedan destruídos la mayor parte de folículos primordiales, permanecen algunos profundos, dotados del poder de crecimiento que al desarrollarse provocan la aparición de la función menstrual.

Los fenómenos generales debidos a la hiperfunción de la glándula ovárica son múltiples. Es indudable que la secreción ovárica influye sobre el funcionamiento del sistema nervioso y es muy común observar que estas enfermas que tienen una función ovárica mayor que la normal, presenten trastornos del sistema nervioso de los más variados: trastornos de formas pseudohistéricas unas veces, convulsivas otras, astenias en algunos casos, aun cuando las formas hipestésicas son más frecuentes; estas alteraciones son de tal importancia que llegan a producir perturbaciones psíquicas más o menos pronunciadas.

De la misma manera que en la hipersecreción tiroidea se produce una mejoría notable con la administración de una cantidad de suero extraído de un

animal al cual se le ha extirpado el tiroides, pueden lograrse efectos parecidos con la administración a estas enfermas de un suero antiovárico.

Para ello, utilizamos cerdas castradas en época anterior a la del celo, y con el suero tindalizado prepáranse ampollas de 5 cent. cúb., que se administran por vía gástrica, al igual que se hace en los casos de hipertiroidismo con el suero de Moebius, «Ibys», Tello.

Los resultados que hemos obtenido con este suero nos permiten aconsejar su empleo. El laboratorio «Ibys», bajo nuestras indicaciones, lo preparó y creemos que puede prestar en ciertos casos muy beneficiosos servicios; tenemos sin embargo necesidad de esperar el resultado de mucho más numerosas observaciones para poder afirmar si verdaderamente tiene o no tiene acción este suero que, como digo, puede marcar una orientación en el tratamiento de algunos trastornos genitales que hasta hoy han sido designados como de naturaleza nerviosa refleja.

El empleo de todas estas sustancias, de acción hormonal, lo mismo en los casos de hiperfunción que en los de hipofunción, indudablemente resultaría más eficaz si pudiéramos tratarlas con hormonas de la misma clase, perteneciente a la misma especie animal; ello sería una ventaja considerable, pero como se comprende, habría de resultar imposible e inmoral el pretender curar a una enferma extrayendo sangre de otra, cosa que representa su energía vital, así como resulta imposible el sacar órganos de un individuo de la especie humana para tratar una insuficiencia de función de órganos de otros sujetos; pero si esto no es factible ni es aceptable, puede en algunas ocasiones emplearse la organoterapia homóloga, cual es la que he tenido ocasión de emplear y cuyos estudios continúo haciendo, utilizando órganos que por circunstancias especiales han venido a nuestra disposición.

En el capítulo referente a organoterapia nos ocuparemos en extenso de este asunto.

La alteración funcional de los ovarios es, probablemente, causa de la osteomalacia, pues el tratamiento de esta grave enfermedad, por medio de la castración, ha dado en varias ocasiones excelentes resultados; no puede admitirse que sea dependiente de exceso o defecto de función, pues ni la castración determina la enfermedad, ni la sola hiperfunción se manifiesta con estos síntomas; pero la perturbación de la secreción es factor muy digno de ser tenido en cuenta. La clorosis es, probablemente, enfermedad ligada con alteraciones endocrinas.

Es este un capítulo de la Patología que todavía está en sus comienzos, pues si bien la existencia de las glándulas endocrinas está admitida por todo el mundo, la cantidad de sustancias que de las mismas células se desprenden, la cantidad de hormonas que cada elemento lleva al torrente circulatorio y que sirven para regular el funcionalismo del organismo, son cosas

que en realidad están todavía en los comienzos de su investigación químico-biológica.

Un hecho reconocido es que no son sólo las llamadas glándulas de secreción interna las que actúan como vectoras de sus productos en el torrente circulatorio, sino que cada grupo celular tiene sus productos hormonales que rigen los destinos de sus congéneres, y, además de esto, existen en el organismo los grupos constituidos por lo que antes se denominaba glándulas sanguíneas, que sirven de reguladoras para mandar al torrente circulatorio la cantidad necesaria de energías en reserva, cuando en algún punto de la economía no se establecen los cambios celulares que suministran las hormonas que rigen las funciones cuya regulación les está encomendada.

Las alteraciones de la glándula perineal parecen tener una marcada influencia en la precocidad menstrual y en la aparición de una hipertriosis generalizada. La aparición precoz de la menstruación y desarrollo de las glándulas mamarias con deseos sexuales anormales que en niñas de muy corta edad se manifiestan, parecen hallarse en relación con las funciones de esta glándula que como la hipófisis puede tener, hiper, hipo o disfunción.

Las glándulas suprarrenales no parecen ejercer influencia alguna sobre el desarrollo y el funcionalismo genital, pues son muchos los casos en los que la existencia de una tuberculosis avanzada de estos órganos no ha impedido el desenvolvimiento normal de una gestación y del parto.

La frecuencia con que la diabetes produce menorragias abundantes y en algunos casos raros amenorrea y aun menopausia precoz ha hecho creer en la influencia de la secreción interna del páncreas sobre el funcionalismo del aparato genital: sin negar esta posibilidad creemos que las pérdidas de sangre que tan frecuentemente se observan en las diabetes dependen más del estado disocrásico que de la alteración en la secreción interna del páncreas, pues las mismas alteraciones funcionales del aparato genital se observan en la diabetes de origen pancreático que en aquella de carácter alimenticia y en las que aparecen por alteraciones de la base del cerebro.

Las relaciones de las glándulas mamarias con los genitales, se comprueba no sólo por las modificaciones que se producen en ellas en las épocas de actividad de aquéllos, sin que también por los casos bien observados de menorragias dependientes de la lactancia prolongada, que cesan sin medicación ni tratamiento alguno cuando cesa la lactancia.

FALSAS GENITALES

Conócense con el nombre de falsas uterinas ciertos estados morbosos que, por presentar síntomas en los órganos genitales, se supone localizadas en estos órganos, no estándolo en realidad sino en algún otro que, directa o indirectamente, es el causante del síndrome genital.

Es muy frecuente que enfermas del aparato genital presenten alteraciones digestivas, del aparato circulatorio, del renal, nervioso, etc.; pero mucho más frecuente que esto, es que enfermas hepáticas, renales, cardíacas o del sistema nervioso, presenten alteraciones genitales que hagan pensar en una localización genital, cuando en realidad el verdadero proceso determinante de las alteraciones que presenta la enferma radica en alguno de aquellos aparatos.

Hace algunos años era sumamente difícil obtener de la mujer dato alguno que hiciera referencia a su funcionalismo genital; aun a los médicos ocultaban los síntomas que del aparato genital procedían. En la actualidad se ha caído en el otro extremo; toda enferma que no sabe lo que tiene se cree enferma del aparato genital, y cualquier manifestación que presente y que sea más o menos rebelde al tratamiento es atribuida frecuentemente a alteraciones genitales; y como quiera que se han hecho sinónimas, desde hace muchos años, las palabras enfermedades de los genitales y enfermedades de la matriz, resulta que al acudir al especialista no hablan, por lo común, más que de este órgano, y dicen: «Vengo porque creo que estoy enferma de la matriz». De donde resulta una mala denominación técnica del proceso, ya que, en vez de llamar a estas enfermas *falsas genitales*, se las ha denominado falsas uterinas, cuando en realidad la sintomatología que presentan, más que al útero, corresponde a otros órganos del aparato genital, principalmente a los ovarios y trompas.

Saber apreciar si los síntomas genitales que presenta una mujer indican lesión de este aparato o de otro, es del todo necesario para su buen tratamiento; para diferenciarlos es preciso tener en cuenta por qué mecanismos pueden actuar y qué clase de síntomas son capaces de producir en los genitales, las enfermedades del hígado, corazón, riñón, etc.

La sintomatología genital de las falsas uterinas corresponde comúnmente a modificaciones de la menstruación, al dolor y a los flujos anormales. La amenorrea, las menorragias, la dismenorrea y, más raramente, la leucorrea, son los síntomas genitales que se presentan por afecciones de órganos pertenecientes a otros aparatos.

Síntomas genitales pueden presentarse en el curso de procesos generales de naturaleza infecciosa; sabida es la frecuencia con que se presentan menos y metrorragias en los comienzos de la fiebre tifoidea, viruela, escarlatina, grippe, etc.

En enfermedades hepáticas, cardíacas, renales, gastro-intestinales, nerviosas, etc., aparecen en algunas ocasiones síntomas genitales de tal intensidad que pueden por sí solos formar el cuadro más importante del proceso.

Dentro del grupo de las hepáticas colocamos a la retención biliar, que es causa de metrorragias; en términos generales, débese recordar que, lo mismo en el hombre que en la mujer, las epistaxis de origen hepático son frecuentes, y también lo son, aunque no con tanta frecuencia, las enterorragias. La menorragia de origen biliar no solamente no es infrecuente, sino que constituye un síntoma muy común de los procesos biliares, sobre todo en los de retención. La intoxicación colémica se caracteriza muy frecuentemente por pérdidas de sangre por algún punto de la economía; unas veces es en la piel, determinando una púrpura más o menos intensa: otras veces en la mucosa de la nariz; otras en la gástrica; el síntoma hemorragia es frecuente en las alteraciones biliares por retención.

Generalmente la pérdida de sangre se produce por donde más facilidad tiene para salir al exterior, y como quiera que en la mujer existe la función menstrual, el estado de intoxicación colémica determina muy a menudo una pérdida considerable de sangre por sus genitales, y la mujer que se encuentra con una menorragia abundante, que dura seis, ocho, doce días, se cree enferma de su aparato genital, puesto que de él es de donde sale el flujo sanguíneo anormal, y, sin embargo éste, no es más que una manifestación de la perturbación de la crisis sanguínea producida por una retención mayor o menor de bilis.

Hace unos años tuvimos en la Clínica de la Facultad un caso de los más demostrativos de la influencia que la retención biliar ejerce en la aparición de metrorragias. Tratábase de una mujer de cuarenta años que presentaba, junto con un tinte sub-ictérico, una hemorragia uterina considerable; el útero ligeramente aumentado de volumen, con una erosión simple del cuello. La metrorragia fué tan considerable, que llegó a ponerla en verdadero peligro. Entró en la Clínica, y a la palidez propia de las pérdidas de sangre que había tenido, unía un tinte ictérico bastante pronunciado, especialmente en las conjuntivas y mucosa bucal; las hemorragias que de la matriz procedían, la erosión del cuello uterino y el ligero aumento de volumen, nos hizo pensar en un carcinoma corporal; mas como quiera que el tinte ictérico de las conjuntivas era muy pronunciado, tuvimos en cuenta la relación que existe en algunas ocasiones entre la colemia por reabsorción y las metrorragias, y pensando asimismo en la posibilidad de una metástasis epitelial que a consecuencia de una neoplasia uterina se hubiese producido en el hígado, vacilamos entre hacerle la histerectomía para

evitar que perdiera mayor cantidad de sangre, o dirigírnos primeramente hacia las vías biliares para ver qué es lo que allí había, impidiendo el curso de la bilis; la historia de la enferma nos hacía pensar en la litiasis biliar, pero las metrorragias abundantísimas nos hacían temer un carcinoma hepático por metástasis.

Aun cuando la escisión de prueba hecha con la cucharilla no acusaba formación epitelial maligna, no desechamos en absoluto la idea de carcinoma, pero ello sirvió para decidírnos a restablecer primero el curso de la bilis para que no hubiera reabsorción, y dejar para cuando, desaparecido el obstáculo producido por la calclosis biliar, pudiérase practicar la extirpación del útero, si los síntomas clínicos que nos hacían pensar en el proceso canceroso persistía y no mejoraba el estado semicaquético que presentaba la enferma. Nos dirigimos, pues, a las vías biliares; cortadas las estructuras correspondientes, llegamos a la vejiga biliar, la cual abrimos y sacamos unos 13 ó 14 cálculos; ellos no eran suficientes para explicar el proceso; era preciso para que se produjeran los fenómenos colémicos, que existieran también algunos cálculos más abajo, y efectivamente, sacamos del conducto cístico otros dos, y llegamos por fin al colédoco y de éste, que estaba dilatado hasta alcanzar el tamaño del dedo pulgar, sacamos, después de incindido, uno del tamaño del extremo del dedo índice, que obturaba por completo el conducto, muy cerca del punto de desembocadura en el duodeno.

Extraído este cálculo, y no habiendo ninguno más, hicimos la sutura cuidadosa del colédoco, cerramos la cavidad del vientre y comenzó a establecerse el curso normal de la bilis, rebajándose al poco tiempo el tinte icterico. La enferma curó de su intervención y salió de la Clínica completamente bien de la operación. Le dijimos que siguiera viniendo cada ocho días para hacer luego la intervención uterina caso que persistieran los síntomas y con gran satisfacción suya y nuestra, desde el momento de la intervención dejó de tener metrorragias, tuvo sus períodos menstruales únicamente de tres o cuatro días de duración; sin hacerle tratamiento alguno, sin darle el más pequeño hemostático, sin tomar absolutamente nada, ni hacerle cura alguna en la matriz, persistió el ciclo regular de sus menstruaciones; desde entonces no ha tenido una sola metrorragia; tres años más tarde se hizo menopáusica y jamás ha tenido necesidad de recurrir al médico por síntomas genitales desde que quedó desobstruido el conducto colédoco.

Este es el caso más brillante que puedo presentar como demostración de la influencia que la reabsorción de la bilis ejerce en la producción de hemorragias genitales, y que justifica en gran parte los errores que pueden cometerse atribuyendo a procesos genitales lo que depende de lesiones de otros aparatos. En esta enferma, aun cuando le practicamos escisión de prueba, el resultado del análisis microscópico no fué suficiente para que, fiados en él, excluyéramos la posibilidad del diagnóstico de degeneración epitelial maligna.

En la cirrosis hepática ocurre frecuentemente lo opuesto; como quiera que en las esclerosis de esta glándula no existe reabsorción de bilis, sino destrucción del tejido hepático, algunas veces, después de un período de metrorragias, sobreviene otro de amenorrea definitiva.

Las enfermedades cardíacas producen también en algunas ocasiones síntomas genitales, que son distintos, según cuál sea la lesión y el período de la enfermedad determinante del trastorno genital. Las estenosis mitrales puras en curso de evolución, producen menorragias; cuando van acompañadas de insuficiencia, las producen también en sus primeros tiempos para convertirse en amenorreas al llegar a los estados caquéticos, en los que la infiltración anasárquica influye de modo considerable en la cesación de las funciones de ovulación. Las insuficiencias mitrales simples, producen estados congestivos en todo el organismo; las perturbaciones circulatorias, en los casos de insuficiencia mitral, son de carácter pasivo, esto es, éxtasis venosos que conducen a trasudaciones e infiltraciones de los órganos por efecto de la dificultad circulatoria; una parte de la sangre refluye por la válvula mitral, y por lo tanto, la que va por la aorta no es enviada con la fuerza suficiente a la periferia, resultando de ello y de las dificultades de desagüe de las cavas, congestiones de naturaleza pasiva que en los primeros tiempos determinan hemorragias nasales, uterinas, rectales, etc., y más tarde, cuando se generalizan los fenómenos de infiltración, cesan por completo las uterinas, aun las fisiológicas, y se produce amenorrea.

En la estenosis de las válvulas aórticas se presenta frecuentemente amenorrea y sólo excepcionalmente cuando a consecuencia de este estado valvular se ha llegado a un grado considerable de hipertrofia del ventrículo izquierdo es cuando pueden producirse menorragias; en casos de lesiones aórticas en las cuales se producen hemorragias genitales, hay que atribuírlas más a un proceso de arterio-esclerosis generalizada, que ha alcanzado a los vasos uterinos, que a perturbaciones de la circulación central. Los fenómenos isquémicos iniciales en la estenosis aórtica producen perturbaciones funcionales del aparato genital; hemos tenido ocasión de observar una porción de procesos cardíacos de distinta naturaleza, causantes unas veces de amenorreas, otras de metrorragias o menorragias, habiendo comprobado que las lesiones cardíacas tienen una influencia muy diversa, según estén en su principio o en el final. Como fenómenos iniciales cardíacos hemos visto frecuentemente menorragias y metrorragias; en períodos muy avanzados, en las caquéticas, cuando ya existe infiltración edematosa de casi todo el organismo, lo general ha sido hallar estados de amenorrea. La enfermedad azul va por lo común acompañada de un estado de hipoplasia genital, y por tanto, la amenorrea que la acompaña no puede colocarse como síntoma de falsa uterina, sino dependiente de trastorno en el desarrollo genital, aun cuando su origen sea cardíaco.

Las alteraciones renales avanzadas producen amenorrea, y es frecuente

que afecciones renales de curso crónico den lugar, como primera manifestación de su existencia, a la supresión de las reglas; en algunos casos se manifiesta el mal de Bright por irregularidades menstruales: a uno o dos meses de amenorrea sigue una menorragia abundantísima; en algunos casos el color de la sangre de la menstruación es sumamente pálido, pero en otros es rojo y sale con abundancia tal, que obliga a recurrir al taponamiento. Entre los casos de esta naturaleza que hemos tenido ocasión de tratar, merece ser citado uno de una enferma que, con un mal de Bright de más de dos años de fecha, presentaba amenorreas de dos, tres y aun de cuatro meses de duración, seguidas de copiosas metrorragias que no obedecían a la medicación hemostática, y que curaron de modo completo, llegando a regularizarse los menstruos, sólo con el régimen y la nefrina.

En la ectopia renal prodúcese perturbaciones en el funcionamiento del plexo renal, que son causa de alteraciones nerviosas que repercuten sobre el ovario, dando lugar a trastornos de este órgano; es muy frecuente hallar enfermas con ectopia renal que presentan alteraciones ováricas del mismo lado, que si en un principio fueron sólo de carácter nervioso simpático, secundariamente, dependían de lesiones ováricas, y la que en un tiempo era una falsa genital, llegó a ser una verdadera enferma ovárica.

Perturbaciones del sistema digestivo son frecuentes a consecuencia de procesos uterinos; pero la inversa, es decir, alteraciones del aparato digestivo, ser causantes de síntomas genitales, también hemos tenido ocasión de observarlas.

Las dispepsias gástricas van frecuentemente acompañadas de trastornos uterinos, los cuales en algunas ocasiones preceden y en otras subsiguen a las perturbaciones digestivas; no es posible negar la influencia que sobre el funcionalismo gástrico ejercen las enfermedades genitales, pero tampoco puede ponerse en duda que muchas veces los trastornos digestivos son los determinantes de síntomas del aparato genital, que obligan a considerar como falsas uterinas algunas de estas enfermas.

La leucorrea se presenta en casi todas las dispépticas, debiendo atribuir su existencia a la reunión de diversos factores; por una parte, el estado habitual de las dispépticas es el de constipación, y, como es consiguiente, las enfermas estreñidas tienen dificultades circulatorias de los vasos pelvianos, que pueden motivar congestiones pasivas del útero y ser ellas las productoras de los flujos anormales. En segundo lugar, debemos recordar que la hiperestesia gástrica e hiperclorhidria es a menudo debida al artrismo, y como quiera que éste es causante de inflamaciones genitales amicrobianas, puede ser interpretado como fenómeno genital un síntoma que depende sólo de perturbaciones del metabolismo celular agravado por las alteraciones digestivas.

La dilatación de estómago, sea de naturaleza orgánica, sea paralítica,

produce en algunos casos síntomas genitales; la amenorrea y la dismenorrea acompañan muchas veces a la gastro-ectasia. Algunas enfermas, afectas de hipoastenia gástrica con hiperclorhidria, presentan alteraciones menstruales, no sólo en la cantidad de sangre que se pierde, sino también en sus manifestaciones dolorosas; es frecuente la dismenorrea de origen* gástrico; lo difícil es determinar de modo preciso si los síntomas genitales precedieron, acompañaron o vinieron consecutivamente a las perturbaciones digestivas.

Es muy frecuente encontrar enfermas que lo son a la vez de los genitales y del estómago, no existiendo una verdadera relación de causa a efecto entre unas y otras, por lo que ni el tratamiento de las unas ni de las otras, si se aplican aisladamente, da resultados curativos, los que se obtienen si se tratan a la vez los dos procesos. La circunstancia de agravarse por acción mutua unas y otras enfermedades, obscurece de modo grande el concepto patogénico de las lesiones.

La apendicitis ha sido en muchas ocasiones confundida con procesos flogísticos anexiales, y aun más frecuentemente éstos con aquélla; la proximidad en que se hallan los anejos del lado derecho con el apéndice, y las relaciones de circulación que ambos órganos tienen, permite una confusión diagnóstica. Por otra parte, son muchos los casos en que los procesos anexiales de naturaleza inflamatoria han dado lugar a propagaciones apendiculares, y en algunas ocasiones han sobrevenido éstos a consecuencia de afecciones peritíflicas. La diferencia entre las afecciones del ciego y apéndice y los genitales son, generalmente bien fáciles de establecer, fijándose especialmente en los datos que el examen de los anejos por vía vaginal o rectal proporciona; mas como quiera que en algunas ocasiones el apéndice ocupa una posición pelviana y aun excepcionalmente el fondo de Douglas, el diagnóstico puede resultar difícil si no se atiende al conjunto de datos que una exploración completa proporciona.

La constipación habitual acompaña frecuentemente a las ginecopatías y ella puede por sí dar lugar a síntomas genitales que desaparecen tan pronto como se regulariza el curso de las deposiciones.

El caso que a continuación relatamos es el más interesante de falsa genital por perturbación funcional del intestino, que hemos podido observar; trátase de una coprostasis, en la que se presentaban los siguientes síntomas: tumoración irregular del tamaño de un melón grande, ocupando el centro del abdomen; la enferma, tenía menorragias abundantes; la dureza, volumen, situación de la tumoración y hemorragias, hizo pensar que se trataba de tumores fibromatosos del útero. La enferma movía el vientre con cierta dificultad, pero hacía deposiciones, ya espontáneas, ya mediante enemas todos los días; preparósele con un purgante salino, que surtió regular efecto, y procedimos a los dos días a practicar la laparotomía. Con gran sorpresa nuestra encontramos el aparato genital sano, y vimos que lo que constituía la enorme tumoración abdominal eran los intestinos dilatados, en especial el grueso que lo estaba en toda su extensión,

hasta el punto de que el colon transversal, adosándose a la S iliaca, formaba una masa considerable, mayor que la cabeza de un adulto, constituida por materias fecales sumamente endurecidas. Una vez comprobado el error diagnóstico, y no hallando signo alguno de estenosis que explicara la causa de aquella detención considerable de excrementos, no nos quedó más que cerrar el vientre, y dejamos pasar tres o cuatro días a que estuvieran las cosas en mejor estado, para empezar el tratamiento de aquella coprostasis, por medio de la bilis de buey en enemas y de los excitantes del peristaltismo intestinal; con este tratamiento fué eliminando lentamente el contenido intestinal, pero en cuanto dejaba de tomar los enemas con la bilis de buey, volvía a presentarse otra vez la tumoración.

En los dos meses que estuvo en la Clínica no volvió a presentar metrorragias, y sí la pérdida regular correspondiente a dos menstruaciones.

La enteritis muco-membranosa acompaña, en muchos casos, a procesos anxiales, siendo algunas veces consecuencia directa de los mismos; en otras ocasiones aparece concomitando con procesos genitales, pero sin guardar relación causal, y obsérvese asimismo, algunas veces, sin lesión genital alguna, pero dando lugar a síntomas de este aparato. La dismenorrea ovárica, y excepcionalmente la dismenorrea membranosa, se presentan en ocasiones como síntomas que acompañan a la colitis muco-membranosa, sin que existan lesiones genitales apreciables. La clase de molestias pelvianas y los dolores de irradiación que acompañan a esta clase de enteritis, se parecen mucho a los que forman el cortejo sintomático de muchos procesos anxiales, y es de todo punto preciso para un acertado tratamiento, distinguir los casos que constituyen falsas genitales, de aquellos en que existe una relación causal o coincidencia de procesos. En algunos casos es posible que perturbaciones nerviosas de carácter trófico sean las determinantes de ambos procesos, que se manifiestan en la dismenorrea membranosa por la expulsión de las capas superficiales de la mucosa uterina, y en las enteritis membranosas por la expulsión de las pertenecientes al intestino grueso.

La neurastenia y la histeria se presentan en varios casos con síntomas genitales que permiten la suposición de causalidad; sin negar que es posible que trastornos genitales, principalmente los ligados con las secreciones internas del ovario, pueden ser los productores de los trastornos histéricos y neurasténicos, sería grave error el generalizar la etiología y pretender ver en la inmensa mayoría de los casos relación alguna de causalidad. La generalización del concepto del histerismo, aplicado a trastornos ováricos, es el que condujo al mayor error de la Ginecología, cual fué la práctica de la castración para curar aquella neurosis.

Hay, sin embargo, un número bastante grande de enfermas que pudiéramos denominar pseudo-histéricas, que presentan una considerable cantidad de

trastornos nerviosos, ligados en absoluto con afecciones anexiales. Uno de los casos más demostrativos es el siguiente: una señora de veinticuatro años, casada, presentó, acompañando a un proceso trófico del ovario, una serie de trastornos nerviosos, tónicos y clónicos, a veces de naturaleza convulsiva, que por su intensidad, no queríamos creer pudieran ser de origen genital; agotados todos los recursos médicos, electricidad, tratamiento hidromineral, fisioterapia, etc., sin encontrar alivio alguno, aceptamos la intervención operatoria, que se nos propuso como recurso último, en la cual no teníamos gran confianza por falta de relación entre lo que podíamos apreciar en los anejos y los graves trastornos nerviosos que tenía; practicada la laparotomía, encontramos los ovarios ligeramente escleroquísticos y algunas adherencias perisalpingianas. La enferma curó perfectamente de la operación y de todos los trastornos nerviosos que tenía. Han pasado ya varios años y el estado así local como general es excelente, no habiendo tenido ni una sola vez, desde entonces, trastorno alguno.

Al lado de casos de esta naturaleza se encuentran, muy frecuentemente, otros en los que las enfermas pretenden atribuir todos los trastornos que experimentan a lesiones genitales, sin que este aparato tenga proceso patológico alguno; estas falsas genitales abundan en todas las consultas de los ginecólogos, y hay que estar prevenidos contra ellas para no incurrir en la tentación de practicar operaciones que, si alguna vez, sólo resultan inútiles, muy a menudo son verdaderamente perjudiciales.

En enfermas de esta naturaleza se encuentran los llamados casos de embarazo hístico o falso embarazo, que no son admisibles hoy día sino como resultado de exploraciones deficientes. Estas enfermas tienen, algunas veces, sensaciones que atribuyen a movimientos fetales, y no son raros los casos en que, por una contracción espasmódica de las paredes del vientre, han hecho creer al médico en la existencia de tumores del abdomen.

Algunas afecciones cerebrales empeoran de tal manera al sobrevenir la época catamenial, que pueden hacer creer en un proceso genital, no hallándose ninguno de estos órganos enfermo. A este propósito mencionaremos un caso de tumor cerebral, que determinaba tan intensa cefalalgia en los períodos menstruales, que la enferma y nosotros mismos no podíamos dejar de atribuirles una relación causal. En los períodos intermenstruales el estado de la enferma era casi normal; sólo algunas pequeñas manifestaciones de alalia y amnesia hacían pensar en algo cerebral; repentinamente, en un período menstrual que comenzó igual que los anteriores, aparecieron fenómenos claros de compresión cerebral, que mataron a la enferma en breves horas. Indudablemente la onda menstrual y la parte que toma todo el organismo en esta función, pueden resultar factores que contribuyan a ocultar la verdadera naturaleza del mal, y se atribuya al aparato genital lo que pertenece a otros órganos.

Los estados distróficos producen síntomas en algunos casos, que pueden

hacer creer en la existencia de enfermedades del aparato genital; la obesidad es causa de amenorrea y de esterilidad, y aun cuando las modernas ideas sobre la génesis de la misma atribúyenles un origen endocrino y suponen una participación de las glándulas ovárica e hipofisaria, clínicamente no pueden ser consideradas, a pesar de los síntomas amenorrea y esterilidad, como enfermas genitales. Muchas mujeres jóvenes que ven cesar sus reglas y aumentar considerablemente el volumen de su vientre por acúmulos de grasa en las paredes del abdomen y del epiplón, se creen embarazadas, y algunas, con el poder de su imaginación, perciben claramente movimientos *fetales*, no admitiendo ni siquiera la suposición de que puedan equivocarse; sólo el tiempo las convence de que no ha existido embarazo y de que fué un error de interpretación la percepción de aquellos movimientos fetales.

Las alteraciones de la crisis sanguínea producen también síntomas genitales que pueden inducir a error; la anemia grave perniciosa, al igual que la clorosis, es causa de amenorrea, si bien para esta última se ha supuesto una influencia de perturbación de la secreción interna del ovario, para la primera sólo puede aceptarse la amenorrea y la frecuente leucorrea que la acompaña como síntomas de alteraciones de la sangre, determinantes de la falsa genital.

La hemofilia, por el contrario, produce metrorragias de tal intensidad, que pueden ser ellas las causantes de la muerte; hace pocos años tuvimos ocasión de ver una enferma de esta naturaleza en la que, habiéndose iniciado el proceso hemorrágico por las encías, continuó con tal intensidad por el útero, que la muerte sobrevino en un período de quince días, a pesar de haber practicado el legrado de la matriz, el taponamiento intrauterino, y haber empleado todos los medios hemostáticos, locales y generales, que contiene el moderno arsenal terapéutico.

Un estado que muy a menudo es tomado como dependiente del aparato genital, y que no obedece a lesiones del mismo, es el que resulta del estado de ptosis de las vísceras abdominales; mujeres que han parido repetidas veces y no cuidaron su vientre; enfermas que enflaquecieron de modo rápido; polisáricas de paredes del vientre, etc., presentan trastornos generales, dolores pelvi-abdominales e irregularidades menstruales que hacen pensar en afecciones genitales; estas enfermas, entre las que deben colocarse las ptósicas del hígado, riñón, bazo, etc., ven desaparecer toda la sintomatología genital con sólo llevar bien recogido el vientre mediante el uso de fajas contentivas apropiadas.

El capítulo de las falsas genitales podría aumentarse todavía con uno nuevo, colocando en él los engaños y falsedades con que algunas enfermas pretenden ocultar su verdadero estado.

Lección 13

SINTOMATOLOGÍA ESPECIAL DE LAS GINECOPATÍAS

Los procesos genitales presentan una sintomatología especial con modalidades distintas, según cuál sea la naturaleza, el sitio, la marcha de la enfermedad que la motive, si bien dentro de esta variabilidad existe un número de manifestaciones que pueden servir de guía diagnóstica por la forma con que se presentan.

Dolor.

El *dolor* es una de las primeras manifestaciones de las afecciones genitales; para poder darse cuenta de cuáles son los nervios que están interesados en la localización del mismo, basta recordar, con las figuras 71 y 72 a la vista, las regiones por las que se distribuyen los pares raquídeos; ello permite la comprensión de las irradiaciones que muchos procesos genitales producen hacia las extremidades inferiores. Teniendo en cuenta que la mayor parte de las ginecopatías comienzan y siguen su evolución de modo crónico, no hay, por lo general, en las enfermedades del aparato sexual femenino, el dolor agudo que acompaña a la mayor parte de procesos flogísticos que en otros puntos de la economía se presentan.

El dolor unas veces se manifiesta en el sitio mismo donde el proceso patológico radica; más frecuentemente las mujeres lo aquejan en puntos distantes de los órganos sexuales, de donde la división que hay que establecer en *dolor local* y *dolor a distancia*.

Del dolor local no saben muchas veces las mujeres precisar el sitio; sienten malestar más o menos grande en la parte baja del vientre o en la cavidad pelviana, sin que puedan decir de modo exacto dónde se halla la localización de este síntoma. Generalmente, el síntoma dolor lo aquejan en la región lumbo-sacra, al nivel de las articulaciones sacro-ilíacas; a esto lo llaman las mujeres, comúnmente, *dolor de riñones*, ya que por dolor de riñones entienden ellas toda manifestación dolorosa que se extienda desde el coxis hasta la mitad de la columna vertebral, y el mismo calificativo dan al situado en la parte alta de la región lumbar que al que existe en la porción baja del sacro; cuando a una mujer se le pregunta dónde siente el dolor y dice que en los riñones, no debe confundirse esta denominación vulgar con el dolor de la región renal.

Las mujeres, por lo general, no saben dónde están situados los riñones, y sólo por error de conocimiento transmitido de unas a otras, va repitiéndose la palabra dolor de riñones para expresar cualquier dolor que se presente en la parte posterior del dorso, por debajo de la región torácica.

La localización de este dolor se halla principalmente al nivel de las articulaciones sacro-ílicas; debiendo ser considerado como local, porque depende de elementos directamente procedentes de los genitales.

Los elementos más importantes de sujeción del útero son los ligamentos útero-sacos, constituidos por dos repliegues del peritoneo que envuelven cierta cantidad de tejido celular, extendidos desde la cara posterior del istmo del útero hasta el sacro en el punto de unión de este hueso con el ilíaco, circunscribiendo un espacio por el que pasa el intestino recto. Además, el tejido celular de la base de los ligamentos anchos se continúa directamente con el que se halla dentro de los ligamentos útero-sacos, y en él existe una cantidad considerable de nervios procedentes del simpático y de los últimos pares sacros; estos elementos nerviosos que cruzan el tejido celular sufren los fenómenos de compresión determinados por procesos flogísticos y neoplásicos, y por tanto, cuando existe una inflamación de matriz, de parametrio o un proceso neoplásico de útero o anexial, estos filetes nerviosos experimentan fenómenos de compresión

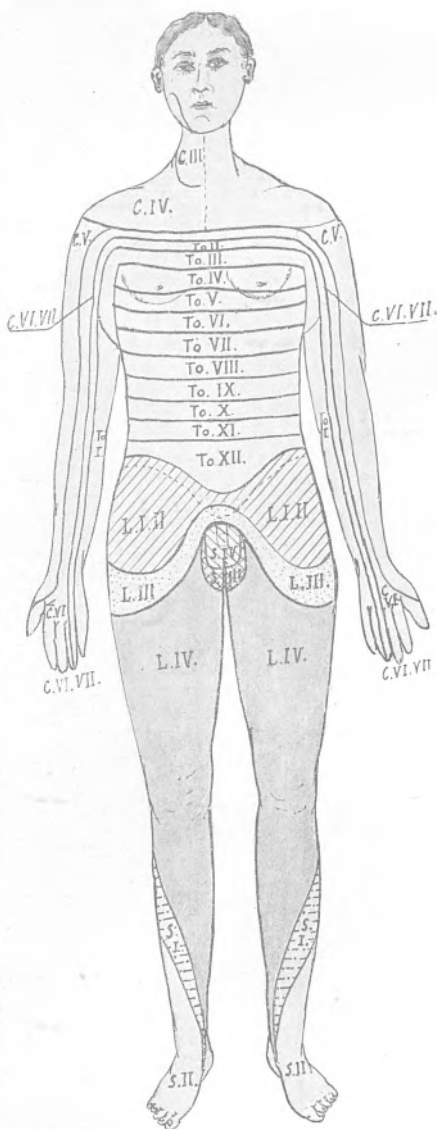


Fig. 71.—Distribución periférica de los nervios espinales; cara anterior.

o de propagación de la inflamación, verdaderas neuritis que son causa de dolor

local manifestado en el punto de inserción de los ligamentos útero-sacros; por esto, la mujer afecta de procesos genitales altos localiza su dolor en la región lumbo-sacra, especialmente en el sitio correspondiente a las articulaciones sacro-ílicas y no en el hipogastrio.

De lo dicho se desprende que el dolor de riñones que experimentan las mujeres es generalmente lumbo-sacro, más sacro todavía que lumbar, y es resultado de fenómenos de compresión, de inflamación o de propagación neoplásica al tejido celular que se halla contenido en el interior de los repliegues peritoneales.

Como quiera que muchos procesos genitales comienzan con marcha crónica y frecuentemente las inflamaciones crónicas del tejido celular toman una forma esclerósica, no es raro que el tejido conjuntivo contenido en los ligamentos útero-sacros experimente fenómenos de retracción análogos a la cicatricial y determine como consecuencia obligada fenómenos de compresión de los filetes nerviosos y resulte que enfermas en las que apenas existen manifestaciones flogísticas, en las que casi no se encuentra alteración del parénquima uterino ni tampoco de los anejos, presenten dolores persistentes en la región lumbo-sacra, al nivel de la articulación sacro-ílica, por los procesos escleróticos del tejido conjuntivo contenido dentro de los ligamentos útero-sacros que dan lugar a retracciones que, sobre modificar la posición del útero, determinan

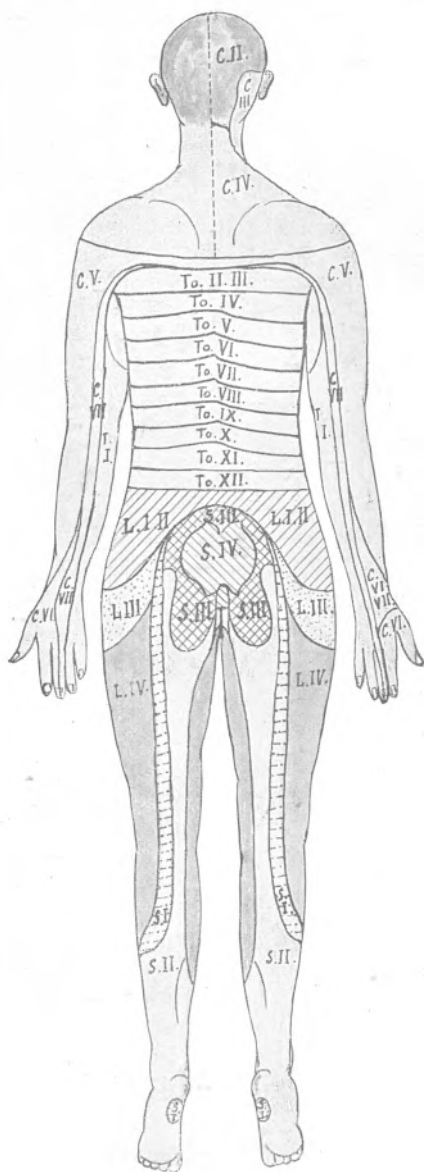


Fig. 72.—Distribución periférica de los nervios espinales; cara posterior.

compresión de los filetes nerviosos, causa justificadísima de los dolores que la mujer experimenta. El síntoma dolor en la región lumbo-sacra es tan frecuente, que casi ninguna mujer de las que presentan ginecopatías deja de quejarse de él, llegando en su obsesión, al hablar de la posibilidad de tener enfermos los riñones, al punto de que no se tranquilizan hasta que, por uno o más análisis de orina, se les ha afirmado que estos órganos no están enfermos.

Cuando a los dolores lumbo-sacros acompañan otros en las fosas ilíacas o hipogastrio, la relación causal entra más fácilmente en la mente de la enferma, y si bien lo común es que así suceda, en algunos casos es la localización lumbo-sacra la única manifestación sensitiva que una ginecopatía presenta. En las inflamaciones agudas, los caracteres del dolor cambian profundamente; éste es vivísimo y se manifiesta en toda la parte baja del vientre; en un proceso peritonítico pelviano, en una perimetritis o parametritis aguda, en una salpingitis, salpingo-ovaritis o perimetro-anexitis (que todos estos nombres puede tener, según cuál sea el órgano que se halla inflamado), es de una agudeza tal que generalmente lo localiza la enferma a toda la región inferior del vientre y demás puntos donde se pueden alcanzar los genitales por la exploración.

En los procesos crónicos salpingo-ovaríticos existe, además de la manifestación dolorosa lumbo-sacra, dolor en alguna de las fosas ilíacas, y si el proceso es de salpingo-ovaritis doble, aquélla es bilateral. La existencia de dolor en una fosa ilíaca debe inducir a practicar el reconocimiento, colocándose al mismo lado del que se queja la enferma, es decir, que si ésta se queja de la fosa ilíaca izquierda, nos colocaremos para hacer la exploración al lado izquierdo, y al lado derecho si el dolor está en la fosa ilíaca derecha, ya que generalmente la manifestación dolorosa indica lesión anexial del lado correspondiente.

Los dolores en los procesos agudos se manifiestan generalmente como fenómenos de difusión y no están limitados al mismo punto de la inflamación; generalmente se extienden en dirección de los filetes nerviosos.

La peritonitis, la pelvi-peritonitis y la parametritis, generalmente van acompañadas de manifestaciones dolorosas que se corren a la parte alta del vientre, sin que pueda decirse que sea el proceso doloroso determinado por un proceso flogístico allí existente, sino simplemente por propagación.

En general, los dolores sacro-púbicos son de origen uterino; los de las fosas ilíacas de procesos anexiales y los lumbo-sacros se presentan en casi todas las enfermas del aparato genital.

Los dolores se dividen en espontáneos y provocados.

Los dolores en las ginecopatías se acentúan con el movimiento y la trepidación hasta el punto de que, enfermas que soportan los dolores sin quejarse, no cesan de hacerlo cuando se las obliga a ejecutar movimientos, paseos a pie o en carruaje y, en general, toda clase de ejercicios físicos.

Los dolores espontáneos se presentan de un modo continuo o con intermitencias, que no obedecen por lo general a causa aparente, pudiéndose localizar en algunos casos con precisión, pero más a menudo sin poder determinar el punto exacto del mismo.

El dolor puede ser provocado por el reconocimiento ginecológico; lo provoca también el acto del coito, y en este caso puede depender de la acción mecánica del pene al ejercer compresión en el punto flogoseado, o puede ser resultante de la congestión genital que acompaña a la función del coito.

El dolor provocado mecánicamente por la exploración o por el coito presenta dos modalidades completamente distintas: el dolor producido por compresión directa y el provocado por la movilización. De los órganos que se exploran; lo mismo en una enfermedad anexial que en una uterina, al ser comprimidos directamente, nace la protesta dolorosa; pero este fenómeno, determinado por la compresión, debe diferenciarse en absoluto del producido por la movilización del órgano. Cuando se practica la exploración, por tacto combinado con la palpación, se circunscriben los órganos genitales entre ambas manos; y, si se comprimen directamente, puede suceder que, aun encontrando el útero inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis, la enferma no aqueje dolor; pero si en vez de la compresión directa queremos movilizar el órgano empujándolo hacia un lado u otro, se manifiesta en seguida la sensación dolorosa con variable intensidad, según las condiciones especiales de cada caso; en el estado normal, cuando no existen adherencias anormales que fijen el órgano a los vecinos, esta movilización no determina dolor de ninguna especie; pero cuando a consecuencia de procesos perimetriticos, ya simples, ya asociados con otros de inflamación de trompas o de ovarios se hallan unos órganos adheridos a los otros por bridas, entonces, al movilizarles, se ponen tensas las adherencias y aparecen manifestaciones de dolor más o menos violentas; este dato puede servir para el diagnóstico, ya que el síntoma dolor provocado por la movilización no indica enfermedad de los órganos que se movilizan, sino de los que rodean al órgano movilizado, y que tienen con él relaciones de continuidad.

El dolor provocado por la movilización del útero no indica enfermedad de matriz; sino de anejos, de salpingitis, de salpingo-ovaritis. En los procesos de inflamación de tejido celular y de peritoneo que rodea el útero, la movilización es dolorosa, por la tensión en que se ponen las partes que fijan el órgano anormalmente. Muy frecuentemente el fenómeno es complejo, ya que a los procesos de inflamación anexial se unen los que resultan de un estado de inflamación de la matriz todavía no desaparecido.

Además del dolor producido por el acto mecánico del coito, se produce con frecuencia dolor, por el estímulo funcional; esto es, el orgasmo venéreo

determina un estado congestivo que es fuente de dolores, no sólo en el momento del acto sexual sino en los días sucesivos.

La exploración con el histerómetro ocasiona dolor en los casos de enfermedad del endometrio; la sensibilidad de la mucosa del cuerpo del útero es tal en algunos casos de inflamación de la misma, que puede la histerometría o una inyección intra-uterina, ser causa de un estado sincopal.

Dolores en la vagina y en la vulva pueden aparecer por cualquier proceso de inflamación, ya de modo espontáneo, ya provocado; éstos, por lo general, se producen durante el coito, pero algunas veces se presenta el dolor sin ir acompañado de proceso flogístico alguno y únicamente por fenómenos de compresión resultantes de un estado de contractura del músculo esfínter superior de la vagina. Estos fenómenos dolorosos están ligados más que con un proceso genital en sí, con otros del sistema nervioso central.

Además de la división del dolor en espontáneo y provocado, debemos estudiarle según sus caracteres, que varían con la naturaleza del proceso. El dolor determinado por una inflamación crónica, podrá resultar de una neuritis de los filetes nerviosos que pasan por los parametrios y ser causa de molestias directas o reflejas muy importantes, pero no alcanzará la intensidad ni el carácter pulsátil que toma en los procesos de inflamación aguda que van a terminar por supuración. Cuando en una enferma de proceso metrítrico se corre la inflamación al tejido celular pelviano, prodúcese dolor agudísimo; dolor que hace gritar a las enfermas, que necesitan un calmante inmediato, ya sea morfina u otro de los analgésicos que se usan comúnmente.

Estos dolores pueden llegar a tener el carácter pulsátil que caracteriza la formación de un absceso. Unas veces es limitado y otras difuso: entre el dolor provocado por un flemón limitado a un ligamento ancho y el que produce un flemón difuso de la pelvis, existen todo género de gradaciones; entre el que resulta de un proceso de inflamación y el dolor de una neuritis sobrevenida por un proceso neoplásico uterino, hay una considerable diferencia, no sólo en intensidad, sino en los caracteres especiales del dolor; gravativo unas veces, pulsátil otras, dolor urente, parecido a la sensación de quemadura, lancinante, como si fueran traspasadas las partes por un instrumento punzante, relacionada la modalidad del dolor con la naturaleza del proceso que lo produce.

No son sólo dolores los que existen en las ginecopatías, sino que extendiéndose a las partes vecinas y a lo largo de los nervios que desde la pelvis se dirigen a los miembros inferiores, producen los llamados dolores de irradiación.

Además de los fenómenos de inflamación, son también las neoplasias y las perturbaciones en la ovulación causa de irradiaciones dolorosas a puntos distantes de los genitales. Los dolores en las extremidades inferiores, principalmente en la cara interna de los muslos, son frecuentísimos, y son numerosas las enfermas dismenorréicas que, junto con el dolor sacro y el de las fosas

ilíacas, aquejan dolor a lo largo de los miembros inferiores en la dirección del nervio crural.

Estos fenómenos de irradiación son unas veces de naturaleza refleja; en algunas ocasiones son manifestación de compresiones locales; en un caso de fibroma enclavado en la pelvis, o de un quiste ovárico, ocupando asimismo la cavidad pelviana, pueden presentarse dolores de irradiación a lo largo del nervio crural, por compresiones de este nervio, del obturador y aun de los ciáticos, ya en su tronco, ya en el plexo que le da origen.

Preséntanse también en los procesos genitales, dolores a distancia que no pueden atribuirse más que a causa refleja: una neuralgia, en el séptimo u octavo espacio intercostal izquierdo, es frecuentísima en la metritis, hasta el punto que, por su sola existencia, hemos presumido en varias ocasiones el origen genital de trastornos que aquejaban algunas enfermas. La neuralgia intercostal sintomática de procesos genitales no puede atribuirse más que a una acción refleja que, partiendo de los nervios sacros, repercute sobre la médula, y, por acción centrífuga, ocasiona el proceso doloroso torácico, rebelde a los tratamientos antinerviosos, y que desaparece con el de la ginecopatía causal.

Dolores reflejos a distancia encuéntranse a menudo en las ginecopatías bajo la forma de cefalalgias intermitentes, que ocupan principalmente la región de la nuca y parte posterior de la cabeza; es raro que las enfermas atribuyan estas cefalalgias y hemicráneas al proceso genital; pero su relación causal no puede ponerse en duda al comprobar que con la curación de la ginecopatía, desaparece el síntoma doloroso cefálico.

Las epigastralgias son en algunos casos manifestación de una acción refleja de origen genital.

El síntoma dolor local, bajo forma de histeralgia, ovarialgia, etc., sin que pueda comprobarse existencia de lesión genital, no puede ponerse en duda; pero en su patogenia debe considerarse el proceso igual a las que sobrevienen en otros puntos del organismo, dependientes de estados generales, gota, artrismo, reumatismo, etc.

En los días que preceden a la menstruación, y aun al comienzo de ella, pueden presentarse los fenómenos dolorosos y nerviosos complejos que se conocen con el nombre de *molimen* menstrual, caracterizado por dolores neurálgicos de localización varia, como cefalalgias, epigastralgias, dolores pelvianos, en los muslos, etc., acompañados de fenómenos nerviosos distintos; por lo general, el *molimen* menstrual intenso obedece a enfermedades que impiden la regular función catamenial.

En resumen: el dolor en las ginecopatías hay que dividirlo en local o situado en las partes enfermas y a distancia: el local puede ser espontáneo o provocado, el de las partes distantes puede ser debido a propagación directa,

dolores de irradiación y fenómenos reflejos a distancia, tales son las diferentes neuralgias, intercostal, cefalalgia, epigastralgia, etcétera.

Leucorrea.

Designanse con este nombre todos los flujos anormales, no constituídos por sangre, que aparecen en el aparato genital femenino. Las pérdidas blancas, las secreciones glerosas, los flujos más o menos fétidos que como resultado de la acción de los elementos saprofíticos existen en útero y vagina, así como los líquidos serosos que en abundancia considerable aparecen a veces en los genitales, constituyen las diversas modalidades de la leucorrea.

Desde la secreción que pudiera llamarse fisiológica, constituida por una substancia glerosa de mayor o menor viscosidad, procedente de las glándulas del cuello del útero, a las pérdidas constituidas por cierta cantidad de productos descompuestos, mezclada con sangre en variable proporción, existe toda una gama intermedia que por su carácter permite en algunas ocasiones establecer la naturaleza de la enfermedad determinante de la misma.

Normalmente, los órganos genitales se hallan humedecidos por los productos de las secreciones de las glándulas, en ellos existentes. Durante la menstruación, y especialmente durante el coito, entran en hiperactividad algunas de estas glándulas, llegando en ciertas mujeres a constituir la secreción producida en este último acto, una pérdida líquida abundante, procedente, en especial, de las glándulas vulvo-vaginales.

La naturaleza de las secreciones es distinta según las glándulas de donde proceden. La de las glándulas vulvo-vaginales, sumamente flúida, serosa, sin coloración alguna; en la vagina apenas si existen glándulas, y la secreción de las mismas está constituida por una serosidad incolora, ácida, en la que se hallan numerosos elementos microbianos sin actividad patógena y abundantes restos epiteliales; la secreción de las glándulas caliciformes del cuello del útero es en el estado normal poco abundante, y sus caracteres son: viscosidad extraordinaria, reacción alcalina y la propiedad de adherirse íntimamente a las paredes del cuello, hasta tal punto, que en muchas mujeres, si se pretende limpiar por completo de esa secreción viscosa las paredes del conducto cervical, hay necesidad de echar mano de disolventes de la misma, cual es el éter, o verificar la aspiración por medio de instrumentos a propósito, para alcanzar el objeto apetecido. Las secreciones procedentes de las glándulas del cuerpo del útero son flúidas, alcalinas, en escasa cantidad fuera de los periodos menstruales, y en éstos mézclase en abundancia con la sangre de la menstruación, debiéndose a ello el que ésta no se coagule. El estado premenstrual produce una hipertrofia glandular considerable que dá como resultado fisiológico la producción de gran cantidad de moco. Las secreciones de las trompas en el estado

normal no son apreciables, puesto que, mezcladas con el producto de la secreción de las glándulas del cuerpo y de las del cuello del útero, no permiten establecer distinción especial.

Los caracteres normales de las secreciones uterinas se modifican profundamente en los estados patológicos. Así vemos que en las inflamaciones agudas mézclanse los productos de las secreciones genitales con los líquidos trasudados, y los exudados propios de la flogosis, variando por completo los caracteres de las pérdidas leucorréicas, según la intensidad de la inflamación y según cuál es el tramo genital inflamado. En las inflamaciones agudas de la mucosa genital quedan en segundo lugar las pérdidas dependientes de las secreciones de las glándulas de este aparato y toma la leucorrea caracteres muy distintos, según se trate de los primeros días de la inflamación o de los sucesivos.

En la vulvo-vaginitis, principalmente la de origen gonocócico, las pérdidas leucorréicas tienen un aspecto seroso, transparente, y por su acidez producen erosiones en los puntos con que se ponen en contacto, cual es la raíz de los muslos, hallándose algunas estrías sanguinolentas mezcladas con gran cantidad de líquido exudado. Pasado el período de mayor agudeza del proceso flogístico de la mucosa vulvo-vaginal, las pérdidas toman un color blanco mate, se hacen más espesas, desaparecen las estrías sanguinolentas y disminuyen las propiedades irritantes que en los primeros tiempos existían en grado sumo.

Reconocidas al microscopio, nótase en las pérdidas de los primeros tiempos, la existencia de escaso número de elementos formes; mas a medida que va espesándose y haciéndose menos transparente y más blanca la secreción, la cantidad de leucocitos aumenta de modo considerable, llegando en algunas ocasiones a tener el líquido todos los caracteres del pus. Mezclados a estos leucocitos hay gran cantidad de restos epiteliales, procedentes de la descamación celular de la mucosa vaginal.

Entre los elementos formes, y dentro de los mismos leucocitos, hállanse considerable número de agentes microbianos, de naturaleza distinta, y en cantidad variable, según cual sea el agente determinante de la inflamación.

Los estreptococos y estafilococos se encuentran muy frecuentemente mezclados con numerosos cocos y bacilos saprofitos.

La existencia de los bacilos cortos de Doederlein, huéspedes habituales de la vagina sana, van disminuyendo en número y hasta llegan a desaparecer cuando los agentes comunes de infección proliferan de modo muy intenso.

En los estados crónicos de inflamación vulvo-vaginal quedan pequeñas pérdidas blancas, en las que, existiendo cantidad considerable de leucocitos, dominan en el conjunto los restos del desprendimiento epitelial. Las células existentes en esa leucorrea ofrecen grados distintos de degeneración de su protoplasma y fases variables del proceso lísico nuclear. Cuando la leucorrea

procede de estados de inflamación más aguda, a los elementos leucocitarios agréganse una mayor o menor cantidad de hematíes y de los otros elementos de la sangre que han salido de los vasos, no por trasudación, sino por rotura.

De lo dicho se desprende que desde la leucorrea constituida por pus, perfectamente formado, con todos los caracteres a éste inherentes, a la hipersecreción de las glándulas, que normalmente existen en vulva y vagina, pueden hallarse todas las gradaciones.

Es raro que las leucorreas de origen vulvo-vaginal no vayan asociadas a pérdidas procedentes de partes más altas del aparato genital. Comúnmente, las pérdidas procedentes del cuello del útero, resultado de inflamaciones de este tramo del conducto genital, se mezclan con las anteriores; en muchos casos, el proceso vulvo-vaginal, determinante de la leucorrea, desaparece de modo completo, y las pérdidas blancas que la mujer experimenta dependen de inflamaciones crónicas de las partes más altas del conducto genital. Las inflamaciones iniciales vulvo-vaginales, después de determinar por propagación de continuidad, endo-cervicitis, endo-metritis y endo-salpingitis, desaparecen, y cuando la mujer acude al ginecólogo, éste encuentra sólo la leucorrea de las partes altas del conducto genital, no quedando, en muchas ocasiones, más que ligerísimos vestigios sostenidos por el contacto de las secreciones que forzosamente han de pasar por la vagina, en este órgano que fué el primeramente afectado.

El examen bacteriológico de los flujos vaginales permite reconocer una flora abundantísima y sumamente variada. Aparte del gonococo, causa frecuente de la inflamación inicial del aparato genital femenino, el cual queda en el interior de las glándulas y cuya actividad en muchas ocasiones ha desaparecido casi por completo, encuéntrase frecuentemente estafilococos, estreptococos, coli-bacilos y demás agentes comunes de inflamación. Además de éstos, hállese también cantidad considerable de agentes saprofitos, unos patógenos y otros a los cuales no puede atribuírseles el carácter de productor de enfermedades: el estreptobacilo, el diplobacilo, bacilo pseudo-diftérico y otros más, agrupados, ya en forma de cadena, ya en zoogreas, etc., hállese en cantidad tan considerable, aun en mujeres vírgenes, que es difícil establecer una clasificación de los huéspedes habituales del aparato genital. Ciertos estados fisiológicos, cuales son el período premenstrual y la gestación, determinan en muchas mujeres un aumento considerable de la leucorrea.

Existe una forma de inflamación de la matriz, cuya característica clínica es la existencia de una leucorrea abundante; esta forma clínica corresponde, por lo general, a la persistencia del estado premenstrual de la mucosa del útero, que se caracteriza por la abundancia e hipertrofia de las glándulas de la mucosa.

Aparte de los estados de inflamación local, como es el caso en las infecciones genitales, aparecen leucorreas cuando existen neoplasias que entraron en

período de degeneración o de destrucción; en estos casos los caracteres del flujo son esencialmente distintos, según la parte que la destrucción del tumor tome en la producción de la pérdida leucorréica; la presencia de detritus orgánicos resultado del desmoronamiento del tumor y los efectos de putrefacción que sobre los restos neoplásicos muertos han determinado los agentes saprofiticos, dan a las pérdidas leucorréicas un aspecto icoroso, de fetidez muy acentuada, a las que se añaden frecuentemente cantidades variables de sangre, que sufre los mismos efectos de descomposición.

Además, procedentes de alteraciones generales del organismo, aparecen leucorreas abundantes que, si bien no nos atrevemos a asegurar sean siempre *amicrobianas*, es indudable que se hallan sostenidas por estados discrásicos, por perturbaciones de la constitución de la sangre y por alteraciones en el metabolismo general. El artrismo, el linfatismo, la diabetes, etc., determinan estados leucorréicos en los que el agente microbiano representa un papel muy secundario; existen estados leucorréicos en niñas, que no desaparecen más que con un tratamiento dirigido a combatir el linfatismo, así como se presentan también leucorreas más o menos abundantes en mujeres de edad algo avanzada, cuya génesis no puede ser atribuida más que a perturbaciones de orden discrásico relacionadas con el herpetismo y con el artrismo. La relación de causa a efecto entre estos estados generales y la leucorrea, se comprueba por el hecho de la inutilidad de los medios locales de tratamiento y los excelentes efectos que produce el tratamiento hidro-mineral y los demás agentes dirigidos a combatir el estado discrásico.

Una forma de leucorrea abundantísima que hemos observado en estos últimos años, es la que aparece en ciertos casos de mioma, tratados por los rayos X. Sus caracteres son: líquido seroso, incoloro, muy abundante, hasta el punto de parecer verdaderas descargas de colecciones retenidas, y hacen su aparición, por lo general, al cesar las menorragias; coinciden con la disminución considerable del mioma y al examen microscópico se reconoce una gran escasez de elementos formes. Esta hidrorrea aparece algunas veces en mujeres afectas de fibromas que no han estado sometidas a tratamiento alguno; en estos casos márcase un estado hidrémico muy acentuado, debido a las enormes pérdidas hemáticas que han existido.

La leucorrea no es una enfermedad, es un síntoma de multitud de procesos genitales. La investigación de su acidez, de los agentes microbianos que contiene, de su origen, de su naturaleza, etc., puede servir de elemento diagnóstico de primer orden, y no debe el práctico nunca, antes de pasar a exploraciones más complejas, dejar de apreciar el origen y los caracteres de las pérdidas blancas.

La significación patológica distinta que tiene la leucorrea, exige medios terapéuticos que se hallen en relación con la causa productora; pero debe

tenerse en cuenta que en muchas ocasiones las alteraciones vulvo-vaginales que a nuestra vista se presentan, son resultado del contacto con pérdidas que vienen de tramos más altos del aparato genital y el tratamiento, por lo tanto, quedará sin efecto útil, si sólo nos dirigimos a combatir lo que ante nuestra vista se ofrece.

La rebeldía que ofrece al tratamiento en muchas ocasiones el flujo vaginal ha dado lugar a que aparezca en el comercio una cantidad considerable de específicos que, con nombres más o menos sugestivos, pretenden ser una panacea para toda clase de leucorreas.

Ya hemos dicho anteriormente que las pérdidas blancas que proceden de lesiones uterinas no pueden desaparecer más que con tratamientos dirigidos a la lesión causal; las cauterizaciones de la mucosa uterina, los raspados y aun la electrolisis, pueden modificar la metritis productora de las pérdidas blancas y hacer que estas lleguen a desaparecer; mas a menudo la leucorrea persiste durante meses y años y tiene el ginecólogo que recurrir a los más diversos medios de tratamiento para combatirla.

El uso de las irrigaciones vaginales, astringentes y antisépticas, constituyen el tratamiento que durante muchos años ha sido considerado como de elección; en realidad la acción de arrastre del flujo contenido en la vagina, no puede ser puesta en duda, pero no es lo mismo en lo referente a la acción microbicida. En muchas ocasiones el líquido de la irrigación que queda en la vagina, sirve de caldo de cultivo a muchos agentes microbianos y si por su energía antiséptica ello no es posible, produce frecuentemente una disminución de las potencias defensivas celulares. El contenido de glicógeno de los elementos celulares epiteliales disminuye y la acción biológica defensiva de la mucosa se reduce considerablemente.

En estos últimos tiempos se ha producido una intensa reacción contra el uso y el abuso de las irrigaciones vaginales, y utilizase, para combatir la leucorrea vaginal, la cura seca. Introducido un espéculum en la vagina se limpia y seca de modo cuidadoso toda la mucosa y luego con una solución de nitrato de plata al 2 por 100, o con argirol al 10 por 100, se hace una extensa embrocación o se dejan soluciones de estas sales de plata a la mitad de la concentración dicha unas dos cucharadas dentro del espéculum (de Ferguson) para que se bañe con ella durante dos o tres minutos toda la vagina. El uso del sub-acetato de plomo líquido en forma de baños vaginales nos ha dado excelentes resultados.

Para terminar esta cura que se repetirá dos o tres veces por semana, se dejará dentro de la vagina, una vez bien seca, unos dos o tres granos de polvo de óxido de aluminio ya sólo ya mezclado con una pequeña cantidad de azúcar que sirve para aumentar las defensas celulares.

El uso de ácido carbónico naciente obtenido introduciendo una pequeña

cantidad de una mezcla de ácido tartárico y bicarbonato de sosa, puede ser utilizado con ventaja en algunos casos.

Las vacunas y sueros se han empleado en gran escala en estos últimos tiempos; en nuestra clínica hemos utilizado auto-vacunas, hetero-vacunas y polivalentes; hasta la fecha los resultados obtenidos no nos permiten recomendar su empleo, ni hemos visto nada que pueda parecer una influencia favorable en el curso de una leucorrea. Creemos, sin embargo, tan lógico su empleo que pensamos sea tal vez un defecto de técnica el que hasta la fecha nos haya dado resultados tan poco halagüeños.

Es tan grande el número de mujeres que padecen leucorrea, que ésta ha llegado a ser considerada por muchas, como un estado fisiológico. Es muy difícil establecer dónde termina la secreción fisiológica y dónde comienza la exudación patológica; pero en términos generales, debemos afirmar que en el estado de completo fisiologismo, las secreciones de los órganos genitales no pasan de constituir un medio lubricante, que no llega a manchar las ropas que se ponen en contacto con ellos.

Amenorrea.

Denomínase amenorrea a la supresión de la función menstrual.

La amenorrea puede ser de tipo fisiológico, el cual es la supresión de las reglas durante el embarazo, y la lactancia, en que la menstruación queda suprimida; pero cuando fuera de estos estados se suspende la menstruación estando dentro de los límites de la edad en que esta función debe realizarse, indica la existencia de algún proceso patológico.

Para hacerse cargo de la patogenia exacta de la amenorrea, es preciso tener en cuenta antes el proceso de la menstruación. ¿Qué significación tiene la menstruación? ¿Es ésta una función fisiológica? En realidad, en el estado actual de la mujer civilizada, la menstruación debe ser considerada como función fisiológica; sin embargo, para algunos autores, entre los cuales debe mencionarse a Lawson-Tait y a Johnston, la menstruación es una consecuencia de la civilización.

Comparando lo que ocurre con las monas enjauladas y las monas salvajes, obsérvese que en estas últimas no existe flujo alguno por sus genitales, y, en cambio la mona nacida en jaula, la que podríamos llamar civilizada, tiene por sus genitales en algunas especies, sobre todo en las antropoideas, una pérdida muco-sanguínea parecida a las reglas; por otra parte, examinando las circunstancias que ocurren en las hembras de algunos mamíferos, que presentan una cantidad de flujo sanguinolento en la época del celo, algunos autores han querido asemejarlo al flujo menstrual; pero negada por Johnston y Lawson-Tait esta similitud, llegaron a la deducción de que la menstruación no es una función

fisiológica, sino que es producto de perturbaciones que se van realizando y heredando, hasta llegar a constituir una función nueva que si bien dentro del tipo actual no puede considerarse patológica, es, sin embargo, producto de las condiciones anormales que en la vida de la mujer se van desarrollando, y que constituyen el tipo fisiológico que en la actualidad existe.

La menstruación no es lo mismo que el celo. Algunos animales, tales como la yegua, la perra, etc., en la época del celo expelen por sus genitales una cantidad de flujo más o menos teñido en sangre, pero distinto por completo del menstrual; el celo aparece en los animales en una época determinada, no es regular, no es función que venga de modo cíclico exacto, como se presenta la menstruación en las mujeres que están normalmente constituidas. El celo aparece una, dos, tres veces al año, y en esta época la hembra solicita al macho: la mujer, durante la menstruación, lejos de desear las relaciones sexuales, las rehusa, no constituyendo más que tipos de excepción la realización del coito en estas condiciones.

La menstruación depende de la ovulación; sin ovulación no hay menstruación: este es un hecho que es preciso tenerlo en cuenta de modo categórico, porque precisamente se ha discutido mucho, presentándose ejemplos de menstruación sin ovulación: se citan muchos casos de mujeres que habiendo sufrido la extirpación de los ovarios, continúan menstruando, y de este hecho, al parecer exacto, se ha venido a la deducción de que sin ovarios puede existir la función menstrual.

El hecho de que después de la extirpación de los anejos, algunas mujeres continúan con flujos sanguíneos por sus genitales, es cierto; pero, ¿podemos llamar a tal flujo, menstruación? Creemos que no; analizando los casos publicados en la literatura médica, referentes a mujeres que después de haber sido operadas por procesos anexiales con extirpación de ovarios, han continuado menstruando, hay que descartar, por lo menos, la mitad, en los que la extirpación se ha hecho de una manera incompleta; algunas veces, en operaciones por procesos anexiales, se extirpan las trompas, y por hallarse los ovarios tan íntima y fuertemente adheridos a los órganos vecinos, quedan restos de los mismos sin extirpar, y un trozo, por pequeño que sea, de la capa ovígena del ovario que quede con nutrición, es suficiente para que continúe la ovulación y sea causa de que subsista la función menstrual.

No creemos pecar de exagerados al afirmar que de los casos publicados, por lo menos una mitad, hay que considerarles debidos a que ha quedado algún trozo de substancia ovárica, a pesar de la extirpación radical que se cree haber hecho, y que estos trozos de ovario que quedaron allí implantados fueron los que sostuvieron la menstruación.

Una pequeña parte de mujeres a las que les ha ocurrido este fenómeno, podían tal vez tener ovarios suplementarios, pues de la misma manera que hay

hombres que tienen tres testículos, hay mujeres con tres ovarios; pero todavía más frecuente que esto es el caso de que una mujer tenga un ovario en sitio anormal por anomalía de desarrollo, y al hacer la extirpación de los anejos no se extirpe más que un ovario y quede, por tanto, con la función menstrual. De estas anomalías de situación tenemos nosotros un caso de los más demostrativos.

Tratábase de una muchacha con hermatómetra por ausencia de la parte alta de la vagina, que, habiendo sufrido dos intervenciones por esta vía y habiéndose producido una infección ascendente, tenía un pio-salpinx; hicimos laparotomía, extirpando las dos trompas y el ovario derecho, pues el izquierdo no se encontró y creímos que no existía; como el útero estaba en relativo buen estado, no se extirpó, y, con gran sorpresa nuestra, a los cuatro meses de operada, reaparecieron los dolores menstruales y se formó un nuevo hematómetra; el ovario que no se encontró en la primera ooforectomía, se halló en una segunda, al lado de la segunda vértebra lumbar, fuera de la serosa peritoneal.

Dada la relación endocrina, puede también darse el caso de que hormonas procedentes de otras glándulas, den lugar a estados irregulares de menstruación en mujeres castradas, por una acción de hábito, concursante de la función ovárica.

Para que la menstruación se produzca es preciso el concurso de la función normal de ovulación y un estado de relativa integridad de la mucosa del útero; algunas veces, a consecuencia de estados atróficos de la mucosa uterina, ya venidos espontáneamente, ya sobrevenidos por efecto de un legrado demasiado profundo que se ha llevado en su totalidad la capa glandular de la mucosa, la menstruación no aparece; la amenorrea debida a la falta de la hiperplasia e hipertrofia glandular que caracteriza al estado premenstrual, por haber sustituido un tejido esclerósico al normal glandular del endometrio, es definitiva; pero la que obedece a fenómenos de hipoplasia de la mucosa que no ha llegado a alcanzar el tipo fisiológico, pero en el que se hallan los vestigios no desarrollados de los elementos glandulares, puede ser corregida con un tratamiento apropiado.

Lo mismo que de la mucosa se puede decir de los ovarios: cuando estos órganos no existen o han experimentado un proceso de atrofia o destrucción total de la capa ovígena, la menstruación cesa de modo definitivo, la amenorrea es incurable; pero cuando es una hipoplasia lo que existe o el proceso de inflamación o neoplásico no ha llegado a destruir totalmente la capa ovígena, es posible la renovación de la función menstrual.

La amenorrea tiene, en los casos arriba mencionados, un origen genital directo, ya por alteración ovárica, ya por anormalidad uterina; además de estas causas existen las que podemos denominar extragenitales; la hiperfunción tiroidea es causa frecuente de oligorrea y aun de amenorrea completa; las

relaciones que existen entre las glándulas endocrinas y el funcionalismo genital, explican algunas de las perturbaciones de la función menstrual del tipo amenorréico.

La influencia que tiene el sistema nervioso en la desaparición de la función menstrual, ha sido reconocida en todas las épocas; una emoción profunda hace desaparecer un tiempo más o menos largo la función menstrual; el temor de quedar embarazada es causa en algunas ocasiones de amenorrea temporaria: la ingestión de bebidas heladas durante la época de las reglas, así como los enfriamientos bruscos, son causa de la supresión temporal de esta función. El mecanismo íntimo de estas detenciones no le conocemos en la actualidad, pero la influencia directa que el sistema nervioso ejerce sobre todas las funciones de la economía, no deja de reconocerse en alto grado en lo que se refiere a la función menstrual.

La influencia del sistema nervioso se comprueba, según nuestro modo de pensar, con la persistencia durante algunos meses de pérdidas sanguíneas en algunas mujeres después de la extirpación completa de los ovarios; la función ha creado el hábito, y éste en unión de una función endocrina concursante son los factores que sostienen la función durante los tres o cuatro meses que siguen a la castración.

La amenorrea de origen nervioso se demuestra asimismo en los casos de histerismo, parálisis general y enfermedades mentales, en los que algunas veces, sin causa genital reconocible, desaparece la función menstrual de modo más o menos persistente. Las amenorreas de origen simpático hállanse probablemente ligadas con las perturbaciones de secreción de las glándulas endocrinas.

El fenómeno inverso se produce en algunas ocasiones; la amenorrea por hiper-involución genital es causa a veces de trastornos psíquicos de importancia.

Las alteraciones de la crisis sanguínea son también causantes de amenorrea; las hemorragias graves que determinan un estado hidrémico van a menudo seguidas de amenorrea; lo mismo podemos decir de los estados consecutivos a enfermedades graves de carácter infectivo; la amenorrea consecutiva a la fiebre tifoidea, a la viruela, etc., se observa muy frecuentemente; la enfermedad de Briht, la leucemia, las enfermedades cardíacas en sus últimos períodos, son asimismo causa de amenorrea.

Una causa muy frecuente de amenorrea, es la polisarcia: el acúmulo de grasa en el organismo se halla relacionado en muchas ocasiones con la insuficiencia de función hipofisaria; ésta es determinante asimismo de la atrofia ovárica, y por tanto, no sabemos en la actualidad si la amenorrea que acompaña tantas veces a la obesidad, es consecuencia de ésta o si ésta y la amenorrea son resultado de la insuficiencia hipofisaria.

En general, todas las enfermedades que conducen a la caquexia son causantes de la amenorrea; la sífilis puede determinarla en el período secundario, según Fournier; nosotros no hemos encontrado nunca esta influencia.

La clorosis ha sido considerada, por unos, como causa, y por otros, como consecuencia de la amenorrea; en realidad, los trastornos que en las funciones ováricas existen en la clorosis parecen dar a los ovarios una influencia decisiva en la aparición de esta afección, pero teniendo en cuenta que algunas veces la clorosis, lejos de suceder a la desaparición de las reglas, parece precederla, no consideramos aventurado juzgar la clorosis como resultado de una perturbación nutritiva que impide la formación regular de los hematíes y favorece la desglobulización de la sangre por fácil destrucción de estos hematíes, todo ello ligado con la ausencia en aquélla de los hormones necesarios para la regular composición de la misma. Es decir, el origen, más que ovárico, es pluriglandular, pues no se ve aparecer nunca después de la castración.

Las enfermedades de los ovarios pueden, en casos avanzados, producir la amenorrea; en quistes del ovario, sarcomas de estos órganos, en inflamaciones de estas glándulas, en las que llega a ser sustituido el tejido periférico o capa ovígena por tejido esclerótico, análogo al de cicatriz, etc., la menstruación desaparece de modo definitivo. La menstruación cesa también a consecuencia de operaciones de extirpación de ovarios; los casos en que se dice que la menstruación ha persistido después de la extirpación, hay que ponerlos en tela de juicio por las razones arriba apuntadas; lo que presenta la mujer no es verdadera menstruación, sino flujos anormales de sangre, que toman un tanto el tipo cíclico que caracteriza aquella función.

Algunas enfermas, en los primeros meses que siguen a la intervención operatoria por efecto de alteraciones existentes en la mucosa, continúan con su flujo menstrual, pero a los cuatro o seis meses, cuando han eliminado del organismo todas las hormonas que las ovulaciones anteriores han acumulado en él, desaparece por completo el flujo catamenial.

No basta que aparezca un flujo dos o tres veces después de la castración para decir que la mujer continúa menstruando: hay que esperar cuatro o seis meses, para dar tiempo al organismo a descartarse de todos los elementos que hayan podido entrar como productos de secreción ovárica.

En algunos casos la supresión de la función menstrual viene sustituida por una hemorragia en otra parte del organismo; mucosa nasal, pulmones, garganta, recto, etc., denominándose a esta derivación del flujo sanguíneo, menstruación varicante. Muchos de los casos así calificados no pueden ser considerados como tales, ya que son manifestaciones de procesos patológicos de los órganos en que la hemorragia se produce, pero algunos no dejan lugar a duda de ninguna especie: nosotros hemos observado un caso en que durante años, una joven tenía una hemorragia todos los meses en la misma fecha por una glándula

mamaria; esta joven estaba bien conformada, y el examen ginecológico demostraba la existencia de útero y anejos, al parecer normales; la amenorrea era completa.

Menopausia.

Denomínase menopausia a la cesación definitiva de las reglas.

La ovulación que se inicia en los comienzos de la vida extra-uterina, y que se exterioriza en la época de la pubertad, termina entre los cuarenta y cinco y cincuenta y cinco años.

La menopausia puede ser natural o artificial: natural es la que sobreviene espontáneamente entre los límites de edad arriba indicados; artificial es la que se produce por efecto de la extirpación de los ovarios o por la acción de agentes que supriman la ovulación. Se hace menopáusica una mujer cuando se atrofian o destruyen los ovarios. Cuando a consecuencia de un proceso flogístico o por efecto de uno neoplásico, se destruye la capa ovígena, ya sustituyéndose por una formación de tejido conjuntivo retráctil, esclerósico, ya por invasión de tejido neoformado, cesa la ovulación y, como consecuencia, suprímese la función menstrual.

La aparición de la menstruación va acompañada de una serie de modificaciones en el organismo, que son las que dan el tipo de desarrollo púber; la desaparición de esta función se acompaña también de algunos fenómenos, que es conveniente conocer, porque de la falsa interpretación de los mismos depende, en gran parte, el estado avanzado en que se encuentran muchas neoplasias cuando acuden al examen del ginecólogo.

Es cosa corriente que cuando una mujer, entre los cuarenta y cincuenta y cinco años, consulta a un médico sobre la significación que puedan tener ciertos trastornos menstruales, se le conteste que dependen de la retirada de las reglas; todas las molestias, todas las alteraciones que experimenta la mujer en esa época, como tengan un carácter algo crónico, se atribuyen a la desaparición de las reglas, y conviene, para evitar confusiones, poner en claro la influencia que ejerce sobre el organismo en general, y sobre el aparato genital en particular este hecho, para que no se dé el caso, tantísimas veces repetido, de que se descuiden procesos genitales que pudieran tener perfecta curación si se tomaran la molestia de hacerlos examinar por quien entienda de estos asuntos, y no se saliera del paso a la interpelación de la enferma con la cómoda frase de: «Esto es que se va a retirar la menstruación».

La supresión normal de esta función se realiza porque va cesando la evolución de los folículos, y por tanto, cuando desaparece la función, porque termina de actuar la causa que la determina, los trastornos que produce en el organismo son insignificantes. Si la desaparición de la función menstrual se

hace de modo regular y gradual, por no madurar los folículos o por no hacerlo con regularidad, el organismo se va acostumbrando a la falta de función ovígena y no se producen alteraciones que tengan verdadera importancia. Al acercarse la menopausia, experimentan las mujeres subidas de calor al rostro, se ponen encarnadas de momento, experimentan una vaso-dilatación periférica seguida de secreción de sudor; estas subidas de calor duran unos segundos, desaparecen y repiten una, dos, tres, cuatro o más veces al día. La influencia de la falta de menstruación sobre los nervios vaso-motores, determinando estas subidas de calor, es fenómeno casi constante.

No es raro que algunas mujeres experimenten también en esos momentos ligeras palpitaciones, que no tienen importancia alguna; pero como quiera que, entre los cuarenta y cincuenta y cinco años, es la época en que más frecuentemente se presentan dos procesos patológicos importantes, uno es el cáncer de la matriz, otro la apoplejía, las mujeres sienten un terror considerable por cualquier fenómeno que en estas edades aparezca, ya que están perfectamente enteradas de que el cáncer de la matriz tiene su mayor frecuencia en la edad crítica; algunas temen que las llamaradas al rostro sean síntomas precursores de un ataque apoplético, pues recuerdan historias de conocidas que en esta época cayeron afectas de tan grave proceso.

¿Es esto un hecho cierto? No, en modo alguno, las subidas de calor que experimentan las mujeres, así como la sensación de calor seguida de sudor, es debida a un proceso de vaso-dilatación periférica, en absoluto opuesto a la congestión determinante de la hemorragia cerebral. La vaso-dilatación periférica debe servir todavía como de válvula de seguridad para que no se realice una congestión interna, de manera que aún cuando la mujer, por efecto de estos fenómenos, tema la congestión y la apoplejía con todas sus consecuencias, debe el médico no dejarse arrastrar por este temor y hacerla comprender que es sólo una coincidencia dependiente de la edad el que aparezca la apoplejía en las proximidades de la menopausia, pues la arterio-esclerosis que prepara las roturas vasculares es cuando se presenta con evolución más rápida.

El cáncer de la matriz se observa muy frecuentemente en las proximidades de la menopausia, pero se presenta porque en el organismo comienzan a faltar las resistencias o las fuerzas distributivas de las formaciones celulares; ello no es exclusivo de la mujer, es fenómeno inherente a la edad; se presenta también el cáncer en los hombres con mayor frecuencia, pasados los cuarenta años; no es que no pueda existir a los veinticinco años o a los treinta, pero lo más común es que, así en el hombre como en la mujer, se presente después de los cuarenta años, y, por lo tanto, la matriz queda incluida en la regla general.

¿Es que es la menstruación, al cesar, la que predispone al cáncer de la matriz? No. Lo que ocurre frecuentemente, como decíamos antes, es que todo

lo que la mujer tiene en su aparato genital entre los cuarenta y cincuenta y cinco años, se atribuye, sin ningún fundamento, a la desaparición del período menstrual, y esto es lo que conviene tener muy presente para no incurrir en este error tan comúnmente expresado de atribuir a una circunstancia accidental lo que es resultante del estado general del organismo.

El primer hecho que debe tenerse presente en la apreciación de los trastornos que la menopausia determina, es que ésta no produce nunca mayor número de menstruaciones que las anormales, es decir, que cuando una mujer presenta flujos sanguíneos cada quince, veinte o veinticinco días, no pueden ser reputados como efecto de perturbaciones debidas a la menopausia. Esta hace desaparecer la menstruación; en algunos casos se pasan uno o varios meses sin período menstrual y al reaparecer lo hace con mucha pérdida de sangre, pero no determina nunca mayor frecuencia de los flujos catameniales. Cuando una mujer presenta a los cuarenta, cuarenta y cinco o cincuenta años flujos de sangre cada quince o veinte días, debe pensarse que algún proceso patológico los determina, y que nunca depende de proceso fisiológico, cual es la desaparición de la menstruación.

La menopausia frecuentemente produce supresiones temporarias de las reglas. Ocurre, a menudo, que se suspende un mes la menstruación, y parece como si al acumularse en el organismo la cantidad de secreción interna ovárica causante de la misma, se produzca una abundantísima pérdida sanguínea, por actuar doble cantidad de hormonas de las que normalmente se necesitan para provocar la congestión uterina y ruptura vascular que produce la menstruación.

Siempre y cuando una mujer, en cualquier edad, pero principalmente entre los cuarenta y cinco o cincuenta años, se queje de hemorragias repetidas, no deben atribuirse a la menopausia, ya que nunca son debidas a la supresión de la función menstrual. Esta afirmación tiene un interés considerable, porque precisamente, siendo ésta la época en que más frecuentemente aparece el cáncer del útero, y siendo el síntoma hemorragia el inicial de esta neoplasia maligna, el interpretar los fenómenos patológicos como fisiológicos, es colocar a la mujer en condiciones de confianza que llevarán a la incurabilidad, por el hecho de haber creído, apoyándose en el testimonio de quien debiera saber estas cosas, que las alteraciones metrorrágicas que en un tiempo presentó eran debidas a un fenómeno fisiológico.

Es preciso que la repetida frase que tan a menudo oyen las mujeres cuando consultan estando entre los cuarenta y cincuenta años sobre anormalidades menstruales, atribuyéndolas a fenómenos de menopausia, sea desterrada y que sólo después de un cuidadoso reconocimiento de resultados negativos en sentido patológico, se diagnostique los trastornos como dependientes del climaterio.

La campaña primera que debe hacerse contra el cáncer uterino debe ser

no sólo para el vulgo, sino también para la clase médica, haciendo conocer el enunciado clínico siguiente: nunca la menopausia es determinante de mayor frecuencia en las pérdidas de sangre.

No quiere esto decir que todas las hemorragias de la época de la menopausia sean debidas al cáncer uterino, pero debe pensarse siempre, que la mayor frecuencia en la pérdida hemática en esta época no depende de un proceso fisiológico: será uno patológico insignificante, tal vez una endometritis fungosa, quizá un pólipo cervical, etc.; pero siempre es un proceso patológico, algo anormal que en la matriz o en los anejos se desarrolla; la misma facilidad que se tiene para decir que depende de la cesación de las reglas se tiene para decir: «consulte con un especialista». Cuesta tanto decir una cosa como otra. Si se sabe reconocer y diagnosticar, que se reconozca y se vea si hay algo que pueda significar un proceso epitelial maligno; en caso contrario, el mandarla a un especialista, es lo menos que puede hacer el que tiene conciencia de lo que significa el factor tiempo en la curabilidad del cáncer del útero.

El consejo del médico de familia es más necesario en el cáncer de la matriz que en otro de distinta localización; un enfermo de cáncer laríngeo, por ejemplo, no necesita por lo general este consejo; al iniciarse una formación neoplásica en una cuerda vocal, aparece inmediatamente afonía o disfonía, cambios de tono de la voz porque una cuerda vocal se pone tensa y la otra no, y el enfermo conoce inmediatamente que existe algo anormal y consulta inmediatamente al especialista, pero en el cáncer del útero la mujer ignora por completo lo que es fisiológico y lo que es patológico: no tiene dolores, pues en sus principios el cervical no los determina y no da a las pérdidas de sangre ninguna importancia, porque acostumbrada desde púber a tener sus flujos menstruales, piensa que son variantes sin significación patológica alguna, ya que no siente ninguna molestia; después aparece leucorrea más o menos teñida de rojo, pero como gran número de mujeres la han padecido muchas veces, hasta el punto de creer que su existencia es normal, tampoco le dan importancia; sólo cuando pasados unos cuantos meses las hemorragias se hacen mayores y la leucorrea toma el carácter fétido, es cuando van a consultar al especialista; muchas veces la primera consulta al ginecólogo la hacen cuando aparecen los dolores, y sabido es que el carcinoma cervical que produce dolores, es, por lo general, inoperable, por haberse propagado a los parametrios.

La aparición del carcinoma uterino en la época de la menopausia, es fenómeno dependiente de las condiciones que en el organismo se presentan entre los cuarenta y los sesenta años, pero no es efecto de la misma; nunca es, la menopausia, factor etiológico de enfermedad, y por tanto, no debe ser considerada como determinante de cualquier afección que en esta época

fisiológica: la menopausia no produce sobre el organismo más que pequeños fenómenos vasculares sin importancia.

La menopausia artificial, es decir, la producida por la supresión de los ovarios, tiene la misma acción, pero con caracteres más acentuados.

Desde el momento que a una mujer joven se le extirpan los ovarios, pasa unos cuantos meses, a veces algunos años, con trastornos muy parecidos, aunque más exagerados, a los trastornos que se presentan en la menopausia natural. La mujer joven, a la que se extirpan los ovarios por un proceso patológico, experimenta fenómenos vaso-motores mucho más acentuados y más repetidos que en la menopausia natural por la brusquedad con que el fenómeno se ha producido.

Las mujeres jóvenes que han sido operadas de castración tienen subidas de calor al rostro seguidas de sudación y sensación de frío inmediato a ella, llegando a constituir, durante el primer año que sigue a la operación, una verdadera molestia y motivo de preocupación. No es infrecuente encontrar en ellas palpitaciones sostenidas, y aparecen algunas veces, además de esto, perturbaciones del sistema nervioso de importancia considerable.

La castración determinada de modo artificial tiene un efecto diferente sobre el organismo de las mujeres operadas, según las condiciones en que se hallen los ovarios y según cuales fueran las que posea el organismo para regular la falta de secreción interna de estos órganos; al lado de mujeres que presentan alteraciones nerviosas muy acentuadas que no pueden ser atribuidas más que a la falta de la función ovárica, hay otras que apenas si reaccionan de modo ostensible ante la supresión de la función catamenial.

Esto indica la necesidad de aquilatar previamente cuál es el estado del organismo y cuáles son las condiciones de la enferma a la que se le va a practicar la castración, para no practicarla más que en los casos en que se halle verdaderamente indicada. Hemos visto una enferma que ha estado tres años con ataques de asma intenso, que nos hicieron temer por su vida y que sobrevivieron después de la castración y como consecuencia de ella; ahora hace once años que su organismo se acostumbró a la falta de secreción interna ovárica y no ha vuelto a tener ataques ni nada que haga pensar que el asma que tuvo entonces y que siguió inmediatamente a la castración, pudiera ser de origen orgánico.

En enfermas que ya tienen los ovarios destruidos o semidestruidos por procesos flogísticos o neoplásicos, generalmente la castración no tiene influencia; si a una mujer afecta de quiste de los ovarios se le extirpan estos órganos, no se produce ninguna alteración ni se presenta fenómeno alguno determinado por la castración; en cambio, si a una mujer que tiene los ovarios casi sanos, se le extirpan los genitales altos por una lesión miomatosa de útero, se presentan los trastornos de la menopausia artificial con una intensidad muy

grande, que duran dos o tres años y la molestan extraordinariamente; este es un hecho que debe tenerse presente, no sólo por la gravedad que pueda presentar de momento, sino la consecutiva.

Como principio general debe decirse que la supresión de los ovarios en una mujer joven es siempre cosa de mucha trascendencia, pues las relaciones endocrinas perturbadas por la castración son frecuentemente causantes de invalidez. Muchas de las operadas que los ginecólogos consideran curadas, pasan a ser sempiternas clientas del neurólogo o del psiquiatra.

Dismenorrea.

Denomínase así la menstruación difícil o dolorosa.

La menstruación es una función que debe realizarse sin grandes molestias; el tipo fisiológico de esta función es que se verifique sin dolores, pero esto es poco frecuente. Generalmente, las mujeres en el período menstrual tienen algunas molestias, y por ello se dice en lenguaje vulgar que la mujer está mala cuando está menstruando.

Háase llegado a considerar como tipo normal el que la mujer presente algunas molestias, tales como dolores lumbo-sacos o ilíacos, sensación de peso en el hipogastrio. Hay un considerable número de mujeres, vírgenes o casadas que no han tenido hijos, en las cuales la menstruación es siempre dolorosa; a esta perturbación se la denomina dismenorrea. Este capítulo interesa a todos los médicos, pues todos son consultados por clientas y amigas en solicitud de un remedio que les quite los dolores, ya que se encuentran enfermas todos los meses al aparecer el período menstrual.

La dismenorrea es sumamente frecuente, tanto que, en grado mayor o menor, aun dentro del tipo fisiológico, casi todas las mujeres experimentan molestias y variados trastornos; éstos se acentúan, por lo general, en las habitantes de las grandes ciudades, por las condiciones de vida que hacen, siendo común el que existan irregularidades, no sólo en los fenómenos locales, sino también en los generales que acompañan a esta función.

La dismenorrea no es más que un síntoma de procesos diversos que residen en el aparato genital.

Hay mujeres que son dismenorréicas porque no puede salir fácilmente la sangre del útero.

La sangre menstrual es líquida, no se coagula porque, mezclada con el moco, producto de la secreción uterina, no se halla en condiciones de hacerlo.

Algunas mujeres son dismenorréicas porque expulsan mucha sangre, y no existiendo moco en cantidad suficiente para mezclarse con ella, se producen coágulos en el interior de la matriz que obran como cuerpos extraños: este órgano reacciona contra éstos, y sucede lo mismo que en el aborto, se producen

contracciones dolorosas para expulsar los coágulos y la mujer sufre durante sus menstruaciones; cuando expulsa un coágulo queda en estado de bienestar y placidez, repitiéndose los dolores al cabo de dos o tres horas cuando han vuelto a formarse coágulos, determinantes de nuevas contracciones.

En otras mujeres se forman coágulos, sin que la sangre menstrual sea abundante; este fenómeno puede tener por causa una desproporción del fibrinógeno que normalmente existe en la sangre, determinante de condiciones de mayor coagulabilidad que la normal, coagulándose la sangre, antes de poder mezclarse con el moco uterino.

Otras veces, las mujeres presentan dolores por retención; un útero que se halla anteflexionado, o en retroversión, es decir, con una anomalía de dirección que impide el libre paso de la sangre al exterior, obliga al órgano a un esfuerzo contráctil que se traduce por dolor. En algunos casos el orificio del hocico de tenca corresponde exactamente a la pared vaginal anterior o posterior, según sea retro o anteversión, y en estos casos la sangre encuentra obstáculo a la salida y se queda en el interior del útero, actuando como cuerpo extraño, siendo causa de contracciones uterinas de diferente energía, cuya consecuencia es la aparición de dolores de mayor o menor intensidad, que cesan algunas veces sólo con cambios de posición. La desaparición de los dolores que logran algunas mujeres poniéndose boca abajo en la cama, se explica porque al modificar ligeramente la estática del útero, sale más fácilmente la sangre al exterior.

Puede la dificultad a la salida de la sangre obedecer a una estenosis congénita o adquirida del conducto cervical. Una mujer que a consecuencia de hipoplasia uterina se presenta con el orificio externo del cuello uterino sumamente estrecho, o con el orificio interno que casi no deja pasar la sangre, necesita el esfuerzo de la contracción para vencer la resistencia, y ello es suficiente para producir dolores menstruales. En algunas ocasiones el hocico de tenca está deformado, presentando una longitud desmesurada, o es muy corto, en forma de botón; estas deformidades que alteran la dirección del conducto cervical, coinciden con la hipoplasia.

Más frecuente que estas causas de versión o flexión anormal, y por modificación de los componentes de la sangre, prodúcese dismenorrea por alteraciones de desarrollo de la mucosa uterina. Cuando existe aplasia genital, en la mucosa uterina no se desarrollan los elementos glandulares que la integran, y es muy común hallar mujeres con útero infantil, que presentan dolores menstruales muy fuertes, porque la mucosa no sufre el trabajo de preparación premenstrual que normalmente debe producirse.

Si se examina una mucosa de útero de época distante a la menstruación, y otra de los días que la preceden, se nota una diferencia considerable en su constitución íntima: en la época premenstrual prodúcese una hiperplasia considerable de elementos glandulares; vense en ella una serie de cavidades y

nuevas invaginaciones, que dan el aspecto de metritis glandular a la mucosa; y como tal inflamación se la ha considerado durante muchos años, hasta que los estudios de Hitschman y Adler han demostrado que es un trabajo preparatorio premenstrual que coloca a la mucosa en condiciones de receptividad del óvulo fecundado, si es que llega alguno a la mucosa en estas condiciones; en la rotable memoria del doctor Bottaro, de Buenos Aires, hállanse descritas las diversas anomalías de la mucosa uterina, entre las cuales ocupan lugar preferente las que explican los fenómenos dolorosos de algunas dismenorreas; en el útero infantil, o insuficientemente desarrollado, no se producen modificaciones anatómicas premenstruales, y no hallándose en condiciones a propósito para formarse los hematomas sub-epiteliales y su rotura tempestiva para que la sangre acumulada se expulse, se produce un estado congestivo doloroso, que explica la existencia de estados dismenorréicos de larga duración.

No son sólo estas causas las que producen la dismenorrea. Si bien no se puede negar que algunas veces, por cambios de posición, por flexiones, por falta de desarrollo del órgano, por alteraciones en la crisis sanguínea, aparece la dismenorrea, la causa más frecuente de este síntoma radica, no precisamente en el útero, sino en los anejos, en las trompas, en los ovarios. Toda inflamación salpingo-ovarítica ocasiona un proceso doloroso cuando la menstruación aparece; un órgano inflamado, que se congestiona del modo como lo hacen los genitales, y que aumenta de volumen y cambia de situación, es un órgano que tiene forzosamente que ser asiento de dolores; cuando existe una salpingitis o salpingo-ovaritis aguda, subaguda o crónica, el síntoma dolor no falla; las mujeres que padecen inflamación tubárica u ovárica tienen casi todas el tipo doloroso de menstruación, que ofrece como particularidad el de que generalmente se produce el dolor, no cuando va a salir la sangre, sino que aparece en los días anteriores, cuando comienzan los fenómenos congestivos de trompas y ovarios. En cuanto se realiza el fenómeno hemorragia y los órganos se descongestionan, el dolor localizado en los órganos inflamados desaparece.

Hay otro tipo de dismenorrea, que hemos denominado virginal; se presenta en niñas con falta de desarrollo en el aparato genital, y también en otras con alteraciones tróficas de los ovarios, ovaritis esclero-quísticas, producto de un onanismo comenzado en la niñez, a los ocho, nueve o diez años; onanismo iniciado tal vez en la escuela o aparecido espontáneamente y que ha determinado alteraciones ováricas, que se manifiestan con el fenómeno inicial de dismenorrea muy intensa, no solamente mientras existe la pérdida de sangre sino también en los días que preceden a la aparición de las reglas y en los días que las subsiguen, por obedecer a lesiones crónicas de naturaleza trófica.

La llamada dismenorrea neurálgica, se halla muy frecuentemente relacionada con alteraciones tróficas de los ovarios, pero en algunas ocasiones

coincide con estados neurálgicos independientes de toda lesión, pudiéndose atribuir tal vez al reumatismo.

Menorragias y metrorragias.

Llámanse *menorragia* al aumento del flujo menstrual, ya sea en cantidad, ya en duración, y *metrorragia* a la pérdida de sangre procedente de la matriz que aparece fuera de los períodos menstruales.

Así las menorragias como las metrorragias son siempre síntomas de procesos patológicos, pero éstos son unas veces genitales y otras manifestación de alteraciones del organismo en general.

En algunas menorragias es la cantidad de sangre perdida tan considerable o de tal duración los períodos menstruales, que puede una menstruación ser continuación de la precedente, y esto durante varios meses, resultando verdaderamente difícil limitar en dónde termina el flujo menorrágico para comenzar la pérdida metrorrágica.

Los procesos locales que determinan menorragias, radican a veces en el mismo órgano uterino, pero muy frecuentemente son aquéllas, manifestación de enfermedades anexiales. Las metrorragias son, por lo común, síntomas de lesiones de la matriz.

Las menorragias tienen tipos clínicos distintos: unas veces la abundancia de sangre es considerable desde el momento que la menstruación aparece; otras se hace abundante la pérdida a los tres o cuatro días de haber empezado unas reglas que se presentaron con toda normalidad; en algunas ocasiones, no es precisamente la mucha cantidad de sangre lo que marca el tipo menorrágico, sino la duración excesiva de las reglas.

Las pérdidas menorrágicas pueden influir de tal manera sobre el organismo, que aun con reglas de duración de cuatro o cinco días nada más, llegan algunas mujeres a un estado hidrémico verdaderamente alarmante, en el cual se percibe, además de la coloración blanco mate de la piel y de la palidez de las mucosas, un soplo muy acentuado en los grandes vasos cervicales.

En los estados de inflamación crónica de la matriz, principalmente en la metritis fungosa y en la endometritis decidua, la menorragia es síntoma constante. Prodúcenase asimismo menorragias en los casos de fibromas intersticiales y submucosos. Las ovaritis, así de naturaleza infectiva como las de origen neuro trófico, producen frecuentemente menorragias de variable duración e intensidad; en algunas ocasiones, los procesos flogísticos anexiales, después de un período más o menos largo de producir menorragias, terminan en un estado amenorreico.

Preséntanse asimismo menorragias por alteraciones hepáticas: las obstrucciones de los conductos biliares son determinantes de menstruaciones muy

abundantes. En algunos casos de disistolia e hiposistolia cardíacas, producense menorragias de gran intensidad, y no es infrecuente hallar menstruaciones muy abundantes en casos de insuficiencia funcional de la glándula tiroides.

Las alteraciones del funcionalismo del ovario en su carácter endocrino, determinan con frecuencia pérdidas de sangre muy superiores a lo que representa una regla normal; la hiperfunción ovárica es causa frecuente de menorragias en la adolescencia, que resisten a todos los tratamientos estípticos y que se curan con radioterapia ovárica unilateral.

Las metrorragias significan casi siempre procesos neoplásicos del útero; tumores benignos, cuales son los fibromas poliposos, los pólipos mucosos y las retenciones ovulares consecutivas al parto o al aborto, son también frecuente causa de pérdidas abundantes de sangre que no guardan relación alguna con los períodos menstruales.

En las neoplasias malignas, carcinoma cervical, principalmente en su forma vegetante y en los sarcomas, las pérdidas de sangre alcanzan a veces proporciones considerables; en el carcinoma corporal es frecuente que sea la metrorragia el único síntoma que se presente y sólo una exploración cuidadosa, hecha por medio de la histerometría, la metroscopeia o la exploración histo-patológica de productos extraídos de la cavidad del útero, permiten hacer el diagnóstico exacto del proceso.

El deciduoma maligno, la mola vesiculosa y el sarcoma polipode difuso, determinan asimismo metrorragias de gran intensidad.

En presencia de pérdidas sanguíneas de los genitales femeninos, la primera obligación que se impone al clínico es la de averiguar su procedencia. Para ello es preciso hacer un examen detenido de los genitales externos y de la vagina para excluir la posibilidad de que lesiones accidentales o estados varicosos de estos órganos pudieran ser los causantes de la pérdida de sangre. Reconocida la procedencia uterina de la hemorragia, es de todo punto preciso establecer, por los antecedentes que la enferma suministre, la naturaleza menor o metrorrágica del flujo que presenta.

Como principio general, puédese afirmar que la hemorragia representa, siempre un proceso benigno, desde el punto de vista histo-patológico, en tanto que la metrorragia es lo más frecuente que dependa de un proceso de naturaleza maligna, o de origen puerperal.

En los casos de menorragia, descartada la idea de una lesión uterina o anexial, es de todo punto preciso investigar el estado de los órganos centrales de la circulación y del hígado, que son los más frecuentemente productores de las menstruaciones anormales en el sentido de su duración o cantidad.

Las alteraciones funcionales pluriglandulares se manifiestan frecuentemente por menorragias, cuyo origen debe diagnosticarse por exclusión, ya que

la exploración física no permite reconocer lesión alguna que justifique la pérdida abundante de sangre.

La existencia de metrorragias depende, como hemos dicho, en la inmensa mayoría de los casos, de lesiones neoplásicas malignas del útero, hasta tal punto que puede afirmarse que el 95 por 100 de los casos de hemorragias uterinas que no se hallan en íntima relación con una gestación perturbada, dependen de neoformaciones de naturaleza tumoral. Debemos contar, sin embargo, un 5 por 100 de casos de metrorragias, en las que ni puede encontrarse macroscópicamente lesión neoformativa, ni es posible atribuir las a procesos que radiquen en el hígado, corazón, etc.; se caracterizan anatómicamente por una vascularización extraordinaria del órgano uterino, con dilataciones vasculares muy pronunciadas, estados de éxtasis circulatorio de causa completamente desconocida, que mantienen por su anormalidad en el curso de la sangre un estado de predisposición tal a las pérdidas sanguíneas, que éstas se repiten uno y otro mes, sin que en ningún caso pueda encontrarse otra justificación que una alteración primitivamente vascular. Esas hemorragias metropáticas han sido en estos últimos tiempos tratadas con éxito tan sorprendente por las irradiaciones de mesotorio y de radio y por las de rayos X, que hace pensar el resultado del tratamiento en la influencia directa de las funciones ováricas sobre dichas alteraciones vasculares.

Un hecho conviene hacer notar al tratar de las metrorragias, cuyo conocimiento puede evitar muchos perjuicios a las mujeres afectas de cierta clase de ginecopatías. Cuando una mujer, después de un tiempo más o menos largo de amenorrea por menopausia vuelve a tener pérdidas de sangre por sus genitales, debe ser considerada como una presunta enferma de neoplasia maligna y tratada como tal: sólo el examen negativo de los síntomas que caracterizan los estados carcinomatosos del útero, puede justificar una dilación en el tratamiento.

Las metrorragias y las menorragias por sí, no significan un proceso patológico, sino manifestación de muy variadas enfermedades, así locales como generales. La interpretación exacta de la génesis de estos procesos es lo que dará la clave del tratamiento; no puede hablarse, por tanto, de medios específicos para combatir estos estados, ya que en buena terapéutica es sólo aceptable la medicación causal.

Lección 16. Esterilidad.

La imposibilidad de concebir alcanza en todos los países una proporción muy elevada. Un 16 o un 18 por 100 de mujeres casadas son estériles; pero de este 16 ó 18 por 100 la mayoría lo son porque se han vuelto estériles después de las primeras relaciones sexuales, no por defecto orgánico primitivo, sino por lesiones consecutivas al coito.

De 408 casos de esterilidad estudiados por Kammerer, se observó en 69 dismenorrea; en 57, menorragias y metrorragias; menstruaciones escasas, 41; amenorrea, 2; menstruación retardada, en 8; histerismo, en 16; cefalalgia, en 3; neuralgia intercostal, en 1. El autor cree que algunas de estas perturbaciones probablemente no tenían ninguna relación causal con la esterilidad, pero cita los casos.

El problema de la esterilidad es uno de los que más interesan al ginecólogo. Son tantas las mujeres que acuden diariamente a la consulta del especialista, en busca de los medios que puedan curar su esterilidad, que es éste uno de los problemas sociales más importantes que el ginecólogo tiene que estudiar.

Las causas de la esterilidad son múltiples, pudiendo dividirlas en *primitivas* y *secundarias*.

Causas primitivas son todos los defectos de desarrollo del aparato genital femenino; la falta de ovarios, la ausencia de trompas, la oclusión congénita de las mismas, la hipoplasia uterina, son causas de esterilidad que van anejas al proceso de los órganos sexuales, y si alguna de ellas, como la hipoplasia uterina, puede ser tratada con mayores o menores probabilidades de éxito, las otras son en todo caso incurables. No existiendo ovarios o no habiendo posibilidad de que el óvulo pueda enfilarse la trompa para encontrarse allí con el espermatozoide, no es posible que la fecundación se realice.

Pueden colocarse también dentro de las causas primarias de esterilidad, las desviaciones del órgano uterino. Así ocurre en las flexiones y versiones que, impidiendo las primeras por el acodamiento que experimenta el órgano uterino, el fácil acceso de los espermatozoides al interior de la cavidad y ocluyéndose en el segundo caso el orificio externo de la matriz por la pared anterior o posterior de la vagina, según sea retro o anteversión, no permiten que el espermatozoide llegue a los *ostiums* uterinos, ascendiendo por dentro de la cavidad.

Son causas asimismo de esterilidad primaria, las estenosis cervicales, ya de la totalidad del conducto, ya del orificio externo o del interno, que congénitamente se han desarrollado de modo defectuoso.

La dismenorrea, cuando es síntoma de la hipoplasia de la matriz, coincide frecuentemente con la esterilidad; al estudiar la génesis del dolor menstrual en los casos de falta de desarrollo de la pared anterior del útero, se ve que existe siempre, conjuntamente con la falta de desarrollo apreciado macroscópicamente, una ausencia del estado premenstrual de la mucosa uterina que no reúne condiciones para el injerto del óvulo fecundado.

Las causas de esterilidad resultantes de la imposibilidad del acceso del elemento fecundante, son las que más fácilmente puede el ginecólogo corregir.

Con ser frecuentes las causas de esterilidad que acabamos de mencionar, no lo son, con mucho, tanto como las que apellidamos secundarias. En éstas la

mujer llegó a su completo y normal desarrollo y en condiciones de ser fácilmente fecundada; pero procesos patológicos vinieron a perturbar el organismo y convirtieron en estériles a mujeres que anteriormente tenían todas las condiciones para ser fecundas.

Estas causas radican unas veces en la matriz, y pueden hallarse en el cuello y en el cuerpo. En el cuello, las estenosis cicatriciales y las estenosis y anomalías producidas por la destrucción de los epitelios cervicales por cauterizaciones practicadas con sustancias muy enérgicas, tales como el ácido crómico, imposibilitan la ascensión del espermatozoide. Las inflamaciones de la mucosa del cuerpo de la matriz, principalmente las del tipo fungoso que se acompañan de menorragias más o menos abundantes, impiden que el óvulo se injerte en condiciones normales y no es infrecuente en esta clase de enfermas que, aun llegando el óvulo fecundado a la cavidad de la matriz y comenzando su proceso de injerto, sea arrastrado al exterior por la cantidad abundante de sangre que sale de los vasos nuevamente formados en la mucosa inflamada. Estas mujeres no pueden conceptuarse verdaderamente estériles, ya que es fecundado el óvulo, pero como quiera que no llega éste a injertarse y proliferar el tiempo suficiente para que se manifieste el resultado de la fecundación, como hecho final deben ser consideradas como estériles.

Una descarga uterina profunda, de cualquier clase, sea leucorréica o sanguínea, puede arrastrar el óvulo antes que la nidación se realice.

Mucho más frecuentes que estas causas uterinas, resultado de procesos patológicos, son las causas anesiales. Las inflamaciones de las trompas y las del ovario son las más frecuentes causas de la esterilidad femenina: al inflamarse las trompas se produce, como fenómeno casi constante, la oclusión del pabellón; no tan frecuente como ésta es la oclusión del extremo uterino de la trompa: sea cualquiera de éstos, o sean ambos los procesos de oclusión que se realicen, la esterilidad es definitiva.

Los acodamientos que experimentan las trompas en muchos estados flogísticos pueden ser causa de esterilidad temporaria, hasta que pasado el proceso de inflamación, si no se ocluyeron las trompas de modo definitivo, al desaparecer las flexuosidades que adquirieron puede realizarse la fecundación.

Las descamaciones epiteliales de las franjas tubáricas puede ser asimismo causa de adherencias orgánicas que imposibiliten la migración del óvulo y la del espermatozoide, por producirse repliegues en la mucosa de la trompa.

Las inflamaciones del ovario pueden adquirir dos formas que produzcan la esterilidad. La esclerósica constituye la primera: en ella el tejido conjuntivo denso que ocupa la periferia del ovario impide que el óvulo haga su dehiscencia, y la vesícula De Graaf, no pudiendo verter su contenido, se convierte en una cavidad quística. El segundo mecanismo de producción de esterilidad dependiente de la inflamación ovárica resulta de la formación de neomembranas

que envuelven y rodean al órgano y llegan a impedir de modo completo que la ovulación se realice.

Alteraciones defectuosas o viciadas de las hormonas, pueden ser causantes *per se* de esterilidad, de manera que se puede admitir en el huevo una perturbación originaria de su misma constitución, que le haga inhábil para ser fecundado.

Los abusos físicos, especialmente los sexuales, pueden causar una permanente inhibición en la formación de las hormonas sexuales de la mujer, cuyo resultado es la ausencia de sentido sexual y quizá la esterilidad.

Pueden ser asimismo consideradas como causa de esterilidad las perturbaciones nutritivas que produce la obesidad, si bien creemos nosotros que la polisarcia, que tan frecuentemente determina la imposibilidad de la concepción, es, en la mayoría de casos, resultado de una insuficiencia de secreción de órganos internos, en la que tal vez, de modo primitivo, debiéramos incluir la anulación de la correspondiente al ovario.

El hecho de la esterilidad como resultado de la polisarcia es indiscutible: la interpretación del fenómeno es lo que se presta a toda clase de discusiones. Por lo que nosotros hemos visto en el tratamiento de estos estados por medio de la medicación opoterápica, nos afirmamos en la opinión anteriormente expuesta de considerar a la polisarcia, no como determinante de esterilidad, sino como resultante de una perturbación del funcionamiento de las glándulas endocrinas, causa también de la imposibilidad de concebir.

Existen algunos casos de esterilidad, en los que el examen más cuidadoso no encuentra proceso patológico alguno en los genitales femeninos, y aun el mismo funcionalismo menstrual se verifica con toda regularidad. A pesar de ello, y de realizar el coito con hombres que poseen espermatozoides en todas sus condiciones de vitalidad, la fecundación no se realiza: estos casos, indudablemente, hay que atribuirlos a perturbaciones de las hormonas genitales que rigen los actos íntimos de la fecundación. Para casos de esta naturaleza, tal vez pudiera tener indicación el injerto de trozos de ovario que al prender y al funcionar en el organismo femenino pudieran dar lugar a hormonas que llegaran a regularizar las condiciones íntimas ovulares que presiden los fenómenos de la fecundación.

Un punto de verdadera importancia, relacionado con el que estudiamos, es el de la esterilidad provocada artificialmente.

Es por todos reconocido que para cierto número de mujeres, por condiciones patológicas diversas, representa la gestación un peligro para su vida, ya de modo inmediato, ya al cabo de más o menos tiempo. Es asimismo cierto que, si gran número de mujeres encontraran el medio de realizar el coito sin peligro de hacerse embarazadas, lo emplearían sin escrúpulo de ninguna especie. Es, por lo tanto, muy difícil establecer un límite entre lo que tiene una justificación

en el deseo de conservar la salud y la vida, de lo que sólo significa el decidido propósito de gozar de la vida sexual sin los inconvenientes que puede representar el tener mayor o menor número de hijos.

Los medios anti-concepcionales, que se usan en cantidad verdaderamente lamentable, no tienen seguridad suficiente para evitar que se inicie una nueva gestación; esta inseguridad que, dicho sea de paso, es altamente beneficiosa para la Humanidad, puesto que sin ella llegaríamos tal vez muy pronto a un déficit considerable de natalidad sobre mortalidad, esta inseguridad, como decimos, ha inducido a buscar dentro de la práctica quirúrgica el modo de colocar a la mujer en condiciones que hagan imposibles nuevas gestaciones.

No creemos del caso exponer las opiniones que, en pro y en contra del derecho que tiene una mujer a hacerse estéril, han emitido los que de estos asuntos se han ocupado. Nosotros aceptamos el hecho como necesario en ciertas y determinadas condiciones, y creemos que cuando se trata de una indicación bien justificada, fundada única y exclusivamente en los considerables perjuicios que para la conservación de la salud y de la vida de una enferma representa o puede representar el hecho de la gestación, es cuando admitimos el derecho a ser esterilizada.

Las enfermedades cardíacas, algunas renales, la tuberculosis, los estados neuropáticos graves, pueden constituir verdaderas contraindicaciones de la gestación. El prolapso completo del útero, las estenosis pronunciadas de la pelvis, así como también estados generales, como la osteomalacia, no solamente contraindican una gestación, sino que pueden obligar en ciertas y determinadas circunstancias a la interrupción prematura de una, ya comenzada.

En condiciones como las que acabamos de mencionar y en otras, resultantes de perturbaciones funcionales, la gestación puede significar un peligro, al que escapa la enferma habiendo pasado mayores o menores vicisitudes, pero dejando, por lo menos, el fantasma de un peligro venidero, que es preciso evitar a toda costa. Dentro de la vida matrimonial no es posible aceptar en modo alguno, que puedan los cónyuges quedar meses y años sin realizar actos sexuales, que expongan a la mujer al peligro temido de una nueva gestación, y así como no creemos que se tenga derecho en muchas ocasiones a interrumpir una gestación ya comenzada porque existe de por medio un ser que tiene todos los derechos a la vida, puesto que ésta comenzó ya, creemos que es llevar los escrúpulos de conciencia excesivamente lejos el pretender conceder los mismos derechos al óvulo antes de ser fecundado.

En tanto no ha habido conjunción de óvulo y espermatozoide, ni el elemento macho ni el óvulo significan nada para la especie: una vez realizada la conjunción, el ser, cuya vitalidad comienza, tiene, en nuestro sentir, todos los derechos anejos al organismo completamente constituido.

Partiendo de estas bases generales, creemos que, cuando la producción de

un embarazo significa un peligro para la vida de la mujer, ésta tiene el derecho de impedir la concepción, y si para ello necesita una intervención quirúrgica, representando ésta un peligro mucho menor que el de la gestación que pudiera sobrevenir, conocidas todas las ventajas e inconvenientes del acto operatorio, creemos que existe el derecho de solicitar una operación que impida, de modo absoluto, el que la gestación se realice.

Hace algunos años habíanse practicado operaciones de esta naturaleza con fines verdaderamente inmorales, ya que sólo tendían a colocar a la mujer en condiciones de que pudiera entregarse a los placeres sexuales sin peligro alguno de gestación. Se cometieron verdaderos crímenes por gente que no merece siquiera el dictado de médicos; en la actualidad, ni las mujeres se someterían a intervenciones, como las que mencionamos, de extirpación de ovarios por laparotomía, porque el contingente de mortalidad fué lo suficientemente grande para que de ello se asustaran, ni creemos hubiera médico digno de este título, capaz de hacer estas intervenciones por satisfacer el capricho de una mujer. Ni aun las intervenciones vaginales de ligadura doble y sección de la trompa, cuyo tipo principal se halla en la operación de Wertheim-Schautta por prolapso, están autorizadas moralmente, en mujeres que no presenten esta dislocación genital, si sólo las guía el deseo de impedir la gestación.

Aceptado en principio el derecho a la esterilización, es preciso ser muy exigente en el reconocimiento de las condiciones precisas para realizarla; dispone hoy la ciencia de medios incruentos que pueden llegar a producir la esterilidad definitiva sin riesgo ni peligro alguno para la vida de la enferma. Las aplicaciones de rayos X y las emanaciones radioactivas de mesotorio y radio, sobre las glándulas ováricas, pueden producir una amenorrea temporaria o definitiva que llegue a servir como medio de impedir la gestación.

La esterilidad es, como dijimos antes, uno de los problemas que más interesan en la actualidad al ginecólogo. Hay un número considerable de casos que pueden curar perfectamente por medio de intervenciones operatorias, y aun mediante tratamiento mecánico. La esterilidad producida por estenosis, sean vaginales, sean cervicales, la que obedece a flexión o versión del útero, las que dependen de estados de inflamación del endometrio que impiden que el óvulo se injerte en él y también las que dependen de una hipoplasia uterina, pueden ser curadas, y, por lo tanto, merecen un pronóstico favorable, para aquel número inmenso de mujeres estériles, que lo son por inflamaciones tubáricas, que condujeron a la oclusión del pabellón o de los ostiums uterinos, así como aquellas que no tienen hijos por anomalías de desarrollo de los ovarios, se hallan fuera del alcance de los medios terapéuticos de que podemos disponer, y por lo tanto, el pronóstico debe ser altamente desfavorable.

Como quiera que la esterilidad es sólo un síntoma de los más diversos afectos genitales, tanto el pronóstico como el tratamiento dependen de la

precisión diagnóstica y de los medios con que cuenta la Ginecología para curar la enfermedad causal.

En el capítulo de Diatermia hacemos hincapié en los resultados que para el tratamiento de algunas formas de esterilidad tiene este medio terapéutico, fundado principalmente en el poder resolutivo que ejerce sobre distintos procesos flogísticos anexiales.

Se ha recomendado la distensión de los conductos tubáricos por medio de gases inyectados en la cavidad uterina; ya hemos dicho en el capítulo de pneumo-peritoneo que, en principio, no podemos aceptar esta intervención, por el peligro que encierra, de enviar gérmenes sépticos al interior de la cavidad peritoneal.

Las investigaciones modernas que para la implantación de órganos extraídos de otros individuos de la misma especie se vienen realizando, permiten esperar que en un número limitado de casos, en aquellos en que la fecundación no se realiza por alteraciones de las hormonas ováricas, pueda alcanzarse la fertilización; pero la idea de extender la acción a injertos ováricos completos para que sus óvulos puedan ser fecundados, no la creemos factible, y si la Ciencia llegara a ello, no la consideraríamos moral por las consideraciones de orden social que se desprenderían de tal hecho.

SÍNTOMAS GENERALES DE LAS AFECCIONES GENITALES

Las ginecopatías presentan una serie de síntomas generales que pueden algunas veces inducir a error o a confusiones diagnósticas, por no existir aparente relación de causalidad entre ellos y el proceso genital que los determina.

El sufrimiento, de cualquier clase que sea, se manifiesta, de modo más o menos ostensible, en los trazos de la fisonomía; no solamente en las ginecopatías, sino en cualquier proceso que perturbe el funcionalismo regular de un órgano, se producen modificaciones en el rostro que denotan la anormalidad; la influencia del estado patológico sobre el aspecto exterior no sólo se observa en los casos de sufrimiento físico, sino también en los de orden moral.

Sin risa y sin llanto, se conoce en el rostro de un individuo si está alegre o si está triste. Si se pretende describir el rostro del individuo triste o alegre, que no ríe ni llora, se tropieza con tales dificultades, que difícilmente se llega al verdadero retrato, y, sin embargo, resulta por demás sencillo conocer el estado de ánimo de la persona que se examina, sin poder precisar los caracteres del rostro, que marcan, de modo tan perceptible, el estado anímico del sujeto examinado.

En las enfermedades genitales se manifiesta en el rostro el sufrimiento, aun sin existir dolor; pero la anormalidad en el funcionalismo se nota en rasgos fisonómicos que son difíciles de describir con exactitud, tienen una especial característica, que permite, con la práctica, llegar a un diagnóstico, muchas veces exacto con sólo fijarse en las líneas del rostro; al conjunto de trazos fisognomónicos que acusan la existencia de un proceso genital, es a lo que se ha denominado facies uterina.

En ella existe un ligero hundimiento de los ojos, ojeras algo pronunciadas, sin llegar a producir arrugas ni fruncimiento de dolor; en algunas ocasiones, alrededor de los ojos se marca un surco, que por su constancia y ausencia de otras manifestaciones, permite afirmar un proceso patológico de los genitales.

Es muy difícil describir la facies uterina; es mucho más sencillo conocerla, no sólo cuando se presenta con los caracteres arriba mencionados y un estado habitual de tristeza, sino en los comienzos de la enfermedad genital, en cuya época es común hallar un estado de seriedad impropio de la edad de la enferma.

No es raro ver llegar a la consulta a pacientes que, antes de hacerles pregunta alguna, se presume no sólo el órgano enfermo, sino también la naturaleza de la enfermedad que padecen, y aun el tiempo que llevan padeciendo; son muchas las cancerosas uterinas que se diagnostican por el solo aspecto exterior, sin hacer el más insignificante reconocimiento. A la facies uterina se agrega el aspecto hidrémico, que imprimió en el rostro un sello tan característico, que puede el ginecólogo dirigir su exploración de modo seguro, ya que sólo va a confirmar lo que por la simple inspección del rostro había ya diagnosticado; la palidez de las mucosas, efecto de las metrorragias, alcanza, en algunas ocasiones, un tipo tan especial, que permite diagnosticar, no solamente la existencia de un proceso genital, sino la naturaleza del mismo; es frecuente que se asombre la enferma al oír del especialista afirmaciones sobre los síntomas que presenta y cuáles son los principales que dominan el proceso, antes que la haya interrogado; es que, en realidad, la costumbre de ver enfermas hace sentir la impresión de la facies uterina, que, como decíamos, es más para conocida por hábito que para descrita.

Ocurre en esto lo mismo que en el embarazo; hemos conocido muchas mujeres en las que antes de manifestarse ninguno de los síntomas del embarazo, sólo por la facies especial que determina y por lo que repercute el funcionalismo especial de la gestación sobre la totalidad del organismo, se las reconoce dicho estado.

Y, ¿qué es lo que tiene la mujer embarazada que se traduzca antes que en nada en el aspecto del rostro? Es muy difícil contestar a esto; pero lo que sí puede asegurarse es que la facies de la gestación, como la facies de los procesos genitales patológicos, es cosa que se llega a apreciar de modo suficiente para poder diagnosticar, si no con seguridad, con muchas probabilidades, aun antes de hacer el interrogatorio y la exploración del aparato genital.

Las ginecopatías producen síntomas a distancia, cual los describimos al ocuparnos de las falsas genitales; algunos de estos síntomas tienen una persistencia tal, que sirven, en muchas ocasiones, de base fundamental de diagnóstico; la neuralgia intercostal del séptimo u octavo espacio se presenta con una frecuencia tan grande en los casos de metritis crónica, que muchas veces su sola presencia nos ha permitido hacer una afirmación diagnóstica, que al explorar el aparato genital hemos podido confirmar.

Es tan característico el dolor situado inmediatamente por debajo de la mama izquierda, en la dirección del séptimo u octavo espacio intercostal, que su existencia debe inducir al médico a practicar un reconocimiento del aparato genital.

La influencia que las afecciones genitales ejercen sobre el aparato digestivo, está reconocida por todos los ginecólogos; la existencia de la dispepsia de origen uterino es frequentísima; el estreñimiento es síntoma que acompaña casi

siempre a las ginecopatías; preguntando sobre este particular raras veces se obtiene contestación negativa cuando existe un proceso ginecopático, aneural o uterino. La retroversión y los procesos de flogosis aneural son causa de estreñimiento, unas veces por dispepsia y muy a menudo por efecto de compresión intestinal que es causa de estados parésicos.

Repercute algunas veces el proceso genital sobre el aparato respiratorio, en el cual se manifiestan con variable intensidad síntomas al parecer completamente desligados de las ginecopatías.

La tos de origen genital es generalmente seca, quintosa, de timbre metálico, impidiendo su frecuencia, en algunos casos, que la enferma pueda conciliar el sueño; en las proximidades del período menstrual se acentúa de modo notable. En un caso de quiste de ovario tuvimos ocasión de observar fenómenos de tos quintosa, tan acentuados, que sólo nos convencimos del origen genital al ver el modo cómo desapareció después de la ovariectomía.

En el sistema nervioso presentan neuralgias en distintos puntos, no ya solamente ovarialgias, sino gastralgias, y principalmente cefalalgias frontal y occipital; son síntomas que acompañan muy frecuentemente a los procesos ginecopáticos. Las neuralgias tienen en algunas ocasiones una intensidad tal, que dominan por completo la sintomatología del proceso; la enferma se queja accidentalmente de leucorrea y de las menorragias o metrorragias que pueda presentar, insistiendo, por el contrario, de modo repetido en su petición, de que le quiten el dolor de cabeza, pues la cefalalgia se extiende desde la nuca a la región superciliar y no se calma con ninguno de los medicamentos comúnmente utilizados para este objeto; estas cefalalgias son de origen uterino y su génesis no puede explicarse más que como fenómeno reflejo, resultante de la influencia que el funcionalismo genital ejerce sobre la totalidad del organismo.

Las ginecopatías ejercen una manifiesta influencia sobre las funciones psíquicas, la tristeza es habitual en las enfermas genitales, siendo este uno de los síntomas que más frecuentemente se presenta.

Al preguntar a una enferma: ¿Ha cambiado usted de carácter?, contesta siempre de modo afirmativo: Antes era alegre, decidora, le gustaba la compañía, tenía siempre la risa en los labios, y desde hace algún tiempo la invade una tristeza cuya causa no sabe explicar: lo que antes la deleitaba, ahora no le gusta; no tiene deseo de compañía, la sociedad la aburre extraordinariamente y siente, sin saber el motivo, algo que repercute sobre su estado psíquico, cambiando de modo completo el estado general. La tristeza es habitual; las funciones psíquicas de la enferma se modifican profundamente por el hecho de las ginecopatías; desaparece el buen humor, las manifestaciones de alegría, y todo lo que antes constituía los encantos de la vida es mirado con indiferencia o con hastío. De vez en cuando, coincidiendo generalmente con estados de mejoría de su enfermedad, encuentran marcado alivio en su estado

aparezca, pues nunca es causa de un proceso patológico, aquella función general; parece como si volvieran al primitivo estado, pero para recaer de nuevo en el mismo grado de tristeza, que constituye su característica, desde que se presentaron los trastornos genitales.

Este fenómeno casi es constante. Es muy rara la enferma que no presenta estas manifestaciones, y aun las que rien, las que por la cosa más insignificante muestran su contento al hacerles la pregunta del cambio de carácter contestan afirmativamente; muchas veces la misma risa que tienen no es más que resultado de un hábito adquirido en tiempo pasado y que se sostiene con engañosa apariencia; en el fondo la alegría no existe, y lo prueba el hecho de que en cuanto se las deja solas caen en su estado de tristeza habitual. Este hecho es observado por todos los que a la Ginecología se dedican, siendo de advertir que tiene una relación tan grande el estado de tristeza con la ginecopatía, que cuando la enferma cura, ya por medios médicos u operatorios, el carácter vuelve a ser el mismo primitivo, reaparece la alegría, el deseo de compañía y de divertirse, es decir, adquieren nuevamente el carácter que en un tiempo habían perdido, modificado más o menos por los años que haya podido durar su estado de enfermedad.

Hemos visto muchas enfermas en un estado de tristeza considerable, que después de haber sido curadas de su proceso ginecopático de modo completo, han vuelto a adquirir la jovialidad de su juventud.

Pronóstico.

Desde el punto de vista del pronóstico, hay que establecer una división: restitución completa a la normalidad o desaparición del proceso patológico, pero con imposibilidad de función.

Son muchas las ginecopatías que curan bien, sobre todo los procesos flogísticos, pero ocurre frecuentemente que, a pesar de desaparecer los dolores y los trastornos directos y reflejos, quedan lesiones que inhabilitan al órgano para su función. El individuo que sufre una quemadura extensa en una mano, que cicatriza por segunda intención, puede al curar de sus lesiones quedar con una sindactilia o una flexión forzada de la mano que le deje inútil; se podrá decir que el individuo curó, porque no tiene dolores, porque no interrumpe su sueño el sufrimiento; pero la invalidez en que queda no permite que se apellide como terminado por curación el proceso de su quemadura, ya que sin restablecerse el funcionalismo normal no puede hablarse de curación; pues bien, son muchos los procesos ginecopáticos que curan, pero curan dejando impotencia funcional; las trompas que sufren procesos de inflamación se obturan casi siempre, ya en el pabellón, ya en otro punto, y por tanto, aun cuando desaparezca en absoluto la inflamación, no puede decirse que la enferma haya curado. Ha

desaparecido el dolor, pero no ha curado de su enfermedad, pues el órgano queda con impotencia funcional y ya no sirve de conductora del huevo y del espermatozoide, y por tanto, es un órgano inútil.

El ovario que, a consecuencia de un proceso flogístico, sufrió la destrucción completa de la capa ovígena, puede no ser causa de dolores y no determinar fenómenos reflejos, pero es un ovario que no funciona y que, por tanto, no sirve para lo que debe servir. Desaparecieron los síntomas pero, en realidad, la enfermedad no curó.

Al tratar de pronóstico en las ginecopatías, no se puede hablar únicamente de fenómenos locales y reflejos propios de ella, sino que hay que tener en cuenta la curación, con respecto a sus funciones. Un proceso de alteración de la mucosa del útero puede llegar, ya espontáneamente, ya por medio de cauterizaciones enérgicas, a convertir la cara interna de la mucosa de la matriz en una capa de tejido conjuntivo, impropia para que en el órgano pueda anidar el huevo, y para que se realicen con regularidad las funciones de menstruación; el proceso metrítrico podrá haber desaparecido, pero no podemos considerar a aquella mujer como verdaderamente curada. El pronóstico debe hacerse siempre con vistas a la reaparición de la función.

En general, puede afirmarse que las ginecopatías del tramo genital inferior curan, conservando la integridad completa de función. Un flemón de la vagina, de la vulva, puede curar, con restos mayores o menores, de su proceso patológico; podrán quedar bridas cicatriciales, resultantes de un flemón difuso que allí existiera, a consecuencia de procesos gangrenosos, sobrevenidos en la parte inferior de la vagina; pero son, generalmente, procesos que no llegan a modificar de modo tan esencial las partes, que no pueda lograrse una curación definitiva, y si se presenta alguna dificultad en caso de una gestación en el acto del parto, se puede corregir por medios que están a nuestro alcance.

Por lo que se refiere al útero, puede afirmarse que la inmensa mayoría de sus lesiones curan, quedando integridad funcional, y, por lo tanto, el pronóstico debe hacerse en sentido favorable. Hay, sin embargo, algunos procesos que forman excepción: una hiperinvolución uterina conduce, algunas veces, a la atrofia del órgano; la inflamación extensa del endometrio puede llegar a producir la destrucción de la mucosa, y entonces, aun cuando la mujer se encuentre bien de su estado general y no presente manifestaciones locales, hay que considerarla como no curada, puesto que no sirve para la función principal a que está destinada.

En cambio, los procesos tubáricos conducen, muchas veces, a la esterilidad. En la inmensa mayoría de ocasiones, los procesos de flogosis de la trompa, producen una oclusión del pabellón, y la enferma puede encontrarse bien de sus lesiones, no tener dolores, ni presentar alteraciones menstruales, pero como quiera que es definitivamente estéril, no puede pronosticarse de modo favorable.

Las lesiones ováricas conducen también, frecuentemente, a la esterilidad, y, por lo tanto, se hallan en condiciones análogas a las lesiones tubáricas, en lo que se refiere al pronóstico funcional.

Los procesos perimetriticos y parametríticos son causa frecuente de procesos neoformativos, que determinan cambios de posición de las trompas y ovarios e impiden que el óvulo, al salir de la vesícula de De Graaf, enfile el conducto tubárico, y como consecuencia la esterilidad es definitiva.

Los resultados que se alcanzan después de muchas intervenciones operatorias, distan grandemente de la curación; toda intervención de carácter mutilante no conduce a la verdadera curación, ya que la extirpación de un órgano enfermo es siempre manifestación de impotencia de medios curativos; a la mujer que por procesos de inflamación anexial se le extirpan trompas, ovarios, o se le practica la castración total, podrá aparentar que queda curada porque desaparecieron los dolores, pero, en realidad, no lo está, ya que le faltan las condiciones que señalan el completo fisiologismo.

Leción 14

TERAPÉUTICA GENERAL DE LAS GINECOPATÍAS

En este capítulo vamos a estudiar los medios generales que, con indicaciones diversas, pueden utilizarse en las ginecopatías, bien cumpliendo una indicación causal o sirviendo sólo para combatir alguno de los síntomas que, por su frecuencia y falta de significación específica, constituyen manifestaciones de diversos estados patológicos.

Para facilitar su estudio dividiremos este capítulo en las siguientes secciones: 1.^a, medicación higiénica; 2.^a, emenagoga; 3.^a, hemostática; 4.^a, astringente; 5.^a, analgésica; 6.^a, tónica; 7.^a, resolutive; 8.^a, antiséptica; 9.^a opoterápica.

A estas secciones seguirán las de tratamiento hídrico, hidromineral, y los correspondientes a otros medios físicos, tales son la radioterapia, radiumterapia, diatermia, electroterapia, fototerapia, etc., de acción muy eficaz en algunas ginecopatías.

Medicación higiénica.

En términos generales, podemos decir que el *reposo* es la medida higiénica por excelencia, en la mayor parte de las enfermedades del aparato sexual femenino, reposo que debe dividirse en *general* y *genital*.

Todos los procesos flogísticos, y también las dislocaciones genitales, se benefician grandemente con la quietud; no solamente las enfermas afectas de flogosis agudas, con su acompañamiento de fiebre, sino también aquellas en las que, ya desde el primer momento, aparece su afección con caracteres de cronicidad, se benefician grandemente con el reposo general del organismo. La enferma afecta de un proceso genital de naturaleza inflamatoria debe evitar, en lo posible, los paseos en carruaje, montar a caballo o en bicicleta, el salto y los juegos que puedan representar ejercicio corporal violento; ellas mejoran grandemente con la quietud absoluta, bien en la cama, en un sofá, en un sillón, etc.

Los efectos favorables del reposo se notan principalmente en las enfermedades anexas: salpingitis, ovaritis, perimetritis, parametritis, y, en general, todas las inflamaciones pelvi-anexiales ofrecen una mejoría notable con el tratamiento por el reposo.

Igual podemos decir de las dislocaciones: el descenso de matriz, el de

vagina o colpocele, las retrodesviaciones, ya sean versiones o flexiones, son influidas muy favorablemente por el reposo.

El decúbito supino, que en muchas ocasiones produce favorables efectos como tratamiento higiénico de las ginecopatías, puede, en algunos casos especiales, ser perjudicial; no es infrecuente encontrar mujeres que, teniendo retrodesviación uterina, quédanse mucho más de las molestias producidas por la viciosa posición del útero al levantarse de la cama, que después de transcurridas algunas horas de paseo. Esto, que parece hallarse en oposición con lo anteriormente expuesto, no es realidad más que confirmación de lo dicho, pues teniendo en cuenta que si, para los procesos flogísticos y aun para los mismos prolapsos, el decúbito supino puede resultar altamente favorable, en los casos de retrodesviación uterina el peso de la matriz, por el solo efecto de la acción de la gravedad, hace que se acentúe la desviación hacia atrás, y por lo tanto, que se aumenten las molestias; el reposo influirá de modo favorable en esta enfermedad, pero no con el decúbito supino, sino con el semiprono o lateral.

El *reposo genital* es todavía más importante en el tratamiento de las ginecopatías que el reposo de todo el cuerpo. En términos generales puede afirmarse que los órganos enfermos deben permanecer en inactividad, y si las funciones que estos órganos verifican no son necesarias a la vida, el reposo absoluto favorece de tal modo la resolución de muchos procesos patológicos, que es de todo punto indispensable el exigirlo.

Las excitaciones genésicas, el acto del coito y, en general, todo cuanto significa una actividad funcional de los genitales, determina agudización de los procesos crónicos en ellos existentes, y por tanto, aun en enfermas de procesos de poca entidad, el exigirles el reposo genital representa en muchas ocasiones la mejor indicación de tratamiento.

Es, sin embargo, muy difícil establecer de modo categórico la prohibición de toda clase de relaciones sexuales y aun de excitaciones genésicas, ya que, dentro de la vida de la mayoría de las mujeres que acuden al ginecólogo, existen condiciones de índole más o menos imperativa que obligan a la mujer a someterse a las funciones sexuales. Son muchas las mujeres casadas que de buen grado renunciarían en absoluto a toda relación sexual y, sin embargo, se someten a ellas en muchas ocasiones por consideraciones de orden moral. Si las relaciones sexuales practicadas dentro del tipo de la normalidad actúan de modo desfavorable sobre muchas ginecopatías, los perjuicios que se irrogan son mucho más acentuados cuando las funciones genésicas se verifican siguiendo los tipos de anormalidad, que marcan procesos de degeneración.

Desde las excitaciones que preceden al coito, que por su prolongación pudieran titularse anormales, a las diferentes formas pervertidas de realizar la función sexual, hay una gama que obra con intensidad cada vez creciente en el sentido de empeorar a las enfermas. Reconocido el hecho, el tratamiento

se impone, y, dentro de la discreción a que obliga el hablar de cosas tan delicadas a las mujeres, el médico debe buscar la manera de hacer comprender a las pacientes la necesidad absoluta en que se hallan de evitar las relaciones sexuales, y si esto no es posible en su totalidad, deben éstas verificarse del modo en que más rápidamente cese el orgasmo venéreo.

Como medidas higiénicas pueden asimismo reputarse de capital importancia las que se refieren a las prácticas generales y locales de limpieza. Aun cuando abogamos por la supresión de las irrigaciones en los casos de integridad anatómica y funcional, consideramos este medio como de gran utilidad en los casos de enfermedad.

Evitar las compresiones que los órganos enfermos pueden experimentar por la retención de materias fecales en el último tramo intestinal, es también una medida higiénica que debe tenerse presente. El uso de laxantes, de enemas y aun de purgantes más o menos enérgicos, que impidan la estancación de las materias fecales en el último tramo del intestino grueso, estancación que puede ocasionar compresiones en los órganos enfermos, es cosa que no debe nunca echarse en olvido.

Igual diremos de la evacuación regular de la vejiga urinaria.

Frecuentemente es preguntado el ginecólogo sobre la conveniencia o prescripción del uso del corsé: en términos generales puede afirmarse que tanto para el desarrollo del cuerpo como para su flexibilidad la supresión del corsé sería una medida útil, pero debemos asimismo reconocer que dado el hábito que tienen las mujeres de suministrar al tronco un apoyo con esta prenda de vestir, la radical supresión de la misma produce en muchas mujeres un estado de malestar en la columna lumbar por encontrarse faltas del apoyo a que están acostumbradas y no se puede imponer la prohibición de su uso, por cuyo motivo debe ser tolerado si bien con las restricciones que imponen algunas ginecopatías; así por ejemplo en los casos de retrodesviación uterina la compresión ejercida por el corsé, aun siendo pequeña, acentúa de modo notable la inclinación hacia atrás; en los prolapsos puede asimismo acentuar el descenso por la acción de la presión visceral sobre el fondo de la matriz.

La moda actual impone el uso de tacones muy altos que llegan por su longitud a rayar en lo absurdo; la contracción violenta que se hallan sujetos los músculos abdominales y lumbares para sostener el equilibrio, es altamente perjudicial y en todos los casos de alteración en la estática del útero deben ser proscritos los tacones altos.

Medicación emenagoga.

En el capítulo en que nos ocupamos de la amenorrea dijimos que ella no es una enfermedad, sino sólo un síntoma, y, por lo tanto, hablar de medicación

emenagoga, es decir, utilizar medios que sirvan para que la menstruación reaparezca, es hablar sólo de una medicación sintomática que debe obedecer a la indicación resultante del conocimiento de la causa productora de tal síntoma.

Así, en los casos en que la amenorrea aparece por insuficiencia de la función ovárica, estará indicada la medicación opoterápica; la ovarina en sus distintas formas, ya en estado de extracto fresco, ya en forma de pastillas o grajeas, podrá ser un excelente medio de tratamiento de esta clase de amenorreas. Lo mismo diremos de la ocreína, producto que Fraenkel y Gremy han introducido en la terapéutica, que no es otra cosa que un extracto de cuerpo amarillo. En este mismo sentido encontrará una indicación la *homoorganoterapia* recomendada por nosotros, o sea el empleo del *ovariomiom*, que es extracto de ovario de mujer miomatosa.

Cuando la amenorrea aparece por infantilismo genital, es decir, por falta de desarrollo uterino, podrán las aplicaciones de pequeñas corrientes eléctricas galvánicas (4 ó 5 miliamperios) influir de modo favorable en la curación de este síntoma.

En los casos de amenorrea que obedece a la clorosis, además de la opoterapia, que produce en algunas ocasiones excelentes resultados, estará indicada la medicación ferruginosa. Las píldoras de Bland, el hierro dializado, las limaduras de hierro, el protoyoduro del mismo metal, el arsénico y la supraalimentación, etc., encuentran una indicación causal y obtiéndense con ellos efectos verdaderamente notables.

El bióxido de manganeso en píldoras de 5 a 10 centigramos administrados antes de las comidas, ha sido muy recomendado. Asimismo se usa la cantárida, asociada al hierro y al áloe.

Aparte de estos medios pueden usarse, como coadyuvantes para ver aparecer la menstruación suspendida, agentes que, por la acción congestionante sobre los órganos pelvianos, favorecen la salida de la sangre menstrual; el apiol en cápsulas de 25 centigramos, tres o cuatro al día; los purgantes drásticos, a pequeñas dosis; la ruda, la sabina, la mirra, nuez moscada, sirven como emenagogos que pueden emplearse, obteniendo algunas veces la reaparición de las reglas.

Un medio emenagogo, que produce buenos resultados en ciertas ocasiones, es la hidroterapia, ya sea en forma de baños generales, locales o de asiento, de pediluvios o de duchas calientes en la mitad inferior del cuerpo.

La medicación antiespasmódica, los bromuros, la tintura de castoreo, y, en general, todos los antinervinos, pueden servir como emenagogos cuando la causa de la desaparición de la menstruación depende de una emoción viva, de un disgusto, de una causa psíquica de cualquier naturaleza.

Deben distinguirse, desde el punto de vista del tratamiento, las amenorreas que obedecen a alteraciones nerviosas, de las amenorreas debidas a aquellos

estados psicopáticos que dependen de insuficiencia glandular endocrina, en los que la falta de menstruación es sintomática y no causal.

— En estos últimos tiempos se han tratado las amenorreas de origen endocrino por medio de las dosis pequeñas de rayos X, los ovarios y la hipófisis sometida a la acción de Röntgen en dosis excitantes han hecho reaparecer la menstruación en mujeres que llevaban 12, 15 y 20 meses amenorréicas.

Antes de utilizar cualquiera de los medios que acabamos de mencionar, es de absoluta necesidad el reconocimiento de la enferma para asegurarnos de que la amenorrea no depende de una gestación en principio. Toda amenorrea en la que, al reconocimiento por palpación y tacto vaginal combinados, si la mujer no es virgen, o por palpación y tacto rectal en caso contrario, se encuentra el útero algo aumentado de volumen, no debe ser tratada por la medicación emenagoga hasta que podamos comprobar, después de transcurrido algún tiempo, que el útero no continúa creciendo. Este hecho constituye una contraindicación absoluta del uso de esta medicación, y, por el contrario, en los demás casos, la indicación se impone, ya que la menstruación, dados los conocimientos modernos que sobre esta función tenemos, no significa solamente la salida de sangre del organismo, sino además la existencia de una función eliminatoria necesaria dentro del funcionalismo normal para conservar el equilibrio orgánico.

Medicación hemostática.

Siendo las hemorragias genitales uno de los síntomas que con más frecuencia se observan en las ginecopatías, vese, muy a menudo, el práctico obligado a intervenir, ya sea por medio de medicación interna, ya por un tratamiento local, para combatir estas pérdidas de sangre; de ahí que la medicación hemostática deba dividirse en *general* y *local*.

Para detener las hemorragias, solícitase, unas veces, la acción contráctil de los elementos musculares de los vasos que sangran, y, más frecuentemente, la contracción de las fibras lisas del órgano que atraviesan, que obran comprimiendo las boquillas abiertas de los vasos que sangran, deteniendo la salida de la sangre y facilitando, en consecuencia, la formación del coágulo obturador, que debe detener, de modo definitivo, la hemorragia.

El cornezuelo de centeno y sus derivados, ya naturales, ya extraídos de modo sintético, son los que, más frecuentemente y con más ventaja, son utilizados en ginecología; el polvo de cornezuelo de centeno, recientemente concuado, solo o asociado con algún otro estíptico y a la dosis de 1 ó 2 gramos, produce excelente efecto cuando se trata de detener la hemorragia por la acción contráctil de la fibra uterina.

De uso más corriente, por la facilidad de administración, es la ergotina de Bonjean, que es un extracto acuoso del cornezuelo, y también la ergotina de

Ivon, el extracto dializado de Wernich, que contiene una pequeña parte de glicerina. El uso de estos preparados por vía hipodérmica es, frecuentemente, dolorosa, por contener el ácido esclerótico y otro de acción esfacelante, por cuya razón han presentado las diversas fábricas de productos químicos numerosos sustitutivos, en los que se ha procurado la eliminación de los principios tóxicos, sin suprimir la acción contráctil.

La secacornina, de la casa Hoffmann Roche, carece de los ácidos antes mencionados, y se administra en forma de pastillas o en gotas (20 gotas tres o cuatro veces al día); 1 gramo de secacornina equivale a 4 gramos de cornezuelo en polvo.

La ernutina, de la casa Bourough Welcome, adminístrase en la misma forma y tiene las mismas propiedades, por eliminación de las sustancias tóxicas del cornezuelo. Análogos a estas drogas, y persiguiendo el mismo fin, se hallan en el comercio el secalopan (Basilea), secalysat (Burger, en Bernigerode), el ergopan, la ergalina, etc.

No contentas las fábricas de productos químicos con los preparados naturales del cornezuelo, han llenado, en estos últimos tiempos, el mercado farmacéutico de gran número de productos sintéticos, de acción hemostática, entre los cuales podemos citar la tenosina Bayer, compuesta de dos aminas, el preparado número 177, de la casa Hoffmann Roche, y las ampollas inyectables, de 1 c. c. de metrotonina.

Otros hemostáticos, muy en uso en ginecología, son el viburnum prunifolium, el extracto de hammamelis virginica y el hidrastis canadiensis. Este último debe su acción hemostática a la hidrastinina, ya que los dos otros alcaloides que contiene la berberina y la canadina, no poseen esta acción, o la tienen en grado insignificante. La dosis del extracto alcohólico es de 5 centigramos a 10, pudiéndose dar el extracto acuoso a la dosis de 2 y 3 gramos al día; la hidrastinina sólo puede administrarse en dosis de 1 a 5 miligramos. Recientemente, la casa Bayer ha lanzado al mercado un producto que denomina clorhidrato de hidrastinina sintética, en forma de pastillas, que contienen 0,025 del principio activo, y también una solución para administrar de 20 a 40 gotas dos veces al día.

Muchos otros preparados, ya pertenecientes al reino animal, al vegetal y al mineral, han sido utilizados como hemostáticos; tales son la cotarmina, la ortiga, los extractos de lóbulo posterior, de hipófisis y de cápsulas suprarrenales, etc. Los ácidos minerales, la limonada sulfúrica de la Farmacopea española, la solución de agua de Rabel, las limonadas acética y cítrica pueden servir como estípticos en casos de hemorragias genitales.

Las sales de bario y de calcio utilízanse, asimismo, como hemostáticos, ya por vía bucal, ya en enemas, en solución de 1 a 4 por 100: en nuestra experiencia personal, poco favorable a su empleo, han sido los resultados obtenidos,

por cuyo motivo no lo recomendamos sin negar la acción vasotónica que les ha sido reconocida.

Como medio que sirve para aumentar la coagulabilidad de la sangre y por lo tanto de acción estíptica, se utiliza, frecuentemente, la gelatina: la administración por vía bucal y en enemas, es de una eficacia muy dudosa: otra cosa es el uso del suero gelatinizado, administrado por vía intramuscular o hipodérmica, pero tiene este procedimiento el inconveniente de alterarse la gelatina rápidamente, y por tanto, hay que asegurarse bien de su completa asepticidad.

La existencia de metrorragias por retención biliar y por afecciones cardíacas no compensadas, explica el efecto hemostático que algunos autores han creído encontrar en la boldina y en los preparados de digital: su acción es completamente indirecta.

En estos últimos tiempos se han recomendado como coagulantes directos de la sangre, empleables en casos de metrorragias, un producto de la casa Ciba, de Basilea, que está constituido por una solución de plaquetas de la sangre de cordero, que contiene una cantidad de trombozimas, cuya propiedad coagulante ha sido puesta en evidencia por Fonio; denominase Coagulen. Otro producto análogo, constituido por un extracto seco de pulmón de carnero o de cerdo, ha sido utilizado y puesto a la venta con el nombre de Clauden, por la Luitpoldwerke, de Munich.

Landau, hace muchos años recomendó un extracto de bazo de caballo, denominado Stagnina, para combatir las hemorragias climatéricas.

Hemostáticos locales.—Localmente se pueden utilizar gran número de medios de efectivos resultados para detener las pérdidas abundantes de sangre.

Si la fuente de la pérdida hemática es visible por hallarse en el cuello del útero o en la vagina, los medios aplicados directamente a la superficie sangrante, como son las soluciones de *aceite de trementina*, de *antipirina*, la solución de *adrenalina* al milésimo, los *cáusticos*, ya potenciales, ya actuales, tocando directamente las superficies cruentas, son medios de efectos seguros, en la inmensa mayoría de los casos; pero cuando la superficie o punto sangrante no se halla a la vista, ni es fácil hacerla visible, el uso de sustancias cáusticas o de la adrenalina, inyectadas al interior del útero, tienen una cantidad de inconvenientes que no permiten recomendar su empleo como medida general; en algunos casos determinados, podrán tener aplicación, pero como medida general debemos aceptar que el único tratamiento de las hemorragias genitales que no obedecen a alteraciones de la crisis sanguínea no deben ser medios hemostáticos indirectos los que se empleen, sino procedimientos curativos que se dirijan a combatir la causa determinante de la hemorragia.

La aplicación de irrigaciones muy calientes, y también las de agua helada, han sido aconsejadas para combatir este síntoma genital; preferimos las primeras a las segundas, porque aun cuando el efecto inmediato no es tan favorable

con el calor como con el frío, en cambio la acción del primero es permanente, y por lo tanto, vale más tardar un poco en cohibir la hemorragia y que ésta se detenga de modo definitivo, que actuar rápidamente suspendiéndola por unos momentos para que repita en cuanto la reacción se produzca.

El uso intrauterino de la nieve carbónica ha sido empleado, con positivo éxito, en muchos casos de hemorragias metropáticas.

Un medio muy generalizado de tratamiento de las hemorragias genitales es el *taponamiento vaginal*. De este medio de tratamiento debemos decir que en algunos procesos ginecopáticos, si se halla bien practicado, puede dar excelentes resultados, sobre todo como tiempo de espera, hasta que pueda aplicarse el tratamiento curativo causal de la pérdida de sangre. Lo que ocurre con el taponamiento es que son muchos los que lo practican, pero pocos los que lo practican bien: introducir un trozo de gasa o de algodón en la vagina, pretendiendo con una tira de unos cuantos centímetros de ancho y medio metro de largo hacer un buen taponamiento, es completamente ilusorio. El taponamiento, para que sea útil, hay que hacerlo bien, y no puede hacerse bien sin aplicar unas valvas que separen las paredes de la vagina y que permitan la introducción de una gran cantidad de gasa perfectamente aséptica que, comenzando por rodear el hocico de tenca, termine distendiendo las paredes del conducto vaginal y rellenándolo por completo. En estas condiciones, el taponamiento, como medida provisoria, puede cumplir una verdadera indicación hemostática y alcanzar el fin que el médico se propone: no practicándolo bien, es preferible no utilizarle y emplear los medios que antes hemos aconsejado; tales son las irrigaciones calientes y otros hemostáticos locales, cuales son una gasa empapada en solución de adrenalina introducida en el interior de la cavidad uterina, o una inyección de los hemostáticos antes mencionados. Un medio hemostático de primer orden, que hace poco ha penetrado en la terapéutica ginecológica, es la radioterapia profunda; de ella nos ocuparemos con cierta extensión en un capítulo aparte.

Medicación astringente.

Son en gran número las sustancias que empleadas en soluciones débiles tienen una acción astringente y que a dosis fuertes pasan a ser cáusticas o cate-réticas. Las sales de plata, de zinc, cobre, plomo, etc., son las más empleadas en Ginecología para alcanzar la acción astringente o ligeramente caterética. Los preparados coloidales de estos metales, tienen esta acción local, y si bien su uso interno es el más indicado como despertantes de la actividad protoplasmática, sirven en muchos casos para lograr en las mucosas la astricción deseada.

El alumbre en solución al 1 por 100, así como el tanino, se utilizan muy a menudo como astringentes en irrigaciones vaginales.

El subacetato de plomo líquido en forma de baños vaginales es de uso frecuente en nuestra práctica ginecológica, especialmente en los casos de erosiones cervicales simples.

El ácido piroleñoso, el ácido acético, en soluciones débiles, son asimismo astringentes de uso común: a dosis concentradas sirven como cáusticos y modificadores de la mucosa uterina.

Las soluciones concentradas al 10 por 100 de cloruro de zinc, las de creosota con glicerina en la misma proporción, son frecuentemente utilizadas como cáusticos intrauterinos en los casos de metritis crónicas y así también la solución normal de formol al 40 por 100 en los casos de grandes fungosidades hemorrágicas.

Las sustancias astringentes, cateréticas y aun a dosis cáusticas, se emplean algunas veces en forma de lápices hechos con manteca de cacao y se introducen en la cavidad del útero. Se usan también en forma de pomadas que pueden, por medio de cánulas largas, introducirse en la cavidad del útero; por lo común este modo de aplicación es causa de cólicos uterinos, algunas veces de tal intensidad, que llegan a producir lipotimias, por lo cual no es recomendable su empleo.

Lo mismo decimos de las inyecciones de estas sustancias dentro de la cavidad de la matriz en soluciones aun de débil concentración.

De uso reciente y de resultados muy eficaces, en especial en los casos de leucorrea crónica sostenida por flogosis vaginal, es el óxido de aluminio; el valor astringente del mismo puede observarse a los pocos días de utilizarlo pulverizando toda la mucosa vaginal y la vulva con una abundante cantidad de esta sustancia.

Medicación analgésica.

En todos los ramos de la Medicina, el calmar el dolor de los que sufren resulta el papel más simpático del médico. No se escapa la especialidad ginecológica a esa regla general, y como quiera que son muchos los procesos que determinan dolores agudos, es muy conveniente estar preparados para poder utilizar medios que hagan cesar el dolor, aunque sólo sea temporalmente, en espera de otros curativos que lo hagan desaparecer de modo definitivo.

El *opio*, la *belladona*, el *beleño*, el *estramonio*, el *cáñamo indiano*, en las distintas formas farmacológicas que se usan, así como sus alcaloides, principalmente la *morfina* y la *atropina*, sirven de medios analgésicos en Ginecología; pero debemos decir del opio, y de la morfina principalmente, que sólo deben ser utilizados de modo excepcional, porque tienen mala influencia sobre el funcionalismo ovárico. Las menstruaciones cuyos dolores se calman un mes con opio, generalmente vienen más dolorosas al mes siguiente; las

inyecciones de morfina calman el dolor de hoy para reaparecer en las regiones ováricas más violentamente en cuanto cesa su acción.

En la actualidad poseemos medios analgésicos que tienen una influencia directa sobre los genitales mucho más beneficiosa que los anteriormente mencionados. Son éstos la *antipirina*, la *aspirina*, la *antikamnia*, *piramidón*, que, aparte de la acción deprimente que sobre el corazón ejercen y que debe ser corregida mediante pequeñas cantidades de esparteína que a aquellos medicamentos se asocian, tienen, como decimos, una acción calmante muy eficaz y, hoy por hoy, superior a los demás medios que se utilizan comúnmente; los sellos de medio gramo de antipirina o de aspirina, las pastillas de antikamnia repetidas dos o tres veces en dos horas, hacen cesar casi siempre las neuralgias ováricas.

En los casos de dolores de origen flogístico, actúan también de modo muy favorable, pero su acción no es tan manifiesta, y es conveniente utilizarlos como medios analgésicos, coadyuvantes del tratamiento tópico, las compresas de Prietsnitz, las cataplasmas emolientes, el pelvitermo, la diatermia o cualquier otro de los medios de que en la actualidad se dispone, que determinando un aumento de calor en la región inferior del abdomen producen un alivio persistente.

Utilizanse asimismo como medicación analgésica enemas de cloral, de láudano, supositorios morfinados, ya introducidos en la vagina, ya en forma de supositorios rectales, y también calma de modo extraordinario el dolor genital en su acepción más amplia la anestesia de la mucosa nasal por medio de una solución de cocaína.

El cáñamo indiano y su extracto alcohólico tienen una acción analgésica, que utilizamos muy frecuentemente en los procesos anxiales.

El óxido de cerio a la dosis de 10 ó 20 centigramos al día, produce por su acción electiva sobre los ovarios un efecto sedante, que debe ser utilizado en muchas ocasiones en que los síntomas reflejos procedentes de las lesiones ováricas constituyen el síntoma más importante. Nosotros lo hemos introducido en la terapéutica ginecológica y lo utilizamos muy frecuentemente asociado al bromuro de estroncio en los casos de ovaritis esclero-quística.

Medicación resolutive.

Puede afirmarse, en términos generales, que en los primeros tiempos de los procesos de inflamación el *frío* aplicado en la parte enferma produce resultados verdaderamente favorables. Las bolsas de hielo aplicadas en la región hipogástrica o en las fosas ilíacas, obran de modo antiflogístico por dos mecanismos que concurren a un mismo fin: por un lado, la constricción vascular disminuye de modo rápido la hiperemia; por otro, la colocación de las partes en

condiciones desfavorables para la multiplicación de los agentes microbianos, por efecto de una baja temperatura.

El efecto que produce el hielo aplicado sobre las regiones que se inflaman, se traduce en una rápida disminución del dolor local y de los síntomas generales de temperatura, frecuencia de pulso, etc..

Teniendo en cuenta que gran número de procesos inflamatorios de los genitales tienen una tendencia considerable a propagarse a la serosa peritoneal, justificase aún más el empleo del hielo, ya que de antiguo es considerado el frío como el mejor tratamiento de la peritonitis en su fase inicial.

El frío aplicado en la vagina, en realidad no tiene la acción tan descongestionante de los genitales como el aplicado sobre la piel, y si a esto se une la facilidad con que el exceso de frío puede mortificar la mucosa, explicase el

que por la vagina no se utilice este medio.

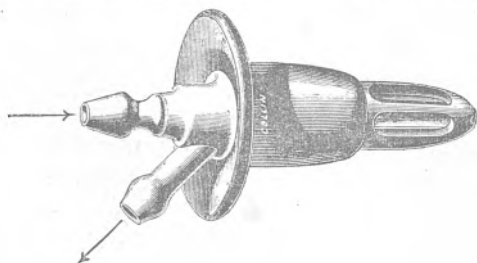


Fig. 73.
Cánula de doble corriente, de porcelana y metal, para irrigaciones vaginales a temperaturas altas.

El calor se utiliza en Ginecología como medio resolutivo de algunos procesos flogísticos anexiales, desde época muy remota. El efecto analgésico del calor húmedo, está reconocido desde todos los tiempos, y en forma de cataplasmas o redaños, aplicados

en el vientre, ha constituido durante mucho tiempo casi lo que pudiéramos llamar el único tratamiento de los procesos flogísticos del abdomen, principalmente de los de origen genital.

La técnica empírica de la utilización del calor para el tratamiento de los procesos inflamatorios, ha experimentado un perfeccionamiento cuando a ella se ha asociado el concepto patogénico de la mejoría experimentada.

La generalización de los métodos preconizados por Bier, de determinar una hiperemia en los tejidos inflamados, con el objeto de dar lugar a una mayor actividad circulatoria, y por ende, una mejor reabsorción de los productos exudados, ha conducido al empleo de medios que con más facilidad puedan llevar al resultado apetecido. El uso de las irrigaciones vaginales calientes, así como también el empleo de sondas rectales de doble corriente para actuar a través del intestino sobre los órganos pelvianos inflamados, ha sido práctica utilizada y aun hoy día merece ser tenida muy en cuenta.

Diferentes medios han sido utilizados para poder suministrar calor a los órganos profundos situados en la pelvis, y el uso de las irrigaciones vaginales a las temperaturas de 45, 50 y hasta 60°, han sido preconizadas durante mucho tiempo para el tratamiento de los procesos anexiales. La falta de sensibilidad

térmica de la vagina permite, con la utilización de cánulas de doble corriente, llegar a temperaturas de 50° o más, sin determinar sensación dolorosa de ninguna especie.

La cánula de Suárez de Mendoza, al igual que todas las de doble corriente, como la de la figura 73, permiten la sustracción de la vulva y del periné a la acción del agua caliente. Se utilizan con algún provecho en muchos procesos

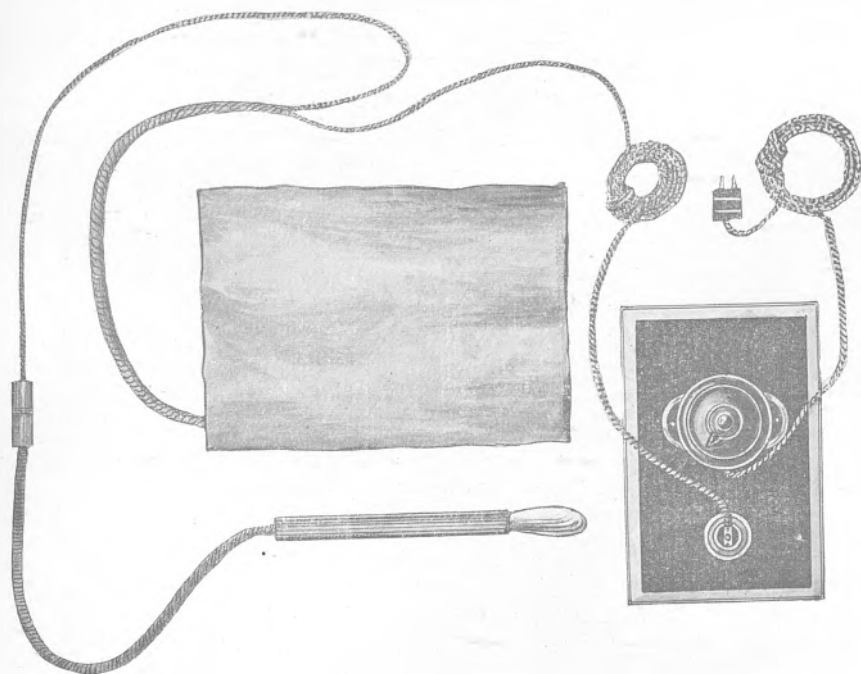


Fig. 74.—Pelvitermo de Flatau.

inflamatorios pelviperitoníticos y parametríticos; pero lo mismo el agua empleada en irrigaciones, que las *compresas de Priestnitz*, *redaños*, *cataplasmas*, etc., usados por el abdomen, tienen como inconveniente capital el que la propagación del calor se hace solamente por continuidad de tejidos, lo cual da como consecuencia, que las partes que están en inmediato contacto con el agua caliente, con la cataplasma o compresa de Priestnitz, etc., son las únicas que aumentan de temperatura, pero a los órganos más profundos apenas si llega la acción del calor.

Con objeto de evitar la falta de constancia de la que forzosamente ha de adolecer la aplicación de calor por medio de irrigaciones vaginales y la escasa duración que ha de tener. Flatau ha utilizado un aparato denominado *pelvitermo*,

que consta de un tallo terminado en una oliva grande de metal, que se introduce en la vagina y que se halla en conexión con un calentador eléctrico flexible que se aplica sobre la región abdominal y todo ello con un reostato pequeño que se pone en conexión directa con la corriente eléctrica de la casa. Tanto la almohadilla eléctrica como el tallo metálico introducido en la vagina caliéntanse por la acción de la corriente eléctrica hasta la temperatura que se desea, que no debe resultar nunca dolorosa para la enferma y moviendo la aguja del reostato se puede graduar el calor con una constancia siempre igual durante una hora o más. La acción del pelvitermo es sostenida: la aplicación del termómetro en el interior del recto y de la vejiga demuestra que después

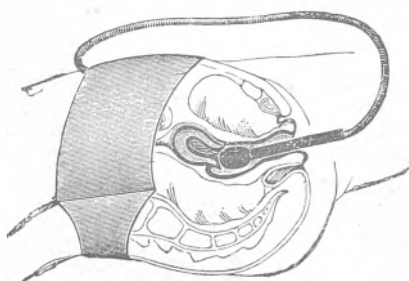


Fig. 75.—Pelvitermo aplicado.

de una hora de aplicación, la temperatura de estos órganos y, por tanto, también la de los genitales, se mantiene elevada.

Tiene, sin embargo, el termóforo el mismo inconveniente que hemos dicho para las irrigaciones vaginales o rectales y para las aplicaciones de calor húmedo en las paredes del vientre. La propagación se hace por continuidad, y mucha parte

de los tejidos inflamados escapan al aumento de temperatura que se pretende lograr en ellos.

Como quiera que además de la acción activante de la circulación y reabsorbente de los exudados, que tiene el calor aplicado sobre los órganos inflamados, se busca asimismo la acción antimicrobiana que el calor ejerce, pues sabido es que, hallándose por encima de 45°, son muchos los agentes microbianos que detienen su proliferación, se ha sustituido el empleo de estos medios por otro que tiene la incontestable ventaja de determinar el aumento de calor a todos los órganos inflamados que se hallan interpuestos entre los dos polos de la corriente. Nos referimos a la «*diatermia*».

Como medicación interna resolutive utilizamos, en primer término, el *ictiol*, que parece tener una verdadera acción electiva sobre los procesos flogísticos pelvi-anexiales, produciendo una disminución del dolor y activando la circulación.

El *ictiol* puede tomarse al interior en forma de cápsulas; dos o tres cápsulas de 25 centigramos por día, es dosis a la que responde de modo muy favorable la enferma con un alivio marcado de sus dolencias. Tiene como inconveniente la ingestión por la boca que, dada la naturaleza bituminosa de la sustancia, repite frecuentemente el gusto de la misma por regurgitaciones, pero a pesar de este inconveniente, le consideramos medicamento insustituible para los procesos crónicos flogísticos pelvi-anexiales.

Se coadyuva a la acción del ictiol tomado al interior, con aplicaciones de la misma substancia, en pomada al 10 por 100 aplicada sobre el bajo vientre; el uso de los tapones ictiolados empapados en solución glicerizada al 10 por 100 aplicados en la vagina y el uso de óvulos vaginales de esta substancia asociada a la glicerina y gelatina. Efectos análogos a los obtenidos con el ictiol, alcanzanse con el thigenol.

Al aplicar los óvulos vaginales de ictiol o thigenol, conviene sostenerlos en la parte alta de la vagina por medio de unos tapones de gasa o algodón en lo que se logra que sean los fondos de saco vaginales y el cuello del útero los que experimente los efectos derivativos de las substancias medicamentosas. La casa Roche ha llevado al comercio, los llamados tampols que en una sola pieza llevan el óvulo y el tapón de sostenimiento.

El *yoduro potásico* es agente que se ha utilizado en los procesos crónicos de los genitales, como se emplea en el tratamiento de todos los procesos crónicos de la economía. Si la enfermedad que motiva el tratamiento yodurado tiene naturaleza específica, los resultados resolutivos son excelentes; pero en la inmensa mayoría de los casos en que esta droga se administra no se encuentra nada que justifique la frecuencia con que se ha recetado. La dosis a que se emplea el yoduro potásico como resolutivo de los procesos genitales, es la de 50 centigramos a 1 gramo diario, en grajeas calcinadas, jarabe, solución, etc.

Pretendiendo quitar los inconvenientes que el yoduro potásico presenta, se ha sustituido esta substancia por una serie de productos, naturales unos y sintéticos otros, cuya acción principalmente es debida a la base de yodo que contienen. La *yodalosa*, la *yodipina*, etc., son medicamentos que se usan en sustitución del yoduro potásico en las afecciones genitales, pero cuyos efectos son muy poco apreciables cuando no se trata de procesos específicos.

La pomada mercurial, las de sales de plomo, cicuta, etc., aplicadas a la región del hipogastrio y fosas ilíacas, actúan como resolutivas, pero con una acción bastante menos efectiva que la que se obtiene con el ictiol o thigenol.

Nosotros empleamos como medio resolutivo de efectos casi constantes en las afecciones ováricas de índole amicrobiana, el *óxido de cerio* asociado con algunas sales de *estroncio*. El efecto analgésico que producen estas substancias, al que se asocia una disminución de volumen de las glándulas ováricas, nos induce a recomendar su empleo en todos aquellos casos de flogosis crónica, que radica en estas glándulas genitales.

Medicación tónica.

Lo mismo en los genitales que en toda la economía, la actuación de las fuerzas orgánicas defensivas contra el agente morbozo se halla en relación con la cantidad de energía que el enfermo posee.

En este sentido es conveniente no descuidar en los procesos genitales los medios que, aumentando las fuerzas de la enferma, puedan servir como agentes de lucha contra las enfermedades de estos órganos. Aparte de los tónicos cardíacos, *cafeína*, *esparteína*, *estrofanto*, y de los del sistema nervioso, *estricnina*, *fósforo*, deben utilizarse toda la serie de medicamentos cuya acción directa, no ya sobre la sangre, sino sobre la intimidad misma de los tejidos, se reconoce como de efectivo valor. La *quina*, la *kola*, el *hierro*, *manganeso*, *arsénico*, etc., tienen su indicación en aquellos casos de debilidad general producida, ya por la duración de la enfermedad, ya por supuraciones más o menos largas, que han debilitado considerablemente a la enferma.

El nucleinato de sosa, los glicerofosfatos, hipofosfitos, hemoglobina, etc., son medios de que se valdrá frecuentemente el ginecólogo para sostener las fuerzas de la enferma, defensivas contra la enfermedad.

Los medios defensivos del organismo contra los agentes infectivos pueden acrecentarse con el uso de los fermentos orgánicos y metálicos; las sales coloidales por una parte y la proteinoterapia en sus diversas formas constituyen agentes de gran valor en ginecología, pues aparte de la acción específica que sobre ciertos procesos infectivos puedan ejercer, constituyen excelentes medios que refuerzan a la totalidad del organismo.

Dentro de la terapéutica tónica, hay que colocar algunos medios físicos, y principalmente, el tratamiento climatológico.

Medicación antiséptica.

En las inflamaciones del tramo inferior del aparato genital, el uso de las sustancias antisépticas es de absoluta necesidad; mas como quiera que éstas poseen al mismo tiempo que la acción antimicrobica otra de carácter más o menos irritante, es preciso no sobrepasar las dosis que pueden ser toleradas por los tejidos vivos.

El mecanismo de la acción de las sustancias antisépticas hállase siempre en relación con la acción debilitante sobre los elementos celulares que constituyen los tejidos normales, estableciéndose en muchas ocasiones el dilema de si es preferible dejar al organismo con la defensa natural contra los agentes microbianos que de fuera llegan, respetando y aun aumentando el poder fagocitario del mismo, o si, por el contrario, es conveniente atacar a los gérmenes, aun a costa de debilitar la energía vital de los elementos celulares.

En los estados de flogosis aguda del aparato genital, las sustancias antisépticas que se emplean deben tener una escasa concentración, ya que más que la acción antiséptica búscase, con el uso de las soluciones de estos medicamentos, una acción de limpieza y arrastre que por sí sola significa un valor antimicrobiano evidente. En el aparato genital, lo mismo que en todo el organismo,

el antiséptico mejor está representado por la evitación del estancamiento y retención de los productos sépticos; así, pues, el *agua hervida*, sola, sin asociación de medicamento de ninguna especie, representa, usada en forma de irrigaciones vaginales o uterinas, y en lavados cuidadosos de los genitales externos, un poderoso desinfectante, no por su acción directa, pero sí por el arrastre de los exudados, que contienen en abundancia agentes microbianos.

Si a la acción de arrastre se asocian sustancias medicamentosas en proporción que no alteren profundamente la vitalidad de los tejidos y que, en cambio, coloquen en malas condiciones de desarrollo a los agentes productores de la inflamación, se cumplirá de modo completo la indicación de la medicación antiséptica.

Entre los antisépticos más comúnmente empleados en Ginecología debemos mencionar el *permanganato de potasa*, que en soluciones del 0'5 al 1 por 1.000 da excelentes resultados en las vaginitis, vulvitis y, en general, en todos los procesos en que el gonococo es el determinante de la flogosis. Tiene la ventaja el permanganato de potasa de la ausencia completa de olor, lo que permite que puedan utilizarlo las mujeres, aun haciendo vida de sociedad. El *ácido fénico*, en solución al 2'5 por 100, y el *lisol*, al 1 por 100, son asimismo utilizados con ventaja, pero tienen el inconveniente del fuerte olor que despiden, lo que obliga a restringir su empleo en enfermas que no deban guardar cama.

El timol en solución al $\frac{1}{2}$ ó 1 por 1.000 es muy recomendable para irrigaciones vaginales.

El ácido bórico en solución del 1 al 3 por 100 es un antiséptico casi inofensivo: evita la reproducción de los gérmenes y carece de propiedades tóxicas.

El formol al $\frac{1}{2}$ por 100 es un buen desinfectante; su olor hace restringir su uso en la práctica corriente como toaleta vaginal.

Un medicamento del cual se ha usado y abusado mucho es el *sublimado corrosivo* o bicloruro de mercurio. Las soluciones al 0'5 o al 1 por 1.000 son de uso tan corriente en la práctica ginecológica, que casi pudiéramos decir que se ha llegado a los límites del abuso. En realidad, el bicloruro de mercurio es un buen antiséptico; tiene la ventaja de su falta de olor y de una acción microbicida de primer orden, pero tiene como principal inconveniente el que puede ser tóxico si se utiliza durante mucho tiempo y en superficies que estén más o menos erosionadas. Los efectos tóxicos del sublimado, cuando se ha utilizado únicamente en irrigaciones vaginales y en lavados externos, no se han observado muchas veces; pero, en cambio, en las metritis agudas de origen puerperal, ya consecutivas a partos, ya sobrevenidas después de abortos, las irrigaciones intra-uterinas con soluciones de sublimado han producido un número considerable de intoxicaciones, lo que hace que nosotros las tengamos casi por completo proscritas de la práctica, y cuando las utilizamos lo hacemos sólo en la proporción del 1 por 4.000

El efecto tóxico que produce el sublimado puede asimismo reconocerse cuando se usan durante algún tiempo las soluciones de fenol y de lisol, manifestándose en éstas como primer efecto de la intoxicación las alteraciones renales, que dan lugar a la aparición de orinas oscuras, mientras que las intoxicaciones con bicloruro producen ptialismo y alteraciones gastro-intestinales como primera manifestación.

Otros preparados de mercurio se utilizan de análoga acción antiséptica pero de menor toxicidad, tales son el oxicianuro, el afridol, la sublamina, etc.

El *sulfato de cobre*, en solución al 0'5 por 100, es de empleo corriente en la práctica ginecológica, y nosotros lo utilizamos muy a menudo asociándolo generalmente con una cantidad igual de alumbre y obteniendo en los casos de inflamaciones crónicas de la parte inferior del conducto genital, efectos altamente beneficiosos.

Las soluciones de *aniodol*, de *microcidina* y las *yodo-yoduradas* son asimismo utilizadas en forma de irrigaciones vaginales e intra-uterinas, en casos de inflamaciones producidas por agentes infectivos y también en los casos de sapremia. Son asimismo buenos antisépticos las soluciones de argirol al 2 por 100 y las de nitrato de plata al 3 por 100, en toques o embrocaciones sobre las partes inflamadas.

Como antisépticos locales utilizados en forma de pomadas, de óvulos, de supositorios, etc., debemos mencionar en primer término el *yodoformo*, cuya acción microbicida es insustituible en los casos de sapremia por retención, estados gangrenosos de los genitales bajos, úlceras fagedénicas, etc. El olor que despiden el yodoformo impide en muchas ocasiones utilizar su acción, debiéndolo sustituir por otros agentes (dermatol, xeroformo); las cualidades antisépticas del mismo, sin embargo, son tan superiores, que en casos graves creemos no debe ser el mal olor que despiden, causa suficiente para proscribir su uso.

Como antisépticos de acción general se han utilizado en procesos ginecológicos toda la serie de metales coloidales que de un tiempo a esta parte han entrado en la terapéutica general de los estados infectivos. Por lo que a nuestra práctica particular se refiere, hemos encontrado los mejores efectos con las inyecciones intravenosas de bicloruro de mercurio a la dosis de 2 a 5 miligramos diarios. Es esta medicación, sin embargo, un arma de dos filos, que puede ocasionar graves trastornos al organismo si no se examina cuidadosamente el funcionalismo renal para que no pasen desapercibidas las primeras manifestaciones de su acción tóxica si ésta llega a tener lugar.

El peróxido de hidrógeno en solución fresca, por el oxígeno naciente que se desprende, es un antiséptico que tiene grandes ventajas por no tener acción irritante alguna; no debe usarse en cavidades cerradas con vasos venosos abiertos por el peligro de producir una embolia gaseosa.

El empleo de las pomadas mercuriales en fricciones, que durante mucho tiempo se han utilizado como medio resolutivo, debe probablemente su acción a la absorción del medicamento, que, obrando como antiséptico sobre los focos infectivos, determina la disminución de los procesos flogísticos.

Como desinfectantes del aparato urinario, tomados anteriormente, debemos mencionar, en primer término, la urotropina a la dosis de 1 a 2 gramos diarios. El Helmitol y las sales salicílicas. Los balsámicos copaiba, cubebas, aceite de sándalo, etc., han sido en nuestro concepto injustamente abandonados.

Como principio general, debemos tener en cuenta que, tanto los antisépticos utilizados localmente, como los administrados al interior, tienen una acción tóxica, que aun siendo muy débil en un principio, puede convertirse en altamente perjudicial cuando se sostiene el empleo de los mismos durante mucho tiempo, por cuyo motivo es conveniente variar de vez en cuando los antisépticos que se empleen para evitar la acumulación de las dosis.

Lección 18:

Medicación opoterápica.

En distintos capítulos de esta obra hemos hablado de la acción beneficiosa que los extractos de ciertas glándulas pueden prestar en el tratamiento de algunos procesos ginecológicos.

Teniendo en cuenta que la insuficiencia de secreción de algunas de las glándulas endocrinas produce una sintomatología genital de mayor o menor intensidad, compréndese la necesidad de disponer en el arsenal terapéutico de algunos de los medios que puedan sustituir a la insuficiencia funcional de las glándulas de secreción interna. La *ovarina* en forma de pastillas, y también el extracto de los cuerpos lúteos que, con el nombre de *ocreína* se conoce en el comercio, tiene una acción de las más notables en los casos de insuficiencia ovárica y, en general, en todas aquellas enfermas en las que ha habido necesidad de practicar la castración.

En oposición a estos casos de insuficiencia o supresión de las funciones ováricas, que deben ser tratados por la ovarina o la ocreína, existen otros en los que, por exceso de función ovárica, es necesario contrarrestarla. Tomando nosotros por ejemplo lo que en los casos de hipertiroidismo ha sucedido, hemos mandado preparar un suero extraído de la sangre de cerdas castradas, el cual hemos administrado por vía gástrica a aquellas enfermas que presentan la sintomatología correspondiente al hiperfuncionalismo de las glándulas genitales.

El extracto de la glándula tiroides, conocido en el comercio con el nombre de *tiroidina*, es de una aplicación muy frecuente en algunos trastornos genitales de carácter menorragico, ligados de modo directo con la hipofunción del tiroides. Hemos citado ya, en páginas anteriores, varios casos de metrorragias abundantísimas que no han obedecido a más tratamiento que al extracto, ya

fresco, ya desecado de la glándula tiroides del carnero. Asimismo, en casos de hipertiroidismo con manifestaciones genitales graves, aconsejamos el empleo del suero antitiroideo de Mœbius, «Ibys», Llorente u otro recientemente preparado, ya que los resultados que hemos obtenido nos inducen a considerarle como un buen medio terapéutico.

El extracto de glándula mamaria se usa también en Ginecología, principalmente para combatir algunos estados metro y menorrágicos, debiendo considerarse como medicamento opoterápico de uso recomendable, principalmente en algunas adolescentes con menorragias que no tienen aparentemente lesión orgánica de sus genitales.

El extracto del lóbulo posterior de la glándula pituitaria tiene indicación en algunas metrorragias debidas a subinvolución uterina. La hipofisina (extracto del lóbulo anterior), ya sola, ya asociada con la ovarina, tiene indicación en los casos de infantilismo genital y en todos aquellos en los que, acompañando a la insuficiencia de función ovárica, existe una adiposidad manifiesta. La adrenalina ha sido usada localmente y al interior, en afecciones ginecológicas de naturaleza hemorrágica.

En las alteraciones genitales, de naturaleza pluriglandular, se pueden utilizar los complejos, formados por asociación de extractos de diversas glándulas; la polihormina Llorente y el hormotone pertenecen a esta categoría.

Un medio terapéutico hemos nosotros utilizado, que hemos bautizado con el nombre de *opoterapia homóloga*, que consiste en la administración de extracto de ovario de mujer miomatosa, para combatir estados dismenorréicos debidos a hipoplasia uterina, con resultados que nos inducirían a recomendar su empleo si el nuevo tratamiento de los miomas, por medio de los rayos X, no hiciera cada día más difícil el obtener la sustancia medicamentosa.

Los injertos ováricos, al igual que los injertos tiroideos en el mixedema, representan una medicación opoterápica activa que puede tener indicaciones especiales, principalmente en los estados pseudo-histéricos y psicosis de origen genital.

Son muchos los casos que en estos últimos años hemos tratado con los injertos ováricos; como medida de carácter general hemos adoptado el de hacer un auto-injerto de ovario en todos aquellos casos en que por procesos de inflamación nos vemos obligados a practicar la castración.

En ocasiones hemos practicado el injerto ovárico por psicosis, cuyo origen endocrino nos parecía evidente; entre otros casos, podemos citar el de una mujer con delirio agudo, sobrevenido con ocasión de una amenorrea de treinta y seis meses de duración, que al injertarle, debajo del oblicuo mayor del abdomen, un trozo de ovario que tenía un cuerpo amarillo fresco, reapareció la menstruación y mejoró notablemente su estado mental.

Lección 19

HIDROTERAPIA EN LAS GINECOPATÍAS

El agua se utiliza en Ginecología como medio terapéutico, en forma de aplicaciones locales y generales.

Al estudiar este medio de tratamiento, hemos de prescindir de la acción especial que pueden tener algunas sustancias disueltas en el agua, cuya acción medicamentosa se busca al utilizarla en forma de inyecciones vaginales o intra-uterinas; las inyecciones con una solución fenicada, de sublimado, de oxicianuro, de permanganato, de alumbre, de tanino, no obran por el agua, sino por la sustancia antiséptica o astringente que contiene, y por lo tanto, no puede ser estimada su acción como hidroterápica.

Localmente, el modo como se emplea más frecuentemente el agua es en forma de irrigaciones vaginales o intra-uterinas; las últimas, fuera del estado puerperal, no deben utilizarse, pues la cavidad del útero no tiene, en estado normal, más de 2 ó 3 centímetros cúbicos de cabida, y por lo tanto, no hay indicación de hacer grandes lavados de la cavidad de la matriz cuando está vacua, pues no conducen absolutamente a nada útil, no debiendo exponerse a los peligros e inconvenientes de un método que puede ser sustituido con enorme ventaja por otros de mejor efecto y utilidad.

En cambio, las irrigaciones vaginales, aun prescindiendo, como hemos dicho antes, de los efectos que pueda tener el agua por las sustancias antisépticas que se le asocian, se usan, en Ginecología, como medio directo por su acción física, acción local, principalmente debida a su temperatura y a su acción de arrastre.

Las irrigaciones de agua caliente se usan, y se abusa de ellas, en el tratamiento de las ginecopatías. El agua, a la temperatura de 40, 45, 50 y hasta a 60°, se ha utilizado para el tratamiento de los procesos flogísticos anexiales; para dar una irrigación por debajo de 40° de temperatura, basta una cánula común vaginal, pero para darlas de 45° o más, se necesitan cánulas especiales. Hasta 50° puede utilizarse una cánula de porcelana, mala conductora del calor, que permita la entrada del agua y su fácil salida por la misma cánula (Fig. 73), de manera que resulte de doble corriente para que pueda, después de haber pasado por la cavidad de la vagina, salir al exterior sin tocar las partes pudendas externas; en la vagina y en el cuello del útero, la sensibilidad térmica es pequeña, y por ello, cualquier mujer tolera perfectamente el calor a 50° dentro

de la cavidad de la vagina, y no tolera 40 ó 45° en las partes pudendas externas; cuando el agua toca al periné, a los labios mayores o menores o cualquier otra parte de la vulva, como su temperatura sea superior a 40°, determina una sensación molesta y la mujer se queja de dolores agudos, protestando vivamente, pues la sensibilidad térmica de la piel es grande, y por ello al utilizar el agua buscando sus efectos de alta termalidad, hay que emplear medios especiales, como son las cánulas de porcelana de doble corriente que mencionamos. Por encima de 50° creemos que no deben usarse, pues si a esta temperatura puede la mujer no sentir la acción del calor, los tejidos reaccionan de una manera perjudicial; se produce una destrucción de los mismos, una verdadera quemadura, que creemos no conduce a nada útil. Por medio de cánulas especiales se puede llegar a dar inyecciones a 60°, pero seguramente a esta temperatura se producen quemaduras en los fondos de saco vaginales, que si bien pueden ser consideradas como de acción revulsiva, no creemos constituyan medios de elección, ya que para lograr revulsiones por la vagina disponemos de agentes mucho mejores y de acción más precisa que las irrigaciones de agua que queme. Por este motivo proscribimos las irrigaciones a temperaturas superiores a 50°, aun en los casos que queremos utilizar la acción térmica del agua.

Para que el calor actúe de modo eficiente con las irrigaciones vaginales, es preciso que tenga una acción sostenida; una irrigación de tres, cuatro, cinco minutos, de 1 ó 2 litros de agua, no produce efecto térmico verdaderamente útil; para que dé un resultado terapéutico positivo, es preciso que se produzca una verdadera balneación vaginal a temperatura alta; de manera que hay que proveerse de un irrigador de 10 ó 12 litros de cabida, por lo menos, y aun si puede ser, una ducha o un irrigador vaginal que permita el paso de 15, 20 ó 30 litros de líquido a alta temperatura. Con la balneación vaginal vamos en busca de una acción térmica sostenida que se extienda a todos los órganos pelvianos; pero para que actúe de modo eficaz, determinando una mayor actividad circulatoria y sirva para facilitar la reabsorción de los exudados pelvi-anexiales que puedan haberse formado, es preciso que sea sostenida, que dure media hora o tres cuartos de hora; en la actualidad tenemos otros medios de acción que pueden sustituir con ventaja al que nos ocupa, tales como la diatermia, el pelvitermo y los distintos aparatos que hay para tratar por el calor, los procesos pelvi-anexiales, utilizando el método hiperemiante de Bier; pero como esto no está al alcance de todo el mundo, y, por otra parte, muchas mujeres no pueden ser tratadas así por las condiciones del sitio en que viven o por otras circunstancias, una irrigación de diez, doce, quince, veinte minutos a la temperatura de 40 a 45° puede resultar una terapéutica de grandes resultados cuando se trate de procesos de inflamación anexial.

El agua, localmente, se aplica también en la región hipogástrica. Indudablemente, es también el calor el que actúa cuando utilizamos las llamadas

compresas de Prietsnitz, que no consisten más que en una toalla cualquiera, mojada con agua bastante caliente, lo más que pueda aguantar la piel, sin llegar a determinar quemadura, recubierta después por una tela impermeable, hule o una capa de goma, y, en último caso, hasta por un periódico puesto encima de la toalla caliente, y después otro paño seco encima para sostener la acción del calor en los órganos pelvianos. Esto ha venido a sustituir a las antiguas cataplasmas que se utilizaban para combatir estos procesos, sobre todo, los dolorosos. Indudablemente el calor húmedo determina un alivio de los dolores, muy digno de ser utilizado en terapéutica ginecológica: los procesos agudos, ya sean de trompa, de ovario, o de tejido celular pelviano, determinan dolores muy vivos, que se calman de una manera casi segura con el agua caliente. Los antiguos redaños, como vulgarmente se designa el epiploon de carnero, colocado sobre el vientre, inmediatamente después de extraído, remedio que se ha utilizado en el tratamiento de todos los procesos flogísticos abdominales desde los tiempos hipocráticos, obrando por la acción del calor húmedo, han sido sustituidos por medios mucho más limpios, cuales son las llamadas compresas de Prietsnitz, con las que logramos sostener el agua a alta temperatura cubriendo aquéllas con una capa impermeable. Su empleo determina un efecto notable de alivio y coopera, en muchos casos, a la curación de los procesos de inflamación anexial.

La acción que buscamos en estos casos con el agua, no es más que la térmica, que lo mismo que cuando la utilizamos por vía vaginal tiene que ser sostenida: al cabo de una hora o dos de calor húmedo aplicado en la parte inferior del vientre, la mujer se encuentra más aliviada de sus dolores, y ella misma es la que solicita la renovación de las compresas húmedas calientes.

También constituye medio hidroterápico el uso de las compresas de agua helada y de hielo en la parte inferior del vientre en las inflamaciones agudas. En los procesos agudos iniciales, cuando no se ha llegado todavía a la formación de grandes exudados, da magníficos resultados resolutivos la aplicación de bolsas de hielo o de agua helada, colocadas en la parte inferior del vientre. Así como el calor actúa determinando una mayor dilatación vascular y disminuyendo la compresión que los órganos experimentan por la acción de los exudados, en la utilización del frío, el mecanismo es distinto; por un lado, se determina un estado isquémico por la baja temperatura; no se establece el éxtasis circulatorio que caracteriza el primer período de todo proceso de inflamación, al tiempo que se produce una paralización del poder diapedésico del leucocito que pierde su polimorfismo, y en segundo término, colocados los tejidos a temperaturas impropias para el desarrollo microbiano, la multiplicación de éstos se verifica mal. Es tal el efecto que hemos comprobado con las aplicaciones de hielo en los casos de inflamación pelviana, que así en los comienzos de una infección puerperal como en las primeras manifestaciones de inflamación

post-operatoria, ordenamos las aplicaciones de hielo de modo sostenido, y tenemos el convencimiento de haber salvado por este medio muchas vidas y no habiendo tenido ni una sola vez motivo de arrepentirnos de su uso.

Sustituyendo a las bolsas de hielo pueden usarse, el cinturón refrigerante de Dumoutpalier, formado por un serpentín maleable colocado entre dos hojas de tejido y por el que circula agua de fusión de hielo o la compresa de Winkernitz, formado por un tubo metálico de plomo, aluminio o latón, por el que circula agua helada de modo constante. Las aplicaciones vaginales de hielo o de agua helada por medio de espéculums vaginales no tienen en la actualidad aplicación.

En resumen: el agua, por sus condiciones térmicas, es usada en Ginecología, así por la vagina como por la pared abdominal, sirviendo de medio terapéutico de primer orden.

Pero esta es solamente una de las formas de utilización del agua. Empléase también en forma de baños y duchas, cuya acción es distinta, según el modo de aplicación, duración y temperatura a que son utilizados.

Prescindiendo por el momento de lo que significa la acción de la ducha fría general tónica, que tendrá su aplicación en todos los estados en que exista una verdadera lentitud circulatoria, y cuando haya disminución de la vitalidad orgánica, nos limitaremos a estudiar la acción que ejerce la ducha sobre los órganos genitales, así como la acción de los baños generales y parciales.

Es práctica corriente que las mujeres conocen de antiguo, el utilizar los baños de pies como determinantes de congestión de los órganos pelvianos. Las mujeres que quedan embarazadas, y que por cualquier causa quieren interrumpir el embarazo, intentan casi siempre por medio de baños de pies, con o sin mostaza, hacer reaparecer el flujo menstrual suspendido por el hecho de la gestación que suponen y temen. Acción verdaderamente abortiva no la tienen los baños de pies sinapizados o muy calientes, pero sí congestiva de los órganos pelvianos, de manera que si existe un poco de preparación, si la amenorrea ha sobrevenido porque no se ha producido congestión suficiente, puede este medio servir para provocar la aparición de la regla. Estos baños están indicados en los casos en que por deficiencia de congestión de los órganos pelvianos se presente un estado amenorréico u oligomenorréico, y están contraindicados en todos los casos en que pueda sospecharse que la amenorrea depende de una gestación.

Los semicupios, o baños de asiento, se han utilizado en muchísimas ocasiones, sobre todo como calmantes. Las mismas consideraciones que referentes al calor húmedo hicimos al hablar de las compresas de Prietsnitz, pueden hacerse también al ocuparnos de los baños en forma de semicupios: cuando se trata de procesos dolorosos dependientes de estados de inflamación de los órganos pelvianos, la acción sedante es efectiva, y un baño a 37 ó 38°, puede

resultar de utilidad; a temperaturas superiores puede el baño ser causante de congestiones pelvianas, que determinando mayor actividad circulatoria favorezcan la reabsorción de exudados.

El semicupio frío se ha recomendado como descongestionante del útero, pues si bien la primera acción es esquemante periférico y congestivo uterino, la fuerte reacción periférica que se produce después produce una vaso-dilatación en la superficie que corresponde a una acción descongestionante de los genitales que hacen que se recomienden en las leucorreas virginales dependientes del linfatismo.

Tiene, sin embargo, pocas indicaciones el semicupio, porque los mismos efectos que se logran con él pueden alcanzarse con los baños generales, que son muchísimo más cómodos y de acción más cierta, y además que por su acción sobre la totalidad del cuerpo obedecen a una indicación más precisa y se pueden utilizar con más rigorismo técnico que los semicupios.

Las duchas generales tónicas pueden emplearse con agua fría o en forma de ducha escocesa. En las ginecopatías de forma pseudo-histérica, indudablemente la ducha escocesa sirve como elemento calmante, que puede ser utilizado con buen resultado.

La ducha aplicada a la mitad superior del cuerpo es descongestionante de los órganos genitales; por el contrario, la ducha aplicada en la parte inferior de la región pelviana, en la región lumbo-sacra, determina, por la reacción que sigue a la ducha fría, una acción congestiva; de ahí que esté indicada en los casos de amenorrea la ducha dorsal y la lumbo-sacra, sola o asociada con estímulos en la planta de los pies y en la parte inferior del cuerpo, pues determina una acción congestiva que puede servir para favorecer la aparición de las reglas cuando éstas no se presentaron por insuficiencia de acción congestiva de los órganos genitales. Estará contraindicada la ducha general, y principalmente la localización lumbo-sacra, en los casos de metrorragias y metrorragias.

En realidad, tenemos hoy dentro de la terapéutica una porción de medios que pueden servir mejor que el agua para buscar los efectos térmicos, y no buscando estos efectos locales, poca utilización práctica encuéntrase en el uso de la hidroterapia en Ginecología.

TRATAMIENTO HIDRO-MINERAL

Las aguas minerales tienen acciones especiales, desconocidas algunas de ellas, y por lo mismo que desconocidas, prestándose a interpretaciones erróneas que es preciso analizar para saber a qué atenerse respecto al tratamiento por medio de las mismas.

En el tratamiento hidro-mineral hay que considerar dos factores, uno de ellos el hidriático, que tiene una relación directa con lo que hemos expuesto en el capítulo anterior, esto es, el agua actuando por su temperatura, modo de aplicación, etc., y otro que depende de su composición química, de su radioactividad o de alguna otra circunstancia tal vez desconocida. Nadie ignora que en las aguas minerales empleadas, no solamente en el tratamiento de las ginecopatías, sino en el de los más variados procesos, se encuentran efectos curativos algunas veces, que no están suficientemente explicados ni por la acción térmica ni tampoco por las propiedades químicas del agua, sino por algo desconocido que algunos han atribuido a condiciones de radioactividad, que permitan explicar por qué aguas de composición casi idéntica tienen efectos curativos completamente distintos. No cogemos un libro, sea del país que sea, en que se estudien las aguas minerales y sus aplicaciones terapéuticas, que no nos deje sorprendidos al ver el número considerable de indicaciones que cumplen; todas sirven para todo. Si se leen los prospectos de los establecimientos balnearios, encuéntrase el mismo número de indicaciones, con sólo una pequeña predilección para una determinada clase de enfermedades, siguiendo luego la interminable lista de enfermedades del hígado, matriz, riñón, etc.

leyendo varios libros de aguas minerales, con el objeto de precisar las aplicaciones especiales que en el tratamiento de las enfermedades genitales podían hacerse, quedamos perplejos al ver que de cada 20 había lo menos 19 que servían como panacea para el tratamiento de todas las enfermedades de la matriz, mejor dicho, enfermedades genitales de la mujer. El interés comercial malea en muchas ocasiones el interés científico; prueba de ello es lo ocurrido en el último Congreso de aguas minerales celebrado en Madrid; los médicos españoles han demostrado no ser comerciantes y, en cambio, gran número de médicos franceses que vinieron a este Congreso internacional aprovecharon la ocasión para hacer, lo que vulgarmente se llama, el reclamo de las aguas que representaban. Al leer las actas de dicho Congreso hidrológico se nota que al

lado de unos cuantos señores que tomaron la cuestión verdaderamente en serio, la mayor parte de los médicos extranjeros que aquí vinieron presentaron comunicaciones ensalzando las condiciones de tal o cual balneario, sin más fundamento que el interés comercial de atraer los enfermos españoles a él.

¿Es que, en realidad, las aguas minerales no sirven? ¿Es que es una fábula las virtudes que se les atribuyen para curar tal o cual enfermedad? No; no es falsa ni infundada la reputación que algunas aguas tienen; lo que ocurre es que en un tratamiento hidro-mineral entran una porción de factores que pueden conducir a errores respecto a la utilidad o a la acción que puede ejercer sobre determinados procesos.

No queriendo hacer ahora un estudio detallado, y limitándonos sólo al aparato sexual femenino, débese mencionar que la mayor parte de las aguas minerales, cualquiera que sea su composición, ejercen una acción beneficiosa sobre el aparato sexual femenino; esto, que parece una afirmación excesivamente categórica, es una consecuencia natural de las circunstancias que concurren en todos los tratamientos hidro-minerales.

Ordinariamente, los balnearios, especialmente los de nuestro país, están en excelentes condiciones para que se aburran los que a ellos van; desde el momento que una enferma se somete a un tratamiento hidro-mineral, está dispuesta a hacer el régimen curativo y someterse a él, y que significa aburrirse extraordinariamente en el establecimiento donde ha ido en busca de la salud; el marido, la mayor parte de las veces, deja que su mujer vaya sola para escapar del aburrimiento, y cuando esto no sucede, con el objeto de no perturbar el régimen curativo, deja a su esposa tranquila, en estado de reposo genital, que, como dijimos en el capítulo referente al tratamiento higiénico, es lo primero que se necesita para tratar una ginecopatía; si a una mujer que está afecta de un proceso crónico flogístico anexial se la somete a un reposo genital absoluto, es enferma que seguramente mejorará, esté donde esté, vaya donde vaya; por lo menos, el efecto calmante, el sedativo resultante del reposo genital lo encuentran casi todas las enfermas, y el dueño del establecimiento puede decir, casi con razón, que las enfermas que, afectas de procesos genitales, se han sometido al régimen del balneario, han salido muy aliviadas. Prescindiendo de la acción del agua, y fijándonos sólo en la clase de vida que hacen en los balnearios las enfermas, vemos que la vida de reposo se impone y la vida de la perfecta bañista, es decir, levantarse a hora determinada, tomar su baño, sudarle, dar un paseo corto, comer, dormir la siesta, etc., es un régimen de reposo general que, ayudando al reposo genital, es motivo que hace mejorar las ginecopatías.

Otro factor del tratamiento hidro-mineral es la hidroterapia, por la acción térmica. Siguiendo el régimen hidriático simple, pueden experimentar también un buen alivio por la acción sedante que pueda tener el baño, la balneación

vaginal y demás efectos que en el capítulo anterior hemos descrito como pertenecientes a la acción física del agua.

Con las tres circunstancias que acabamos de mencionar, que son: reposo genital, reposo general e hidroterapia, pueden aliviarse la inmensa mayoría de los procesos ginecopáticos que van a los establecimientos hidro-minerales; de ahí que no ya con el espíritu comercial, sino utilizando para el comercio los resultados de éxito que en muchas ocasiones se encuentran, puede decirse que tales aguas producen, en estados congestivos, hiperémicos o en los dolorosos, un alivio marcado. Este es un hecho cierto, un hecho positivo, pero al que no podemos atribuir toda la acción curativa que muy a menudo se obtiene del tratamiento hidro-mineral.

En las aguas minerales hay otros factores, que son verdaderamente útiles, que actúan sobre el estado general del organismo. Prescindiendo de la acción local sedante, y también de la que en algunas ginecopatías la temperatura puede ejercer, son muchas las alteraciones resultantes de procesos generales que encuentran un marcado alivio con el tratamiento hidro-mineral; los tratamientos locales resultan ineficaces, y el cambio que experimenta la totalidad del organismo por efecto del régimen hidro-mineral, influye de modo tan poderoso sobre la ginecopatía, que el resultado curativo no puede ponerse en duda.

Las enfermas de procesos flogísticos anexiales presentan un estado de hiperexcitabilidad muy característico, y en ellas la balneación con aguas minerales de reconocida acción general sedante determina un alivio positivo. Muchas enfermas lo son por artritis; comenzaron por un estado metrítrico, tal vez de naturaleza gonocócica o estreptocócica, y luego, por efecto de la perturbación del organismo, relacionada con un estado artrítico, en el cual los cambios orgánicos se verifican de manera defectuosa, viene sosteniendo durante años y años la ginecopatía, y, a pesar de estar tratada por todos los medios locales adecuados, no llega la curación: el origen de la enfermedad fué infectivo y local; pero sosteniéndose después por un estado general, no cura más que con medios que actúen sobre éste, y en el régimen hidro-mineral halla frecuentemente su curación definitiva.

No es precisamente una acción específica la de las aguas minerales empleadas las que determinan la curación, sino que, produciendo su uso una mayor actividad en el metabolismo orgánico y verificándose de modo más completo la eliminación de los productos de la desintegración celular, hállase el organismo en condiciones de defensa que se aprovechan para la curación de algunos estados de marcada cronicidad.

Lo mismo que del artritis puede decirse de otros procesos sostenidos por la diabetes. El linfatismo podrá no ser la causa determinante de algunas ginecopatías, pero sí sostiene en muchos casos procesos patológicos del aparato sexual, que son influidos favorablemente con un tratamiento hidro-mineral de

aguas clorurado-sódicas que contengan una cantidad mayor o menor de substancias yódicas.

Para hacer una indicación especial de tratamiento por medio de aguas minerales hay que descartar las condiciones comunes a todos los establecimientos balnearios; medios generales que pertenecen a todas y que deben ser aprovechados, pero añadiéndoles las condiciones especiales de las aguas que deben conducir al resultado curativo propio, dependiendo de la composición radioactiva y demás propiedades especiales de cada una.

Entre las aguas más frecuentemente usadas para combatir ginecopatías, merecen especial mención las cloruradas sódicas que deben diferenciarse según sean de poca o gran concentración. Su acción es positivamente resolutive, pues aceleran todos los procesos de desasimilación; los cristales de cloruro de sodio que se depositan en la piel sirven de estimulantes de la circulación periférica, desingurgitando la de los órganos profundos; aumentan la fluidez sanguínea y la secreción urinaria. Tomadas en bebida son ligeramente laxantes y achican la circulación de la vena porta, corrigiendo los éstasis sanguíneos que en el territorio pelvi-abdominal puedan existir.

Sus indicaciones en Ginecología, nacen del concepto de activación de la circulación sanguínea y linfática de los órganos genitales y de sus propiedades sedantes las de escasa mineralización y excitantes las fuertemente concentradas. Estas últimas, cuales son las de La Toja, Medina del Campo, Cardona, La Muera, Elgorriaga, en España, y las de Salies de Bearn, Biarritz, etc., en Francia, Rheinfelden en Suiza, Baden-Baden y Kreuznach en Alemania, Albano en Italia, que contienen gran cantidad de cloruro de sodio, son casi todas aguas que han pasado por yacimientos salinos; algunas de estas aguas se utilizan para extraer la sal de cocina, que luego se vende en el comercio; tienen una concentración salina altísima, y producen efectos especiales debidos a su misma composición; se utilizan principalmente en los estados tórpidos, en las ginecopatías en que hay una falta de actividad funcional; de ahí que las aguas de Medina del Campo, las de La Muera, las de Salies de Bearn, y las de La Toja, hállese indicadas en las hipoplasias genitales, en las que existe poca actividad, así como en la esterilidad no debida a inflamaciones anexas; es muy rara la casada estéril que, teniendo medios de tratamiento, no ha probado el uso de estas aguas, que tienen una acción excitante de la actividad genital. Su influencia sobre la actividad endocrina del ovario parece evidente. Estas aguas tienen una indicación especial sobre la esterilidad. ¿Es que van a desobstruir una trompa que está obturada? No; pero en los casos de esterilidad que dependen de una insuficiencia de función ovárica, puede actuar de modo favorable, por lo que las conceptuamos como un buen medio de tratamiento, sobre todo si la estéril tiene antecedentes en su historia de algo que pueda semejarse a un estado de infantilismo genital.

Alguna de las aguas clorurado-sódicas fuertemente mineralizadas, contienen también cantidad variable de partículas de yodo y de sus compuestos, cual ocurre en las de La Toja, y en este caso no solamente se hallan indicadas enfermas que hayan tenido en su juventud localizaciones fímicas en sus genitales y sean, por este motivo, amenorréicas, oligomenorréicas o estériles, sino en muchos otros casos en que la atrofía del funcionalismo genital es lo que predomina. En los procesos flogísticos anexiales, la acción resolutive que ejercen las sales bromo y yodo-sódicas que contienen estas aguas puede ser utilizada con verdadera ventaja. En oposición a esto, tienen una contraindicación efectiva en el eretismo genital; cuando existe éste, principalmente manifestado por fenómenos menorragícos, es contraproducente la acción de estas aguas. En los casos de eretismo genital, es preferible el uso de las aguas clorurado-sódicas termales de muy escasa mineralización, cuales son las de Caldas de Besaya, de Caldas de Montbuy, La Hermida, Caldas de Oviedo, Fitero, Tiermas y las de Carratraca, que poseyendo una mineralización escasa y elevada termalidad, producen efectos sedantes y resolutivos, que se traducen por una rápida disminución de los dolores, a la par que por una disminución de la tumefacción de las partes inflamadas. La acción de estas aguas de alta termalidad proviene no sólo de su composición química, sino también de su radioactividad.

El estudio de las propiedades radioactivas de las aguas minerales se está haciendo con gran acopio de datos por el profesor de la Escuela de Ciencias de la Universidad de Madrid Dr. Muñoz del Castillo, y si bien todavía no pueden precisarse las relaciones que existen entre el poder radioactivo y la composición química en lo que se refiere a terapéutica, es éste un campo en el que seguramente se encontrará la explicación de muchos hechos que hasta la fecha no tienen explicación alguna.

En los procesos tórpidos se utilizaban hace algún tiempo, y creo que se han abandonado hoy injustamente, las aguas hidro-minerales sulfurosas, cuales son las de Alceda, Ontaneda, la Puda de Montserrat, etc., de débil mineralización, pero de acción excitante, que creo debieran utilizarse en muchas ginecopatías de las sostenidas por estados diatésicos; la moda ha hecho que la gente se alejara de estos establecimientos, donde el olor a huevos podridos hiere al olfato, para llevarla a sitios donde resulte más amena la estancia y el ambiente menos oloroso; el constante trabajo de oxidación y reducción producido por las aguas sulfurosas mediante el cual el hidrógeno sulfurado se transforma en azufre naciente y viceversa, en el seno de nuestro organismo, hasta tanto que el primero ha podido ser expelido a través de la piel y mucosas, significa para los tejidos una excitación de su capacidad metabólica, muy digna de ser tenida en cuenta en las ginecopatías debidas a procesos tórpidos. Han tenido un crédito extraordinario las aguas de Luz Saint Sauveur, en los Pirineos, para el

tratamiento de la esterilidad; la historia del crédito de estas aguas debióse al feliz resultado o coincidencia que obtuvo la emperatriz Eugenia, que, llevando varios años casada y no teniendo hijos, a los dos años de hacer la cura hidro-mineral en Saint Sauveur se hizo embarazada, viniendo al mundo el que fué príncipe Víctor; la venida del presunto heredero de la corona fué motivo más que suficiente para una peregrinación constante a estas aguas, situadas al otro lado de Cauterets, de gran número de mujeres deseosas de ver desaparecer su esterilidad; las condiciones climatológicas de esta estación hidrológica son excelentes, y éstas, unidas a las demás que hemos mencionado, pueden lograr que muchas mujeres que allí van en un estado de atonía, de linfatismo, de perturbación de las funciones genitales por defecto, encuentren excelente medio curativo y algunas vean, como consecuencia de mayor actividad genital, desaparecer la esterilidad. En España poseemos una cantidad de aguas sulfurosas que no tienen que envidiar a las que poseen otras naciones. Hoy se utilizan poco.

Entre las aguas minerales de acción más manifiesta en los procesos genitales de naturaleza inflamatoria, debemos citar las de Archena, que por su alta temperatura y composición producen un efecto sedante y la disminución de los dolores pelvi-genitales. No son sólo los baños, duchas con masaje y las irrigaciones de elevada temperatura las que producen los favorables efectos que mencionamos; empléanse además los barros y lodos radio-activos en forma de baños generales y aplicaciones locales, cuyos efectos sobrepasan a los obtenidos con los medios arriba mencionados.

La inmensa mayoría de los procesos genitales inveterados que las mujeres padecen no son uterinos, sino anxiales, y una estancia en Puenteviego, en Alhama de Aragón, Alhama de Murcia, de Granada, Montemayor, Caldas de Oviedo, en Caldas de Besaya, en Caldas de Montbuy y Carratraca, es altamente beneficiosa; en las inflamaciones para y perimétricas crónicas, los efectos que se alcanzan son verdaderamente notables en el sentido analgésico y aun en el de la curación de estos procesos.

Los efectos de estas aguas no son debidos únicamente a su termalidad elevada, como algunos suponen; nosotros creemos que su acción depende de propiedades especiales, tal vez radioactivas, recogidas por el agua en las profundidades donde hallaron su elevación térmica; hemos visto en muchas enfermas un alivio tan marcado, especialmente en estados de inflamación anxial, que cremos deber nuestro aconsejar su empleo antes de recurrir a tratamientos que puedan resultar mutilantes.

Las aguas ferruginosas, como son las de Esplugas de Francolí, Incio, Fuencaliente, Hervideros de Fuensanta de España, Spa en Bélgica, Orezza en Francia y Sduvabbach en Alemania, pueden utilizarse en los casos de falta de desarrollo en que existe amenorrea ligada a alteraciones de la crisis sanguínea

y en todas aquellas ginecopatías cuya característica es la falta de actividad endocrina.

En el grupo de las aguas alcalinas encuentran indicación terapéutica aquellas ginecopatías ligadas con alteraciones funcionales del hígado y aparato digestivo. Asimismo las alteraciones neuro-tróficas del aparato genital dependientes del artrismo. Así en ciertos casos de prurito vulvar, dismenorrea muco-membranosa, ovaritis esclero-quística y en especial los trastornos menstruales ligados con la obesidad. Algunos trastornos menopáusicos (gastralgias y mialgias) son influenciados de modo beneficioso por las aguas alcalinas.

En España tenemos excelentes manantiales de esta clase: Mondariz, Marmolejo, Caldas de Malavella (Vichy catalán), Termas de Orión en Santa Coloma de Farnés; en Francia, Vichy Saint Gelmer, Vals; en Alemania, Neunhar y Salzbrunn.

Los baños de mar, aun cuando por su composición química deban incluirse entre las clorurado-sódicas, como quiera que en ellas hay que contar con otros factores como el oleaje que produce una acción mecánica, el sol que coadyuva con los rayos ultra-violetas y calóricos a la acción de las aguas, el movimiento con o sin atracción que activa la circulación, es preciso considerarlos como esencialmente distintos a los anteriores. Su acción es estimulante de la función hematopoyética y determinante de mayor secreción urinaria, activando las oxidaciones y por tanto la desintegración tisural.

Los procesos ginecopáticos cuya característica es la apatía, las metritis amicrobianas ligadas con el linfatismo y escrofulismo; las oligomenorréicas, leucorréicas, dismenorréicas, dependientes de estados atónicos y que acompañan a las jóvenes anémicas, son favorablemente influenciadas por los baños de mar, que deben ser de corta duración para que la acción consecutiva a la acción isquémica inicial se produzca de modo completo.

En las mujeres afectas de trastornos neuropáticos, acompañando a irregularidades funcionales de su aparato genital, la asociación del baño de mar de corta duración con el baño de sol en la playa, produce muy favorables efectos sedantes y hay que recomendarles la estancia en un clima marítimo durante larga temporada.

Los baños de mar calientes tienen análogas indicaciones que los de aguas clorurado-sódicas y pueden ser recomendados en los trastornos menopáusicos de las reumáticas, en procesos anexiales crónicos y en las metritis hiperplásicas intersticiales.

MECANOTERAPIA

Entre los medios físicos de tratamiento de algunos procesos ginecopáticos, debemos colocar la mecanoterapia y kinesiaterapia, que en forma de gimnasia, amasamiento y sismoterapia, cumple buen número de indicaciones.

Con la gimnasia sueca, introducida por Thure-Brandt en el tratamiento de los prolapsos genitales, alcánzanse algunas curaciones en los casos no muy acentuados, ya que la recuperación de la tonicidad de los músculos que constituyen el suelo de la pelvis puede devolver al útero sus medios principales de sostén.

La gimnasia sueca es un elemento poderoso para aumentar la potencia del músculo elevador del ano. Colocada la mujer en decúbito supino y obligándola a que ponga los miembros inferiores flexionados y en abducción forzada, en tanto que el operador impide que esta abducción se realice, se determina una repetida contracción de las fibras del elevador del ano, que al recobrar su energía constituye el mejor medio de sostén de los órganos genitales prolapsados.

Tiene, además, la gimnasia sueca una acción directa sobre la circulación, habiéndose utilizado, en varias ocasiones, su papel descongestionante para combatir estados metrorrágicos, cuyo principal elemento causal depende de la lentitud circulatoria y de la congestión pasiva a ella consecutiva.

Para alcanzar este efecto descongestionante es preciso que se produzca una relajación de los músculos que integran la pared abdominal, en tanto que se ponen en gran actividad los músculos dorsales, y también los abductores de los muslos. Para que esta gimnasia produzca el efecto deseado, es de todo punto conveniente evitar la fatiga, pues llegada ésta, los efectos son contraproducentes.

Con la gimnasia sueca se han buscado también efectos congestionales, haciendo adoptar a las enfermas actitudes completamente opuestas a las anteriores, procurando una fuerte distensión de la pared abdominal, para lo cual la extensión forzada del dorso, alejando lo más posible el apéndice xifoides de la sínfisis pubiana, es uno de los más importantes. La fatiga de las masas musculares todas, obra como congestional de los órganos contenidos en la cavidad pelviana y puede hallar su indicación en algunos casos de amenorrea.

A la gimnasia asóciase, frecuentemente, el masaje, constituyendo por sí

un medio especial utilizado por Stapfer, que lo bautizó con el nombre de *kinesiterapia*.

El masaje ginecológico practícase por la pared abdominal y también por la vagina. Para el vaginal se introducen uno o dos dedos en la cavidad de la vagina, y empujando el hocico de tenca, se le moviliza e imprimen a la totalidad del órgano movimientos de lateralidad que activan la circulación. El masaje vaginal tiene, como principal inconveniente, el que, con facilidad extraordinaria, aun poniendo el cuidado más exquisito, se determinan excitaciones genésicas por rozamiento con el clítoris, que pueden resultar en desprestigio del tratamiento y del médico que lo emplea: por este motivo hemos rechazado nosotros, en términos generales, el método vaginal, mencionándolo sólo con el objeto de proscribirlo. El masaje abdominal puede practicarse con diversas maniobras, cuales son la fricción muscular, la vibración, la presión, el pellizcamiento, la elevación y la malaxación.

No vamos a entrar en detalles de cada uno de los tiempos que constituyen la técnica del amasamiento y sí sólo creemos del caso mencionar como regla general, que debe buscarse en la suavidad, al tiempo que en la intensidad progresiva de los movimientos que constituyen la técnica de este procedimiento terapéutico, no producir efectos perjudiciales en vez de los curativos que se pretenden. En algunos casos se ha recomendado llevar la técnica de modo muy enérgico, hasta producir roturas de las neoformaciones, que adhieren unos órganos genitales a otros. Desechamos en absoluto todo lo que signifique violencia, ya que entraña un verdadero peligro el pretender romper a ciegas, como con el amasamiento se realiza, bridas que puedan fijar los genitales a órganos de estructura delicada, como son los intestinos.

Los efectos fisiológicos del amasamiento son los siguientes: activa la circulación de los órganos pelvianos y, como consecuencia de ello, determina, si se practica suavemente, un estado de alivio notable de los dolores existentes. La mayor actividad circulatoria imprimida con este tratamiento sirve de elemento resolutivo, a la par que la suave distensión de las neomembranas formadas puede llegar a permitir movimientos a órganos que se hallaban anormalmente adheridos unos con otros.

El masaje tiene contraindicaciones que deben tenerse muy en cuenta; hállese contraindicado su empleo en todos los estados agudos de inflamación, así anexial como peritonítica; cuando existen colecciones sanguíneas recientes que puedan aumentarse con la movilización de órganos que estén sangrando; en los casos de colecciones purulentas y aun serosas que tan frecuentemente se producen alrededor de los órganos genitales altos, cuando existen estados flogísticos en período de actividad; el embarazo extra-uterino constituye, asimismo, una contraindicación, así como también la existencia de tumoraciones neoplásicas de cualquier clase que sean.

El amasamiento, combinado con la gimnasia sueca, produce excelentes efectos en los estados de inflamación crónica pelvi-genital, si bien debemos advertir que no hay que insistir en estos medios de tratamiento cuando, empleando la técnica de suavidad que hemos recomendado, sobrevienen exacerbaciones dolorosas.

Sismoterapia.

En sustitución del masaje manual utilizase con resultados satisfactorios el instrumental, principalmente en forma de vibraciones cortas y repetidas millares de veces.

El masaje vibratorio se realiza, generalmente, por medio de la electricidad, la cual, poniendo en actividad un motor de escasa fuerza, al que va unido un mecanismo especial, imprime a las partes un movimiento sísmico que obra sobre la circulación activándola y, por lo tanto, favoreciendo la reabsorción de los exudados, al tiempo que sirve para determinar un estiramiento de las adherencias establecidas, que puede servir para hacer recobrar a los órganos la movilidad que normalmente poseen.

En la actualidad son muchos los aparatos que para la sismoterapia se emplean, y de la misma manera que el masaje manual, puede practicarse el instrumental por vía vaginal. Los inconvenientes que para el masaje manual realizado por la vagina hemos mencionado más arriba, los tiene aún en mayor grado el vibratorio y, por lo tanto, análoga proscripción hacemos para él, que la que establecemos para la técnica manual.

El efecto de la sismoterapia en las ginecopatías, es la activación de la circulación pelviana, determinando una mayor energía de los movimientos peristálticos del intestino, acción de suma importancia para combatir la constipación, que, como hemos dicho en otro lugar, es fenómeno que acompaña frecuentemente a los procesos patológicos de los genitales femeninos.

Las indicaciones y contraindicaciones mencionadas para el masaje manual, deben tenerse en cuenta para la sismoterapia.

Fototerapia.

Si bien desde la época de Rickly se han utilizado los rayos solares para el tratamiento de diversas enfermedades ginecológicas, tales como la inflamación del ovario y las hemorragias uterinas, es, gracias a Sneguireff, de Moscou, que quedó establecido de modo científico el tratamiento de algunas hemorragias uterinas y de la inflamación crónica útero-ovárica por la helioterapia.

El estudio que en estos últimos años se ha hecho de la acción distinta de los rayos del espectro sobre los organismos vivos, ha permitido establecer una

diferenciación absoluta entre los rayos calóricos (rojos e infra-rojos), los luminosos (anaranjado, amarillo y verde) y los químicos (ultra-violeta, violeta, índigo y azul).

No vamos a hacer aquí un estudio detallado de los medios de que se han valido los físicos para hacer el estudio de las acciones monocromáticas, que están fuera de toda discusión. Nos vamos a ocupar, única y exclusivamente, de la fototerapia aplicada a la Ginecología, y principalmente, de la acción que sobre distintas enfermedades del aparato genital femenino ejercen las radiaciones ultra-violetas.

Los rayos rojos e infra-rojos, por el poder excitante que tienen sobre la totalidad del organismo, se han utilizado en forma de baños de luz roja en algunos procesos de naturaleza tórpida, principalmente en leucorreas sostenidas por el linfatismo y en los estados de depresión que acompañan a la insuficiencia nutritiva.

Nuestra experiencia, por lo que se refiere al tratamiento de las hipoplasias genitales, no aboga para la continuación del empleo de este tratamiento.

Hemos utilizado asimismo los baños generales con luz azul, como sedantes, en estados de nervosismo ligados con estados escleroquísticos del ovario. Este tratamiento lo hemos empleado en forma de baños generales y también por medio de un espéculum vaginal, para someter a la acción de estos rayos el fondo de la vagina durante un tiempo más o menos largo. El espéculum que hemos utilizado nosotros es de madera en su parte externa, por ser esta mala conductora del calor, y de cristal azogado en su superficie interna, pero al igual que con los baños generales, los resultados obtenidos no son de naturaleza para recomendar su empleo, teniendo como tenemos en la actualidad otros medios de acción más directa y activa.

Otra cosa hemos de decir del empleo de los rayos actínicos, cuyos efectos en multitud de procesos ginecológicos nos han dado resultados tan excelentes, que creemos es una parte de la Terapéutica, que está destinada a tomar cada día mayor incremento.

Para obtener rayos ultra-violeta en cantidad suficiente para lograr efectos terapéuticos, es preciso utilizar un foco potente de luz, que contenga muchos rayos de esta naturaleza y que no sean detenidos por cristales formados por silicatos.

La lámpara de Kromayer, así como la de Bach, producen gran cantidad de rayos ultra-violeta, mediante la incandescencia del mercurio contenido en un tubo de cuarzo.

Ya Spalanzani, en 1700, demostró la acción destructiva que el sol ejerce sobre los gérmenes vivos, y en 1865, Schmarda comprobó la influencia nociva que la luz solar ejerce sobre el desarrollo de un cultivo de infusorios. Dauner y Blund, en 1877, comprobaron la acción bactericida de las radiaciones luminosas

y a igual conclusión condujeron las investigaciones de Strauss, Santori, Tyndall, etc.

Koch, en 1890, probó la acción microbicida de la luz sobre el bacilo de la tuberculosis y todas las investigaciones que sobre el poder bactericida de las radiaciones monocromáticas se han hecho, han demostrado que todo cuanto a la acción solar en este sentido se atribuía, procedía, en su mayor parte, de la acción de los rayos ultra-violeta, y en proporción menor de la de los rayos violeta, índigo y azul.

La acción bactericida de los rayos actínicos, ha sido atribuida por D'Arsonné a la formación de agua oxigenada en los cultivos sometidos a la acción de los mismos. Otros autores han considerado que se formaba en estos cultivos ácido fórmico, que atenúa la acción bacteriana, habiéndose asimismo comprobado, no solamente la pérdida de la virulencia de algunos microbios, sino aun la inactividad de muchas toxinas de origen microbiano cuando están sometidas durante un tiempo a la acción de la luz.

Pero no es sólo una acción bactericida la que ejercen los rayos actínicos, sino que tienen asimismo una acción directa sobre los organismos superiores. La producción de un eritema cutáneo, cuando se somete un individuo a la acción de los rayos ultra-violeta, las conjuntivitis que tan rápidamente se producen en cuanto se mira durante unos segundos un foco de luz ultra-violeta sin protección de cristal amarillo o rojo, la pigmentación que se produce en la piel rápidamente, demuestran la influencia que tienen los rayos actínicos sobre los organismos humanos.

Estas acciones podemos dividir las en locales y generales.

Desde el punto de vista local, en la zona en que se aplica la luz ultra-violeta, se produce una vaso-dilatación que es origen de mayores cambios orgánicos, al tiempo que se provoca un aumento de los fenómenos fagocíticos y la desaparición de las infiltraciones serosas, de los edemas, etc. La acción congestiva local viene a ocasionar efectos parecidos a los del método hipermiante de Bier, sin intervención ninguna del calor, ya que los rayos ultra-violeta no producen apenas elevación de temperatura. Los fenómenos de mayor actividad circulatoria que localmente se producen por la acción de las radiaciones actínicas, explican su acción resolutive, pues representan un foco intenso de vida, factor indispensable para la desaparición de los procesos crónicos de inflamación.

Por otra parte, tienen los rayos ultra-violeta una acción analgesiante manifiesta. Algunos procesos crónicos de forma dolorosa, que han resistido al tratamiento por la diatermia, han mejorado considerablemente al asociar a la cura térmica la de las radiaciones actínicas. Esta acción analgesiante de los rayos actínicos, se ha demostrado ya hace muchos años por Riviere en toda clase de procesos flogísticos de marcha crónica y de naturaleza común o específica.

La acción general de los rayos ultra-violeta, al igual que la de los baños de sol, se manifiesta por una sensación de euforia a la par que por una acción sedante sobre el sistema nervioso, y tónica general que puede ser utilizada en muchos procesos ginecológicos. La acción sedante se obtiene rápidamente, y esto, que viene ya comprobado desde la época de Emmet, Rickly y Snegierieff, proporciona en muchos procesos ginecológicos resultantes de perturbaciones neurotróficas, indicaciones de tratamiento.

No se halla comprobado en la actualidad cuál sea el mecanismo íntimo productor de los efectos, así locales como generales, que acabamos de manifestar. Prescindimos de las hipótesis que se fundan sobre las variaciones que en el pigmento circulante en la sangre pueden provocar los rayos ultra-violeta; los acúmulos de pigmento representan defensas del organismo contra su acción nociva al actuar con exceso; se ha atribuido una acción excitante vital sobre las células superficiales que reciben los rayos de la pequeña longitud de onda que constituyen las radiaciones actínicas. No está comprobada la acción sobre las glándulas paratiroides, pero parece comprobada la que ejerce sobre la circulación periférica modificando el contenido de hemoglobina.

Indicaciones.—En las tuberculosis genito-peritoneales, principalmente en las de forma ascítica, que se benefician tan grandemente en muchas ocasiones con la laparotomía, asociamos, como complemento a esta acción, la de la helioterapia general, y a falta de este medio, la acción sostenida del baño general con la luz ultra-violeta. Los resultados que hemos obtenido con la acción de los rayos actínicos en casos de esta naturaleza, nos permiten recomendar su empleo como de eficacia verdaderamente notable.

Los baños generales de rayos actínicos, los creemos asimismo indicados en todos los estados ginecopáticos caracterizados por una depresión orgánica, y en aquellos en los que los cambios nutritivos se verifican con torpidez extraordinaria, y que determinan como síntomas en el aparato genital leucorreas pertinaces.

Asimismo consideramos indicados los baños generales de esta naturaleza en las *metrorragias virginales*, y en algunas que aparecen, a veces, en las proximidades de la menopausia, sin que el examen físico permita el diagnóstico de lesión alguna del aparato genital. En niñas púberes hemos alcanzado la curación, por este medio, de estados menorrágicos de gran intensidad, que habían conducido a un estado de postración considerable. En un caso diagnosticado de anemia perniciosa por otros colegas, y en que se habían agotado todas las medicaciones estípticas y astringentes para lograr la desaparición de una metrorragia pertinaz que no tenía explicación alguna ni en perturbaciones de la secreción tiroidea ni en alteraciones locales, la helioterapia condujo, en un período de un mes, a una curación que se fué afirmando hasta hacerse definitiva al cabo de muy pocos meses.

Localmente, la luz ultra-violeta puede ser aplicada, con esperanzas de

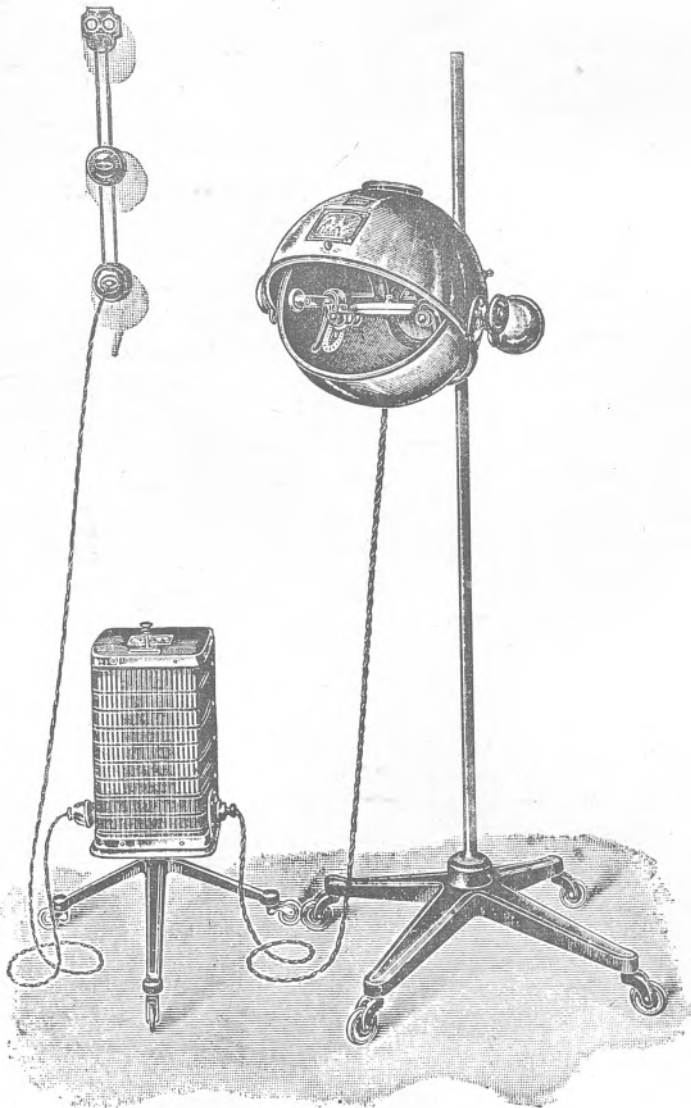


Fig. 76.—Lámpara de Bach.

resultado inmediato, en sentido curativo, en los casos de *prurito vulvar* de naturaleza neuropática.

Son muchas las observaciones que poseemos de prurito de las más diversas

causas, que con tres, cuatro o cinco sesiones de luz ultra-violeta han curado; desde hace años hemos casi suprimido en el tratamiento del prurito las aplicaciones de rayos X, para sustituirlas con las de la luz ultravioleta.

En la *kraurosís vulvar*, así como en las *leucoplasias*, creemos que es un medio digno de ser ensayado, ya que, por lo que a nosotros se refiere, tenemos, al lado de algunos casos que no fueron modificados, otros de curación completa de procesos ya inveterados.

En el *lupus vulvar*, *estiomene* de la vulva, alteraciones tórpidas de naturaleza algunas veces indagnosticada, se nota una favorable influencia de este medio de tratamiento.

En las ulceraciones cervicales, rebeldes por completo al tratamiento tópico, hemos utilizado muy frecuentemente las radiaciones actínicas, y los resultados, en algunos casos, son verdaderamente notables. Tenemos, en nuestro activo, algunos que fueron diagnosticados por otros colegas como carcinomas, por la rebeldía que a toda clase de tratamientos habían opuesto y que curaron con muy pocas sesiones de fototerapia.

En las *erosiones cervicales* y en los *fungus* de naturaleza tuberculosa, la indicación de esta clase de tratamiento es precisa y de resultados muy superiores a los de la operación, ya que ésta representa siempre una debilitación de energías defensivas, mientras que la actinoterapia actúa en sentido completamente opuesto.

Hasta hace poco tiempo se había creído que la acción de los rayos ultra-violeta era completamente superficial y que, por lo tanto, carecían de indicación en los procesos profundos. Sin que podamos manifestarnos tan optimistas como en las lesiones en que la acción actínica se realiza de modo indirecto, hemos de insistir en la conveniencia de este tratamiento para algunos casos de cronicidad manifiesta: procesos salpingianos, perimetriticos y aun parametríticos, han sido en algunas ocasiones influídos favorablemente por los baños locales y generales de rayos de acción química.

Creemos que este medio, asociado al de la diatermia, puede evitar muchas operaciones mutilantes en procesos crónicos de los anejos uterinos.

La acción analgesiante que producen en algunos casos de inflamación pélvica, ha sido puesta de manifiesto por Badin en varios procesos ginecópáticos.

La helioterapia, lo mismo que los baños de luz ultra-violeta, tiene, por regla general, una contraindicación en los procesos agudos, y en especial en todos aquellos en que existe elevación térmica. Sin embargo, tenemos nosotros algunos casos en los que, a pesar de existir elevaciones térmicas vespertinas por un proceso fímico pelvi-anexial, curaron perfectamente con la helioterapia.

Técnica.—Los baños generales, lo mismo los de sol que los de luz ultra-violeta artificial, deben ser administrados con prudencia suma. Es conveniente

comenzar con sesiones de muy corta duración, para evitar, en lo posible, el eritema cutáneo. Basta una sesión de luz ultravioleta de diez minutos de duración, aplicada a los puntos que ordinariamente se hallan cubiertos por los ropas, para producir, a las veinticuatro horas, un eritema sumamente molesto para la enferma.

Así, pues, es conveniente comenzar por sesiones de cinco minutos, que van aumentando paulatinamente hasta llegar a administrar los baños de una hora de duración. Para los rayos actínicos con la lámpara de Kromayer, aconsejamos que el foco de irradiación se halle situado a 2,5 metros de distancia del cuerpo de la enferma. Las aplicaciones locales las hacemos aproximando la lámpara a medio metro de distancia, comenzando asimismo por sesiones sólo de cinco minutos, yendo en aumento progresivo y rápido a sesiones de diez, quince y veinte minutos, ya que la región vulvar resiste extraordinariamente a la acción de estos rayos.

Se protegen las partes vecinas con paños negros, y cuando hay que hacer aplicaciones en el hocico de tenca, nos valemos de un espéculum de Fergusson, del diámetro mayor que permita la vagina de la enferma, sin producir molestias, y comenzamos las sesiones por un tiempo mínimo de diez minutos.

En caso de aparición de eritema por efecto de las radiaciones, consideramos muy conveniente suprimirlas, hasta tanto que la piel haya recobrado su estado de completa normalidad.

Lección 22

Electroterapia ginecológica.

La electricidad se utiliza en Ginecología en las formas de corrientes galvánicas, farádicas, alta frecuencia con alta y baja tensión.

Corrientes galvánicas. — Al pasar una corriente eléctrica entre dos puntos del organismo prodúcense dos clases de fenómenos, unos que podemos denominar físico-químicos y otros de naturaleza fisiológica. La corriente galvánica produce sobre los tejidos que atraviesa una acción electrolítica y es causa asimismo de una acción físico-biológica, en los electrodos y tejidos que les rodean. Denomínase a la primera acción interpolar y acción polar a la segunda.

En los tejidos vivos existe siempre una cantidad considerable de sustancias minerales disueltas en el plasma, tales son el cloruro de sodio, cloruro de potasio calcio, magnesio y carbonato de calcio y de sodio: al pasar una corriente galvánica se produce en los tejidos una acción electrolítica, en virtud de la cual los iones de carga positiva se dirigen al polo negativo (cationes) y los electrones de carga negativa dirígense al polo positivo (aniones); esto es, las bases, que son las que se cargan de electricidad positiva, van al catodo y los ácidos con su carga negativa dirígense al anodo.

La acumulación en el anodo de los radicales ácidos produce un efecto

destrutivo del electrodo y una acción cáustica en los tejidos que le rodean, si bien esta acción, está en parte neutralizada por las combinaciones químicas que en el mismo electrodo se producen, dando lugar a bases que en caso de seguir la acción electrolítica, vuelven a descomponerse dirigiéndose cada elemento al polo correspondiente.

Fenómenos completamente análogos se producen en el catodo, en donde reuniéndose las bases determinan acciones cateréticas contrarrestadas también en parte por las nuevas combinaciones que con los ácidos, en él, se verifican.

Entre los dos polos prodúcese una acción electrolítica interpolar, ya que por las sales contenidas en el plasma sanguíneo, linfático y demás líquidos orgánicos los tejidos actúan como verdaderos electrolitos, pero como quiera que las proporciones de sus componentes son muy diferentes, son asimismo muy distintas las condiciones que como tales electrolitos poseen y por lo tanto la yonización y transporte de cationes y aniones a un polo o a otro es esencialmente diferente. Por otra parte, la corriente linfática y sanguínea que de modo constante se verifica en todos los tejidos, hace que los yones resultantes del fenómeno electrolítico sean transportados a distancias completamente independientes de la dirección de la corriente; este hecho es el que ha imposibilitado hasta la fecha la utilización de este medio para hacer penetrar a distancias y sitios determinados sustancias medicamentosas; la cataforesis apenas si ocupa lugar en los medios terapéuticos actuales y aun cuando Wintz defiende su método de la cuprificación de los tejidos cancerosos por este procedimiento como medio para aumentar la receptividad röntgeniana, no ha sido su eficacia bien comprobada hasta la fecha.

Considerada, pues, una acción polar y una interpolar, las aplicaciones en Ginecología deben ser esencialmente diferentes según se solicite una u otra. El polo positivo que reúne a su alrededor radicales ácidos Cl , SO_4 etc., produce en los tejidos una escara dura, negra, seguida de una cicatriz retráctil, en tanto que en el catodo en donde se reúnen los metales, bases y álcalis, la escara es blanda y no va seguida de retracción. El K , Na , Ca , se liberan en el catodo, pero al reaccionar sobre el disolvente aparecen bajo la forma de bases, potasa sosa, cal y su acción continuada es la de los cáusticos básicos arriba mencionados.

Indicaciones de tratamiento y técnica especial.—La falta de desarrollo del útero que depende casi siempre de alteraciones de función endocrina, puede ser modificada con la opoterapia y las corrientes galvánicas de pequeña intensidad. Por lo general el infantilismo uterino va acompañado de un estado de anteflexión muy pronunciada y de alteraciones glandulares de la mucosa que son causa de dismenorreas muy intensas. La aplicación de un electrodo metálico intrauterino introducido con las más rigurosas precauciones asépticas y

otro inerte colocado en el abdomen sirven para el objeto deseado: la intensidad no debe pasar de seis a ocho miliamperios, invirtiendo con frecuencia la polaridad con el objeto de utilizar el estado variable de la corriente, ya que en el permanente la corriente galvánica apenas si ejerce acción sobre los elementos tróficos que regulan el desarrollo de los órganos. Las sesiones serán alternas y en número de veinte a veinticinco y su duración no debe pasar de diez minutos cada una. Si las corrientes galvánicas administradas en las condiciones procedentes despiertan dolor deben suspenderse, pues prueba éste la existencia de procesos de inflamación anexial o perimetriticas que constituyen contraindicación del empleo de este medio terapéutico.

Técnica general.—Para la aplicación de las corrientes eléctricas de gran intensidad es condición indispensable que uno de los dos polos, el situado en la pared abdominal, tenga una superficie muy extensa y que se adapte exactamente al cuerpo. Los reóforos, consisten en una placa de metal recubierta de gamuza, o mejor de fieltro espeso, que puede adaptarse en una extensión de 15 o más centímetros en cuadro a la piel del abdomen, constituyendo un polo inerte; el otro polo se introduce en el interior de la cavidad uterina bajo la forma de un histerómetro de platino, carbón de retorta, cinc o un trocar que atraviese la tumoración por el punto que sea más fácilmente accesible. La aplicación del polo positivo en el interior de la cavidad uterina en los casos de mioma, tiene para esas grandes corrientes electrolíticas la ventaja de utilizar al mismo tiempo que la acción interpolar electrolítica la polar caterética ácida del polo positivo.

Es necesario que el polo que se aplica a la pared del abdomen sea sumamente ancho, y que se adapte, como hemos dicho, exactamente. Se ha utilizado para cumplir este objeto de modo perfecto, una masa de arcilla colocada exactamente sobre todos los puntos de la pared del abdomen y en relación directa por medio de una plancha de plomo con el polo que a esta masa conduce la corriente, en tanto que el polo introducido en el útero o en el interior de los tumores está constituido por un tallo metálico, de platino con preferencia, que puede manejarse fácilmente; de este modo el polo intra-uterino, por su poca superficie, es activo, en tanto que la gran extensión del situado en las paredes del vientre le convierte en inerte.

Varias son las precauciones que deben adoptarse en la aplicación de la electricidad como medio terapéutico en Ginecología. El uso de las grandes intensidades tiene, como hemos dicho anteriormente, peligros que en más de una ocasión hemos podido apreciar: destrucciones gangrenosas de tumores que pueden llegar a ser asimismo destructivas de órganos necesarios a la vida, por los que atraviesa la corriente.

Para hacer la aplicación de estas grandes corrientes electrolíticas es preciso comenzar con pequeñas intensidades, 10, 20, 40 miliamperios, y

aumentar lenta y progresivamente, sin pasar de 80 a 100 miliamperios, por la serie de inconvenientes que tiene, si queriendo o sin querer, se cierra o se abre el circuito de modo brusco.

Neuralgias pelvi-abdominales.—Si bien el número de esta clase de afecciones ha disminuído de modo notable con los progresos diagnósticos, es cierto que existen algunos casos que no pueden ser calificados de otra manera; se caracterizan por la existencia de dolores más o menos intensos de variada localización en la región pelvi-abdominal; las aplicaciones de corrientes galvánicas han dado buenos resultados en muchas ocasiones. La técnica consiste en la aplicación de un electrodo esponjoso en la región lumbar y otro también esponjoso en forma de pelota aplicado en el punto o puntos máximos del dolor. El número de sesiones será de dos por semana; la duración de 40 a 60 minutos y la intensidad de 40 a 50 miliamperios.

Fibromas del útero.—Apostoli, hace unos años, antes de utilizarse los rayos X para el tratamiento de estas neoplasias, erigió la electrolisis como medio de tratamiento de los fibromiomas uterinos que por circunstancias especiales no podían ser sometidos a la intervención operatoria; este método ha caído en completo desuso y sólo lo mencionamos por su valor histórico, ya que la utilización de corrientes de 200 y 300 miliamperios significan un peligro a la menor transgresión que se cometa en la técnica.

Hemorragias metropáticas.—Las alteraciones de la mucosa uterina, así como las que afectan a los vasos del miometrio, han sido corregidas con las corrientes galvánicas utilizando su acción polar; la aplicación de un electrodo positivo en la cavidad uterina al que por acción electrolítica se acumulan los radicales ácidos, puede servir como modificador de la mucosa y de la vascularización de la misma, logrando con ello la desaparición de las hemorragias debidas a estos procesos.

La técnica a emplear en estas aplicaciones es la colocación de un electrodo de metal oxidable, cobre, hierro, plata, en el cual se acumula un oxiclورو, en el interior de la cavidad uterina, previa la dilatación del conducto cervical y de otro grande inerte en las paredes del abdomen, cuya extensión no debe ser menor de 150 centímetros cuadrados: la intensidad de la corriente no debe sobrepasar de 40 miliamperios y su duración de 15 a 20 minutos; si al terminar la aplicación se nota alguna resistencia para la extracción del electrodo intrauterino, conviene invertir por unos momentos la corriente y de este modo se evitan desgarros que pudieran hacerse en la mucosa.

Estenosis cervicales.—Sea por alteraciones de desarrollo o por lesiones traumáticas producidas en el acto del parto, el conducto cervical de la matriz ofrece en algunos casos una disminución tal de volumen que la sangre menstrual sale con dificultad y prodúcese dismenorrea y en algunos casos esterilidad. Para estos casos puede utilizarse la corriente galvánica en su acción

polar, aplicando el polo negativo al que se acumulan los álcalis que en contacto del agua dan lugar a bases de acción cáustica produciendo la necrobiosis de los tejidos en que se halla en contacto el polo negativo; influye asimismo modificando las capas subyacentes produciendo su reblandecimiento.

La técnica de estas aplicaciones requiere pequeñas intensidades y sesiones algo distanciadas para que más que una acción cáustica se produzca otra disolvente esclerolítica.

Es muy conveniente, además de las precauciones asépticas rigurosas, cuidar que el electrodo, que debe hallarse en el interior de la cavidad cervical, la recorra en toda su extensión y si se ofrece alguna dificultad a su introducción que se practique la dilatación previa con bujías de Hegar.

El polo abdominal debe ser de 150 centímetros cuadrados y el intra-cervical de un calibre que asegure bien el contacto de toda la superficie del conducto sin ocasionar dolor por exceso de dilatación. La duración de la corriente unos diez minutos y la intensidad de 20 a 25 miliamperios.

Entre sesión y sesión, que como hemos dicho deben estar distanciadas de cuatro o cinco días, se pasarán algunas bujías de Hegar, para mantener la dilatación lograda y se practicará una columnización aséptica de la vagina que se renovará diariamente hasta aplicar la nueva sesión.

Hiperinvolución uterina.—En los casos que por exceso de retractilidad después del parto, el útero disminuye considerablemente de volumen y se inicia un proceso de atrofia, la acción excitante de las pequeñas corrientes galvánicas puede ser de utilidad. La técnica de estas aplicaciones es la misma que para el infantilismo uterino, pues en un caso se trata de un órgano que no se desarrolla suficientemente y en el otro de un proceso de regresión, que hay que combatir antes que la atrofia esté muy avanzada porque si se deja pasar mucho tiempo nada hay que pueda revivir lo que ya no existe.

Corrientes farádicas.

Acción de las corrientes farádicas sobre los tejidos vivos.—Al establecerse la corriente farádica se produce sobre el músculo que actúa o sobre el nervio motor correspondiente, una excitación o impulso de inducción correspondiente a la corriente de abertura, pues la determinada por la corriente de cierre es tan corta y débil que representa una incitación descontable.

En los músculos de fibra estriada produce la corriente una sucesión de contracciones correspondientes a cada interrupción del vibrador de la corriente primaria. La fibra lisa reacciona de modo más lento y sigue a la contracción un período largo de relajación dando con ello lugar a un estado casi indiferente en las incitaciones sucesivas.

Cuando un músculo de fibra estriada o un nervio motor recibe una serie de impulsos de inducción separados por tiempos fijos, se producen una serie de contracciones rítmicas correspondientes al número de interrupciones de la corriente primaria: si éstas se hallan espaciadas, al proceso de contracción sigue un estado de relajación, al que sucede una contracción voluntaria, pero si las contracciones se verifican rápidamente, prodúcese una especie de estado tetánico por faltar el período de relajación que significa el descanso del músculo. En el primer caso la repetición de las contracciones sirve como la gimnasia metódica para desarrollar el músculo: en el segundo se produce un estado atrófico que puede llegar a la degeneración granulosa y completa desaparición de la energía muscular.

Teniendo en cuenta que la mayor parte del aparato genital femenino está constituido por fibras musculares lisas, el número de indicaciones de aplicación de las corrientes farádicas es mucho más limitado que el de las galvánicas.

Fenómenos vaso-motores.—La aplicación de los electrodos de corriente farádica sobre la piel o mucosas determina una vaso-dilatación seguida de hiperemia, enrojecimiento y elevación de temperatura en los puntos donde se hallan aplicados los electrodos, correspondiendo a una probable acción refleja de profundidad en la que el fenómeno inverso o sea la vaso-constricción sea su consecuencia; esta acción vaso-motora puede llegar a producir una verdadera revulsión cutánea cuando el hilo del secundario por su delgadez represente una resistencia de un considerable número de ohmios.

Indicaciones de tratamiento y técnica general.—En el colpocèle y en el primer grado de prolapsos del útero pueden las corrientes farádicas prestar señalados servicios, ya que la génesis más frecuente de estas desviaciones es el desgarramiento del músculo coxi-púbico perineal o la relajación sin ruptura de este músculo. Como quiera que el diafragma pelviano está constituido por fibras musculares estriadas la acción de las corrientes farádicas sobre él es de una eficacia grande.

Lo mismo podemos decir de las retrodesviaciones móviles cuando no han alcanzado un grado muy avanzado; el corregir la falta de tono de las fibras del elevador del ano puede ser suficiente, si no para corregir de modo completo la desviación, para impedir que vaya ésta progresando.

La técnica para la aplicación de estas corrientes es la que sigue.—Se coloca un polo en la vagina y otro en la región perineal, movilizándolos de continuo con el objeto de poner en contracción todas las fibras del elevador: el número de sesiones debe ser de 30 a 40 y su duración de unos 15 a 20 minutos.

Con el objeto de no sobrepasar el número de interrupciones de la corriente farádica que podría llegar a ser causa de contracción tetánica, es un buen medio el ritmar las sacudidas por medio de un metrónomo, ya que no es conveniente

que comience una contracción hasta tanto que haya desaparecido el efecto de la anterior.

En sustitución de las corrientes farádicas, y para aumentar su efecto útil, se ha aconsejado la utilización de las corrientes galvano-farádicas; en este caso deben utilizarse, con el acoplamiento en oposición, para disminuir el efecto de los impulsos de la inducción, ya que lo que se pretende es determinar un estímulo nutritivo que se refleje por hipertrofia fibrilar sin llegar al cansancio.

Para estimular en los casos de desviaciones uterinas y en los prolapsos, los procesos de nutrición que se hallan siempre retardados, se aconseja la faradización, no sólo en la vagina, sí que también del útero, y para ello debe aplicarse un electrodo de níquel, en forma de histerómetro, que se introduce hasta el fondo de la matriz, en tanto que el otro polo extenso inerte se aplica en el hipogastrio: el número de interrupciones debe ser de 30 a 40 por segundo.

Inercia del útero.—La acción incierta que sobre las fibras lisas ejercen las corrientes farádicas, no da gran indicación al empleo de las mismas en casos de inercia uterina consecutiva al parto, pero asociadas con las galvánicas, pueden, en algunas ocasiones, producir favorables efectos. La opoterapia ha venido a suprimir su empleo durante el acto del parto, pero después del alumbramiento, cuando la totalidad de la placenta ha sido expulsada, las corrientes farádicas interrumpidas y las galvano-farádicas dan excelentes resultados contra las hemorragias por inercia.

La técnica a emplear es la siguiente: Un reóforo metálico, de forma cilíndrica y algo grueso, terminado en oliva y perfectamente aseptizado por el calor, se introduce en el interior de la cavidad uterina hasta alcanzar su fondo y se aplica otro electrodo, de ancha superficie, en las paredes del abdomen. Las corrientes deben darse con bobina de hilo fino y con metronomo interruptor, durante unos diez minutos. En los casos de hemorragias, que por su intensidad amenacen la vida de la enferma, hay que acudir a otros medios de más rápido efecto, cual es el taponamiento intrauterino o la aplicación del tubo compresor, de Momburg.

Vaginismo.—En la contracción espasmódica del esfínter de la vagina causante del vaginismo, la aplicación de las corrientes farádicas tiene un objeto distinto en el vaginismo, la causa desconocida, es decir, en aquella forma denominada esencial, porque no se encuentra lesión alguna y se le atribuye un mecanismo nervioso en donde las corrientes farádicas pueden producir beneficiosos resultados; en estos casos hay que llevar la acción de las corrientes hasta producir un efecto paralizante de la contracción por la relajación consecutiva al espasmo sostenido, que, como hemos dicho, llega, a veces, a producir la degeneración granulosa de las fibras musculares.

Para asegurar la pérdida de las condiciones fisiológicas del esfínter superior de la vagina, mejor que las corrientes farádicas son las galvano-farádicas

en tensión, ya que aumentando los impulsos de inducción se llega más pronto a la fatiga del músculo.

Lecion 23

Corrientes de alta frecuencia.

La aplicación de las corrientes de Arsonval en Ginecología data de muy poco tiempo; tanto la cama condensadora, como el gran solenoide, tienen indicaciones indirectas en una serie de procesos patológicos del aparato genital femenino.

Las ovaritis escleroquísticas, dependientes de procesos tróficos, son, muchas veces, favorablemente modificadas por esta clase de corrientes; dismenorreas virginales, en las que no hemos podido encontrar por la exploración directa signos de lesión ovárica alguna, se han visto, muchas veces, favorablemente influídas por este tratamiento.

Prescindiendo de la acción que sobre la tensión de la corriente sanguínea se ha supuesto a estas corrientes, nótase, con su empleo, una modificación nutritiva que conduce a la regularización de las funciones ováricas.

La técnica que empleamos, es la usual de la d'Arsonvalización; introducida la enferma dentro de un solenoide, como el que representa la figura 77, se establece la corriente que no pasa de 10 a 20 miliamperios durante un tiempo de treinta a sesenta minutos, tres veces por semana. Los efectos sedantes se manifiestan, por lo general, desde las primeras sesiones, y su repercusión sobre el funcionalismo genital es asimismo inmediata.

En los trastornos psíquicos ligados con la hipofunción ovárica, así como en las llamadas locuras menstruales, las corrientes de alta frecuencia producen notables efectos de sedación; la desaparición del insomnio tiene lugar frecuentemente después de la primera o segunda sesión; la continuación del tratamiento en los períodos intermenstruales previene algunas veces los trastornos psíquicos durante las reglas.

Otra forma de aplicación de las corrientes de alta frecuencia, es la de utilizarla como fuente de calor, constituyendo la termo-penetración o diatermia, cuyo estudio lo haremos en el capítulo siguiente, y la de la transformación, en un punto limitado, de la energía eléctrica en calor, hasta llegar a producir la coagulación del protoplasma celular.

Se ha utilizado esta acción térmica por Doyen y Nagelschmidt para el tratamiento de neoplasias malignas; el carcinoma del útero, como el de otras partes de la economía ha sido tratado, por lo que se ha denominado *termo-coagulación*, para lo cual se aprovecha el calor obtenido por efecto de la transformación en energía térmica, de una corriente eléctrica interrumpida centenares de miles de veces; si se aplican los dos polos en dos puntos distintos de la misma neoplasia, el calor desarrollado entre los dos polos llega a

producir la coagulación del protoplasma de toda clase de células allí existentes, y por lo tanto, puede llegar a destruir la totalidad del carcinoma.

En realidad, aun cuando Doyen ha aconsejado este método y lo ha presentado como merecedor de grandes alabanzas, no se ha generalizado su uso en Ginecología porque tiene el inconveniente de no poder poner toda la zona cancerosa entre los dos polos. En el cáncer del cuello uterino se extiende la neoplasia hacia los parametrios, y si se aplica un polo en las fungosidades del cuello, como no hay medio de aplicar el otro en un punto apartado del parametrio, la zona sujeta a la acción del coagulante del calor no alcanza toda la lesión, y como quiera que el calor lo mismo destruye la célula cancerosa que la célula de tejidos normales, ya que se coagula el protoplasma de todos los elementos vivos que entre los polos existen, si se hiciera la aplicación en un punto distante de los parametrios se destruiría no solamente el carcinoma, sino las células de los órganos que se hallan en la región, por ejemplo, los uréteres; este procedimiento no es aplicable más que a casos especiales, en los que el carcinoma esté limitado por completo al cuello, y para éstos es preferible, hoy por hoy, el tratamiento operatorio de extirpación total, o el empleo del radio y mesotario, que dan más garantías de éxito.

En algunos casos de carcinoma de la vulva y vagina, la termo-coagulación puede ser utilizada, pero no creemos que llegue a generalizarse el método por existir otros medios, operatorios los unos y otros no operatorios, que dan resultados más satisfactorios.

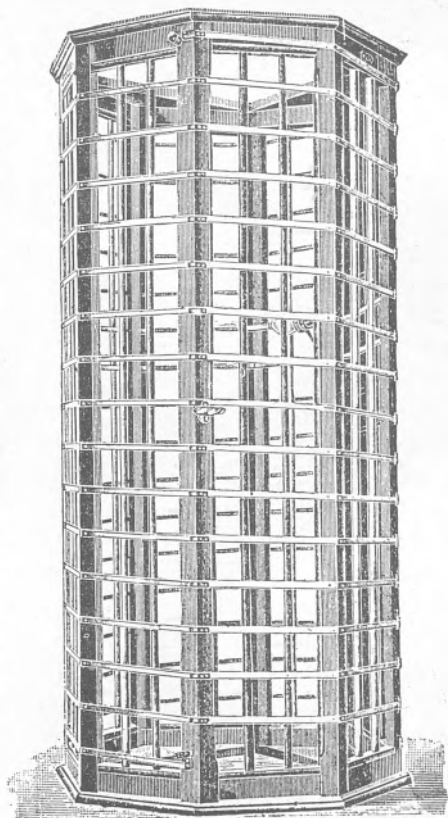


Fig. 77.
Gran solenoide para la d'Arsonvalización.

Lección 24.
Diatermia.

La diatermia es un procedimiento de termoterapia que utiliza la energía eléctrica para producir efectos térmicos en la profundidad de los tejidos (Zimmern).

El empleo en terapéutica ginecológica del calor resultante de una corriente de alta frecuencia, que atraviesa los órganos pelvianos, es de fecha reciente; los nombres de Selheim, Oudin, Bergonie y Zimmern van unidos a las primeras aplicaciones de este medio físico en algunas ginecopatías. Nuestra labor personal, así como la que en Salamanca viene realizando el doctor Población, marcan una definitiva orientación en la terapéutica no operatoria de multitud de procesos anexiales, que hasta hace poco se consideraban tributarios de procedimientos quirúrgicos. Son muchos centenares las enfermas tratadas desde 1913 por nosotros en nuestra clínica privada y en la de la Facultad de Medicina por este medio, estando cada día más satisfechos de él, y creemos que el mejoramiento de la técnica ha de conducir a que sea considerado el tratamiento operatorio de los procesos inflamatorios de los anejos del útero como un procedimiento de excepción.

En realidad, la diatermia no puede ser considerada como un tratamiento eléctrico, ya que la corriente no obra como tal, sino como productora de calor, con la ventaja, sobre todos los demás medios térmicos empleados antes que ella, de que la elevación de temperatura se produce en los mismos órganos que son atravesados por la corriente, sin que en la periferia o puntos donde están aplicados los polos, el aumento de temperatura sea tal que llegue a producir molestia alguna. No es calor que se trasmite a las partes profundas por continuidad de tejidos, cual sucede con los termóforos, cataplasmas, pelvitermo, etc., sino que es resultante de la resistencia que opone el cuerpo al paso de una corriente de alta frecuencia que se dirige de un electrodo a otro situados en distinta parte del sujeto.

La enferma sometida a la acción de la corriente diatérmica no experimenta más sensación que la de calor; no siente el paso de la corriente, a pesar de que la intensidad que se emplea es de $1\frac{1}{2}$ a 2 amperios. Ello tiene su explicación en la naturaleza de la corriente, que atraviesa el organismo. La corriente diatérmica pertenece a las de alta frecuencia, y sabido es que para que pueda ser considerada como tal es preciso que tenga las oscilaciones de tan corto período, que suponiéndolas verificadas sin interrupción, alcancen la cifra de 1.000.000 por segundo. Pero con este número de alternancias produce todavía la corriente efectos excitantes, que para hacerlos desaparecer es preciso triplicar, por lo menos, su número, para lo cual, en vez de hacer terminar los conductores del condensador en punta o por una pequeña esfera, como en los

aparatos de Tesla y d'Arsonval, se utilizan discos metálicos de gran superficie separados por décimas de milímetro, y en vez de una chispa grande y sonora se producen una cantidad considerable de microchispas, que producen trenes de ondas muy amortiguadas. Estas oscilaciones, que representan millones de cambios en la dirección de la corriente, bajan considerablemente la tensión, en tanto que la intensidad tolerable puede alcanzar dos y más amperios, según la resistencia que presente la parte del organismo colocada entre los dos electrodos.

En la figura 78 está representada la dirección esquemática de la corriente diatérmica. Las letras A, S, M, P, representan un electro-imán, en cuya

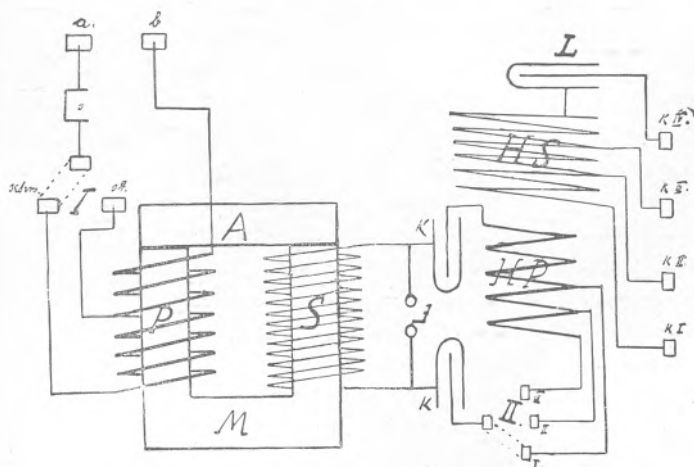


Fig. 78.—Esquema de la corriente utilizada para la diatermia.

rama P se halla arrollado el hilo del primario y en S el más fino, que constituye el secundario o corriente inducida primitiva; ésta se dirige a los dos condensadores K K, produciéndose en el detonador F la transformación en corriente de alta frecuencia, la cual se dirige al circuito primario de alta frecuencia H P, que puede ser subdividido por el conmutador II. Por medio de un pedal, el circuito secundario de alta frecuencia H S entra más o menos dentro del primario, y, en consecuencia, la corriente de alta frecuencia en él producida tiene una intensidad más o menos fuerte. El cuerpo de la enferma se intercala entre los bornes K I, K II o K III y la batería de botellas de Leyden, L, cuya corriente pasa por el borne K IV. Para la medición de la intensidad de la corriente que atraviesa el organismo se halla un amperómetro, interrumpiendo, en su mitad, el hilo del secundario de alta frecuencia H S.

La corriente diatérmica no produce efectos electrolíticos ni excitación muscular alguna; los millones de veces que por segundo cambia la dirección de la

corriente impide que los iones se dirijan a los polos respectivos; el ir y venir en direcciones opuestas en un número de veces tan considerable convierte la acción íntima de la corriente en un movimiento de vibración molecular.

Tampoco la frecuencia de la corriente diatérmica determina excitabilidad de los nervios sensitivos; la cifra considerable de alternancias impide que se produzca la excitación de los mismos, pues es mucho mayor la rapidez con que se verifica el cambio de dirección de la corriente que la que poseen los nervios sensitivos como conductores de sus impresiones.

En esta acción nula electrolítica y sensitivo-motora se halla el fundamento de la utilización de la corriente diatérmica como medio terapéutico. El calor que se desarrolla por la resistencia que ofrece el cuerpo al paso de la corriente es utilizable, porque no determina efectos nocivos por descomposición de los órganos que atraviesa y por la carencia de excitaciones sensitivo motoras.

Acción fisiológica.—Con la aplicación de las corrientes diatérmicas se busca la resolución de los procesos de inflamación por el método hiperemiante activo. La acción del calor sobre los tejidos afectos de inflamación es doble; por un lado, la actividad circulatoria se acrecienta, y al realizarse el fenómeno de hiperemia activa, los exudados tienden a reabsorberse, cesan las estancaciones resultantes del proceso flogístico, modificándose profundamente el estado patológico. Por otra parte, el calor incorporado al organismo por la diatermia actúa como alimento de ahorro, pues sustituyen esas calorías las que deben producirse por las combustiones de hidrocarburos y glucosidos, viniendo a representar por tanto una acción trófica, muy digna de ser tenida en cuenta en casos de atrofia o hipoplasia genital. Conjuntas las funciones bioquímicas determinantes del calor animal y las calorías suministradas por la diatermia colocan a los órganos en un plan energético superior que se traduce por una mayor actividad funcional. La diatermia, aplicada sobre el bazo, produce una mayor actividad formativa leucocitaria que ha sido utilizada por Theilhaber, y por nosotros, como medio coadyuvante del tratamiento del cáncer del útero.

La acción bactericida que indudablemente ejerce la diatermia depende de varios factores: por un lado los fenómenos hiperémicos que con su mayor actividad circulatoria y producción de anticuerpos y antitoxinas, detienen la acción reproductora bacteriana; en segundo lugar hay que tener en cuenta el hecho que en temperaturas altas la multiplicación microbiana no se realiza y que en algunas especies, tales el gonococo y el pneumococo, la sensibilidad térmica es tal que pasados los 45°, es suficiente media hora para alcanzar un efecto bactericida completo.

El estreptococo es mucho menos sensible a los efectos térmicos que el gonococo.

Tanto como al calor hay que atribuir la acción bactericida a la fagocitosis activada por su acción hiperemiante.

El primer efecto apreciable que con la diatermia se obtiene es el analgésico; los dolores cesan o disminuyen notablemente desde las primeras aplicaciones; el dolor lumbo-sacro y el que desde las fosas ilíacas remonta hacia los vacíos, que es característico de gran número de ginecopatías, se alivia de modo tan rápido, que induce a las enfermas a proseguir un tratamiento cuyos beneficiosos efectos aprecian desde el primer momento.

La acción analgésica la considera Bier como resultante de la hiperemia activa, pero tal vez más que a una acción inhibitoria del calor se deba a la vibración molecular que produce la corriente de alta frecuencia, comparable a un masaje vibratorio infinitamente pequeño (Población).

A este fenómeno sucede la reabsorción de exudados, llegando en algunos casos la influencia beneficiosa hasta el punto de hacer desaparecer por completo engrosamientos hiperplásicos que acompañan a muchas enfermedades flogísticas de los anejos del útero.

Técnica, indicaciones y contraindicaciones.—La técnica de la aplicación de la diatermia varía según la naturaleza y la intensidad del proceso anaxial que se pretende combatir. Los procesos pelvi-peritoníticos de forma subaguda, que no han llegado todavía a la constitución de colecciones purulentas, son los que más favorablemente experimentan los efectos de la hiperemia determinada por el aumento de temperatura. En estos casos aplicamos nosotros un electrodo ancho en la región lumbo-sacra, y otro, de igual forma, en la región hipogástrica; de este modo atraviesa el organismo una corriente en el sentido antero-posterior, que produce un efecto hiperemiante en todos los órganos pelvianos.

Es muy conveniente en estos procesos difusos utilizar electrodos muy grandes, pero debe tenerse cuidado de que queden aplicados exactamente sobre la superficie de la piel, no dejando espacio alguno entre la placa metálica y aquélla, para que no se produzcan quemaduras, y procurando que el aumento de calor se verifique de modo lento y progresivo, sosteniéndolo durante treinta o cuarenta minutos; las diatermo-dermitis tienen un curso de curación muy lento y son siempre imputables a defectos de técnica.

Teniendo en cuenta que según la ley de Joule el poder termógeno es directamente proporcional a la resistencia que ofrecen los tejidos al paso de la corriente, ha de procurarse en la aplicación de los electrodos que las masas de éstos ofrezcan una resistencia análoga, evitando de este modo una desigual distribución de calor que impediría la acción hiperemiante profunda que se desea obtener. La aplicación de un reóforo en la región sacra hace que en este hueso se acumule mayor cantidad de calor que en la zona genital; para evitar esto se sustituye el reóforo posterior por otro vaginal de gran superficie, que llena casi por completo la cavidad de la vagina y se establece una corriente que al transformarse en calor modifica profundamente la circulación de los

órganos interpuestos entre ambos reóforos. Claro está que al utilizar un reóforo vaginal son precisas corrientes de menor intensidad, no pasando en estos últimos casos de 0,5 a 1 amperio y llegando en las aplicaciones anteriormente descritas hasta 1 $\frac{1}{2}$ o 2.

La técnica de las aplicaciones diatérmicas varía según el proceso que se quiera combatir y su localización. Las placas de plomo forradas de fieltro o recubierta la cara que debe ponerse en contacto con la piel por una gruesa capa de algodón hidrófilo empapado en una solución de cloruro de sodio a saturación, son los mejores reóforos para las aplicaciones abdomino-lumbares.

Como reóforo vaginal se usa un tubo de metal con la extremidad redondeada y de calibres distintos, según la amplitud de la vagina a la que debe colocarse.

El reóforo de aplicación rectal es asimismo cilíndrico o cónico; su introducción no debe provocar dolor; es conveniente antes de su introducción que la enferma haya exonerado el intestino con un enema salino.

El tiempo de duración de las sesiones debe ser de veinte a cuarenta y cinco minutos y su número de veinte a cuarenta, diarias o alternas.

Para la aplicación de los electrodos es necesario tener en cuenta que a igualdad de densidad de los tejidos, la corriente se establece siguiendo la línea más corta y por lo tanto que la zona enferma debe estar situada en la línea de corriente para que los tejidos experimenten la elevación de temperatura deseada.

El mejor indicador de la intensidad de la corriente que debe administrarse es la resistencia de la piel; el coeficiente termógeno de la piel es equivalente al de la zona o tejido de máximo calentamiento; es decir, que la temperatura de un tejido profundamente calentado por la corriente no es nunca mayor que la de la piel en que está aplicado el reóforo y por lo tanto la sensibilidad térmica de ésta acusa el límite de la intensidad. Es conveniente que a la menor indicación de molestia de la enferma, por parte de la piel, se disminuya la intensidad de la corriente.

En los procesos crónicos con colecciones purulentas, los efectos de la diatermia distan mucho de producir los beneficiosos efectos que en las formas catarrales de la salpingitis y en las adhesivas perimetriticas y perisalpingíticas. Hemos, sin embargo, en algunas ocasiones, alcanzado un alivio tal de los dolores, que enfermas que estaban decididas a la intervención operatoria solicitaron una tregua en vista del bienestar relativo que el tratamiento les proporcionaba. En estos casos no hemos encontrado a la exploración física la disminución de las colecciones salpingianas.

En los procesos salpingo ovaríticos crónicos que han dado lugar a adherencias que unen de modo anormal unos órganos con otros, los efectos apreciables por la exploración física de la enferma son evidentes. A las pocas sesiones de

este tratamiento es posible imprimir al útero movimientos, sin determinar los dolores que anteriormente la menor tentativa de este género provocaba.

En los casos de flemones del ligamento ancho, terminados por induración, los efectos de la diatermia son superiores a cuanto pueda imaginarse en este sentido. Algunos casos hemos tenido ocasión de observar en los que la reabsorción de los exudados se ha verificado de modo tan rápido, que conceptuaríamos en la actualidad grave falta no ensayar este medio terapéutico con preferencia a todos los demás hasta la fecha recomendados.

Además de las enfermedades que acabamos de mencionar, tienen indicación especial de tratamiento por la termo-penetración las ovaritis neuro-tróficas, el hematocele retro-uterino y las dismenorreas resultantes de hipoplasias uterinas.

En las vulvo-vaginitis crónicas y en especial las de las niñas cuya naturaleza gonocócica es evidente a pesar de la existencia del himen, los resultados son excelentes administrando las sesiones diarias, alcanzando la temperatura vaginal 45° y aplicando un reóforo vaginal adecuado al diámetro de vagina y abertura himeneal.

El tratamiento de la esterilidad por la diatermia produce en muchos casos excelentes resultados: ello es consecuencia de lo que en párrafos anteriores hemos dicho. Muy frecuentemente obedece la esterilidad a ovaritis neuro-tróficas, a hipoplasias uterinas o a procesos perímetro-anexiales, que determinaron flexiones tubáricas y oclusiones accidentales de estos órganos. Modificando, como lo hace la diatermia, estos procesos causantes de la esterilidad, no es de extrañar los beneficiosos resultados que para combatirla pueden con ella obtenerse. Son más de

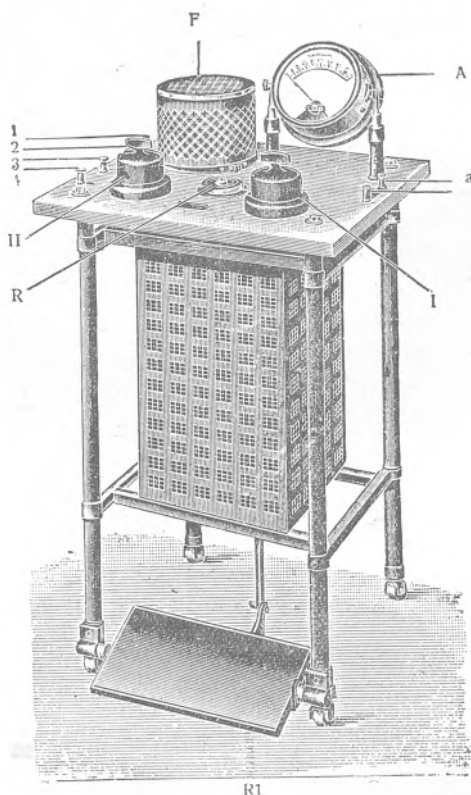


Fig. 79. — Aparato Knappe para la termo-penetración: 1, 2, 3, 4, bornes a que van los cordones de los reóforos. — A, amperómetro; F, detonador; R, aguja indicadora del juego de pedal; H, llave de intensidad.

50 los casos de esterilidad que hemos visto desaparecer con el empleo de este medio, algunas de cuyas enfermas llevaban más de ocho años de matrimonio.

Los que hayan tenido ocasión de tratar procesos articulares crónicos, por el método hiperemiante, no extrañarán seguramente los excelentes resultados que pueden obtenerse en Ginecología con el empleo de la diatermia.

No tenemos hechos estudios experimentales respecto a la acción que sobre la actividad microbiana puede ejercer este medio terapéutico, tratándose de flogosis anexiales, pero *a priori* puede presumirse que la actividad reproductiva de los gérmenes determinantes de la inflamación debe experimentar una disminución notable por los cambios desfavorables que sobre los medios de cultivo determina la elevación de temperatura. Sabido es que los procesos gonocócicos pierden prontamente en las trompas, en los ovarios y en el mismo peritoneo pelviano su virulencia, y asimismo, los agentes comunes de infección, al elevarse la temperatura por encima de 45° y sosteniéndola durante 40 ó 50 minutos, encuéntrase en condiciones tan desfavorables para su desarrollo que pueden considerarse inofensivos. Teniendo en cuenta que la transformación en calor de las corrientes de alta frecuencia alcanza a todas las partes de los órganos afectos de inflamación, no es aventurado suponer que se realice una disminución de virulencia y del poder de reproducción de todos los agentes causantes de enfermedad.

Los experimentos de Lameur, inyectando en articulaciones de conejillos de Indias diversos cultivos microbianos y sometiénolas luego a la acción diatérmica, le llevaron a formular la conclusión de que, si bien para los gonococos, pneumococos y vibrión séptico, su acción era manifiesta, en los cocos piógenos no se notaba de modo apreciable su influencia.

No tenemos tampoco experiencia suficiente para formar un juicio clínico sobre los efectos que este medio terapéutico pueda ejercer en los casos de inflamaciones genitales de naturaleza tuberculosa.

Población cita dos casos de fracaso completo en anexitis de esta naturaleza; en los casos de granulía aguda la contraindicación es manifiesta; en los crónicos sin ascitis y más aun en los casos de adherencias consecutivas a tuberculosis ya curadas puede dar la diatermia buenos resultados.

En los casos de oligomenorrea por insuficiencia de función ovárica, es probable que puedan obtenerse beneficiosos resultados, ya que uno de los fenómenos que más frecuentemente se observan en el curso del tratamiento por el calor en esta forma de aplicación es el determinante de menstruaciones muy abundantes.

Las contraindicaciones para el empleo de la diatermia son las inflamaciones agudas, principalmente cuando tienen tendencia supurativa; en los casos de metrorragias, y aun de menorragias, sea cual fuere su etiología, la contraindicación es absoluta. Cuando existan alteraciones cardio-vasculares puede

resultar peligrosa la diatermia, por los efectos que sobre la tensión arterial determina.

Aparte de la acción directa que sobre algunas ginecopatías ejerce esta corriente, utilizamos también la que tiene sobre los órganos hematopoyéticos; en algunos casos de carcinoma de útero hemos empleado la diatermización del bazo como medio coadyuvante del tratamiento radioactivo; por otra parte, la termo-penetración puede servir para aumentar la sensibilización de los tejidos para las substancias radioactivas, y en este sentido la hemos empleado nosotros, siguiendo las indicaciones de Theilhaber.

Leción 26

TERAPÉUTICA RADIOACTIVA

La terapéutica ginecológica se ha enriquecido en estos últimos tiempos con dos medios físicos de efectos curativos verdaderamente sorprendentes, que son los *rayos X* y las emanaciones procedentes de las sustancias radioactivas, cuales son el *radio* y el *mesotorio*.

Röntgen y curieterapia ginecológica.

Las aplicaciones de rayos X y del radio para la curación de ciertas enfermedades del aparato genital femenino, marca un positivo progreso en la historia de la Ginecología. La similitud que ofrecen las radiaciones emanadas de las sustancias radioactivas con los rayos que se producen en la ampolla de Crookes al pasar por ella una corriente de alta tensión, nos obliga a estudiar conjuntamente unas y otras para hacer luego una exposición de las diferencias que les separan.

Para comprender la naturaleza de los rayos *gama* del radio equiparables en su esencia a los rayos X, bueno será que hagamos un pequeño resumen de cuáles son las ideas hoy admitidas respecto a la *Composición de la materia*: la teoría que considera los cuerpos simples formados por un conjunto de corpúsculos infinitamente pequeños denominados moléculas y a éstas constituidas por la agrupación de átomos, considerando a éstos como la parte más pequeña en que puede dividirse la materia, ha sido sustituida por otra en la que se supone cada átomo, constituyendo un sistema planetario infinitamente pequeño formado por un núcleo central con carga eléctrica positiva o lo que es lo mismo sin carga eléctrica alguna y un número distinto de electrones que en elipses o círculos concéntricos y dotados de movimientos rapidísimos forman un conjunto parecido al sistema solar. En la antigua teoría denominada atómica las diferencias entre unos cuerpos simples y otros se hacían depender del peso específico que con relación al átomo de H, tenían los diferentes átomos. Esta idea del peso específico del átomo que ha servido durante muchos años para explicar los fenómenos de afinidad y separación de las distintas moléculas, no permiten comprender cómo cuerpos de peso atómico igual, cual es el bismuto y plomo, ofrecen propiedades tan distintas en lo que se refiere a sus afinidades y propiedades físicas y fundándose Moosley en ello, ha modificado la ordenación

de los cuerpos simples, basándose en vez del peso atómico en la numeración electrónica, y aun dentro de ésta estableciendo notables diferencias según la colocación de los distintos electrones en los diferentes círculos o elipses en que se mueven alrededor del núcleo positivo.

Todo cuerpo simple está formado por átomos y cada átomo constituye, como hemos dicho, una especie de sistema planetario en el que el núcleo central posee una carga eléctrica distinta, según el número y disposición de los electrones que le rodean y que constituye la base del equilibrio del mismo. El número de electrones que circundan al núcleo positivo, es distinto en unos cuerpos de otros, así el hidrógeno no tiene más que uno, el helio dos, el litio tres y así sucesivamente hasta el uranio que posee 92. Hállanse los electrones en órbitas que forman círculos o elipses y sus movimientos son de gran velocidad y constantes como lo son los de la tierra alrededor del sol.

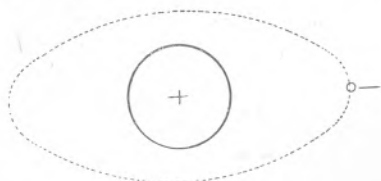


Fig. 80.—Átomo de hidrógeno.

El volumen de los núcleos que contienen la carga positiva y el de los electrones que le circundan es infinitamente pequeño; Graetz para dar una idea aproximada de los mismos se vale del siguiente ejemplo: si con la imaginación llegáramos a comparar el volumen del átomo de hidrógeno con el que representa toda la tierra cuyo radio es de 6,350 kilómetros, tendríamos que el

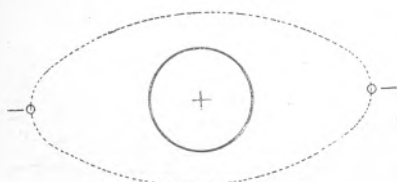


Fig. 81.—Átomo de Helio.

electrón considerándole esférico poseería un radio de 120 metros, es decir, la longitud de una nave de una gran iglesia. Friedrich dice: si el núcleo del átomo estuviera representado por un metro cúbico de platino la compresión que hiciera desaparecer todas sus cavidades lo reduciría a un centímetro cúbico.

Seitz, para dar una idea de lo infinitamente pequeño del electrón, dice que el volumen de un electrón es con relación al de un bacilo, lo que éste es en relación con la totalidad del globo terráqueo.

La masa de un electrón es mil ochocientos treinta y cinco veces menor que la masa de un átomo de hidrógeno y como quiera que la masa de un átomo de H es igual a $1,64 \times 10^{-24}$ resulta que la masa de un electrón es igual a

$$\frac{1,64 \times 10^{-24}}{1835} = 8,9 \times 10^{-29}$$

La constitución íntima del núcleo así como la del electrón es para nosotros completamente desconocida, pero la circunstancia de encontrarse siempre

señales de helium en una vasija en la que se encierra de modo hermético una pequeña cantidad de substancia radioactiva ha hecho suponer que sea aquél el factor determinante de los cambios que en el equilibrio electrónico de los cuerpos se produce. La naturaleza material de los electrones ha sido negada por muchos de los modernos investigadores, pero no puede tampoco ponerse en duda que en muchas ocasiones los electrones van unidos a corpúsculos materiales. Los corpúsculos positivos van siempre acompañados de materia y ello es la causa que explica la considerable diferencia entre unos y otros.

El átomo de las substancias radioactivas como todos, está formado por un núcleo de carga positiva alrededor del cual a la manera de un enjambre planetario rodéanle gran número de electrones; el desprendimiento espontáneo de alguno de estos electrones o de un *quantum* de carga eléctrica positiva

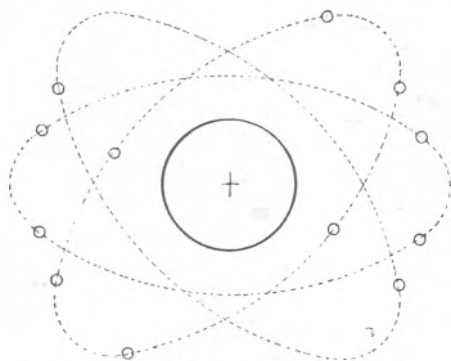


Fig. 82.—Esquema de un sistema atómico; en el centro núcleo positivo y en tres elipses doce electrones.

perteneciente al núcleo, transforma el átomo, en otro de él derivado; así por ejemplo al desprenderse un electrón del radio prodúcese en el éter que le rodea una sacudida que es causa de un movimiento vibratorio, ondulación denominada rayo *gama*; el desprendimiento del electrón ha hecho perder el equilibrio que existía entre la carga positiva y la negativa del átomo y este deja de ser ya un átomo de radio para convertirse en uno de emanación;

éste en el tiempo de 3,85 días desprende tres de sus elementos constitutivos, con carga positiva, en forma de radiación y realizase de modo espontáneo una nueva transformación por la que dicho átomo de emanación se convierte en uno de radio A; por nuevo desprendimiento queda convertido en radio B en un período de tres minutos, el cual soltando a su vez un *quantum* de carga positiva y un electrón negativo se convierte a los 26,8 minutos en radio C y así sucesivamente van desprendiéndose cargas positivas y electrones hasta llegar a constituirse un átomo de plomo. A los elementos positivos que se desprenden de estos átomos se les designa con el nombre de rayos *alfa*, a los electrones rayos *beta* y a los movimientos vibratorios producidos en el éter por los desprendimientos electrónicos rayos *gama*: de modo que los alfa y beta son radiaciones corpusculares en tanto que los gama son sólo movimientos vibratorios.

Rayos catódicos.—Al pasar una corriente de alta tensión por un tubo en el que se halla aire enrarecido, se produce una luminiscencia debida a la

producción de una serie de rayos que partiendo del catodo se dirigen, en línea rectilínea, al lado opuesto. Esta corriente catódica está formada por electrones con carga negativa, formando un haz cuya densidad es muy variable, según la intensidad de la corriente que atraviese el tubo.

La corriente catódica descubierta por Hittorf, constituida, como hemos dicho, por electrones, necesita para producirse una cantidad de iones que transporte a éstos. Desde su descubrimiento se reconoció que los rayos catódicos son desviados por la corriente eléctrica y por el campo magnético; la velocidad de los electrones que constituyen esta corriente está calculada entre 1 quinto y 4 quintos de la velocidad de la luz visible, es decir, entre 60.000 y 240.000 kilómetros por segundo; esta velocidad varía según la tensión de la corriente y el estado mayor o menor de vacío que tenga el tubo. Es este un dato de importancia extraordinaria, ya que, como veremos más adelante, la dureza de los rayos X está en relación directa con el grado de vacío del tubo en que se producen; en igualdad de condiciones, a mayor vacío mayor dureza.

El electrón está considerado en el estado actual de nuestros conocimientos; como la carga elemental mínima en que puede dividirse la electricidad para que pueda pasar la corriente electrónica por el interior de un tubo en que se haya hecho el vacío, es necesaria la presencia de iones que le sirvan de conductores. Estos iones pueden ser de la pequeñísima parte de gas que contiene el tubo de rayos X, o bien pueden ser iones desprendidos de un filamento incandescente, como ocurre en las ampollas de Coolidge y Lilienfeld.

Valiéndonos de un ejemplo vulgar, pero que puede tener un valor nemo-técnico, podemos comparar a los electrones con un ejército en que son millares los soldados que deben ser trasladados de un punto a otro; para el traslado de esta tropa se necesitan, forzosamente, un número X de vagones; la energía que transporta a vagones y a la tropa es la locomotora. Ésta representa la tensión eléctrica; los vagones, los iones; la tropa, los electrones. Por fuerte y por potente que sea la máquina y por numerosa que sea la tropa que esté dispuesta a embarcar, si no existen vagones para el transporte, éste no se verifica. Lo mismo ocurre en un tubo de rayos X; puede existir una tensión intensa (locomotora); puede existir la carga eléctrica, representada por millares de millones de electrones (tropa); si no existen iones de aire o térmicos que transporten a estos últimos (vagones), la corriente (el traslado) no puede producirse.

Propiedades de los rayos catódicos. Desviación por la corriente eléctrica y por el campo magnético.—Constituidos los rayos catódicos por electrones que tienen carga negativa, la aproximación del polo positivo de un imán de una corriente eléctrica del mismo nombre, produce una desviación o el del haz catódico, atrayéndolo, y por el contrario, rechazándolo cuando se aproxima un polo o corriente negativa; esta atracción o repulsión de la corriente

catódica demuestra la naturaleza corpuscular de la misma; los rayos catódicos siguen siempre una dirección rectilínea, sea cual fuere la disposición en que se halle colocado el anodo en relación con el catodo; dotados como están los electrones de una velocidad que alcanza hasta 240.000 kilómetros por segundo, al choque contra cualquier materia que se interponga en su camino determina una colisión con los elementos atómicos constitutivos de esta materia; si es el cristal, perforase éste, y si se interpone un cuerpo metálico de gran densidad, el choque produce, como resultado, una serie de vibraciones del éter; ondulaciones que son las que se han denominado rayos X. No hay, pues, similitud alguna entre el rayo catódico, que determina el choque, y la vibración, que es su consecuencia, como no existe otra relación que la de causa a efecto entre la piedra que se lanza al agua y el movimiento ondulatorio que produce en la misma.

Como quiera que en la Naturaleza no hay fuerza que se pierda, el choque de los electrones contra el cuerpo metálico interpuesto en su camino, da lugar a una producción de calor que llega a fundir el metal que sirve de anticatodo a poco que la corriente persista algún tiempo.

Rayos canales. —No son sólo los rayos catódicos los que se producen en la ampolla de Krokkes o en cualquier otro tubo en el que se haya hecho el vacío, al pasar una corriente de alta tensión; en dirección opuesta a los rayos catódicos, se establece otra corriente formada por los elementos de carga positiva resultantes de la ionización producida dentro del tubo; son de naturaleza material, se desvían asimismo por la corriente eléctrica y por el campo magnético, pero no por el polo positivo, sino por el negativo; pueden reconocerse utilizando un catodo perforado, a estos rayos se les denomina rayos canales o de Goldstein y la velocidad de sus elementos no pasa de 10.000 kilómetros por segundo. Los rayos canales han sido comparados con las radiaciones alfa de las sustancias radioactivas; tienen carga positiva, en tanto que los catódicos tienen por su naturaleza electrónica, esto es de carga negativa, gran analogía con los rayos beta del rayo.

Rayos X. —Estos no son de naturaleza material; son sólo movimientos vibratorios del éter, resultantes del choque de los electrones con los átomos del metal de que está formado el anticatodo.

Ahora bien, como quiera que el haz catódico se halla formado por millares de millones de electrones cuyo radio como sabemos es de la longitud $1,9 \times 10^{-18}$, aun estando el anticatodo formado por un metal de gran densidad, no todos chocan con plenitud absoluta con los núcleos positivos de los átomos o con sus electrones y como resultado de la diferencia del choque el haz de rayos X que se produce tiene una heterogeneidad muy grande, ya que siendo diferente la energía del choque muy diferente ha de ser también la longitud de onda de los rayos X producidos. A mayor energía de choque,

vibración más intensa, pequeñísima longitud de onda y frecuencia de la vibración mucho mayor.

Los rayos X no son desviados por el campo magnético ni por la corriente eléctrica, ionizan los cuerpos que atraviesan, tienen como ley que sirve de base a todas las mediciones el que disminuye la densidad del fascículo en razón inversa al cuadrado de la distancia; cuanto más cerca se halla un cuerpo del punto de emisión de los rayos X, tanto mayor cantidad de éstos recibe.

La naturaleza vibratoria se demuestra por los fenómenos de interferencia y difracción; son ondulaciones análogas, salvo la diferencia en su longitud, a las ondas etéreas que constituyen la luz visible, las de la telegrafía y telefonía sin hilos, las de la luz ultra-violeta, etc. En cada ondulación hay que considerar diferentes factores: la frecuencia, la velocidad y la longitud de las mismas.

La naturaleza ondulatoria de los rayos X ha sido como hemos dicho reconocida por los fenómenos de interferencia; cuando dos trenes de ondas se entrecruzan actúan el uno sobre el otro y se establece una interferencia de ambos sistemas. En todos los puntos que se encuentran concordantes las dos ondulaciones aumenta la altura de las mismas, ocurriendo lo análogo en lo que se refiere a su anulación; si son ondas discordantes; de manera que al producirse la interferencia, tanto en el sentido de la elevación como en el de la depresión, aumenta la altura o la profundidad, estando este aumento representado gráficamente por una línea ondulatoria en que a partir de los puntos en que la concordancia de la interferencia se realiza, va aumentando considerablemente la extensión de la onda.

La naturaleza vibratoria de los rayos X se ha comprobado de modo que no deja lugar a duda de ninguna especie por el examen del espectro electromagnético; los fenómenos de difracción han demostrado que los rayos de la luz visible se desvían al atravesar un enrejado óptico, habiéndose podido por este medio mecánico conocer de modo exacto la longitud de las ondas que constituyen los distintos colores del espectro solar. Para los rayos X no era utilizable el enrejado óptico común que se emplea para la luz visible ya que la longitud de onda de sus rayos es millares de veces más pequeña y por lo tanto al atravesar los rayos X un enrejado óptico con estrías de una micra de separación, no experimentan proceso de difracción alguno.

La longitud de onda de la luz visible es de $3,6 \times 10^{-5}$ c. hasta $4,6 \times 10^{-5}$ mientras que la de los rayos X es de 1×10^{-8} c. hasta la de $0,18 \times 10^{-8}$ centímetros los más cortos.

Para llegar a medir ondas tan cortas, Friedrich y Knipping utilizando las investigaciones de Laue y teniendo en cuenta los principios de cristalografía por los que se sabe que algunas sales como el cloruro de sodio al cristalizar lo hacen en forma de retículo, correspondiendo cada estría a la distancia entre uno y otro átomo, emplearon este enrejado óptico natural, como medio

para conocer la longitud de las ondas de rayos X; con estrías de la pequeñez

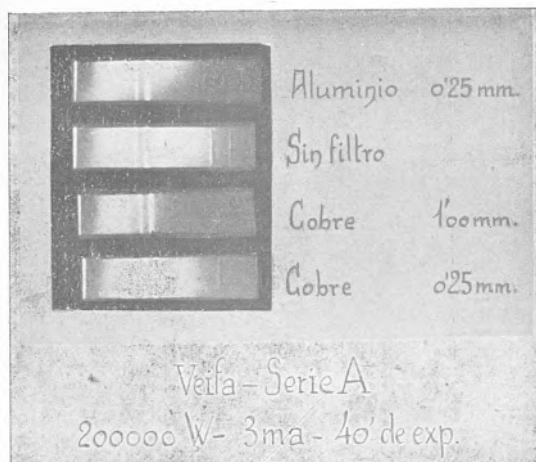


Fig. 83.—Radio-espectrograma.

que componen el fascículo emanado de la ampolla, es un medio que puede calificarse excelente, pero hoy por hoy no puede ser considerado como de utilidad práctica y sólo como medio de averiguar el rendimiento de los aparatos destinados a la producción de rayos X, en relación con la longitud de onda.

Es posible que con el tiempo se llegue a precisar con la apreciación de las longitudes de onda, las diferentes propiedades de un espectro de rayos X, como se aprecian actualmente las propiedades diferentes del espectro de la luz visible y a la denominación de rayos blandos, semiblandos, duros, se sustituya la de luz roja, amarilla o violeta del espectro de

que representa la distancia interatómica de un cristal de cloruro de sodio el fenómeno de difracción se produce y el espectro ofrece los distintos matices que puede observarse en la figura 84; relacionado con el mayor o menor acodamiento que experimenta los rayos X según su mayor o menor dureza, se llega a medir de modo exacto la longitud de onda.

Como medida física la determinación de la longitud de onda de los rayos

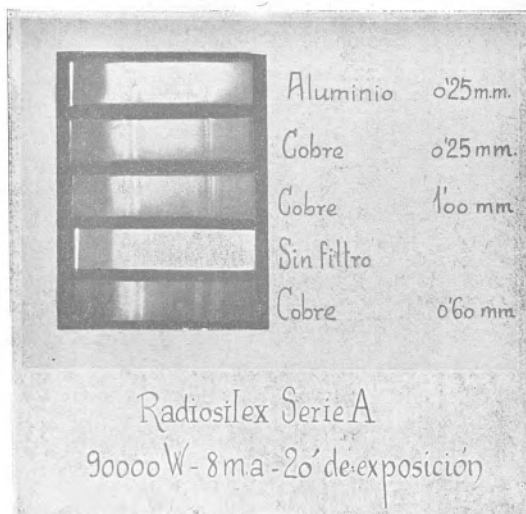


Fig. 84.—Radio-espectrograma.

de luz roja, amarilla o violeta del espectro de

rayos X, con lo que puedan quedar comprendidas las mayores o menores propiedades de penetración, de ionización y aun las de formación de rayos secundarios.

Las figuras 83 y 84 representan espectrogramas hechos en nuestra clínica de la Facultad con el espectrografo de Seemann (Fig. 85) que da mediciones bastante exactas de las longitudes de onda.

Coefficiente de absorción.—Cuando los rayos X atraviesan un cuerpo cualquiera éste absorbe una cantidad mayor o menor de los mismos; es de

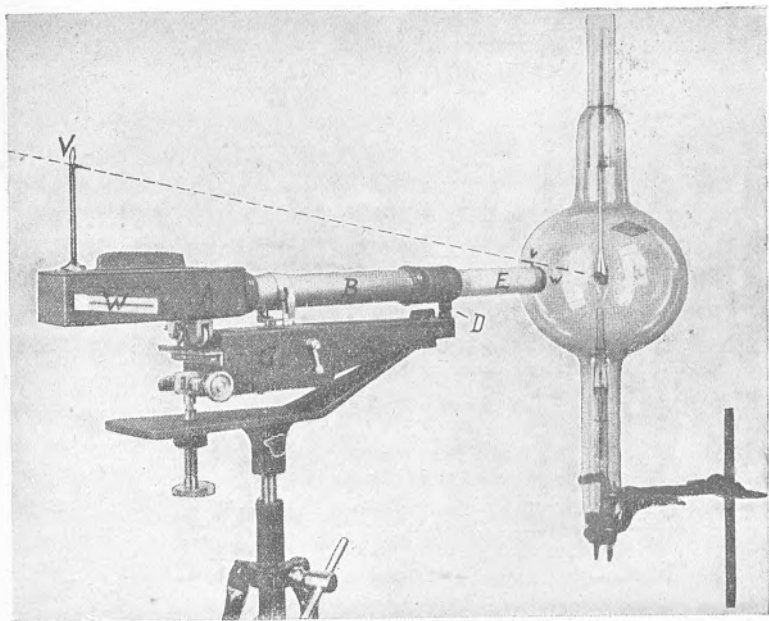


Fig. 85.—Espectrografo de Seemann.

capital importancia conocer el coeficiente de absorción del fascículo de rayos X, que atraviesa las diferentes capas de tejido, ya que de ello depende el poder llegar a la determinación exacta de la energía que en cada centímetro de profundidad puede ejercer su acción. Denomínase coeficiente de absorción al tanto por ciento de energía radiante que en una capa de determinado espesor es por ella absorbida.

La absorción está en razón directa a la longitud de onda, es decir, cuanto más corta es la longitud tanto menor es la absorción y viceversa, a longitud de onda grande corresponde un coeficiente de absorción mayor. Cuando el fascículo de rayos X es homogéneo, es decir, cuando prácticamente tienen igual longitud de onda todos sus rayos, al caer sobre la superficie de un cuerpo y

atravesarla, una parte sale del mismo y otra queda retenida en él. Si representamos como en la figura 86 diferentes capas atravesadas por un fascículo de rayos X y señalamos por la letra E_0, E_1, E_2, E_3, E_4 , la cantidad absorbida, la fórmula de la absorción puede ser presentada por $E_0 - E_1 = E_1 - E_2 = E_2 - E_3 = E_3 - E_4$, ya que en cada nueva capa la cantidad retenida representa absolutamente la misma cifra de absorción. Cuando el fascículo es heterogéneo, es decir, se halla formado por rayos de muy diversa longitud, las cifras de absorción cambian desde las primeras a las últimas; en las primeras en las que

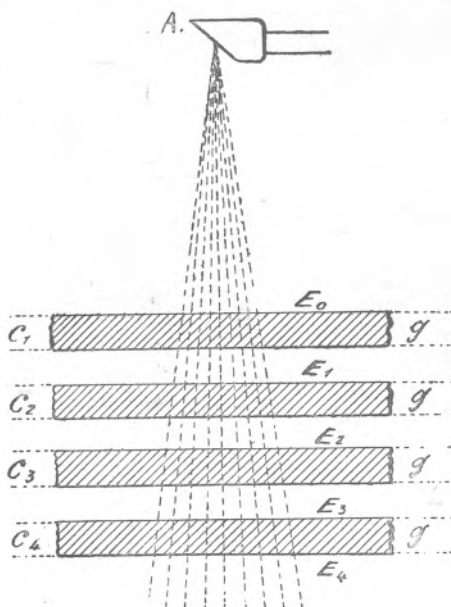


Fig. 86.—Coeficiente de absorción.

se detienen muchos rayos de escaso poder de penetración, la absorción es muy grande y por tanto el valor está representado por el grado menor de absorción y en consecuencia cada una de las absorciones experimentadas en cada capa es inferior a la de la capa precedente, esto es, $E_0 - E_1 > E_1 - E_2 > E_2 - E_3$, ya que van llegando a un punto en el que por desaparición de los rayos de gran longitud de onda, el fascículo se convierte en homogéneo y ya desde este punto las cifras de absorción son iguales en una capa que en las sucesivas.

Filtración —Para la utilización terapéutica de los rayos X, es preciso contar con un fascículo prácticamente homogéneo, esto

es que sus componentes tengan una longitud de onda casi igual; para llegar a esto es preciso filtrar los rayos, es decir, hacerlos atravesar capas de metal que no permitan el paso de rayos de gran longitud de onda; en un principio la filtración se verificaba con el aluminio 1, 2, 3 ó 4 milímetros de aluminio interpuesto entre la piel y la ampolla eran los encargados de retener los rayos más blandos pero a medida que la potencia de los rayos X ha sido mayor, ha sido preciso sustituir el aluminio por metales de mucha mayor densidad cuales son el cobre propuesto por Dessauer, el zinc recomendado por Wintz en una capa de medio milímetro o más de espesor; estos metales retienen la mayor cantidad de rayos ya que los blandos o de gran longitud de onda constituyen el 92 por 100 de la totalidad de los que salen de la ampolla de Crookes;

retenidos éstos queda un fascículo que prácticamente puede denominarse homogéneo.

Dispersión. — El fascículo de los rayos X, al atravesar un cuerpo, deja en él, como hemos dicho, una cantidad mayor o menor de rayos, cuya cantidad es lo que hemos denominado coeficiente de absorción; una parte de los rayos que atraviesan el cuerpo experimenta un proceso de desviación, denominado dispersión, que no es energía perdida sino transformada, pues conservando las mismas propiedades de los rayos directos cambia sólo su dirección. La dispersión se halla en proporción inversa a la absorción; así como para esta cuanto más blandos son los rayos mayor es, para la dispersión, es todo lo contrario los rayos muy duros atraviesan el cuerpo sin experimentar apenas disminución; pero en cambio producen una cantidad considerable de rayos dispersos.

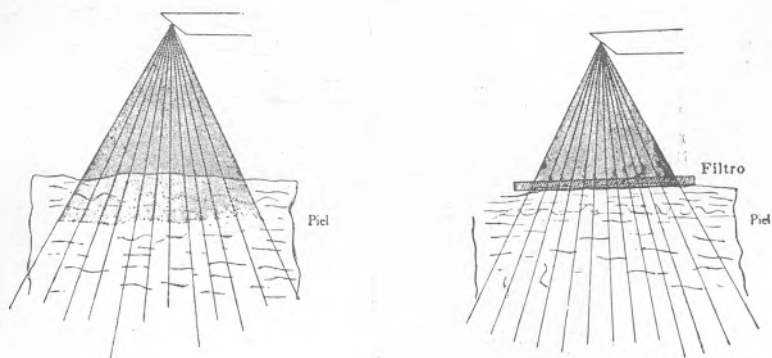


Fig. 87.—Esquema de la acción del filtro.

El fenómeno de dispersión de los rayos X asemeja a los que experimentan los rayos luminosos al cubrir una nube el disco solar; los directos no la atraviesan pero queda una luz difusa que resulta de la dispersión de los luminosos desviados en la atmósfera de vapor acuoso que constituye la nube, lo que hace que la luz del sol llegue a nosotros a pesar de no venir rayos directos.

La existencia de los rayos dispersos tiene una gran importancia por lo que se refiere a la dosificación ya que deben sumarse a los directos para contar la acción biológica del fascículo de Röntgen. Los rayos dispersos son rayos X que han cambiado de dirección, son por lo tanto movimientos vibratorios de una longitud de onda igual a la de los rayos directos.

Rayos secundarios — Al ser atravesado un cuerpo por un fascículo de rayos X se producen en aquél fenómenos de ionización en virtud de los cuales una cantidad considerable de electrones de los átomos disociados libres del sistema planetario atómico a que pertenecían y dotados de los movimientos rapidísimos que el electrón posee, determinan por efecto de los choques interelectrónicos producidos en el seno de los tejidos atravesados, una radiación

secundaria de carácter vibratorio; los electrones puestos en libertad por la ionización forman una corriente corpuscular en un todo análoga a los rayos catódicos de la ampolla de Crookes.

Los nuevos movimientos ondulatorios, verdaderos rayos X, son de mayor longitud de onda que los que penetraron en los tejidos procedentes directamente de la ampolla de Crookes. Gran parte de los rayos beta secundarios, son absorbidos prontamente y al descomponerse se transforman en calor o en energía eléctrica, dando lugar a modificaciones de carácter químico que puedan dar explicación de acciones observadas en el seno de los tejidos, que hasta la fecha eran inexplicables.

A la acción de los rayos directos y dispersos se une la de los secundarios, que hallándose en todas direcciones se entrecruzan de modo tal que no escapa ningún espacio del tejido irradiado a la acción de los mismos. Cuanto más extensa es la zona irradiada tanto mayor es el número de radiaciones dispersas y secundarias que van a parar a un punto dado.

Otra clase de rayos secundarios se producen, denominados fluorescentes, rayos propios cuya acción biológica es considerada como nula y que por sus propiedades físicas tienen gran analogía con la fluorescencia de la luz. Los rayos fluorescentes; no son corpusculares pero su longitud de onda es mucho mayor que la de los rayos X directos estando en relación con la naturaleza de la materia que los emite.

Dosificación: Dosis física.—Para poder utilizar un fascículo de rayos X es preciso conocer su calidad y su cantidad. Muchos de los métodos últimamente en uso para medir la cantidad, son asimismo utilizables para determinar la calidad, pero para seguir un orden didáctico preferimos establecer la división clásica en cualimetría y cuantimetría.

Cualimetría.—Los medios de medición de la calidad de un fascículo de rayos X pueden ser indirectos o directos; los primeros se basan en las condiciones físicas de los elementos productores de dichos rayos X, tales son la determinación de la velocidad de los rayos catódicos, naturaleza de los materiales de que está compuesto el anticatodo, fuerza eléctrica desarrollada en el primario y en el secundario, grado de vacío de la ampolla, etc.; elementos estos que permiten hacer un cálculo sobre la dureza y poder de penetración de los rayos emitidos.

Entre los diferentes medios indirectos para apreciar la cualidad de los rayos X, debemos mencionar, en primer término, el voltímetro ya que dependiendo la velocidad de la corriente catódica, de la tensión, y estando en razón directa la velocidad con la dureza del tubo, puede apreciarse de modo aproximado cuáles serán las condiciones de penetrabilidad de los rayos emergidos de la ampolla de Crookes según la tensión marcada por el voltímetro.

Otro procedimiento muy usado es el utilizar el denominado radio-cualímetro

de Bauer, que consiste en un eje vertical que sostiene dos láminas metálicas que en estado de reposo se hallan en contacto con otras dos láminas fijas; el aparato está conectado al polo negativo de la bobina y al ponerse en función ésta, las láminas fijas y los dos movibles se cargan de electricidad del mismo nombre y por lo tanto, se repelen, dando lugar a la separación de las láminas movibles en un grado proporcional a la tensión del circuito secundario. Una de las láminas movibles está provista de un indicador que recorre una escala numerada en la que fácilmente puede leerse cuál es el grado de tensión de la corriente o sea cuál es el grado de dureza de la ampolla productora de los rayos X. La numeración se extiende del 1 al 10.

Otro medio indirecto de apreciar la calidad de rayos X se halla basado en la medición de la longitud de la chispa que salta entre dos puntas colocadas en el curso de la corriente del secundario. La mayor o menor distancia a que salta la chispa entre ánodo y cátodo indica la tensión de la corriente y en consecuencia la mayor o menor separación de las dos puntas marca el grado de dureza de la ampolla, puesto que la corriente no salta, hasta tanto la chispa encuentra mayor facilidad para pasar de una a la otra punta que para hacerlo del ánodo al cátodo de la ampolla. Para que el espinterómetro tenga un positivo valor debe estar colocado muy próximo al punto donde están conectados los cables al tubo; mediciones realizadas con distintos aparatos permiten establecer una lista de tensiones relacionadas con la ordenación de longitud de chispa.

En el espinterómetro de Rosenthal, cuya disposición es parecida al de Beclère, se ve que la chispa salta entre una punta y una superficie plana entre 100 y 200 kilovoltios en separaciones desde 25 a 46 centímetros.

Para la radioterapia profunda la longitud de chispa no puede nunca bajar de 35 centímetros puesto que por debajo significaría tensión inferior a 150.000 voltios que no da rayos bastante duros para actuar en la profundidad de los tejidos.

En los grandes aparatos modernos, cuyas tensiones alcanzan la cifra de 200.000 voltios, tiene la preferencia el voltímetro pero es preciso hacer un cálculo de correcciones, ya que se establece una diferencia de disminución de un 20 ó 25 por 100 entre la tensión de la corriente al salir del transformador a cuando llega al tubo de rayos X.

Los métodos de medición indirectos han sido sustituidos por medios de medición directa, es decir, métodos que tienen por objeto apreciar las condiciones

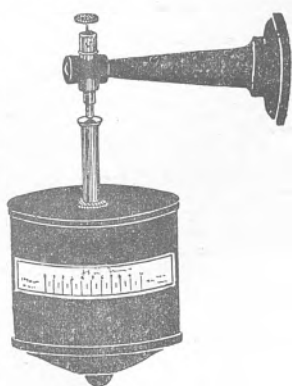


Fig. 88.
Radio cualímetro de Bauer.

que tienen los rayos X al salir de la ampolla. Es indudable que el día que se encuentre un medio fácil y práctico de medición de la longitud de onda, aplicable en el momento del empleo, será el medio de elección para conocer la calidad del fascículo de rayos X, pero hoy por hoy, si desde el punto de vista científico el espectro de Röntgen es de un valor indiscutible, no puede ser considerado como método de aplicación práctica y utilizable en la clínica.

La escala de Walter, es otro medio de medición directa: consta de un disco de plomo de 20 centímetros de diámetro por 2 centímetros de espesor en que se encuentran 12 orificios cubiertos con láminas de platino de 0,005 a 0,64 milímetros. Este disco, al ser atravesado por los rayos X, excita la fluorescencia de una pantalla colocada detrás, en un grado muy distinto según la dureza de los mismos; si son muy duros atraviesan fácilmente las láminas de platino de mayor espesor.

Benoist ha construido un cromoradiómetro que se halla basado en el mismo principio que la escala de Walter así como también el criptoradiográmetro de Wenelt basado en la mayor o menor penetrabilidad que tiene los metales para las radiaciones de Röntgen.

Cuantimetría.—Los medios indirectos de medición de la cantidad de rayos X, se basan en la apreciación de la energía eléctrica que pasa desde el catodo al anodo, es decir que el número N , de electrones que van a chocar con el anticatodo no puede ser medida más que por el miliamperómetro que marca la intensidad de la corriente en el secundario, puesto que es la cantidad de electricidad la que moviliza mayor o menor número de electrones y por lo tanto de elementos corpusculares que al chocar con el anticatodo han de producir los rayos X.

La intensidad es completamente independiente de la tensión. Con mucha intensidad y poca tensión se producirá un fascículo muy denso de rayos X, pero todos ellos tendrán poco poder penetrante por ser de gran longitud de onda, en tanto que con una gran tensión, y una pequeña intensidad, se producirá un fascículo pequeño de rayos X con gran poder penetrante por ser de pequeña longitud de onda pero en número insuficiente para producir los efectos biológicos deseados.

De estos hechos debe deducirse que para la utilización práctica de estos medios terapéuticos es preciso contar a la vez con los dos factores, intensidad y tensión.

La medición directa de la cantidad de rayos X, que salen de la ampolla de Crookes, se realiza por distintos procedimientos; unos se basan en la transformación de la energía röntgeniana en energía calorífica, otros en la carga eléctrica que experimentan ciertos cuerpos metálicos por la acción de los rayos de Röntgen; se basan otros en la acción química que ejercen los rayos X reduciendo las sales de plata. Una cuarta clase se funda en la producción de

fluorescencias de ciertas sustancias. Otro procedimiento de medición directa está basado en la ionización del aire que se produce bajo la acción de los rayos X; y por último existe otro procedimiento basado en el cambio que en la conductibilidad eléctrica experimentan algunos metales por la acción de estos rayos.

De entre todos estos métodos, los que se hallan más en uso en la actualidad para la röntgenterapia profunda son el cuantímetro de Kiemböck, el intensímetro de Fürstenau y los yontocuantímetros.

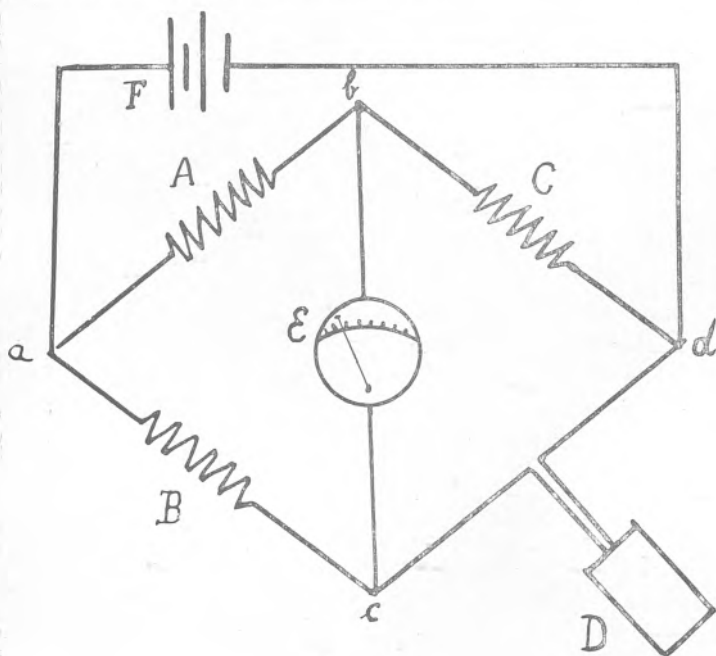


Fig. 89.—Puentes de Wheatstone del Intensímetro de Fürstenau.

Los rayos X actúan sobre algunas sales como las de plata produciendo su reducción; en esta acción descansa todo cuanto se refiere a técnica radiográfica; Kiemböck utilizando esta propiedad ha propuesto un método que se ha generalizado, cuyo fundamento es el medir el ennegrecimiento que experimenta una tira de papel impregnada de bromuro de plata en igualdad de tiempo según cual fuere la cantidad de rayos que actúen sobre ella.

El procedimiento de Kiemböck tiene un valor indiscutible para la medición de las radiaciones de Röntgen en las capas superficiales, ya que está demostrado que las ondas de gran longitud actúan de modo muy activo para reducir el bromuro de plata. Otra cosa ocurre con las ondas de corta longitud y por lo tanto los resultados de estas mediciones no pueden ser de gran utilidad cuando

se trata de la radioterapia profunda; las mediciones hechas con tiras de Kiemböck colocadas a 5, 6 y 10 centímetros de profundidad de los tejidos, no dan una demostración clara de la cantidad de rayos X que las han atravesado, pues el ennegrecimiento no guarda relación con la densidad del fascículo que atravesó dichos tejidos. Por este motivo, estos métodos de medición que para la terapia superficial y aun para otras mediciones de Röntgen que no afectan a gran profundidad de los tejidos, se utilizan frecuentemente, han sido sustituidos por otros procedimientos, cuando se trata de röntgenterapia profunda.

El intensímetro de Fürstenau está basado en la propiedad que tiene el selenio de hacerse mejor conductor de la corriente eléctrica cuando ha recibido una cantidad de rayos X. El aparato consiste en su esencia en un puente de Wheatstone en el que existen cuatro resistencias, tres de cobre *A B C* y una de selenio *D* que en el estado de equilibrio permiten el paso de una corriente de una pila seca *F* contenida dentro de una caja, sin producir desviación alguna en la aguja del galvanómetro con ellas conectado. Cuando sobre la resistencia del selenio cae una cantidad de radiaciones de Röntgen, la resistencia de éste, al paso de la corriente *a b c d*, disminuye y se pierde el equilibrio entre las cuatro resistencias y en consecuencia la aguja del galvanómetro *F* se desplaza marcando la mayor o menor conductibilidad adquirida por el selenio.

El inconveniente principal del intensímetro de Fürstenau es que después de haberlo utilizado unas cuantas veces parece como si el selenio se cansara y no marca con la misma exactitud que cuando nuevo. Recientemente se ha modificado este aparato para evitar este inconveniente y parece haberse obtenido buen resultado.

Los más nuevos procedimientos de medición se fundan en la propiedad que tienen los rayos X de yonizar el aire; utilizado por primera vez por Scillard, ha adquirido gran precisión, gracias a los trabajos de Dessauer, Friedrich y Wintz.

El electroscopio de Dessauer fundamentalmente consiste en una cámara de

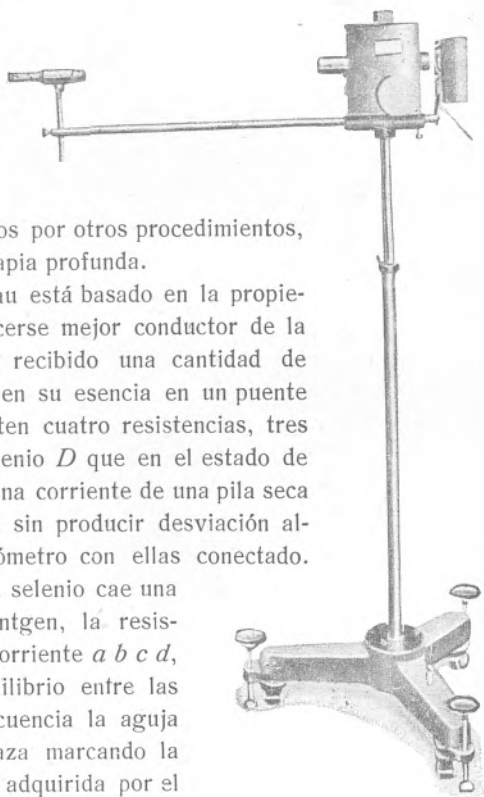


Fig. 90.
Electroscopio de Dessauer.

ionización en la que se hallan dos panes de oro destinados a marcar por su separación la carga eléctrica y su consecutiva descarga cuando llegan a él los electrones del aire yonizado.

A la cámara de yonización va a parar un tubo que se coloca de manera que el fascículo de rayos X penetre por él descargando el electroscopio que se había cargado con electricidad positiva por frotación con una varilla de ebonita.

Cuanto mayor es la cantidad de rayos X que penetra en la cámara de yonización, más rápidamente, y en mayor cantidad se yoniza al aire y en consecuen-

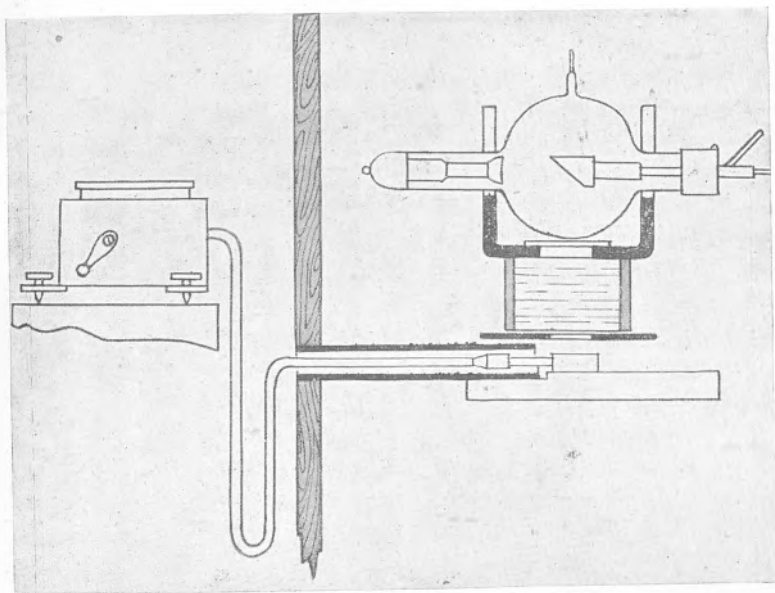


Fig. 91.—Yontocuantímetro de Wintz (esquemático).

cia los electrones atraídos por la carga positiva del electrómetro neutralizan ésta produciendo la descarga completa del electroscopio. La rapidez de la descarga sirve para indicar la cantidad de rayos X que han penetrado en la cámara de yonización; en la abertura exterior del tubo colócase un filtro de aluminio de 10 milímetros de espesor sirviendo ello, no sólo para demostrar la cantidad de rayos sino también su poder penetrante.

Los yontocuantímetros de Wintz y de Friedrich basados igualmente en el principio de yonización del aire por la acción de los rayos X en su esencia son iguales, difieren sólo en la graduación de las escalas. El de Friedrich está formado por una pequeña cámara de grafito en la que se produce la yonización; esta cámara conectada con un tubo perfectamente aislado para que sobre él no

puedan actuar las radiaciones dispersas, va a parar a un electroscopio; colocada la cámara de grafito en la superficie o en la profundidad de un órgano cual es

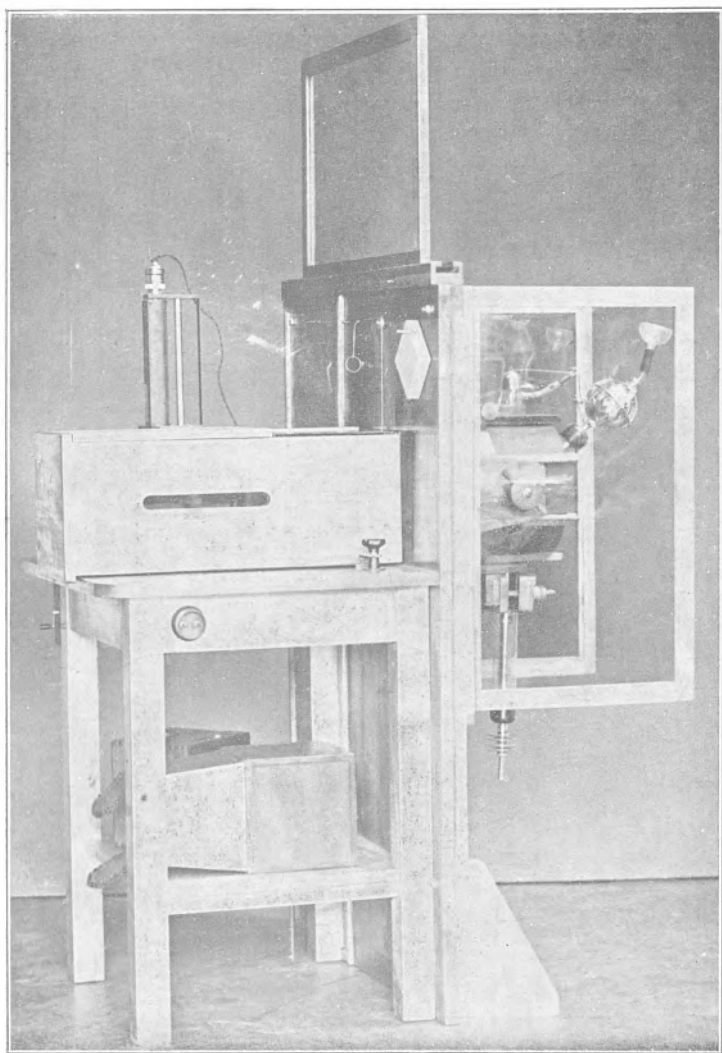


Fig. 92.—Disposición general del iontoquantímetro de Wintz para mediciones en el laboratorio.

la vagina, se hacen caer sobre ella las radiaciones de Röntgen. El tiempo que tarda en descargarse el electroscopio está en razón inversa de la cantidad de rayos que caen sobre la cámara de ionización.

En la figura 91 se ve el dispositivo de la cámara de ionización del iontocupímetro de Wintz así como también la totalidad de dicho aparato.

Posteriormente se han utilizado, basados en el mismo principio, otros iontocupímetros que no difieren de los anteriores como el de Salomons, más que en la mayor facilidad de leer al tiempo que se está dando una sesión, la cantidad de rayos que caen sobre una superficie determinada.

Dosis biológica.—Denomínase con este nombre, la cantidad de radiaciones de Röntgen que puede caer sobre un tejido, determinando las modificaciones que se deseen sobre el mismo, respetando la integridad de la piel y la de los tejidos sanos que atraviesan.

Los tejidos del cuerpo humano presenta grados distintos de receptibilidad para los rayos X o sea de sensibilidad röntgenológica, Seitz y Wintz han dado la siguiente tabla de coeficiente de sensibilidad:

Piel..	1
Ovario.	2,5
Célula de sarcoma.	1,6 a 1,4
Célula de carcinoma.	0,9
Intestino.	0,74
Músculos.	0,55

Se toma la piel como punto de comparación ya que la resistencia de la misma a la acción de las radiaciones no debe ser sobrepasada nunca, pues de otro modo se producen dermatitis y lesiones de naturaleza gangrenosa que pueden llegar a adquirir extraordinaria gravedad; la tolerancia cutánea tiene como límite lo que se ha denominado dosis eritematosa, es decir aquella cantidad de radiaciones que actuando sobre un punto determinado de la piel produce a las veinticuatro horas un eritema que va aumentando durante algunos días, para desaparecer en quince, quedando sustituido por una mancha pigmentaria que tarda algunas veces hasta años en desaparecer.

La dosis eritematosa si se sobrepasa en un 10 por 100, determina una acción flictenosa a la que aconsejan Bumm y Warnekros llegar en los casos de carcinoma; esta dosis produce molestias bastante acentuadas y sólo debe ser utilizada como medida excepcional.

Debemos partir, pues, para nuestras mediciones de la dosis eritematosa simple, como medida de resistencia general de la piel.

En el electroscope de Friedrich, se establece como dosis eritematosa la que resulta de la descarga de 170 unidades electrostáticas dando para las demás unidades la siguiente escala:

Unidad de dosis cutánea.	170 d. e.
Dosis de castración.	58 d. e.
Id. sarcomatosa.	102 a 119 e
Id. carcinomatosa.	170 a 187 e.
Id. intestinal.	250 d. e.
Id. muscular.	306 d. e.
Id. tuberculosa.	80 d. e.

Seitz y Wintz establecen la unidad de dosis cutánea en 100 por 100.

Unidad de dosis cutánea.	100 por 100
Id. de id. de castración.	35 por 100
Dosis sarcomatosa.	60 a 70 por 100
Id. carcinomatosa.	110 por 100
Id. irritativa para el carcinoma.	34 a 40 por 100
Id. intestinal.	135 por 100
Id. muscular.	180 por 100
Id. tuberculosa.	50 por 100

Conocidos los datos de la resistencia de los tejidos y conocida asimismo la cantidad de radiación que a la superficie de la piel llega después de la filtración, para conocer la dosis biológica que para un tratamiento determinado debe administrarse, es preciso tener en cuenta: 1.º La disminución que por la ley del cuadrado de las distancias se produce en cada centímetro de profundidad. 2.º La cantidad de energía que llega en cada centímetro atravesado por el haz de rayos X. 3.º La diferencia que existe entre la parte que recibe la radiación central y la que recibe las partes laterales. 4.º La cantidad de radiación dispersa que debe sumarse a estas cifras, muy variable según se administren las radiaciones Röntgen utilizando campos grandes o campos pequeños.

Mediciones cuidadosamente practicadas por Dessauer y Vierheller les han permitido construir una serie de tablas en las que partiendo del coeficiente de absorción, según la intensidad de la corriente, tensión, distancia focal, profundidad de los tejidos, etc., permite al clínico en un breve espacio de tiempo saber cuál es la cantidad de radiación que llega de modo directo al centro de los tejidos irradiados y a sus diversas profundidades, y cuál es la radiación que reciben las partes laterales.

Partes de que consta una instalación para la radioterapia profunda.—Son tales los progresos que ha hecho la radioterapia ginecológica en estos últimos años que bien puede afirmarse que una instalación de cinco años de fecha es ya una vieja instalación. Fundamentalmente los elementos de que consta el aparato productor de rayos X permanecen invariables, pero los

fabricantes perfectamente instruídos por físicos eminentes y puesta toda su atención al mejoramiento de los resultados, han dado un impulso tal a lo que

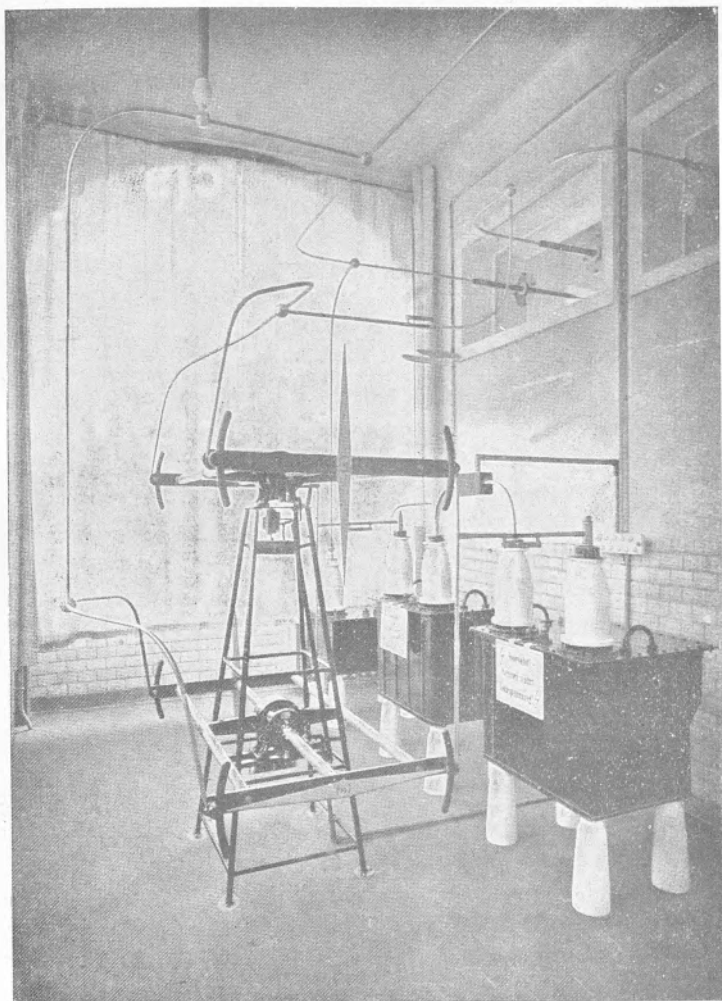


Fig. 93.—Neo-intensivo Veifa.

pudiéramos llamar parte mecánica de una instalación que resultan en la actualidad tan esencialmente distintas que han tenido que ser arrinconadas las antiguas instalaciones.

Para obtener un fascículo de rayos X que sea suficiente por su cantidad y por su dureza para tratar procesos situados a 6, 8 y 10 centímetros de

profundidad como son los que generalmente interesan a la Ginecología, se

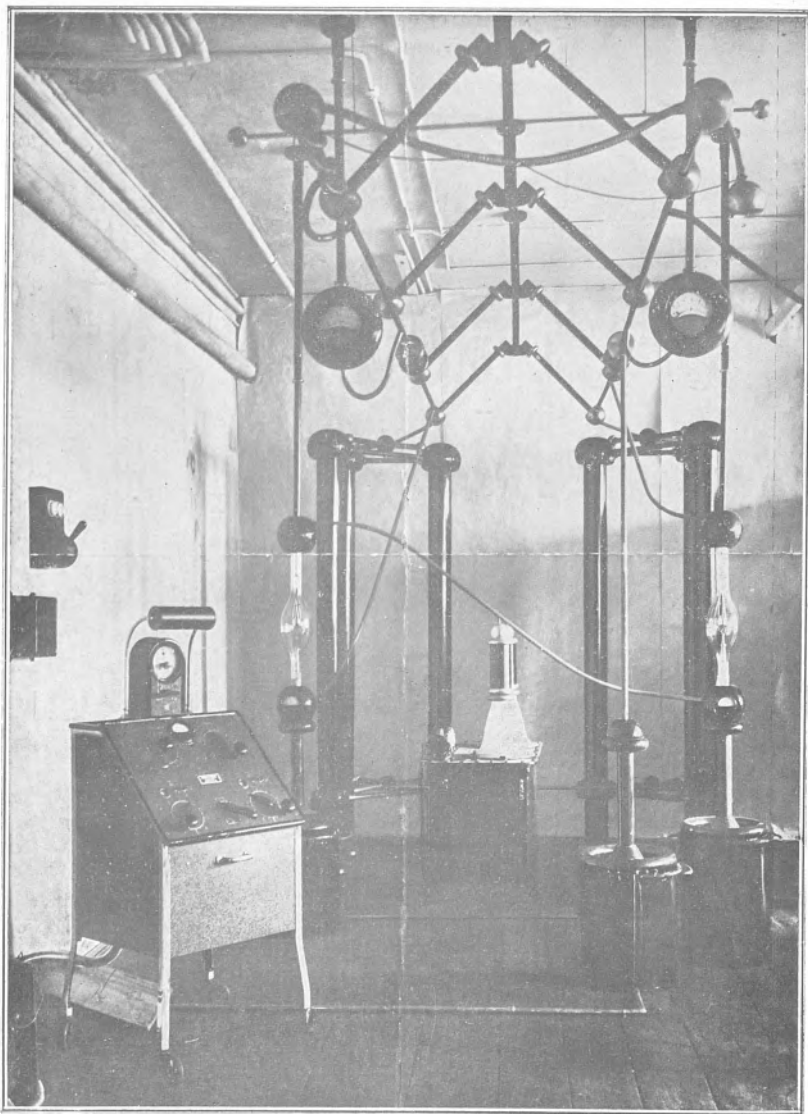


Fig. 94. Radio-constant de Koch Sterzel.

requiere un transformador de la corriente urbana que permita elevar la tensión desde 220 ó 300 voltios, a 150, 180, 200 y 250 kilovoltios.

Las distintas casas constructoras de aparatos de rayos X de todos los países, dirigen su esfuerzo a la construcción de transformadores que pudiendo elevar la tensión a las cifras antes mencionadas, ocupen relativamente poco espacio; hoy toda instalación para terapia profunda debe contar con un transformador o con éste y condensadores que permita elevarla a las cifras dichas al tiempo que pueda trabajar con intensidades de 3, 4, 5 y 8 miliamperios.

Los transformadores, del Neo-Intensif de la casa Veifa, el de la Sanitas, el Stabiliwolt de la Siemens Halske, el de Reiniger y el de fabricación española de

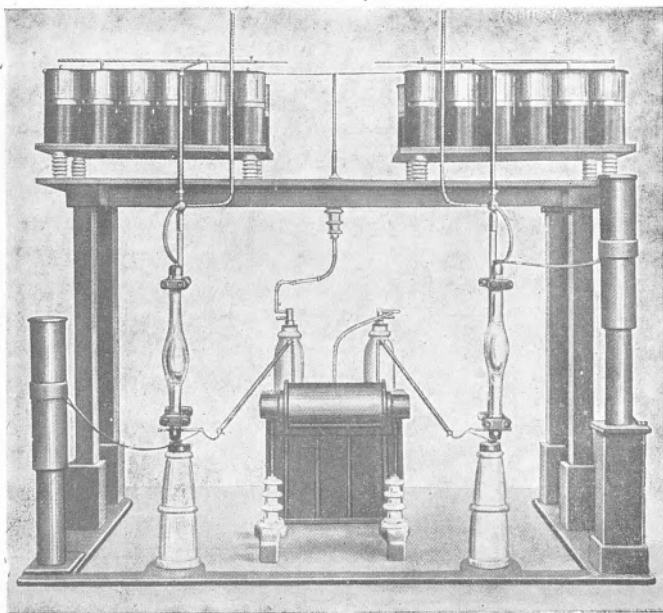


Fig. 95.—Aparato de Reiniger para terapia profunda.

la Sociedad de Construcciones Eléctricas, han llegado a un grado tal de perfeccionamiento que se puede tener la seguridad absoluta de poder trabajar con tensiones que produzcan corrientes catódicas de tal velocidad que el resultado del choque con el anticatodo, sea la obtención de ondas de muy corta longitud, con una constancia y regularidad grande aun contando con las variaciones que experimenta frecuentemente la corriente urbana.

Los principios generales que rigen los transformadores tanto en lo que se refiere al número de períodos de la corriente alterna como al de las interrupciones cuando se trata de corrientes continuas, es el que lleguen a producir en el tubo velocidades catódicas que alcancen por lo menos a la tercera parte de

la de la luz, y que la cantidad de electricidad sea lo suficientemente grande

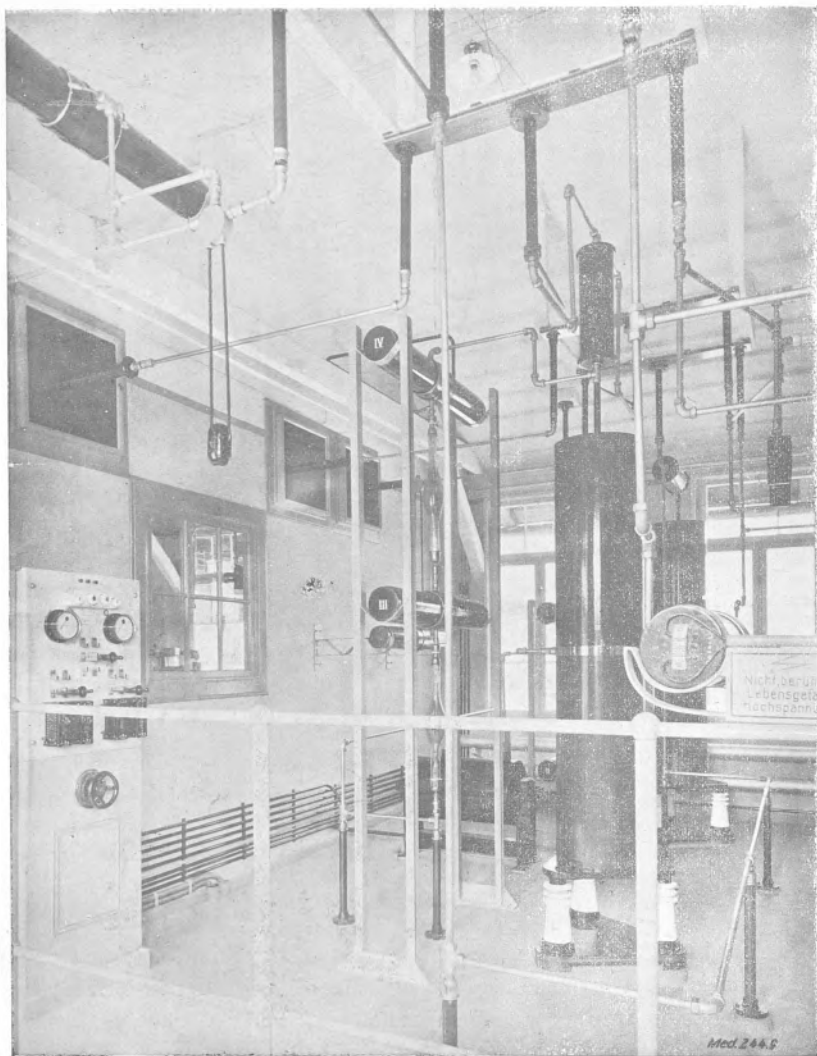


Fig. 96.—Stabiliwörtl de la casa Siemens Halske.

para que el fascículo de rayos X tenga densidad suficiente para la obtención de los efectos biológicos deseados.

Nosotros poseemos distintas instalaciones alguna de las cuales están representadas en las figuras 94, 101 y 103.

La radio-silex trabajando con un tubo de Lillienfeld llega en cantidad a los 8 miliamperios pero tiene sólo 100.000 voltios de tensión; el Intensif Reform alcanza tensiones hasta de 200.000 voltios; con el Stabiliworlt se puede obtener una corriente de 220.000 voltios trabajando con 4 ó 6 miliamperios, y lo mismo con el de la casa Sanitas fundado en principios casi análogos.

Ampollas.—Además de los transformadores productores de la corriente con la tensión e intensidad mencionadas, el segundo elemento de que consta la instalación es la ampolla productora de rayos X; en dos clases principales pueden dividirse éstas; las unas contienen una pequeñísima cantidad de aire en su interior y otras en que el vacío es casi absoluto; las primeras cuyos modelos para terapia profunda son las de Willard, Macalaster, Muller, etc.,

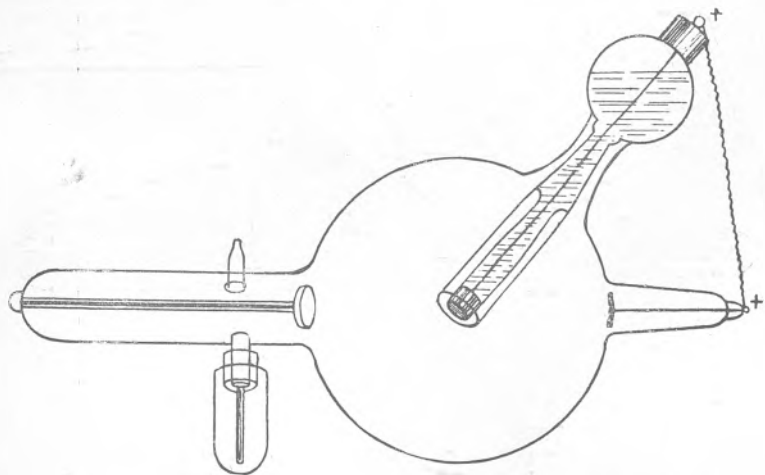


Fig. 97.—Ampolla con osmo-regulador Willard.

tienen como principal inconveniente que, al usarlas, por efecto de la ionización del aire en ellas contenido, van endureciéndose hasta el punto que la corriente no puede establecerse sino se las regenera con alguna cantidad de gas que permita al ionizarse el transporte de la corriente catódica; estos tubos que exigen regeneración hacen que en el curso de una sesión larga no pueda contarse con igual grado de dureza en el tubo, y en consecuencia la medición exacta es imposible. Para evitar este inconveniente el profesor Wintz utilizó una ampolla que está conectada con un aparato especial de gas que va a parar al osmo regulador que automáticamente se regenera en cuanto disminuye el número de iones que se hallan contenidos en el tubo.

El Selbsharstetsiederrohre es de un manejo fácil y puede ser utilizado con ventaja sobre los demás tubos de gas por la constancia en que se mantiene la misma dureza en el tubo.

La aplicación del descubrimiento de Addison que al ponerse incandescente los metales emiten una cantidad de iones térmicos, sirvió a Coolidge para la fabricación de un tubo en que el vacío es casi absoluto y en el que la conducción de la corriente catódica se verifica merced a esos iones térmicos puestos en libertad por la incandescencia de un filamento de tungsteno colocado dentro de la ampolla; en el mismo principio se fundó Lillienfeld al dirigir la construcción del tubo que lleva su nombre, ya que también son los iones térmicos, los conductores de la corriente catódica.

Como es principio perfectamente demostrado que cuanto mayor es el grado

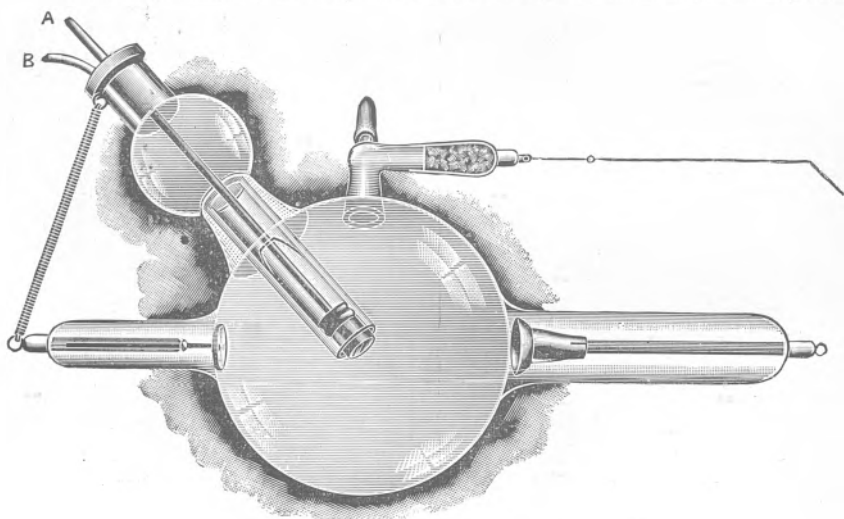


Fig. 98.—Ampolla Macalaster con regenerador automático.

de vacío de una ampolla, más rápida es la corriente catódica, el choque electrónico es tan fuerte cuando el vacío es casi absoluto que en el tubo de Coolidge se pone en breves momentos incandescente el anticatodo de tungsteno y en el tubo de Lillienfeld al igual que en los tubos de aire de Müller necesita una constante refrigeración del anticatodo merced al dispositivo que se ve en las figuras adjuntas.

Los tubos de Coolidge tienen el anticatodo de tungsteno cuya temperatura de fusión pasa de los 3.500 grados y ello permite poder actuar durante mucho tiempo sin que llegue a fundirse el anticatodo. El empleo de tensiones superiores a 200.000 voltios con intensidades superiores a 3 miliamperios, ha obligado a los constructores de tubos a fabricarlos de una longitud superior a 80 centímetros para que no salte una chispa exterior desde el anodo al catodo.

En la actualidad se construyen tubos de Coolidge que con tensión de 220 voltios pueden trabajar impunemente hasta 8 miliamperios.

El tercer elemento imprescindible para una instalación de terapia profunda, es el conjunto de medios o aparatos para verificar la medición de la intensidad y de la tensión de la corriente y para conocer los caracteres del fascículo de

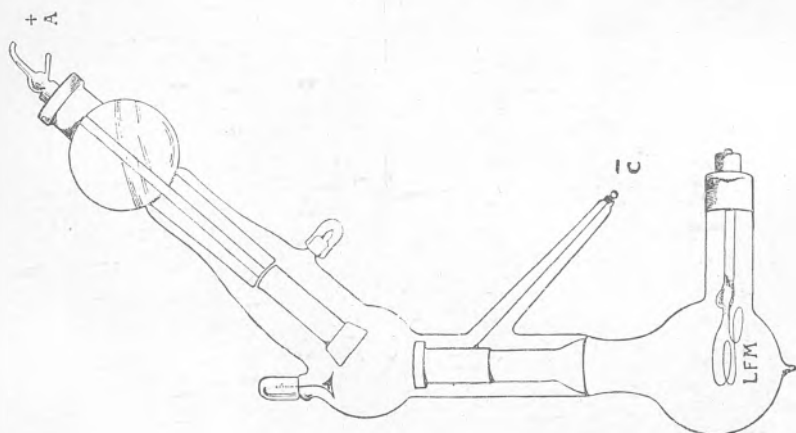


Fig. 99.—Tubo de Lillienfeld.

rayos X que salen de la ampolla de Crookes. Resultan, pues, tres los elementos indispensables a una instalación radioterápica: transformadores, tubos productores de rayos X y medios para la medición de estos rayos.

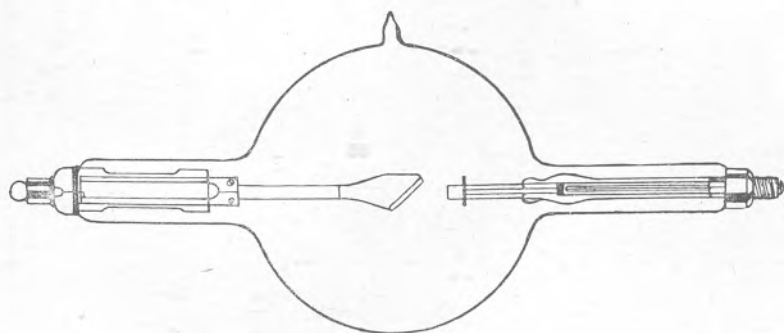


Fig. 100.—Tubo Coolidge.

Como complemento, exigen medios protectores de la enferma y del médico que hace las aplicaciones, aparatos de medida de la profundidad a que se hallan colocadas las lesiones que se pretende tratar, aparatos para la limitación de los campos, así como los soportes de la ampolla, aisladores, filtros, etc.

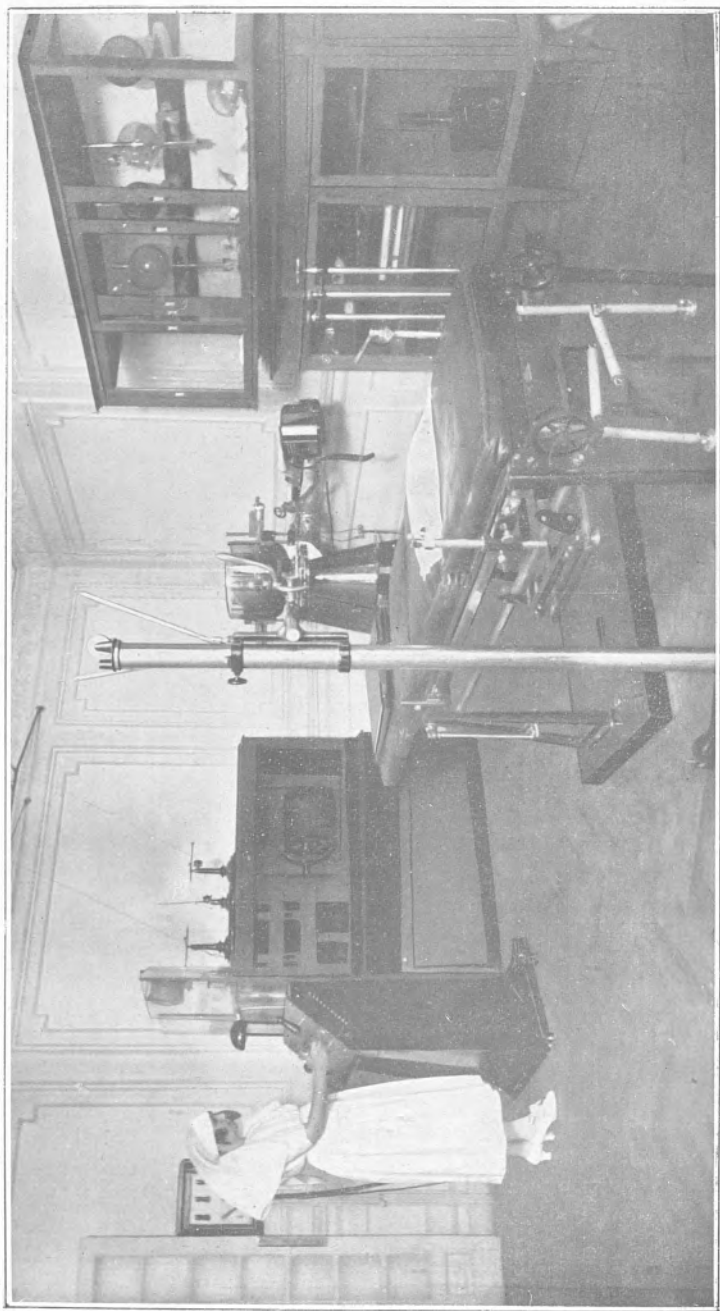


Fig. 101.—Gran Snuck que utilizamos para el diagnóstico y para el pneumo-peritoneo.

Acción biológica de los rayos X.—Las radiaciones gama que salen de la ampolla de Crookes al actuar sobre la célula viva, producen una acción variable según la dosis; como principio general debe establecerse que dosis pequeñas de rayos X producen una activación de la vida celular; los fenómenos de reproducción se verifican más rápidamente e igual sucede con los que atañen a la vida de nutrición. Experimentos practicados en el reino vegetal y en el animal demuestran de modo indudable que las radiaciones gama de los rayos X, así como las de las sustancias radioactivas actuando a pequeñas dosis producen mayor vitalidad de los tejidos. Las grandes dosis, por el contrario, determinan un efecto completamente opuesto: comienzan deteniendo la acción reproductiva celular, retardan luego las funciones nutritivas, produciéndose más tarde un proceso de cromatolisis, seguida de acumulación de pigmentos; ésta pignosis, dependiente de la acumulación de la cromatina nuclear, va seguida de la vacuolización protoplasmática, precursora de la disgregación celular completa.

Entre estos dos estados producidos por las dosis pequeñas activadoras de la vitalidad y las dosis grandes anuladoras del proceso reproductivo primero, y de la vida celular después, hay una serie de estados intermedios, que podríamos comparar al de estupor, en el cual la célula puede pasar de él, al letal, propio de las grandes dosis o recobrar su actividad, después de un cierto tiempo en que las funciones nutritivas y de reproducción han estado suspendidas. Estas diferencias de acción según la dosis, exigen un cuidado muy meticuloso para precisar la cantidad de radiación que debe emplearse en cada caso, según la sensibilidad de los tejidos y el fin terapéutico que el clínico pretende lograr.

La acción que los rayos X tienen sobre el aparato genital femenino está en relación con la sensibilidad que para ellos tienen los diferentes tejidos que los constituyen, debiendo recordar que al igual que para las radiaciones del radio, es principio que no sufre excepción alguna, el que cuanto mayor es la actividad genética de un tejido, tanto mayor es su sensibilidad; de ahí que el ovario sea el órgano que en la economía posea mayor sensibilidad para las radiaciones de Röntgen, pues ninguna célula puede equipararse en actividad genética, al óvulo.

La acción que ejercen sobre el ovario es distinta en la capa germinativa de la que ejerce sobre la glándula intersticial; la naturaleza conjuntiva de ésta, puede dar lugar a que dosis que por su cantidad produzcan la anulación de la función ovígena sean para el estroma ovárico y para la glándula intersticial activadoras de su funcionalismo.

La muerte de los folículos de De Graff por la acción de los rayos X alcanza no sólo a los folículos en plena actividad de desarrollo, sí que también a los folículos primordiales; aun cuando estos requieran una cantidad mayor de radiación, pues en igualdad de células son siempre más prontamente atacadas las

que se hallan en plena actividad genética que las que se hallan en estado de reposo; ello explica el que muchas veces con la dosis de castración se produzca una amenorrea temporaria que pueda utilizarse con indicación terapéutica ya de orden médico ya de orden social.

La acción biológica de los rayos X sobre los elementos musculares requiere una cantidad de energía röntgeniana que llega a un 180 por 100 de la dosis eritematosa y sin embargo se ve que con dosis muy inferiores a ésta se produce la regresión y aun la desaparición completa de los miomas; ello obedece a una acción indirecta ovárica que al cesar en su función ovígena produce la regresión del mioma; en miomas de células jóvenes pueda llegarse a la citolisis

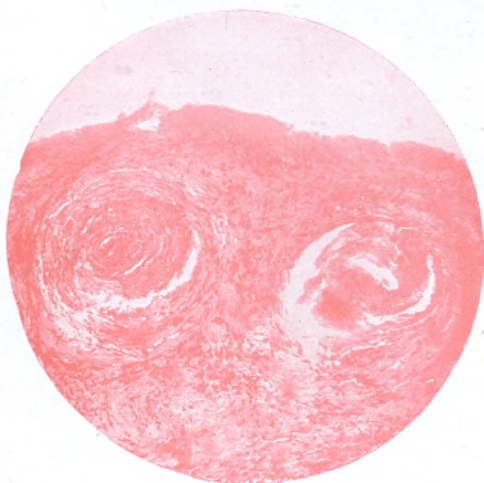


Fig. 102.—Trombosis uterina producida por los rayos X; los vasos obliterados presentan una gran hipertrofia de sus paredes.

muscular con dosis mayores de rayos X, que la que requiere la castración ovárica. En la acción sobre los miomas ordinariamente actúa solamente la función indirecta sobre los ovarios pero no hay duda que en algunos casos se observa la acción citolítica muscular absolutamente independiente de la ajer-mia ovárica.

Los vasos arteriales se trombosan por efecto de la acción sostenida de las radiaciones y sus paredes experimentan consecutivamente un proceso hiperplásico muy pronunciado.

Acción sobre la sangre y órganos hematopoyéticos.—Las grandes dosis de rayos X actuando sobre la sangre producen un estado leucopénico muy marcado, si bien esta leucopenia es ordinariamente pasajera a menos de haber utilizado campos muy extensos como ocurre con el stralensamler de

Chaould en que la disminución de glóbulos blancos puede llegar a cifras tan bajas que constituyan peligro para la enferma.

Semser y Lick dicen que la leucopenia no solamente está producida por la acción directa de los rayos X, sobre los glóbulos de la sangre, sino que se forma asimismo una substancia leucotóxica que aumenta la destrucción leucocitaria.

Los eritrocitos no parecen modificarse en número, pero la acción de los rayos X, sobre la médula ósea, puede a dosis excitante determinar un aumento notable de su número.

334 *Indicaciones de la röntgenterapia en Ginecología. Miomas uterinos.*

—La relación existente entre el funcionalismo ovárico y la formación de estas neoplasias indujo a Alberto Schömborg, Halberstätter, Bergonié, a utilizar la radio-sensibilidad ovárica para combatir las, llegando en manos de Gauss, Doederlein, Kroenig, Fauveau de Courmelles Perthes a alcanzar un número tal de curaciones que bien pronto llegó a parangonarse y aun a superar la röntgenterapia a los métodos operatorios en el tratamiento de los miomas.

Como principio general es hoy considerada la röntgenterapia como el método de elección en el tratamiento de los miomas uterinos; sólo las contraindicaciones resultantes del gran volumen, estados degenerativos, inflamaciones anxiales, retención urinaria, fenómenos de compresión con manifestaciones dolorosas en los miembros inferiores, inducen a elegir la operación como método de tratamiento; fuera de estos casos los rayos X son los que deben ser empleados ya que aun siendo las operaciones por mioma de muy escasa gravedad, menor la tiene el tratamiento de Röntgen que bien aplicado no tiene ninguna.

Los inconvenientes del tratamiento de Röntgen son siempre inferiores a los de la histerectomía, si bien debemos hacer la salvedad que para los efectos generales resultantes de la supresión de las funciones de las glándulas ováricas lo mismo pueden presentarse con uno que con otro método.

Hemorragias metropáticas.—Un buen número de metrorragias que aparecen en la adolescencia y en las proximidades de la menopausia obedecen a disfunciones ováricas; en las mujeres próximas a la edad crítica la indicación de la röntgenterapia es precisa; la curación se obtiene de modo rápido y sin inconvenientes ya que la función ovárica está destinada a desaparecer en breve plazo; no puede decirse lo mismo de las hemorragias rebeldes de la adolescencia en las que puede resultar de graves inconvenientes suprimir la función menstrual, por los trastornos de naturaleza endocrina que sobrevienen. En algunos casos que por su intensidad y rebeldía a todos los tratamientos llegan a constituir motivo de seria preocupación, puede hacerse la castración röntgeniana unilateral.

Existe asimismo indicación de este tratamiento en las metropatías de

índole hemorrágica, cuya génesis se halla en un estado de alteración vascular de las paredes del útero, cuya fragilidad es causa de pérdidas sostenidas durante semanas hasta el punto de no verse la enferma limpia de sangre casi ningún día.

Las observaciones de Fehlings que comprobó que en un 87 por 100 de casos curábase la *osteomalacia* con la extirpación de los ovarios, ha inducido a los ginecólogos al empleo de la castración de Röntgen en todos aquellos casos en los que por el estado avanzado de la enfermedad pudiera hallarse indicada la castración operatoria.

Cáncer uterino.—La röntgenterapia de las neoplasias epiteliales de la matriz, constituye una de las más importantes aplicaciones de este método; por lo general, úsanse los rayos X asociados a la radium o mesoterumterapia, si bien los trabajos de Wintz y su escuela de Erlangen dirigen a emplear sólo los rayos X para curar todos los cánceres uterinos. Es un hecho completamente demostrado que la curación puede obtenerse en algunos casos con sólo las radiaciones de Röntgen, pero estimamos nosotros que para la mayoría de los casos existe una positiva ventaja en asociar a ellas las aplicaciones de sustancias radioactivas.

Tuberculosis genito-peritoneal.—La gran sensibilidad que los folículos tuberculosos tienen para las radiaciones de Röntgen (50 por 100 de la dosis eritematosa) ha inducido al empleo de la röntgenterapia en las peritonitis tuberculosas de origen genital. En las formas ascíticas después del vaciamiento del líquido por punción o mejor por laparotomía, las aplicaciones de rayos X a la dosis mencionada conduce muy frecuentemente a la curación. En las formas hipertróficas y en las ulcerosas los resultados distan mucho de ser tan favorables.

Un segundo grupo de indicaciones de este medio terapéutico es el formado por estados locales o generales de enfermedad que son influenciados perniciosamente con la función endocrina del ovario, así como también aquellos que por razones de orden particular o social deben evitar que se produzca una gestación.

La tuberculosis pulmonar o laríngea puede no ser motivo de interrumpir una gestación según opinan muchos fisiólogos, pero la conveniencia que no se hagan estas enfermas embarazadas es cosa no puesta en duda. El hecho de poder llegar a la supresión de la menstruación durante dos o más años, para durante este tiempo ver de curar la tuberculosis, es un método tan digno de ser tenido en cuenta que consideramos esta indicación como de las más fundadas.

Análogo proceso puede hacerse en el juicio de la castración temporaria en las miocarditis; las afecciones valvulares pueden ser también consideradas como merecedoras de la castración de Röntgen para evitar el posible embarazo.

Teniendo en cuenta la inmensa gravedad que representa el embarazo en la anemia perniciosa en la que un 70 por 100 de mujeres mueren por la agrava-

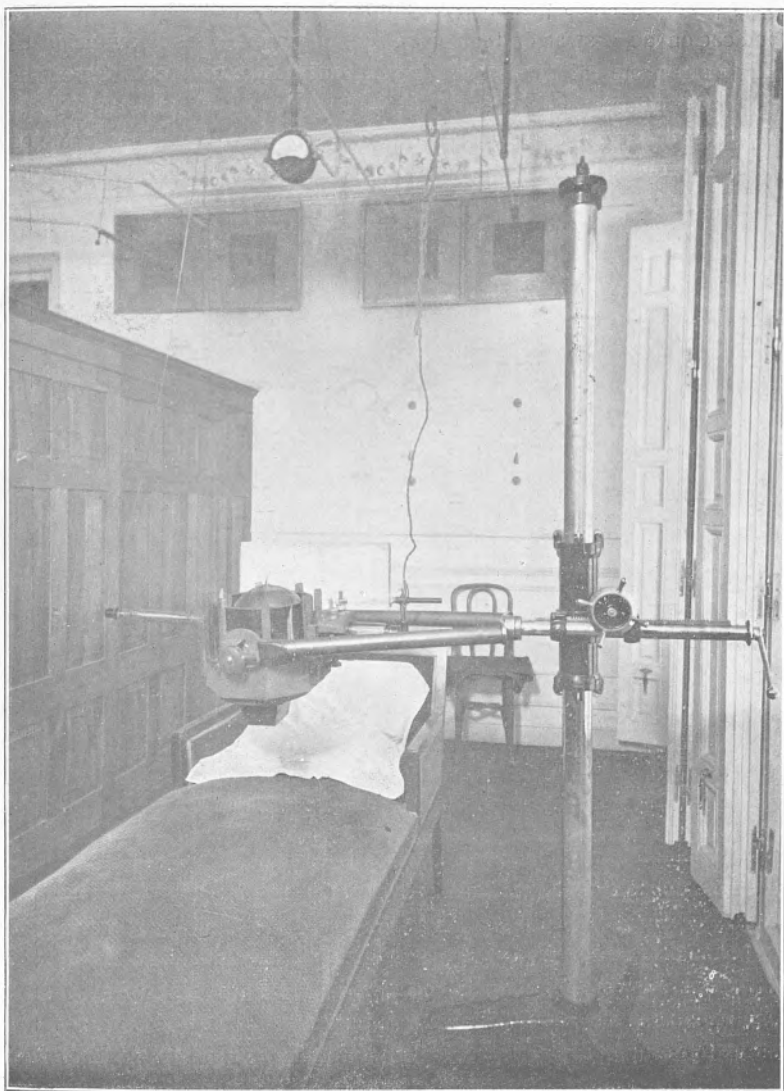


Fig. 103.—Dispositivo para las aplicaciones en campos pequeños.

ción que dicho estado les produce, la indicación de impedir la fecundación es absoluta y por tanto la castración de Röntgen es indicación que debe cumplirse.

No nos atrevemos a formular indicación tan radical para los casos de hemofilia manifiesta, pues si en el terreno particular ella es discutible, como conveniencia social la consideramos efectiva.

Las perturbaciones psíquicas, la sífilis, el alcoholismo del marido pueden ser indicación de castración temporaria en la mujer, pues la evitación de la venida de una prole enferma o degenerada, evitando la concepción, creemos no puede ser discutida.

Un tercer grupo de indicaciones de la röntgenterapia ginecológica lo constituyen aquellos casos en los que lejos de buscar la acción destructiva, se

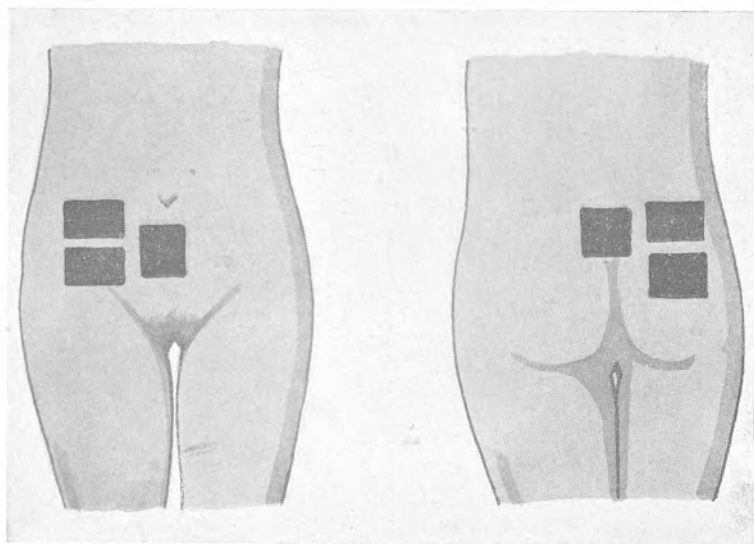


Fig. 104.—Campos recomendados por Wintz para el tratamiento del cáncer uterino.

busca la excitante de las pequeñas dosis, que activando las funciones genéticas y nutritivas de las células pueden servir para la curación de estados funcionales tórpidos.

La amenorrea de causa ovárica así como la hipofunción hipofisaria pueden curar mediante la röntgenterapia: un 20 por 100 de la dosis eritematosa sirve para activar las funciones endocrinas y son muchos los casos de amenorrea que hemos visto desaparecer por la acción excitante de los rayos X aplicados en las regiones ováricas y en las temporales.

La oligomenorrea puede asimismo ser tratada con este medio cuando se supone ser debida a hipofunción glandular.

En algunos casos de dismenorrea por hipoplasia genital, hemos logrado curaciones con la acción excitante de las pequeñas dosis de rayos X.

Técnica de aplicación.—Esta debe variar de modo notable según cual sea el objeto que se proponga. Para suministrar la dosis precisa, ha de tenerse presente la radio sensibilidad del órgano o tejido que se debe irradiar, ya que lo que para un tejido puede ser letal, es excitante para otros menos sensibles.

Para el tratamiento del cáncer uterino se ha de tener presente que es un 110 por 100 de la dosis eritematosa la que debe llegar a la profundidad a que se halla situado el cáncer y como quiera que además de la disminución de densidad que representa la ley del cuadrado de la distancia, hay que tener en cuenta la disminución que por absorción se verifica en cada centímetro de tejido atra-

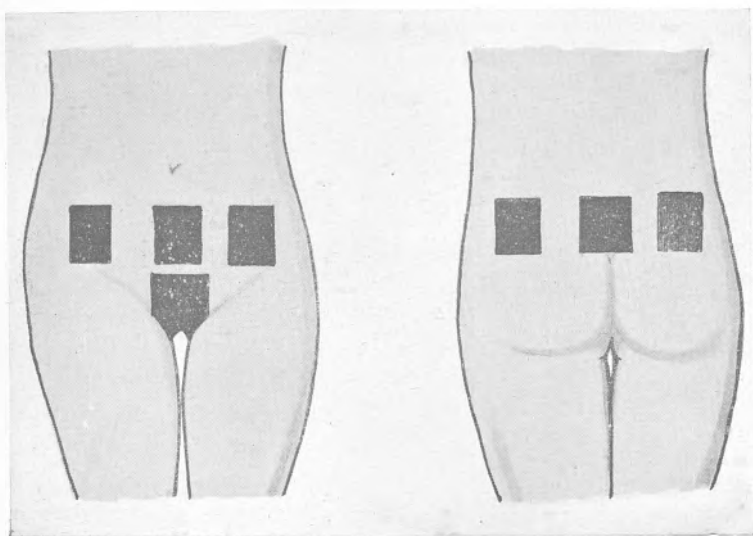


Fig. 105. —Pequeños campos de aplicación de rayos X (Wintz).

vesado por los rayos X, resulta que la radiación directa que llega a un tumor situado a 10 centímetros de profundidad no llega más que a un 19 por 100 de la dosis eritematosa; de ahí la necesidad de suministrar las radiaciones por diversos puntos de la piel, para poder con la suma de todos llegar a la dosis carcinomatosa.

Dos métodos principales se emplean para el tratamiento de Röntgen del cáncer del útero; uno de ellos patrocinado por la escuela de Erlangen que consiste en multiplicar el número de campos en la forma que marcan las figuras 104 y 105 en pequeños campos de 6 por 8 centímetros y otro defendido por Dessauer de campos de 20 por 20 centímetros en la forma que indican las figuras 107 y 108.

La distinción entre el empleo de los pequeños campos o de los grandes

estriba en la enorme diferencia de rayos dispersos que llegan a la neoplasia con uno u otro procedimiento.

Con pequeños campos, teniendo en cuenta que en cada centímetro de tejido se pierde un 14 por 100 de radiación, por absorción, resulta que a una neoplasia situada a 10 centímetros de profundidad no llegan escasamente más que un 19 por 100 de la radiación que cae sobre la superficie de la piel de la que hay que disminuir todavía un 4 por 100 debido a la distancia. A esta cantidad de radiación directa hay que agregar un 3 por 100 de radiación dispersa lo que viene a resultar que por cada campo de 6 por 8 centímetros no llega a la profundidad más que un 18 por 100 de la dosis eritema, lo que obliga a dar

por lo menos 6 campos convergentes para que lleguen las 110 por 100 que exige la destrucción de la neoplasia.

Cuando se dan campos grandes la cantidad de rayos directos que llegan a la neoplasia es la misma pues la disminución por cuadrado de distancia y por absorción es la misma, pero en cambio la cantidad de rayos dispersos es tan grande que puede evaluarse la suma de ellos en una cantidad casi igual a la que representan los rayos directos. Dando un campo grande anterior y otro posterior llegan aproximadamente un 80 por 100 de rayos a la neoplasia,

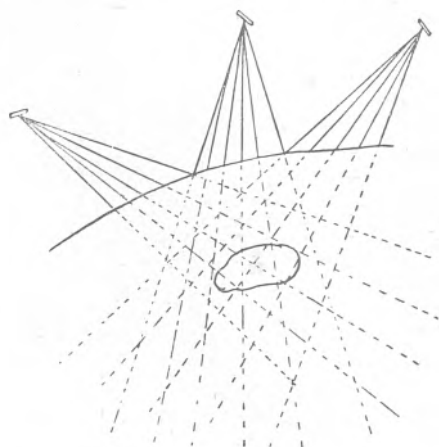


Fig. 106.
Irradiación convergente o a fuegos cruzados.

pudiéndose completar la cifra hasta 110 con dos pequeños campos laterales de 15 por 100 cada uno.

Las figuras 107 y 108 dan una idea de cómo con sólo dos campos grandes se puede irradiar la totalidad de la pelvis; esto representa una gran ventaja por la seguridad que se tiene de alcanzar con la radiación toda la neoplasia, cosa que con campos pequeños puede no resultar fácil en muchas ocasiones y dar con ello lugar que algunos puntos de la neoplasia no reciban la totalidad de la dosis necesaria. En cambio tienen los campos grandes el inconveniente de irradiar una gran parte de tejidos no enfermos, así como una considerable cantidad de vasos sanguíneos lo que da lugar a una leucopenia que en muchos casos tiene graves inconvenientes.

En mujeres obesas puede resultar difícil precisar la dirección exacta del fascículo que ha de alcanzar la neoplasia y dar con ello lugar a que la dosis letal necesaria para obtener la curación no sea alcanzada con los diversos

campos de entrada; para esas enfermas preferimos siempre los campos grandes tanto si se trata de neoplasias malignas como si se utiliza sólo la dosis de castración.

Para el tratamiento de los miomas uterinos, hemorragias metropáticas y en todos los casos en los que se pretende hacer cesar la función menstrual, la dosis a emplear es la de 40 por 100 de la de eritema y la técnica a seguir puede asimismo ser con campos grandes o pequeños; nosotros damos la preferencia a los campos pequeños siempre que por exploración vagino-abdominal podemos precisar la situación de los ovarios, pero cuando por las condiciones del mioma, gordura excesiva de la pared del vientre o por otras causas no podemos asegurar de modo exacto la situación de los ovarios, usamos campos grandes, que con los inconvenientes arriba mencionados tiene la indiscutible ventaja de la seguridad de irradiar dichas glándulas haciendo cesar la función menstrual.

En la aplicación de los rayos X para obtener la castración es muy conveniente elegir los días que siguen a la terminación del período; con ello se obtiene la amenorrea inmediata en tanto que si se hace el tratamiento en los días que preceden a su aparición no sólo no se suprimen las reglas inmediatas sino que muchas veces aparecen en forma de abundantísima hemorragia.

La técnica de tratamiento para obtener la castración temporaria es la misma con la sola diferencia de no pasar del 30 al 35 por 100 de la dosis eritema.

En la tuberculosis genito-peritoneal usamos siempre dos campos grandes, uno anterior y otro posterior, llegando con ellos a la administración del 60 por 100 de la dosis eritema.

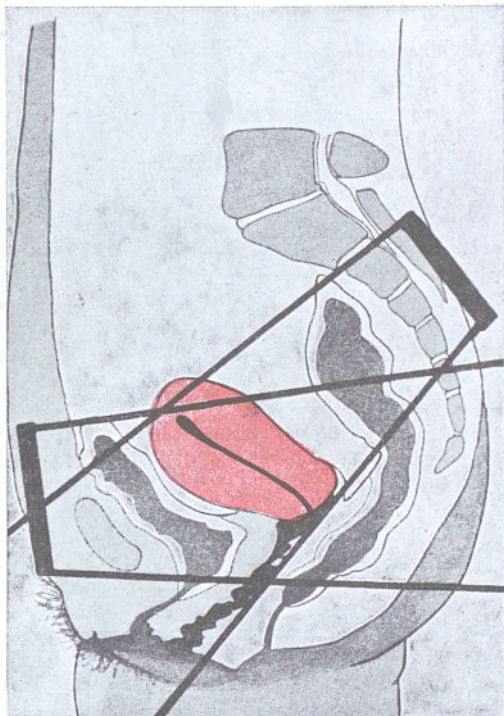


Fig. 107.—Radiación de toda la pelvis por dos grandes campos uno anterior y otro posterior.—Sección sagital.

Contraindicaciones de la röntgenterapia ginecológica.—El número de las contraindicaciones de este medio de tratamiento ha ido disminuyendo considerablemente a medida que los perfeccionamientos de técnica, y en especial de los métodos de medición, permiten saber de modo exacto lo que con los rayos X se puede obtener, pero la misma seguridad de alcanzar efectos seguros debe inducir a la parquedad en el establecimiento de ciertas indicaciones ginecológicas. Como principio general debemos establecer que la castración röntgeniana tiene un número considerable de contraindicaciones dependientes de la ruptura del equilibrio endocrino; los efectos generales que por la supresión

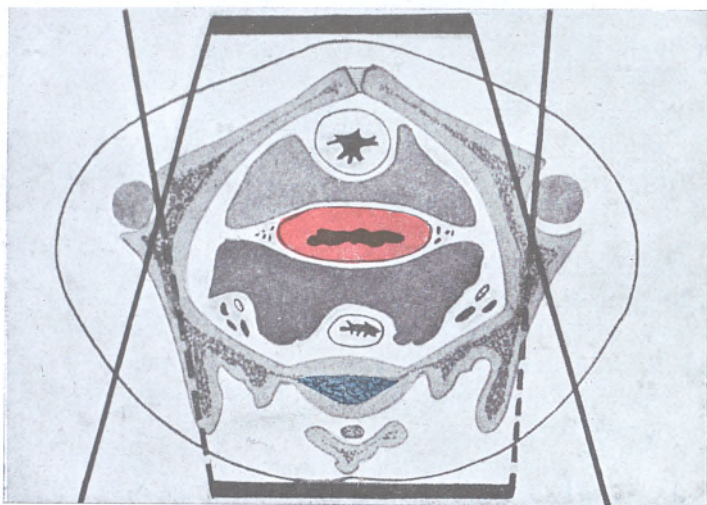


Fig. 108.—Radiación de toda la pelvis por dos campos de 20 cm.; uno anterior y otro posterior.—Sección transversal.

de la función ovárica se producen después de las operaciones mutilantes, aparecen igualmente después de la aplicación de rayos X, de ahí que consideremos nosotros como contraindicaciones de este tratamiento los pequeños miomas uterinos y hemorragias metropáticas que no produzcan graves trastornos y sólo ante el fracaso de tratamientos médicos y aun quirúrgicos conservadores como el raspado de la matriz, debe recurrirse a la castración que deberá ser temporaria si se trata de mujeres jóvenes.

Los procesos flogísticos anexiales que concomitan con miomas uterinos y que por sí solos pueden ser indicación operatoria, contraindican la radioterapia. Igual contraindicación existe por coexistencia de fibromiomas uterinos y quistes ováricos.

Las hernias umbilicales grandes y con adherencias que exigen la intervención operatoria son asimismo contraindicación de la radioterapia; lo es también

la existencia de apendicitis. En términos generales puede decirse que cuando por cualquier proceso concomitando con un mioma del útero nos vemos obligados a practicar una laparotomía la röntgenterapia está contraindicada.

Las degeneraciones carcinomatosa y sarcomatosa de los fibromas contraindican la radioterapia: la rápida evolución de estos procesos y el enorme volumen de la masa neoplásica, no permite esperar el tiempo que requiere la desaparición de los tejidos malignos y el peligro que para el organismo representa la entrada en el torrente circulatorio de una cantidad considerable de leucotoxinas resultantes de la disgregación celular producida por los rayos X.

Sin ser una real contraindicación, el volumen considerable de un mioma, lo es de modo relativo: tardan tanto en desaparecer los miomas voluminosos que las enfermas no se consideran curadas aun sintiéndose sin molestia alguna si al tocarse el vientre notan la persistencia del tumor que les ha preocupado desde antes del tratamiento.

Las inflamaciones supurativas de los tumores miomatosos constituyen también reales contraindicaciones al empleo de este medio terapéutico.

Acción nociva de los rayos X.—En radioterapia ginecológica obsérvanse dos clases de fenómenos morbosos, generales unos y locales otros. Es desde mucho tiempo conocida la acción que después de una o varias sesiones de rayos X se manifiesta en algunas enfermas. Es una especie de malestar general, con fenómenos nauseosos, algunas veces intolerancia gástrica y diarrea. A este malestar general comparable al que siente un individuo después de una noche de insomnio habiendo abusado del vino, los alemanes le dieron el nombre de röntgenkater; los franceses lo denominaron borrachera de Röntgen, pero no puede en modo alguno aceptarse esta denominación ya que los fenómenos de malestar no tienen semejanza alguna con el estado de excitación o de sopor en que se dividen los dos períodos de la borrachera alcohólica. Nosotros (Recasens y Conill, Röntgenterapia ginecológica. Barcelona 1919) hemos denominado este estado con la palabra de Röntgenaterpia, (aterpia, malestar) es decir malestar consecutivo a la aplicación de los rayos de Röntgen.

Muchas teorías se han emitido sobre la causa de este malestar; entrada en la sangre de leucotoxinas, acción de los vapores nitrosos que se desprenden de los conductores de la corriente de alta tensión, trastornos de origen nervioso, etcétera, sin negar la coexistencia de todas estas causas aisladas, nuestra opinión es que se trata de un proceso complejo y la circunstancia de presentarse la röntgenaterpia más frecuentemente en los casos de irradiación abdominal, nos induce a pensar que toxinas intestinales formadas por el hecho de la irradiación del contenido, pueden ser la causa coadyuvante por su absorción del fenómeno complejo que caracteriza la röntgenaterpia.

Los trastornos generales por la supresión de las funciones endocrinas deben colocarse entre las acciones nocivas resultantes de la radioterapia ginecológica.

La leucopenia en casos de exceso de dosis por extensión considerable de los campos de irradiación puede alcanzar límites que lindan con las fórmulas hematológicas de la anemia grave.

Localmente prodúcese por exceso de dosis las llamadas radio-dermitis que desde la forma flictenosa que aparece cuando la piel recibe un 10 por 100 más de los 100 que representa la dosis eritema simple, alcanzan a veces la forma ulcerosa con formación de escaras profundas y lesiones difícilmente reparables.

Las dermitis profundas gangrenosas pueden aparecer de modo inmediato a la aplicación de los rayos, es decir, a los 8, 10, 15 días o sobrevenir de modo tardío a los seis meses, un año o más.

Prodúcese también como consecuencia de dosis repetidas un estado de esclerodermia que se hace definitivo; la piel forma un plastrón duro, sin flexibilidad alguna y dibújase a menudo debajo del epidermis una vascularización parecida a las manchas de nevus.

La cavidad del ombligo, las ingles, el pliegue interglúteo son puntos en que las dosis excesivas producen con más facilidad las lesiones de radiodermitis.

En los casos de aplicaciones de rayos X por campos convergentes pueden producirse lesiones intestinales y en la vejiga urinaria que se manifiestan por tenesmo, diarrea y en casos graves puede llegar a la perforación visceral.

La asociación de las radiaciones procedentes de la ampolla de Crookes con las de los cuerpos radio-activos, radio, mesotorio, etc., exige una más cuidadosa dosificación para evitar los efectos perniciosos que pueden resultar de la acumulación de las dos clases de radiaciones.

Las radiaciones de gran poder de penetración, es decir, las que han sido filtradas por metales de peso específico elevado, tienen una acción flogoseante menor que las de poco poder de penetración o que no han sido filtradas.

Levin 35

Radiumterapia y mesotoriumterapia.

En 1896, Bècquerel descubrió en el uranio la existencia de radiaciones propias. Ello fué motivo para que se investigara en este sentido, dando por resultado que en 1898 Schmidt, en Alemania, encontrara la radioactividad del *torium*, y que en el mismo año los esposos Curie descubrieran en la calcolita y en la pitchblenda (compuestos de uranio), primeramente el *polonio* y más tarde el *radium*.

El descubrimiento de estos cuerpos radioactivos fué seguido por el de otros, que tienen propiedades análogas, tales son el *actinium*, descubierto por De Vienne y Giesselt en la pitchblenda, el *ionium*, por Jahn; el *radioplomo*, por Strauss y Hoffman; el *radiouranium*, por Danne, y por fin, el *mesotorium*, por Jahn, en 1907.

Darloz, en 1901, ensayó el radium en el tratamiento del lupus y del cáncer cutáneo, y los resultados obtenidos fueron tan halagüeños, que gran número de médicos, entre los que debemos citar a Morton, Bergonié, Davdison, Sitcheld, etc., siguieron sus huellas extendiendo sus aplicaciones.

En 1906, Fauveau de Courmelles hizo las primeras aplicaciones de radium en los cánceres uterinos, quedando la cosa en un estado de indecisión terapéutica, a pesar de la aplicación de los filtros por Dominici, hasta que en 1912 las experiencias en gran escala realizadas por Döderlein, Krönig, Gauss y Bumm dieron definitiva entrada en la terapéutica ginecológica a las sustancias radioactivas, constituyendo su empleo para el tratamiento del carcinoma cervical uno de los progresos más brillantes que ha experimentado la Ginecología en estos últimos treinta años.

De todas las sustancias que poseen propiedades de radioactividad utilizanse en la actualidad solamente el *radium* y el *mesotorium*. La cantidad de radiaciones que emiten estas sustancias es lo suficientemente grande para poder contar con efectos terapéuticos constantes, cosa que no ocurre con otras sustancias radioactivas.

El radium y el mesotorium emiten rayos α , β y γ . Los rayos α tienen tan escaso poder de penetración, que basta una hoja de papel, una delgada lámina de cristal, para que se detengan en ella las radiaciones.

La velocidad que tienen los rayos α es menos de un quinto de la de la luz. Producen efectos fotográficos, pero su acción biológica es casi nula, por no llegar en su mayor parte a atravesar las paredes del recipiente en que se halla contenida la sustancia radioactiva.

Una segunda clase de rayos emiten las sustancias radioactivas, que son los rayos β . Estos tienen un poder penetrante escaso, pero distinto en proporciones bastante notables entre ellos mismos, por lo que se han dividido estos rayos en *poco penetrantes* y *más penetrantes*, hecho ya presumible, dada la diferencia de velocidad que alcanzan unos rayos β de la que alcanzan otros, pues en tanto los unos llegan a un tercio de la velocidad de la luz, otros la sobrepasan considerablemente.

La tercera clase de radiaciones emitidas por estas sustancias la constituyen los rayos γ , que han sido comparados en su totalidad a los rayos X.

Hemos dicho en la página 256 que su naturaleza es vibratoria, y que al igual que los rayos X, su longitud de onda es muy corta; inferior aun a la de los rayos salidos de la ampolla de Crookes. El fenómeno perfectamente reconocido de modificarse los átomos de las sustancias radioactivas por el hecho de verificarse espontáneamente la separación de electrones y de cargas positivas, pasando de una numeración electrónica a otra y, por tanto, variando su denominación y propiedades, da lugar a una liberación de aquellos que, dotados de la velocidad propia, llegan a chocar con otros electrones, dando ello

lugar a una vibración del éter, análoga a la que resulta en la ampolla de Crookes del choque de la corriente catódica con los átomos del anticatodo; a estas vibraciones se las denomina radiaciones gama, que no se diferencian de los rayos X más que en la longitud de onda, que es mucho más corta en estos últimos.

Las sustancias radioactivas van constantemente modificando parte de sus átomos, convirtiéndose de unas sustancias en otras. El radio en un período de mil setecientos años ha perdido la mitad de su valor, por la constante modificación atómica que experimenta. El mesotorio llega a la misma depreciación en un plazo de ocho años.

En el esquema adjunto se ve cómo el radio, por sucesivas emisiones de cargas positivas, rayos α , y de electrones, rayos β , llega al radio g o plomo, necesitándose para ello millones de años.

Tanto los rayos α como los β y los γ , al detenerse en las paredes del recipiente que los contiene, en los filtros y en los tejidos que atraviesan, dan lugar

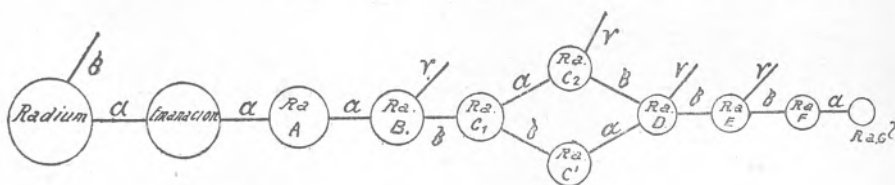


Fig. 109.—Cambios que se producen en el átomo de radio hasta llegar al plomo.

a radiaciones secundarias de un escaso poder de penetración, análogas a las que producen los rayos X. Su acción es principalmente flogósica, pudiendo llegar a la producción de escaras gangrenosas que tardan mucho tiempo en ser eliminadas; en clínica se debe evitar esta acción, y salvo casos excepcionales, el empleo de las sustancias radioactivas se hace rodeando el tubo que las contiene de una envoltura de caoutchouc que no contenga plomo, para que en ella quede detenida toda la radiación secundaria.

La pérdida de dos electrones del átomo de radio, cuya numeración es 88, lo convierte en emanación que tiene 86; ahora bien, la emanación puede captarse en tubos de cristal y ser empleada con fines terapéuticos, teniendo ello la ventaja de no tener que movilizar el radio cuyo valor es muy alto y poderse dosificar de modo exacto la cantidad de radiación que se emplea.

La emanación tiene una vida muy efímera; aproximadamente en cuatro días ha perdido la mitad de su valor, convirtiéndose, al perder un *quantum* de carga positiva, en radio A.

La captación de la emanación para fines terapéuticos requiere una cantidad de radio por lo menos de un gramo y un dispositivo algo complicado. Regaud, en París, Kelly, en Baltimore, poseen cantidades tan grandes de radio

que pueden proveer y atender con tubos de emanación a un número considerable de enfermos.

En el Instituto del Radio de Madrid, que dirige el doctor Goyanes, y con cuya presidencia de honor fuí agraciado, poseerá en breve cantidad de radio suficiente para poder emplear la emanación, que si para los cánceres de útero no tiene especiales ventajas, las tiene considerables para los de lengua, recto, faringe, mama, etc. En infiltraciones parametrales de naturaleza cancerosa se podrán utilizar los tubos de emanación con positivas ventajas, introduciéndolos y dejándolos en ellas, aprovechando no sólo la vía vaginal, sí que también las fosas isquio-rectales.

Los rayos β son iguales a los rayos catódicos; como ellos están formados por electrones y, por tanto, su carga es negativa, siendo desviados por el campo magnético y por la corriente eléctrica.

36. *Acción biológica del radium.*—Al atravesar las radiaciones de las substancias radioactivas los tejidos, las células absorben una cantidad mayor o menor de ellas, experimentando las modificaciones celulares en relación con la cantidad, no de los rayos que la atraviesan, sino de los rayos por ellas absorbidos.

La primera acción que se manifiesta en la vida celular es la disminución del poder genético de las células. Antes que una alteración de composición se produce una alteración de la función vital. Las células cesan en su poder reproductivo; esto es más de notar en los cánceres, en los que a la locura genética, que constituye la característica de sus elementos celulares, sucede una detención completa de la función reproductiva.

A la supresión de la función genética siguen alteraciones apreciables al examen microscópico, cuales son la destrucción de los núcleos con vacuolización de los mismos, a la que sucede después la vacuolización del protoplasma. A los fenómenos lísicos de estos elementos celulares se agrega una pignosis especial, producida por los acúmulos de pigmento resultantes de la disgregación de muchos elementos celulares.

A la desorganización celular acompaña un proceso fagocitario por los elementos venidos de fuera de la neoplasia, que digieren los restos de las células cancerosas.

Consecutiva a la destrucción de los distintos elementos que han sufrido una irradiación considerable, sucede más tarde una neoformación conjuntiva, que viene a llenar las lagunas que en los tejidos se produjeron a consecuencia de la destrucción celular.

Sobre la sangre, las substancias radioactivas producen, al igual que los rayos X, al principio de su acción, una leucocitosis con abundancia de polinucleares, pero al sostener la acción radioactiva, aparece una leucopenia muy pronunciada. De la misma manera que con los rayos X, el producto de desintegración celular conduce al torrente circulatorio una cantidad de elementos, tal

vez leucotoxinas, que producen síntomas de cansancio, malestar general, en un todo análogos a la röntgenaterpia y que denominamos nosotros *radiumaterpia*.

Indicaciones de tratamiento.—Si bien se han utilizado las substancias radioactivas para el tratamiento de los miomas uterinos y de las hemorragias metropáticas o debidas a hiperfunción ovárica, en donde existe la indicación capital del empleo de estas substancias es en el cáncer uterino. Al ocuparnos en la Ginecología especial de esta neoplasia, haremos el estudio detenido de cuáles son las condiciones más favorables para el tratamiento por este medio y cuáles son las formas clínicas en que mejores resultados se obtienen. En esta sección sólo mencionaremos los puntos capitales que interesan a la técnica de aplicación de las substancias radioactivas.

Técnica.—Las dosis que comúnmente se utilizan para los tratamientos ginecológicos oscilan entre 40 y 100 miligramos de bromuro de radium al máximo de su concentración. Las grandes dosis de 200, 300 miligramos que en los años 1913 y 1914 se emplearon en Alemania con el objeto de abreviar el tratamiento y extender los casos en que la acción curativa podría obtenerse,



Fig. 103.—Tubo-filtro para el radio envuelto en un dedil de caouchouc.

han dejado por completo de utilizarse por los muchos peligros que tienen y por los efectos destructivos que sobre los tejidos sanos que rodean a la neoplasia se producen. Fueron tantos los casos de formación de fístulas vésico-vaginales, recto-vaginales y de alteraciones generales del organismo por la acción de grandes dosis de estas substancias, que en la actualidad no se utilizan en ninguna Clínica las dosis masivas.

Es de todo punto preciso, dada la clase de radiaciones que tienen las substancias radioactivas, que se hallen encerradas en un tubo de cristal, o mejor de platino, de 0,1 milímetro de espesor, soldado a la lámpara. Este tubo de platino debe ir después colocado dentro de un filtro de metal, que puede ser de aluminio, de oro, de plata o de latón niquelado, de espesor diferente de 1, 2 ó 3 milímetros para que se detengan en él no solamente la totalidad de las radiaciones α , sino también las β de escaso poder penetrante.

El tubo-filtro es preciso que se halle envuelto al mismo tiempo, bien con gasas, bien con un dedil de caouchouc de 1 milímetro de espesor, para que en éste se detengan las radiaciones secundarias. El espesor del filtro variará, según queramos utilizar o no una cantidad mayor o menor de rayos β emanados de la substancia radioactiva, ya que cuando se introduce el tubo dentro de la neoplasia, puede ser conveniente en algunas ocasiones utilizar, además de los

rayos γ , una cantidad de rayos β , para que actúen de modo directo sobre los elementos epiteliales con que están en contacto.

Una vez dispuesto el tubo en estas condiciones y sujeto con una cadena, que sirve de fiador, se coloca en el interior de la neoplasia, sosteniéndole con una gasa para que haga compresión y se mantenga el tubo en perfecto contacto con el carcinoma; en sustitución de la gasa utilizamos en algunas ocasiones un globo de goma, al estilo del pesario de Gariel, para que mantenga al tubo en situación; empleamos también cuando debemos dejar el radio más de 24 horas una masa de godiva de la que emplean los dentistas, pues ello nos permite tener limpia la vagina por medio de irrigaciones.

El tubo se deja aplicado durante un tiempo que varía según las diversas técnicas. Algunos ginecólogos mantienen el tubo aplicado durante cuarenta y ocho horas y dejan transcurrir unas tres semanas antes de hacer una nueva aplicación. Nosotros en nuestra técnica ordinaria hacíamos una aplicación de 40 a 70 miligramos de radium, según las condiciones de la neoplasia que íbamos

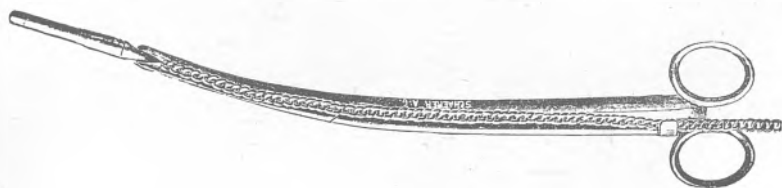


Fig. 111.—Pinza para colocar el radio.

a tratar, lo manteníamos veinticuatro horas y repetíamos después la aplicación cada ocho días, hasta llegar a la tercera, cuarta o quinta, en que la curación clínica se había presentado en la inmensa mayoría de los casos.

En la actualidad nuestra técnica difiere en muchos casos de esta que hemos seguido durante varios años. Observando unas variaciones muy notables entre unos y otros casos en lo referente a los resultados obtenidos, hemos procurado averiguar las causas que pueden influir en tan notables diferencias, y después de prolijas investigaciones, basadas en los exámenes histo-patológicos, hemos modificado la técnica, basándonos en las condiciones especiales de cada caso.

Es un hecho comprobado desde los primeros tiempos de la aplicación del radio o mesotorio (que desde el punto de vista biológico tienen igual acción) que la radio-sensibilidad de las células cancerosas está en razón directa de su actividad genética; de ahí que las formas vegetantes del carcinoma cervical sean las que más rápidamente y más favorablemente son influidas por la acción de las sustancias radio-activas. Este hecho nos ha inducido a emplear una técnica distinta en los casos de células hiper-radio-sensibles que en las de escasa sensibilidad. La mayor o menor actividad genética de las células cancerosas no puede ser comprobada de modo directo porque los fenómenos biológicos

requieren el examen en tejido vivo y al microscopio llevamos tejido muerto, pero puede con mucho fundamento presumirse con el recuento del número de figuras en estado de división mitótica o directa que aparecen en cada campo microscópico, esta actividad. Por lo general cuando en cada campo se hallan 1,5 ó dos células en estado de división karioquinética puede presumirse una gran radio-sensibilidad celular, en tanto que cuando sólo se ve algún que otro campo con células en fases de reproducción, puede afirmarse que son

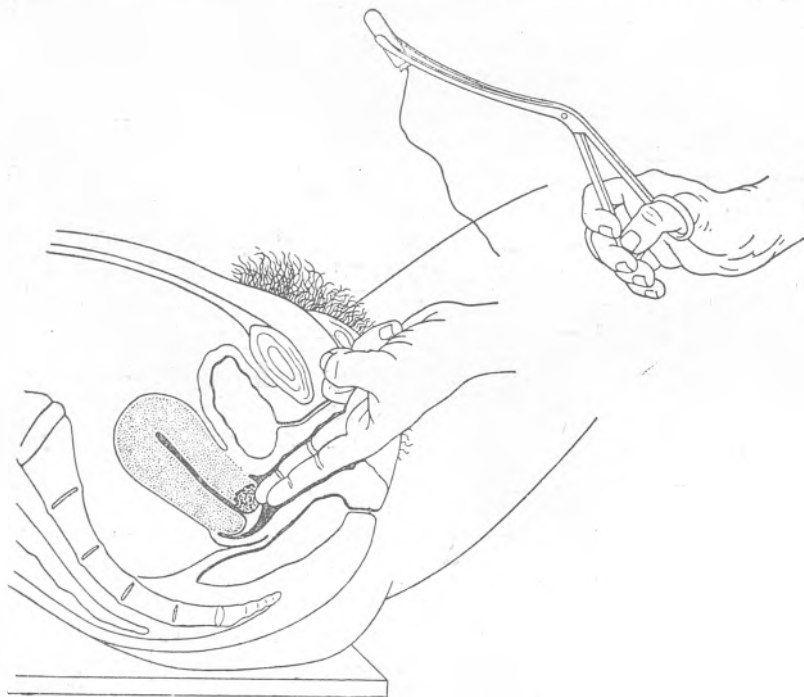


Fig. 112.-Colocación del radio, ayudándose por el tacto vaginal.

células poco sensibles a la acción de las sustancias radio-activas; ahora bien, partiendo de estas bases, la técnica que seguimos es la siguiente: cánceres de células muy radio-sensibles, una aplicación masiva, 60 miligramos de radio elemento que dejamos colocado 48 horas; sólo al cabo de un mes repetimos la aplicación en dosis de 30 miligramos en un tiempo variable entre dieciséis y veinticuatro horas.

En los casos de cánceres poco radio-sensibles y aun en los que pudiéramos llamar radio-resistentes por la pequeñísima actividad genética de sus células, preferimos las aplicaciones repetidas, cada ocho, diez o quince días seguidas de un período de descanso de dos meses para hacer luego una nueva aplicación.

En algunos cánceres de forma infiltrada hacemos una primera aplicación de veinticuatro horas en dosis pequeña, 20 miligramos, para que actúe como excitante de la actividad genética y a los ocho días empleamos una dosis grande para alcanzar la muerte de las células cancerosas.

Al tratamiento por el radium asociamos, en los casos de carcinoma, la radioterapia profunda, ejercida en las fosas ilíacas, al objeto de actuar sobre los ganglios que puedan hallarse interesados por la neoplasia, así como utili-

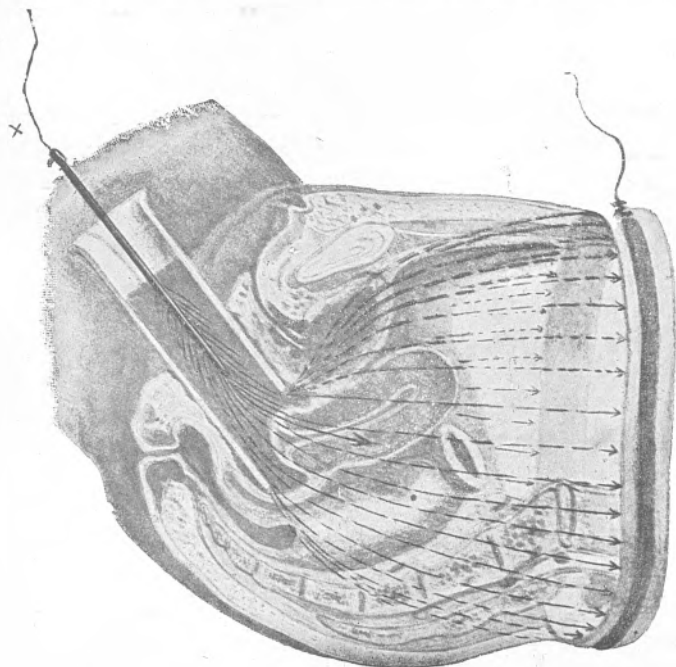


Fig. 113.—Ionización de los barros radioactivos por el método de Iribarne.

zamos el radium como complemento de tratamiento en algunos casos de fibromioma uterino o de hemorragias metropáticas en que nos parece conveniente asociar a la acción abdominal o lumbo-sacra de los rayos X, otra complementaria por la vagina.

Alcanzan ya a muchos centenares los casos de cáncer uterino que hemos tratado por medio del radium. Algunos de ellos llevan curaciones persistentes de más de 10 años; y si bien del número de curaciones clínicas hay que descartar un tanto por ciento en que las metástasis a distancia se producen, sobre las cuales nuestra acción es a veces completamente ineficaz, el número de curaciones persistentes es tal, que creemos que, hoy por hoy, los métodos operatorios en el tratamiento de las neoplasias malignas, localizadas en el cuello del útero,

deben constituir, no el método de elección, como hasta hace poco, sino el método de excepción.

Han sido también utilizados en Ginecología los *barros radioactivos* en el tratamiento de algunos procesos flogísticos. Las experiencias de Mme. Fabre sobre algunos procesos metrítricos agudos y crónicos, así como también sobre vulvo-vaginitis de naturaleza blenorragica, y continuadas por el doctor Quinteros, de Buenos Aires, y por el doctor Iribarne, de la misma nación, demuestran que pueden ejercer los barros radioactivos, principalmente, por las emanaciones de rayos α una acción modificadora de los procesos inflamatorios a los que lleguen las emanaciones de estos rayos.

Recientemente, siguiendo el doctor Iribarne el principio de la ionización de los barros radioactivos por el procedimiento de Haret, ha obtenido resultados muy dignos de ser tenidos en cuenta para continuar las investigaciones con este método de tratamiento. La ionización del radio, indicada ya en 1911 por Bertholotti y llevada a la práctica por Haret poco tiempo después, tiene como fundamento el que al establecerse una corriente electrolítica a través de los barros radíferos, se ionizan éstos y los rayos α van a parar al polo negativo (*Cationes*), mientras que los rayos β , cargados de electricidad negativa, van a parar al polo positivo (*Aniones*).

Como quiera que el 90 por 100 de las radiaciones que emanan de los barros radioactivos pertenecen a la categoría de los α , al ionizar el radio se pueden utilizar una cantidad considerable de emanaciones que salen de los barros.

Iribarne ha establecido sus experiencias principalmente en los procesos peri y parametriticos y en los perimetro-anexiales, y si bien hoy por hoy no puede afirmarse categóricamente que sea un medio que conduzca a la curación, los resultados obtenidos y relatados en la notable obra que sobre «Radio-terapia en las afecciones uterinas» ha publicado, inducen a seguir los estudios en este sentido.

La técnica que emplea es la siguiente (fig. 113): Introducido un espéculum de porcelana en la vagina, coloca dentro del mismo 30 gramos o más de barro radioactivo en forma de pasta, llenando hasta la mitad de su altura, el espéculum, y cuidando de que aquella substancia recubra el cuello y rellene completamente los fondos de saco vaginales. Colocado un electrodo negativo circular inmediatamente por debajo de la cintura de la enferma, con interposición de una toalla humedecida con agua y sal, el polo positivo, constituido por un carbón de arco voltaico, se introduce en el fango unos 3, 4 ó 5 centímetros. Se establece la corriente galvánica durante treinta minutos, con una intensidad de 30 miliamperios; terminada esta sesión, se deja el fango radioactivo en la vagina durante veinticuatro horas, pasadas las cuales se extrae por medio de una irrigación, etc., y se repiten las sesiones unas tres veces por semana.

Lección 38.

GINECOLOGÍA OPERATORIA

Aun cuando el desideratum debe ser en Medicina la supresión de los procedimientos quirúrgicos en el tratamiento de las enfermedades, y más especialmente de aquellos que por tratarse de extirpaciones de órganos deben ser considerados como mutilantes, lo cierto es que en la actualidad no podemos prescindir en muchísimos casos de las operaciones cruentas para llegar a alcanzar la curación de ciertos procesos. Afortunadamente, divísase en el horizonte un progreso eficaz con la supresión de gran número de medios mutilantes aplicados al tratamiento de afecciones ginecológicas; pero hasta tanto que se haya alcanzado lo que se vislumbra, fuerza es que nos ocupemos de los medios curativos a que podemos aspirar mediante las operaciones, y veamos de qué manera pueden éstas realizarse con la menor cantidad de riesgos posible.

En la técnica quirúrgica especial ginecológica debemos hacer mención de una serie de factores. Por un lado, la vía operatoria, que es preferible seguir; luego la técnica mejor para cada caso; la conveniencia o no de establecer el desagüe; la evitación de los accidentes que durante el curso de la operación pueden presentarse, como son las hemorragias y la difusión del proceso séptico por todo el campo operatorio de una parte, y por otra, la de los accidentes consecutivos tan frecuentemente observados y que son causa del mayor número de las complicaciones mortales que después de las operaciones ginecológicas se presentan, con el fin de prevenir la peritonitis, las hemorragias gástricas, las hemorragias secundarias circunscritas o difusas, la dilatación aguda del estómago, el íleo, la cistitis, la neumonía, etc., cuya aparición y gravedad se halla íntimamente ligada con el acto quirúrgico.

Indicaciones de procedimientos quirúrgicos en el tratamiento de algunas afecciones genitales.

En términos generales, puede decirse que toda afección ginecológica que sea susceptible de curación por medios no operatorios, no debe ser sometida a ellos a menos que circunstancias especiales no establezcan una accidental indicación.

Las operaciones ginecológicas son muy a menudo mutilantes, pues la extirpación de ovarios, trompas, útero, son frecuentemente necesarias para la curación de algunos procesos. Dado el fisiologismo especial del aparato sexual femenino, la extirpación de estos órganos significa la supresión de la facultad de concebir, función que ya está perdida en un gran número de enfermas; pero como quiera que en las glándulas genitales reside una o varias funciones de secreción interna, no puede en modo alguno considerarse la extirpación de los ovarios como cosa sin importancia, cuando ya la mujer era estéril por sus lesiones.

Las castraciones operatorias y aun las röntgenianas son en muchas ocasiones causa de graves trastornos nerviosos, entre los cuales debemos hacer mención de ciertos estados psicopáticos; enfermas que han curado de sus dolores locales se ven algunas veces afectas de grandes perturbaciones funcionales que no obedecen a otra causa que a la supresión de las hormonas ováricas. Hay que erigir en regla general el precepto de conservar, sino totalmente, de modo parcial la función ovárica, sobre todo al tratarse de jóvenes que se hallan en pleno período de actividad sexual.

La ginecología actual es eminentemente conservadora, porque los que llevamos muchos años viendo y operando enfermas del aparato genital, hemos tenido ocasión de dolernos de algunos éxitos quirúrgicos que han ido seguidos a la larga de grandes trastornos funcionales por parte del sistema nervioso. La curación de muchos estados flogísticos úteroanexiales es, por lo común, sólo una curación del proceso de inflamación, sin llegar al restablecimiento completo de la función reproductiva. Las trompas que se flexionan, el pabellón que se obtura, el ovario que se desplaza, significa en muchas ocasiones una esterilidad definitiva, aun desapareciendo todos los trastornos inherentes al proceso flogístico que determina el síndrome molesto de la enfermedad.

Un principio quirúrgico que debe mantenerse con todo rigor, aun dentro de los principios conservadores que sustentamos, es el de que todo órgano que pueda conservar su función debe ser respetado, pero hay que evitar caer en el extremo opuesto que consiste en dejar, en vez de órganos, piltrafas orgánicas o procesos patológicos que más que conservar el órgano, lo que hacen es conservar la enfermedad.

El aspecto especial de las operaciones ginecológicas exige el establecimiento preciso de la indicación operatoria, no llegando al acto quirúrgico sino en caso de verdadera necesidad; pero el vientre de una enferma no es un cajón que pueda abrirse y cerrarse con completa inocuidad para que nos sea permitido el dejar órganos o trozos de órganos que puedan motivar una operación ulterior por haber resultado ineficaz la primeramente practicada. Se debe ser, en Ginecología, enemigo de las operaciones inútiles, evitar en lo posible

éstas, pero hallándose ya en el camino quirúrgico, debe procederse de modo que aseguremos la definitiva curación de la enferma.

La indicación operatoria queda establecida por el hecho reconocido de la

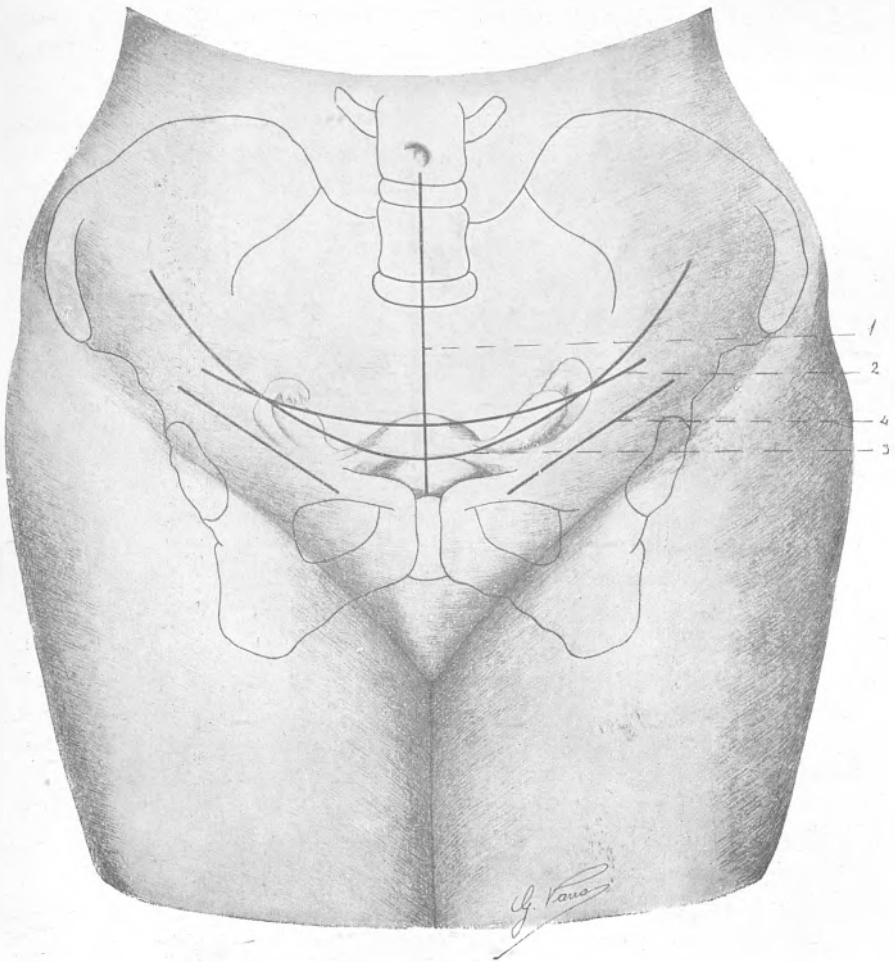


Fig. 114.—Incisiones en la pared del abdomen.—1, media infra-umbilical; 2, de Pfannenstiel; 3, de Bardenheuer; 4, de Alexander-Adams.

inutilidad de los medios terapéuticos internos, dependiendo en muchos casos la indicación, no sólo de la naturaleza de la enfermedad, sino también de la posición social de la enferma. En muchos procesos salpingo-ovaríticos, perimetriticos, perimetro-salpingíticos, etc., la indicación operatoria resulta muy distinta, según se trate de enfermas de una u otra clase social. En aquellas de

buena posición económica, que pueden cuidarse perfectamente durante sus períodos menstruales, que pueden entregarse al reposo general y genital siempre y cuando las alteraciones funcionales lo exijan, que en las estaciones balnearias e hidrominerales encuentran estados de sedación completa, y en épocas apropiadas pueden someterse a medios físicos de tratamiento, estas enfermas pueden ser tratadas por medios no cruentos, alcanzando con ellos un bienestar relativo y en algunas ocasiones hasta la curación completa. Estos mismos procesos en enfermas pobres, que tienen necesidad de trabajar constantemente para ganar un jornal, que deben prescindir de si corresponde o no al período menstrual la época de mayor trabajo, que ni siquiera al reposo genital pueden entregarse por exigencias del esposo, enfermas a las que por sus medios de vida, no ya el tratamiento hidromineral, ni siquiera la balneación les está permitido utilizar con método, esta clase de enfermas necesitan alcanzar en un plazo breve su curación: no pueden dejar ésta al tiempo, ya que no disponen de los meses o años necesarios para la curación no operatoria; estas enfermas, en igualdad de condiciones patológicas, necesitan medios quirúrgicos; nace de su estado social la indicación quirúrgica.

Sirve también de indicación operatoria en algunos estados anxiales, no ya la intensidad y el grado de lesión, sino el modo cómo se comporta el organismo en general enfrente de ellas. Lesiones flogísticas pelvi-anxiales determinan en enfermas neuróticas procesos reflejos a distancia de la mayor intensidad; en cambio, en otras enfermas, lesiones más importantes de la misma naturaleza, apenas si repercuten sobre el estado general. En el primer caso, existe la indicación operatoria con lesiones al parecer poco acentuadas, y en el segundo, con grandes perturbaciones anatómicas, el tratamiento médico será el que se hallará más indicado.

Las circunstancias de edad son también otro motivo que modifica la indicación operatoria. Así, en los procesos flogísticos o miomatosos, la edad próxima a la menopausia representa, por lo menos, un tiempo de espera en la indicación operatoria, porque muchas veces aquélla sirve, por la supresión de las actividades funcionales, de elemento principal de curación. Los cambios que la menopausia establece en los genitales, pueden ser también motivo de modificar la indicación.

Establecida la necesidad de la operación, preséntase muy a menudo en terapéutica ginecológica el problema de si debe operarse por vía vaginal o por vía abdominal. Como principio quirúrgico general podemos decir que, en igualdad de condiciones, la vía vaginal es menos grave que la vía abdominal, pero en cambio esta última da más facilidades que la primera para la extirpación de órganos.

La técnica de las intervenciones abdominales varía notablemente, según el objeto que nos propongamos. En este lugar sólo nos ocuparemos de la parte que se refiere a la técnica general de la laparotomía.

Para abrir la cavidad del vientre, utilizanse en Ginecología tres incisiones principales: la *longitudinal media infra-umbilical*, la *transversal* en el pliegue supra-púbico o de Pfannestiel, y la de Bardenhauer, muy extensa, en línea curva de una espina iliaca a la otra, pasando inmediatamente por encima del pubis.

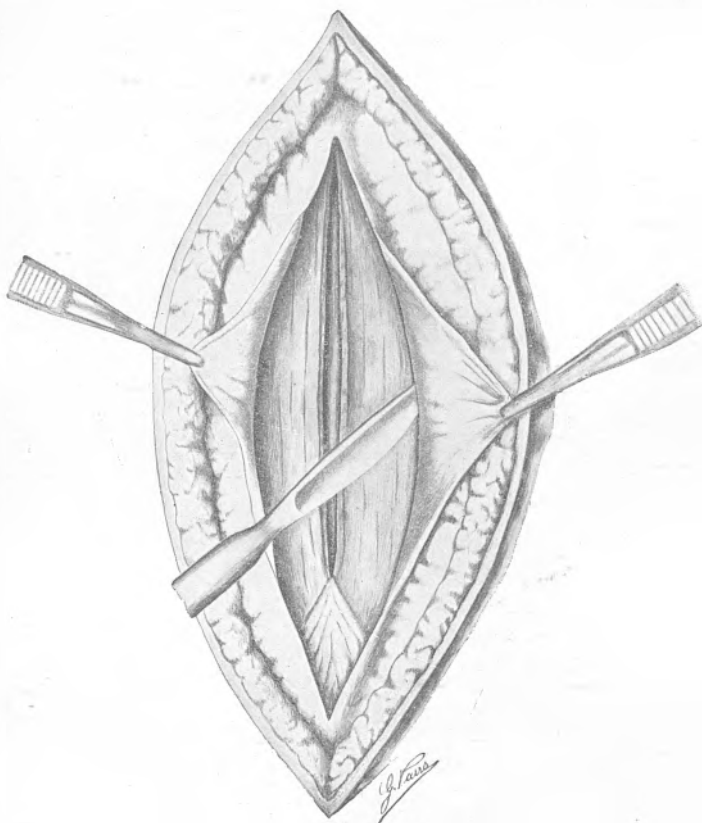


Fig. 115.
Laparotomía media infra-umbilical.—Disección de la aponeurosis del oblicuo.

La incisión longitudinal se verifica de modo que queden seccionadas limpiamente la piel y la aponeurosis del oblicuo externo para separar, por disección roma, el intersticio de los músculos rectos e incidir la fascia transversalis y el peritoneo longitudinalmente a todo lo largo de la herida. En ésta, como en todas las incisiones laparotómicas, al hacer la abertura del peritoneo, debe cogerse la serosa en un pliegue, y en ella hacer una pequeña abertura por la que se desliza una sonda acanalada o la rama roma de una tijera, abriéndola entonces ampliamente, precauciones éstas muy importantes en todos los casos

para evitar la herida de asas intestinales, y en ciertos casos de la vejiga urinaria, y que deben aumentarse considerablemente cuando, por la naturaleza del proceso que motiva la intervención, se puede suponer la existencia de adherencias intestinales a la pared del vientre; iguales o mayores precauciones deben tenerse cuando se relaparotomiza.

La llamada incisión transversal o de Pfannestiel, consiste en la sección transversa de la piel y de la aponeurosis del oblicuo, siguiendo el pliegue supra-púbico, que en algunas mujeres está muy marcado. Una vez seccionadas éstas, se disecciona con las tijeras o con el bisturí la línea alba hacia arriba y hacia abajo, dejando fácilmente al descubierto el intersticio muscular de los rectos;

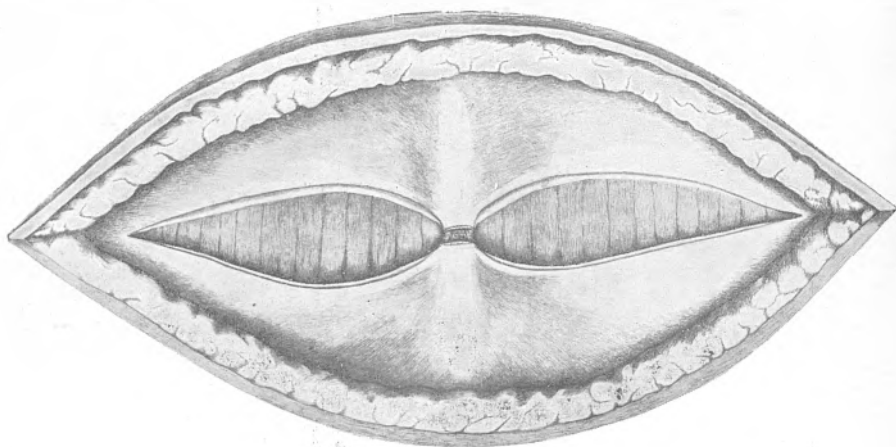


Fig. 116.—Incisión de Pfannestiel.

ábrese longitudinalmente este intersticio y se sigue en los demás tiempos, hasta la penetración en la cavidad abdominal, la misma técnica que en la incisión longitudinal antes descrita. Aparte de las condiciones que en el sentido estético influyen en la aceptación de esta técnica de abertura del vientre, hay la muy importante de que, por coincidir solamente en un punto la intersección de las líneas de incisión longitudinal y transversal, es sumamente raro que se verifique una eventración post-operatoria.

La incisión curva extensa de Bardenhauer, sólo puede ser considerada como técnica de excepción en las operaciones ginecológicas, y lo mismo diremos de las incisiones laterales, ya rectilíneas, ya de dirección más o menos curva.

Un principio que no debe ser olvidado al tratar de intervenciones por la vía abdominal, es el de no actuar directamente con los dedos; es preciso habituarse al manejo de las pinzas, tanto para coger los tejidos como para

coger las compresas, que deben secar la sangre, hilos de sutura y ligadura; a ser posible no deben estar los intestinos nunca a la vista, para ello se comprimirán suavemente con grandes compresas de gasa y se procurarán que estén siempre dentro de la cavidad del vientre. Nada agrava tanto el pronóstico de una operación como el manoseo de tejidos y órganos.

En toda intervención laparotómica, es punto de esencial importancia el que se refiere a la oclusión de la cavidad después de realizado el acto quirúr-

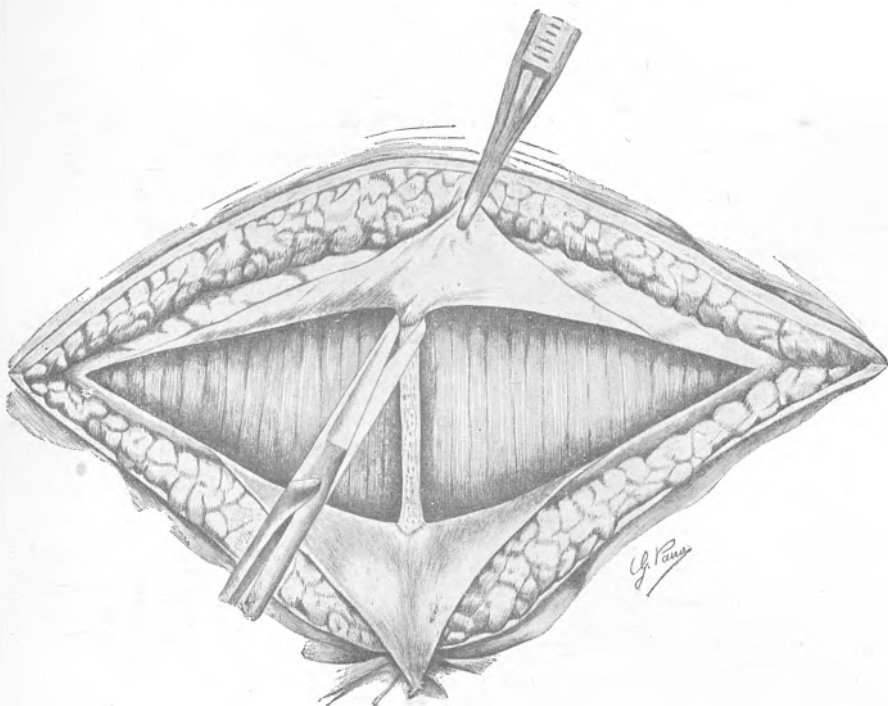


Fig. 117.

Disección con la tijera en la incisión de Pfannestiel de la aponeurosis en la línea media.

gico. La exacta aplicación de los distintos planos que forman la pared del abdomen, significa la obtención de la resistencia de esta pared necesaria a la buena contención de las vísceras abdominales; la no adaptación exacta de los planos que integran dicha pared, es un motivo de hernias y eventraciones post-operatorias, que es de todo punto preciso evitar.

Para la realización de esta indicación, es necesario cerrar la cavidad del vientre en diversos planos de sutura; no son aceptables las suturas en masa, puesto que son causa de gran número de eventraciones. La sutura cuidadosa del peritoneo, así como la de la piel, no dan por así solas garantía alguna

preventiva de la hernia post-operatoria; estos planos deben ser bien suturados, pero donde se exige la mayor exactitud es en la sutura de los planos aponeuróticos, que es en donde existe la verdadera resistencia que se opone a la salida de las vísceras abdominales. Así como en la cura radical de las hernias, lo importante es la reconstitución de los planos aponeuróticos distendidos de los anillos, así en las suturas laparotómicas, lo más importante es la adaptación exacta de los planos aponeuróticos.

La sutura por planos de las paredes del abdomen exige que pasen algunos hilos reuniendo unas capas a otras con el fin de evitar los espacios muertos en los que se acumula sangre y serosidad, dando lugar a la formación de abscesos que aun cuando no revisten gravedad alguna entretienen algunos días la curación definitiva de la herida. En las mujeres obesas, en las que el panículo adiposo es de considerable espesor conviene hacer la coaptación del modo más exacto para evitar las colecciones oleosas que no siendo sépticas al principio pueden a los pocos días infectarse dando lugar a colecciones purulentas subtegmentarias.

En las operaciones vaginales, lo mismo en las colpotomías practicadas con el objeto de establecer desagües, que en las histerectomías, salpingectomías y ovariectomías vaginales, la importancia de la reconstitución por la sutura de los planos seccionados, dista mucho de ser tan acentuada como en las operaciones por vía alta, pero aparte de aquellos casos en que se conceptúa necesario dejar abierta la incisión vaginal para facilitar la salida de las exudaciones pelvi-peritoneales, debe ser aceptado también como principio quirúrgico ginecológico, que la oclusión cuidadosa de todos los planos seccionados es la mejor garantía de curación.

ANTISEPSIA Y ASEPSIA

En el sentido absoluto de la palabra, *asepsia* significa privación de toda clase de gérmenes que pueden infectar una herida. En ella está fundada principalmente la operatoria quirúrgica toda y especialmente la ginecológica.

Al uso de las sustancias antisépticas que en vano pretendían destruir *in situ*, en las superficies cruentas, los gérmenes de la infección, ha sucedido el concepto más claro, más exacto, más científico de la asepsia que significa la privación absoluta de los gérmenes, no destruyéndoles en el organismo, sino impidiendo su penetración.

Para alcanzar la asepsia en las operaciones quirúrgicas, hemos de contar con tres factores principales: ginecólogo, enferma y medios con que aquél se pone en relación con ésta.

La asepsia del ginecólogo debe referirse principalmente a las condiciones en que se halla el sujeto en sí, y en especial las partes que vayan a ponerse en contacto con las superficies cruentas. El problema de la desinfección de las manos, la privación absoluta de todos los gérmenes que en la piel y principalmente en los lechos ungueales puedan existir, resulta ilusoria casi siempre, empléese el medio antiséptico que se quiera. La piel se desinfecta superficialmente con agua y jabón, con cualquier solución antiséptica más o menos concentrada, pero en la profundidad, los surcos, los folículos pilosos y los conductos de las glándulas sebáceas, contienen frecuentemente una cantidad de gérmenes que dotados de escasa o de muy poca virulencia, al encontrar un medio de cultivo a propósito, no solamente se desarrollan bien, sino que aumentan considerablemente su actividad patógena. Hágase lo que se quiera para desinfectar las manos, no puede llegarse nunca a la seguridad absoluta de la asepsia y por ello creemos preferible practicar toda clase de intervenciones ginecológicas teniéndolas cubiertas con guantes finos de caoutchouc, que habiendo sufrido previamente la esterilización por medio del calor húmedo, pueden representar un medio de asepsia casi absoluto. A la impermeabilidad del caoutchouc y a la esterilización que representa el haberlos tenido en el autoclave a una temperatura superior de 105°, únese la circunstancia de que las manipulaciones practicadas con la mano cubierta de guante resultan siempre muchísimo más suaves para todas las estructuras con que debe ponerse en contacto; la ventaja que el uso del guante de goma tiene es tan grande, que

creemos es imprudente prescindir de los beneficios que representa este medio protector, en lo que se refiere a la asepsia.

En las operaciones de larga duración y en especial en las laparotomías que se practican en mujeres obesas, los guantes de goma se ponen de tal modo resbaladizos que se hace difícil anudar los hilos de ligaduras, especialmente el catgut; de ahí la conveniencia de colocarse encima de los guantes de goma otros de hilo que se cambian una o dos veces en el curso de la operación; esta práctica que aconsejamos, además de asegurar una más completa asepsia permite maniobrar con más facilidad, pues la sensibilidad táctil apenas si se halla con ello disminuída.

Un punto que nosotros conceptuamos capital en lo que se refiere a la asepsia del ginecólogo, es el que se abstenga éste de hablar enfrente de las superficies sobre las que está operando, pues sabido es que aun cuando se tenga mucho cuidado en la desinfección de la boca, ésta contiene siempre una cantidad de gérmenes que, colocados en buenas condiciones de cultivo, pueden ser motivo de infección. No deja de ser buena práctica que así el ginecólogo como los ayudantes, antes de la operación, se desinfecten la boca con una solución de perborato de sosa, friccionando los dientes con cepillo y evitando principalmente el que vaya a parar directamente a la herida el aire espirado. Para evitar esto último, aconséjase el uso de caretas, que siendo de gasa, filtran el aire lo suficiente para que representen alguna garantía; creemos, sin embargo, nosotros, que este es un medio del que se puede prescindir, si se tiene especial cuidado en la técnica de desinfección de la boca que antes aconsejamos y se evita el hablar en tanto se está operando.

El uso de batas perfectamente esterilizadas al autoclave, está ya tan impuesto por la práctica corriente de la cirugía, que no hemos de insistir en su conveniencia; no sólo el operador y sus ayudantes, sino todo el que entre en una sala de operaciones, debe resguardarse de los contactos sépticos que pudiera aportar de otros puntos al ambiente general de la misma.

En lo que se refiere a la enferma, la desinfección es de todo punto precisa, hasta llegar, sino a la asepsia absoluta, por lo menos a las garantías que la desinfección química y que el lavado pueden proporcionar, teniendo gran cuidado que las superficies cruentas no lleguen a infectarse con agentes existentes en la misma piel de la enferma. A la preparación de la enferma por medio de agua y jabón se añade una embrocación grande de tintura de yodo en todos los puntos que pueden ponerse en contacto con los materiales que deben servir para la operación.

Se ha aconsejado en estos últimos años la supresión absoluta del lavado en las laparotomías, haciendo única y exclusivamente una embrocación de tintura de yodo momentos antes de la intervención, fundándose en que con los lavados con jabón y agua caliente pueden desobstruirse glándulas y folículos,

que permiten a los distintos microbios que se hallan en el fondo de los mismos salir a la superficie. Esta práctica no la discutimos, pero dadas las condiciones en que se presentan la mayor parte de nuestras enfermas en el hospital, no la ponemos en uso y preferimos el baño y el lavado antes de la operación, seguido de la embrocación final de tintura de yodo, al uso de esta sola substancia sin lavado previo. En los casos en que la piel está muy sucia, es conveniente después del jabonado hacer una buena fricción con éter.

Cuando se trata de laparotomías, una vez abierto el vientre, consideramos de necesidad el recubrir los bordes por medio de paños esterilizados que no permitan en ninguna ocasión que el contenido intestinal se ponga en contacto con la piel, que si en los primeros momentos de la operación puede no tener germen alguno, al finalizar ésta, el tiempo y las manipulaciones o maniobras realizadas habrán permitido llegar a la superficie agentes microbianos que estaban en la profundidad de las estructuras cutáneas. Nosotros ordinariamente utilizamos pinzas de paños, y antes de abrir el peritoneo unimos por medio de estas pinzas la piel a los paños esterilizados a todo lo largo de los bordes de la herida, y la misma práctica utilizamos cuando de operaciones vaginales se trata, colocando las pinzas y los paños de manera que cubran por completo la región anal, aislándola de la región vulvar.

El doctor Becerro de Bengoa, de Montevideo, ha mandado construir unos sencillos aros de metal que en las incisiones de Pfannenstiel sujetan los paños de modo perfecto, aislando por completo las superficies cutáneas de las incisiones. Hace algunos años que las empleamos, resultando de tal comodidad su uso que aconsejamos su utilización.

Una precaución hemos adoptado nosotros en nuestra mesa de operaciones, que la conceptuamos de una importancia extraordinaria, y es la separación completa de la que pudiéramos llamar región respiratoria de la enferma, de la región operatoria: un arco de metal que sostiene un hule impermeable, recubierto por una sábana esterilizada, impide que el aire respirado por la enferma pueda llegar al campo de operación, sea cualquiera la posición en que aquélla se halle, y favorece esto también el que estando la enferma en posición de Trendelenburg, los instrumentos no se escapen nunca hacia la región torácica de la enferma, en la que las seguridades de la asepsia no son completas por los agentes microbianos que con la espiración puedan haber llegado allí. Franz, en la Charité de Berlín, emplea un paño que va sujeto a un cuadro que pende del techo, debajo del cual se halla colocado el anestesiador; cremos más sencillo y práctico nuestro arco de metal.

En toda operación vaginal es de rigor hacer la desinfección por medio de agua y jabón y agentes antisépticos variados, tales como el permanganato, lisol, sublimado, etc., seguida de una embrocación con tintura de yodo. Esto, que ordinariamente es suficiente en la mayor parte de las intervenciones, no

basta cuando se trata de un carcinoma uterino en que existen flujos icorosos que pueden venir desde el cuello del útero o del interior de la matriz. Para estos casos, el mejor desinfectante es la cauterización ígnea por medio del termocauterio o de los cauterios actuales antiguos, cuando la cantidad de fungosidades es abundante y se pretende una destrucción extensa de las mismas.

La preparación de la enferma en operaciones laparotómicas en las que la vagina queda abierta al separarla de sus inserciones uterinas, exige una técnica muy cuidadosa en evitación de las siembras microbianas que pueden producirse en la serosa peritoneal; es preciso aplicar las valvas vaginales y coger el hocico de tenca con una pinza de garfio; bien distendidas las paredes vaginales se irriga la cavidad con una solución de lisol, procurando que no quede pliegue alguno de la mucosa que no sea friccionado con una gasa montada en una pinza; límpiase luego con alcohol y con éter, desecándola luego de modo muy cuidadoso. Cuando existen procesos pútridos (cáncer, sarcoma, etc.), conviene hacer una cauterización profunda de estas partes, de modo que no queden aparentemente masas neoplásicas sin destruir.

La desinfección intestinal de las enfermas es también una garantía para el curso post-operatorio. Sabido es que el contenido intestinal retenido aumenta considerablemente la virulencia de los huéspedes normales del intestino, y por lo tanto, debe ser de rigor la administración de un purgante en los días que preceden a la operación, así como la desinfección por medio de lavados intestinales del último tramo del tubo digestivo.

Si las deposiciones que hace la enferma en los días que preceden a la operación, son abundantes y en completa regularidad, puede suprimirse el purgante, pero teniendo en cuenta que por efecto de la anestesia queda siempre un estado parésico intestinal, en los primeros días post-operatorios, a poco que no exista seguridad en el vaciado intestinal, debe usarse el purgante previo en evitación de intoxicaciones de origen entérico muy fáciles de producirse después de las grandes operaciones abdominales.

Es asimismo muy conveniente antes de toda intervención, realizar el análisis químico y microscópico de la orina.

El tercer factor que interesa tener en cuenta para obtener la asepsia en las operaciones y en el tratamiento de todo proceso ginecológico, es el que se refiere a los materiales que se ponen en contacto con la enferma, tanto si se trata de una curación simple, como de una intervención quirúrgica muy grande.

La esterilización de los instrumentos, de las gasas, sedas, catgut, tubos de desagüe, etc., debe realizarse del modo más cuidadoso. Desde las sábanas que deben envolver a la enferma, hasta el algodón que debe cubrir la herida después de terminada la operación, todo debe estar perfectamente esterilizado y, si es posible, al calor húmedo.

No he de entrar en la técnica ni en los detalles de la esterilización de los

instrumentos, ni tampoco las condiciones que deben tener las ropas y demás objetos que puedan ponerse en contacto con la enferma, ya que ello es suficientemente conocido y entra dentro de la práctica común y general de todas las operaciones. No insisto tampoco en la técnica de la esterilización del catgut y sedas, por ocuparme de ello en el capítulo que trata de la sutura.

La asepsia es preciso alcanzarla no sólo en las intervenciones quirúrgicas, sino en las más simples maniobras ginecológicas. Aun la perforación del útero, practicada en el curso de un legrado o en el de una histerometría, en caso de blandura extraordinaria de este órgano, puede resultar sin ningún perjuicio si la asepsia ha presidido a la maniobra, y ser de una gravedad inmensa si en ella no ha existido el más cuidadoso empleo de materiales asépticos.

La asepsia absoluta casi puede decirse que es sólo un ideal. En los tapones de prueba que en el curso de operaciones laparotómicas asépticas ponemos en contacto con las superficies cruentas al principio, a la mitad y al finalizar, y con los que hacemos luego siembras, hemos encontrado en la inmensa mayoría de los casos, al terminar la operación, pocos o muchos agentes microbianos que penetraron en la cavidad del peritoneo; si bien la asepsia absoluta es casi imposible de obtener, cuando el número de agentes microbianos que ha penetrado es escaso o no tiene gran virulencia, las fuerzas defensivas del organismo son suficientes para que desaparezca todo peligro. Aun cuando digamos que la asepsia absoluta es un ideal, la exageración, si exageración puede llamarse a poner en práctica todo género de precauciones, debe ser nuestra guía, ya que con ellas podemos, si no alcanzar, por lo menos aproximarnos a este ideal de limpieza.

En el curso de las operaciones sólo de modo muy excepcional deben usarse los antisépticos; puede sin embargo ser conveniente en caso de aberturas de abscesos o de sección de tejidos de cuya asepticidad no estemos seguros hacer alguna embrocación con tintura de yodo o ligeros toques con soluciones concentradas de nitrato de plata o cloruro de zinc.

DEL DESAGÜE

En Ginecología ha cambiado por completo el concepto que de la necesidad del desagüe se tiene en las operaciones. Así como cambiaron los procedimientos generales operatorios, así ha cambiado también el concepto de la necesidad de mantener cerrada o abierta la cavidad pelvi-abdominal después de intervenciones quirúrgicas. Como principio general debe establecerse que toda laparotomía u operación vaginal practicada en un terreno completamente aséptico, no solamente no exige el desagüe, sino que éste está contraindicado; por el contrario, cuando por las condiciones especiales del caso, cuando por la virulencia manifiesta del proceso que ha motivado la intervención, o por haber quedado trozos de tejidos que forzosamente tienen que mortificarse y cuya extracción no ha sido posible practicar de modo completo, el desagüe representa una seguridad de curación y el modo de practicarlo la garantía del éxito operatorio.

El desagüe puede ser *abdominal* o *vaginal*. El desagüe abdominal puede practicarse bien en un punto cualquiera de la herida laparotómica principal, bien en puntos distintos, los más declives, de la cavidad del vientre.

Por la herida laparotómica principal se ha utilizado el llamado desagüe de Mickulicz, que se practica de la siguiente manera: por el centro de un cuadrado grande de gasa doblado en cuatro dobleces se pasa un asa de seda fuerte y resistente, se introduce la gasa por el punto donde se halla aplicada la seda, constituyendo una bolsa que se rellena con tiras de gasa que pueden numerarse o colocarse de manera que se sepa cuál es la última colocada y se repliegan los bordes de la bolsa para quitar el exceso de gasa que se halle fuera de la cavidad del vientre. Al día siguiente, a los dos días o cuando se juzgue conveniente, se quitan las gasas contenidas en la bolsa principal que se halla dentro de la cavidad del vientre, procurando seguir en la extracción un orden inverso al de la introducción, es decir, que la última colocada sea la primera que se extraiga. De este modo se quitan las gasas que deben realizar el desagüe capilar, sin el peligro de herir o arrancar trozos de tejidos, como sucedería si extrajéramos la bolsa que se halla en contacto con las asas intestinales. Se sustituyen las gasas contenidas en la bolsa por otras nuevas y desde este momento cúrase todos los días en igual forma, hasta que pasados ocho, diez, doce o veinte días de la operación que exigió el desagüe, se quita la bolsa continente cuando las mismas exudaciones permiten su fácil extracción y las

pseudo-membranas que en la cavidad del peritoneo se formaron la hayan aislado de la gran cavidad de la serosa.

En los pocos casos que en la actualidad usamos este procedimiento de desagüe, colocamos además de las tiras de gasa dentro de la bolsa, un tubo grueso de caoutchouc por el que pueden salir con libertad los exudados y aun

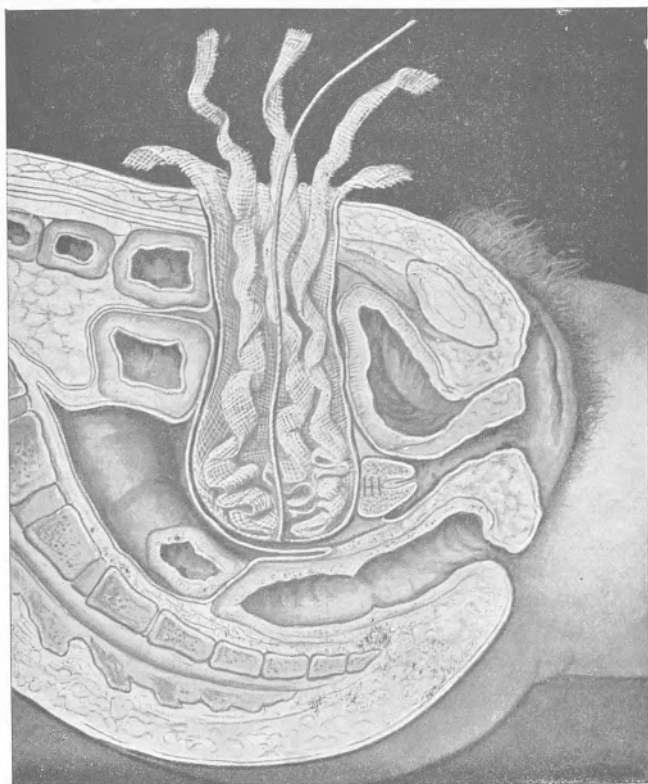


Fig. 118.—Desagüe abdominal de Mickulicz.

en caso necesario practicar la aspiración por medio de una gran jeringa de las que sirven para los aparatos de Bier. El tubo colocado entre las tiras de gasa impide que éstas se apelotonen y que en vez de servir para salir los exudados se conviertan en un tapón obturador.

En el Congreso de Ginecología celebrado en Berlín en 1912, propusimos para ciertos casos de peritonitis difusa inicial, así como para infecciones peritoníticas purulentas, establecer el desagüe, no solamente por el punto de la línea media del abdomen, sí que también por las regiones infra-renales, haciendo una incisión que, atravesando el mesocolon ascendente la de la

derecha y el mesocolon descendente la de la izquierda, llegaran al punto más declive de la cavidad abdominal cuando la enferma se halla en decúbito supino. La necesidad de abrir los mesocolon es tan imperiosa si se quiere establecer

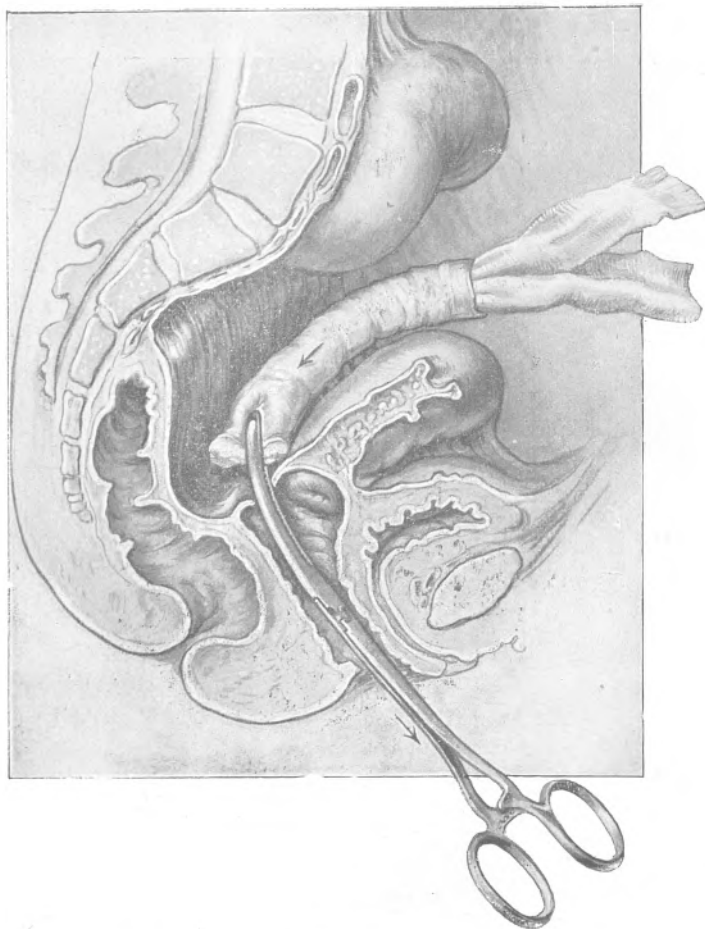


Fig. 119.
Colocación de un desagüe vagin>abdominal con tubo de goma y gasa.

un eficaz desagüe de las partes altas del abdomen, que nos atrevemos a asegurar que sólo ello puede facilitar la salida de los exudados flogísticos.

En posición semi-incorporada de la operada debe aplicarse el desagüe de la cavidad abdominal utilizando la vía vaginal. El fondo de Douglas estando la mujer semi-incorporada, asegura con su abertura, el fácil y amplio desagüe de toda la parte inferior de la cavidad del peritoneo.

La aplicación de tubos de goma, cristal, aluminio, celuloide, etc., que se ha venido usando en la práctica ginecológica como medio de desagüe, la conceptuamos muy inferior al desagüe realizado con gasa. Para que un tubo pueda dar fácil salida de los exudados, debe hallarse colocado en sitio donde naturalmente se deslicen éstos a lo largo del mismo tubo y no en sentido contrario a la gravedad, como ocurre con el desagüe abdominal practicado en la línea media. J. L. Faure recomienda como medio de desagüe la colocación de un tubo durante veinticuatro horas, que desde el punto más declive de la cavidad del peritoneo vaya a la superficie de la piel: con una pequeña jeringa de aspiración extrae los exudados que en este tiempo pueden haberse reunido en la cavidad peritoneal; si éstos son escasos, después de la aspiración extrae el tubo; si son abundantes, lo deja colocado para repetir en sesiones sucesivas la aspiración.

No es mala práctica la de introducir uno o dos tubos de goma anchos, en cuyo interior se haya colocado una pequeña tira de gasa, no apretada, para que se verifique el desagüe capilar.

En términos generales, debemos decir que el desagüe por el sistema de Mickulicz, más que como medio de eliminación fácil de exudados, debe servir como medio de compresión suave para los casos en que existiendo una hemorragia en sábana que no sea posible cohibir, contribuya a la hemostasia, asegurando por otra parte una abertura de la cavidad del vientre durante un tiempo más o menos largo que pueda servir como punto por donde se practiquen curaciones utilizando substancias antisépticas y facilitando la expulsión de las piltrafas de tejidos que no pudieron ser extraídas en el momento de la operación.

Uno de los más frecuentes y no menos importantes accidentes consecutivos al desagüe ginecológico por vía abdominal, es la aparición de eventraciones algunos meses después de curada la herida laparotómica; sabido es que el principal medio de contención de las vísceras abdominales es la unión exacta de las dos hojas aponeuróticas; como quiera que con la aplicación de estos desagües, principalmente por el procedimiento de Mickulicz, quedan ampliamente separadas las aponeurosis de los oblicuos, el tejido de cicatriz que se forma no tiene la resistencia de aquéllas y prontamente aparecen protrusiones viscerales en el punto donde el Mickulicz se hallaba establecido, llegando, en algunos casos, a constituir enormes eventraciones, que exigen intervenciones operatorias importantes, lo que no deja de ser un inconveniente gravísimo para la enferma, tenerla que someter a una nueva operación de mucha entidad, como es siempre una laparotomía.

El desagüe por la vía vaginal se practica muy a menudo en los casos de abertura de colecciones purulentas por colpotomía. Si bien puede utilizarse por vía vaginal un procedimiento de desagüe análogo al que hemos descrito por la

vía abdominal, aunque más pequeño, lo más común es utilizar, cuando empleamos esta vía, los tubos de goma o de cristal, en cuyo interior se colocan algunas tirillas de gasa que sirven para que, por ellas, se realice el fenómeno de capilaridad que debe conducir fuera los exudados que se vayan formando en la cavidad pelviana.

Es indudable que, no sólo en operaciones vaginales, sino también en aquellas practicadas por vía abdominal puede, en algunos casos, el desagüe establecido por el fondo vaginal posterior, ser de una utilidad considerable. Nosotros lo utilizamos con gran frecuencia en todos aquellos casos en los que la naturaleza séptica del proceso nos impide cerrar de modo inmediato la cavidad pelvi-abdominal; en nuestro sentir, la acción beneficiosa del desagüe estriba en dejar ampliamente abierta la línea de incisión; ordinariamente hacemos el desagüe posterior, pero en ciertas ocasiones, en las que hay colecciones, purulentas o hemático-purulentas, y también en algunos casos de gestación ectópica, la abertura del fondo de saco anterior es lo que mejor asegura la salida de los exudados.

Aun cuando hemos dicho que en todos los casos en que por vía alta o por vía baja operamos en condiciones de asepsia completa, creemos contraindicado el desagüe, cuando después de una laparotomía por anexitis, con extirpación de la porción corporal del útero o extirpación total o parcial de trompas y ovarios, nos hallamos a las veinticuatro horas con que se presentan síntomas de inflamación del peritoneo, que además de pasar la temperatura de 38° el pulso llega a 120, abrimos ampliamente el fondo de saco posterior y la cavidad de Douglas; son muchas las enfermas en las que por la rapidez de esta intervención, que ha permitido la salida de una cantidad de serosidad rojiza con más o menos grumos purulentos, hemos alcanzado la desaparición de los síntomas de flogosis, cosa que de no haber acudido rápidamente para establecer el desagüe por esta vía, hubiera permitido que la inflamación pelvi-peritoneal, sobrevenida por alguna falta de asepsia en la técnica se hubiese extendido a la totalidad de la serosa, costándole la vida a la enferma.

Uno de los inconvenientes que el desagüe, lo mismo por vía vaginal que por vía abdominal ofrece, es la facilidad con que pueden producirse lesiones en las asas intestinales, que sean causa de fistulas entero-abdominales o enterovaginales; en la época en que las operaciones de Wertheim se terminaban dejando tubos de desagüe y gasas en los parametrios, eran muy frecuentes las fistulas uretéricas, como consecuencia de las lesiones secundarias de naturaleza gangrenosa producidas por perturbaciones circulatorias que por compresión conducían a la necrosis de las paredes ureterales. Para que no se produzcan lesiones viscerales, debe tenerse la precaución, cuando el desagüe se verifica por medio de tubos, de acortar diariamente su longitud con objeto que la compresión visceral, caso de realizarse, se produzca en puntos distintos;

más que la compresión por los tubos, es el causante de las lesiones viscerales de que hablamos, el arrancamiento de las adherencias establecidas entre las gasas que sirven para el desagüe y los órganos con que se hallan en contacto. Al pretender extraer una gasa a los dos, tres o cuatro días de la operación, no es infrecuente que se produzcan erosiones en los órganos con que se hallan en contacto, que son causa de las fístulas a que antes nos referíamos.

Desde que hemos suprimido de nuestra práctica el uso de grandes trozos de gasa como medio de desagüe, y desde que en los pocos casos que los utilizamos no practicamos nunca su extracción hasta tanto que los mismos exudados van empujándolos hacia fuera, es completamente excepcional el que veamos aparecer fístulas entéricas que en otro tiempo aparecían de modo relativamente frecuente.

El principio general que debe establecer la necesidad o no necesidad del desagüe es, por un lado, la seguridad que tengamos que la operación que acabamos de realizar no puede tener un curso séptico por la naturaleza del proceso que la ha motivado, y en segundo lugar, que el medio que nosotros utilizemos como desagüe pueda cumplir de modo perfecto la indicación de echar fuera del organismo todos los productos que a consecuencia del proceso séptico se vayan formando, después de la intervención operatoria.

LIGADURAS Y SUTURAS

La hemostasia más completa debe realizarse en toda operación ginecológica; ella representa una parte muy importante en el éxito de la intervención; todo vaso que sangre debe ser cuidadosamente ligado aislándolo previamente, pues sólo la ligadura directa da seguridades completas de su oclusión; las ligaduras en masa si de modo inmediato pueden detener la hemorragia, pueden ser causa de hemorragias secundarias cuando el tejido conjuntivo comprendido en la ligadura se retrae dejando el hilo flojo y fácilmente deslizabale.

Las ligaduras de gruesos troncos cuales son las útero-ováricas y las uterinas se cogen algunas veces en masa y se ligan así, pero es de buena técnica el buscar el vaso y aplicar, aun cuando no sangre, una ligadura aislada.

Las llamadas hemorragias en sábana son muy raras en las operaciones ginecológicas; por lo común son venas heridas o pequeños troncos arteriales, que si se buscan bien se encuentran y al ligarlos desaparece lo que parece hemorragia difusa.

En las operaciones vaginales, es muy conveniente ligar de modo aislado los vasos, pues la práctica de la forcipresión que en un tiempo constituyó el procedimiento de elección en las histerectomías, los progresos de la técnica la han suprimido casi por completo.

En las histerectomías vaginales no se debe recurrir nunca al taponamiento para cohibir una hemorragia ni se debe cerrar la vagina y peritoneo hasta tanto que un examen muy atento no demuestre que todo temor de hemorragia ha desaparecido. Las heridas de las venas, en especial de los plexos uterinos, hemorroidales y vesicales, y más principalmente las de la vena hipogástrica, requieren una técnica especial de ligadura aplicando ésta por debajo de las superficies sangrantes.

Como material de ligadura pueden usarse diversos medios, pero creemos que en la actualidad nada puede igualar en ventajas al catgut fino y resistente preparado en la forma que más abajo mencionamos.

Sólo de modo excepcional en algunas perineorrafias puede prescindirse de las ligaduras cuando con la colocación profunda de los hilos se va a comprimir toda la superficie cruenta; aun para estos casos, cuando el calibre del

vaso sangrante permite una fácil aplicación de una ligadura, creemos que puede y debe aplicarse.

Al igual que en Cirugía general, es necesario en las operaciones ginecológicas, el cuidado más exquisito al practicar la reunión de las superficies cruentas. Los materiales de sutura que más comúnmente se emplean son: la seda, el catgut, la crin de Florencia, los hilos de plata, aluminio y cobre.

No entraremos en detalles del modo cómo deben utilizarse cada uno de estos medios, ya que no es admisible hoy el empleo de ninguno que no se halle en el estado de la más completa asepsia; mas si ésta es fácil obtenerla con la seda, la crin de Florencia y los hilos metálicos, no sucede lo mismo con el catgut.

El catgut es, sin embargo, el medio que debemos considerar preferible para la sutura, ya que la propiedad de ser completamente reabsorbido, permite utilizarlo en gran cantidad sin que produzca efectos nocivos de ninguna especie en los días subsiguientes a la operación.

En la actualidad existen distintos modos de preparación de esta substancia que dan una garantía casi absoluta; lo mismo los preparados con acetona y esterilizados al autoclavo dentro de este líquido, que los de Kroenig y Kuhn, que han llegado dentro del cumol a temperaturas superiores a 150° , dan seguridad de que, no sólo los gérmenes, sino aun sus esporos, han dejado de tener condiciones de reproducción.

Para la esterilización del catgut utilizamos en la Clínica un autoclavo de la casa «Lautenschläger», que en la parte superior tiene un depósito por el que pasa un serpentín con agua corriente, que enfría los vapores del cumol, que vuelven a caer en el interior del autoclavo. Como quiera que el cumol es un líquido muy inflamable, es de todo punto preciso que los vapores no salgan al exterior, cosa que se evita perfectamente con el modelo de autoclavo, que en la figura 120 se halla representado.

El cumol es líquido que hierve a unos 170° , y, por tanto, manteniéndolo en las proximidades del punto de ebullición, tenemos la seguridad absoluta de alcanzar la asepsia.

En el comercio se encuentran muchas marcas de catgut que ofrecen completa garantía; tales son las de Braum, Kuhn, Hartmann, etc.; pero es, sin embargo, muy conveniente someter al catgut a exámenes de laboratorio para comprobar sus condiciones absolutas de asepsia.

Es condición indispensable, para que el catgut así aseptizado no sea quebradizo, que antes de introducirlo en el cumol se haya deshidratado de modo completo, y para ello es conveniente mantenerlo en la estufa seca durante una hora a una temperatura entre 70 ó 75° , cogerlo de allí con unas pinzas e introducirlo directamente en el cumol; la cantidad de agua que recoge el hilo de catgut si se traslada con los dedos desde la estufa seca al cumol, es

suficiente para convertirlo después de la esterilización en quebradizo, de tal manera, que no sirve para los objetos a que comúnmente se le destina.

Es de gran importancia la esterilización absoluta del catgut: hace algún tiempo tuvimos varios casos desgraciados de infecciones, sobrevenidas tardíamente,

procedentes de las capas profundas del catgut y que no se desarrollaron hasta tanto que fueron digeridas las capas más superficiales. El resultado que nos dió la investigación necrópsica en dos enfermas de esta naturaleza, nos permite afirmar que puede un catgut, completamente aséptico en su superficie, mantener gérmenes de virulencia muy acentuada en sus capas centrales, que entran en actividad en cuanto la digestión de las capas más superficiales ha colocado los gérmenes contenidos en las profundas en buenas condiciones de desarrollo.

A pesar de los inconvenientes que tiene la esterilización del catgut, es indudable que ofrece ventajas que le hacen en muchas ocasiones insustituible; la resistencia que se logra que adquiera esta substancia con los procedimientos modernos de preparación y el tardar de dos a tres semanas en reabsorberse, han extendido de tal modo las indicaciones del empleo de este medio de sutura, que puede hoy afirmarse ha reconquis-

tado todo el terreno que en algunos años había perdido, así para las suturas como para las ligaduras.

Como técnica general de la sutura, debemos hacer constar que lo importante es que los planos que se ponen en contacto lo hagan de modo tan exacto, que no queden superficies ni espacios muertos, ya que la acumulación de líquidos exudados puede servir de medio de cultivo a los agentes microbianos que accidentalmente se ponen en contacto con la herida. Cuando se trata de heridas del peritoneo, la necesidad de recubrir exacta y cuidadosamente las superficies cruentas con colgajos de serosa, es tan manifiesta, que puede evaluarse en un

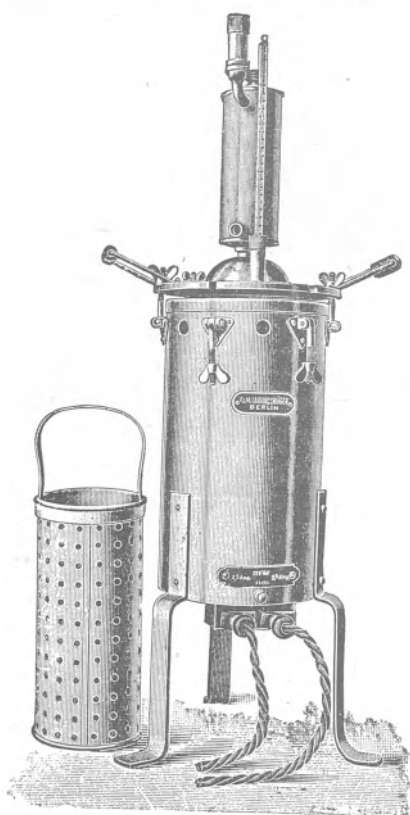


Fig. 120.—Autoclavo para la esterilización del catgut con cumol.

tanto por ciento muy elevado los progresos que en el pronóstico de las laparotomías ha producido esta cuidadosa peritonización.

Regla general es que en toda operación, lo mismo vaginal que abdominal, no deben quedar sin recubrir superficies cruentas; con peritoneo, si es de una laparotomía; con mucosa, si es de vagina, o con piel, si es herida cutánea. El recubrimiento completo de las partes sangrantes significa la evitación de la infección ya que el acúmulo de exudados sirve de medio de cultivo para el desarrollo de los agentes microbianos.

Bumm ha introducido en la técnica de la peritonización una modificación que al aceptarla en nuestra práctica ha mejorado notablemente los resultados; consiste en cerrar las heridas intra-abdominales con una sutura continua con catgut fino y después aplicar otra sutura continua sero-serosa que alcanza toda la extensión de la primera; como quiera que bastan 24 horas para que la sutura sero-serosa quede completamente cicatrizada, las garantías de curación son mucho mayores.

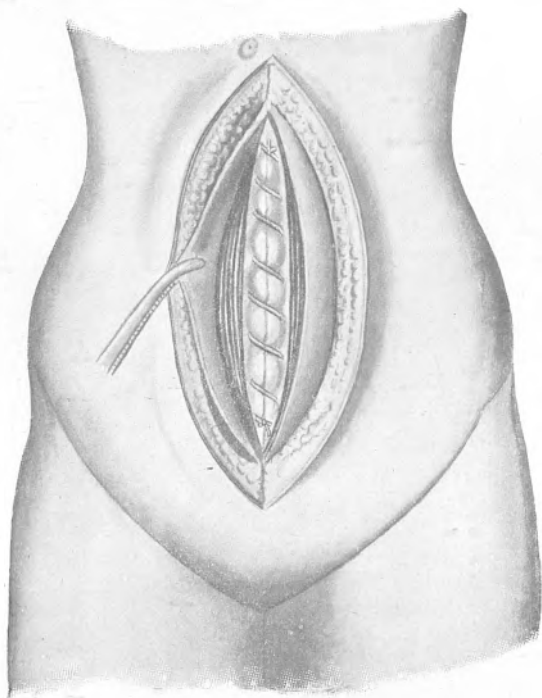


Fig 121.—Sutura continua del peritoneo parietal con catgut.

Al tratarse de operaciones en la cavidad abdominal, resulta frecuentemente imposible la completa peritonización de las partes, especialmente cuando son procesos flogísticos muy abundantes en neomembranas y en adherencias de unos órganos con otros; cuando es extensa la superficie denudada o por las condiciones especiales del caso, no es posible recubrir completamente con serosa la superficie cruenta, es una técnica que nos ha producido siempre excelentes resultados el excluir lo que pudiéramos llamar partes lesionadas de la gran cavidad del peritoneo; para ello se cubre la parte alta de las vísceras abdominales con el epiplón, y se practica por debajo de él una cuidadosa sutura del peritoneo parietal que forma el repliegue que cubre

el vértice de la vejiga con la serosa que cubre la parte más baja de las asas intestinales que se hallan en contacto con las superficies cruentas. De este modo queda la gran cavidad del peritoneo con su serosa casi intacta, cerrada por completo, y excluida la porción peritoneal de la parte pelviana desnuda que, en caso preciso, debe mantenerse con libre desagüe por la vagina.

Para la sutura de la pared del vientre, con objeto de evitar eventraciones, se han propuesto gran número de procedimientos; no se separa de la técnica

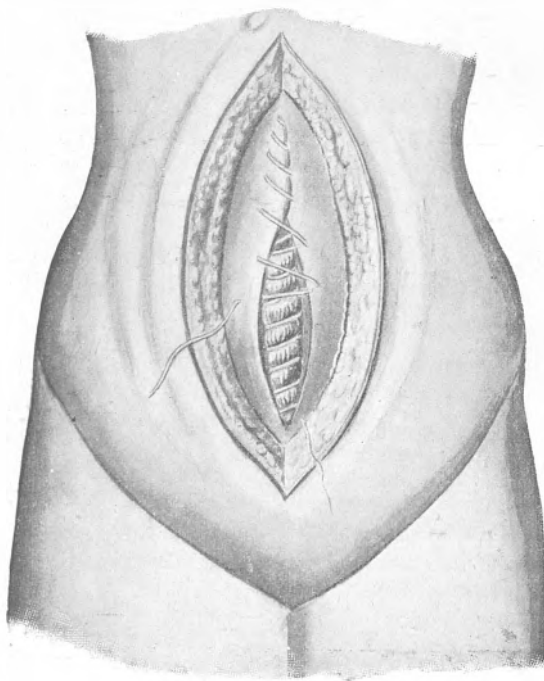


Fig. 122 - Sutura continua del plano aponeurótico con catgnt.

quirúrgica general, la ginecológica. Es de todo punto preciso que al principio de peritonización completa que acabamos de mencionar, y que aplicado a la oclusión de la cavidad del vientre significa la coaptación exacta de los bordes del peritoneo, se añada además la cuidadosa sutura de los planos aponeuróticos, de la misma manera que se hace con la oclusión de un anillo inguinal en la cura radical de la hernia; los tres planos de sutura, seroso, aponeurótico y cutáneo, los conceptuamos de necesidad absoluta, lo

mismo en incisiones longitudinales que en oblicuas y transversales.

Circunstancias especiales, ya sean de tiempo, ya de otra índole, pueden obligar a emplear distintos procedimientos, entre los cuales citaremos el de Joannesko, con hilo de plata, la sutura continua de Raventós, que comenzando por el ángulo superior de la herida peritoneal, al llegar al inferior atraviesa la piel para hacer allí una asa y continuar sin interrupción por el plano aponeurótico, hasta encontrar el punto de origen. Esta sutura tiene la ventaja de una rapidez extraordinaria, y permite, por su disposición especial en los extremos, extraer las sedas a los ocho o diez días de colocadas; nosotros la hemos

empleado infinidad de veces, pero creemos que algunos casos de eventración observados se deben a pequeños esguinces que se realizaron al extraer los hilos a los ocho o diez días de colocada la sutura.

La sutura en un solo plano de todas las estructuras, no podemos en modo alguno recomendarla, por no corresponder a la técnica general de la exacta coaptación que hemos dicho se hacía necesaria como procedimiento de toda sutura bien hecha.

Los mismos cuidados que exige la sutura de la pared abdominal, exigen las heridas que se producen en el útero, vagina, periné, etc. Lo mismo en las incisiones longitudinales de la histerotomía, que en las bilaterales, en los casos de amputación de cuello, y lo mismo en las elitrorafias que en las perineorrafias, es de interés grande que la coaptación de las superficies cruentas sea lo más exacta posible; ordinariamente, la misma sutura se encarga de cohibir las pe-

queñas hemorragias en sábana que por los bordes de la herida pueden existir; pero si algún vaso importante diera sangre, mejor que fiar la hemostasia a la acción del punto de sutura, es aplicar una ligadura aislada al vaso sangrante, ya que lo primero representa la creación de un pequeño espacio muerto, que puede ser el punto de partida de infecciones más o menos extensas. En las colpo-perineorrafias, la necesidad de no dejar espacios muertos es aún más precisa, ya que ello representa el éxito o el fracaso de la sutura.

En estas operaciones, es también muy necesario que los puntos colocados no hayan atravesado la mucosa del recto, pues ello significa la seguridad de una infección procedente del intestino y el despegamiento total de la sutura.

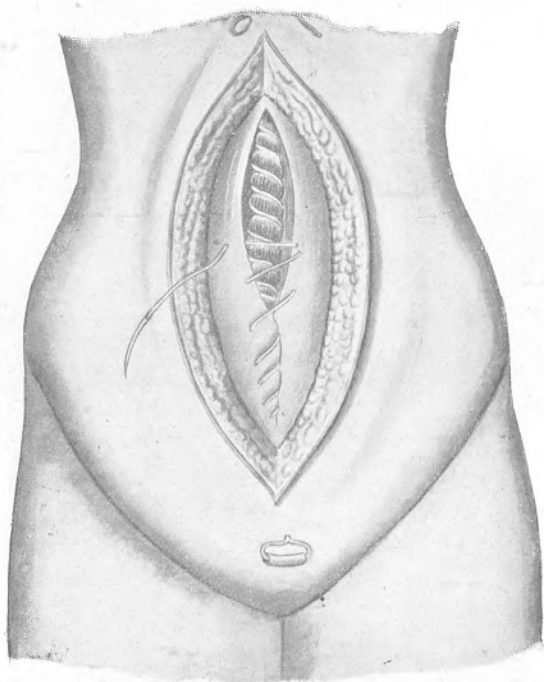


Fig. 123.
Sutura continua del peritoneo y plano aponeurótico con seda que se extrae a los ocho días. Procedimiento de Raventós.

En las suturas que se practican en el interior de la vejiga, sea en la curación de fístulas urinarias, sea por cualquier otro motivo, es condición indispensable que el material de sutura que se emplee sea completamente reabsorbible, ya que, de lo contrario, los puntos de sutura pueden ser el núcleo sobre el que, depositándose las sales calcáreas, den lugar a la formación de cálculos más o menos grandes.

Cuando se practican suturas, sean de la clase y en el lugar que se quiera,

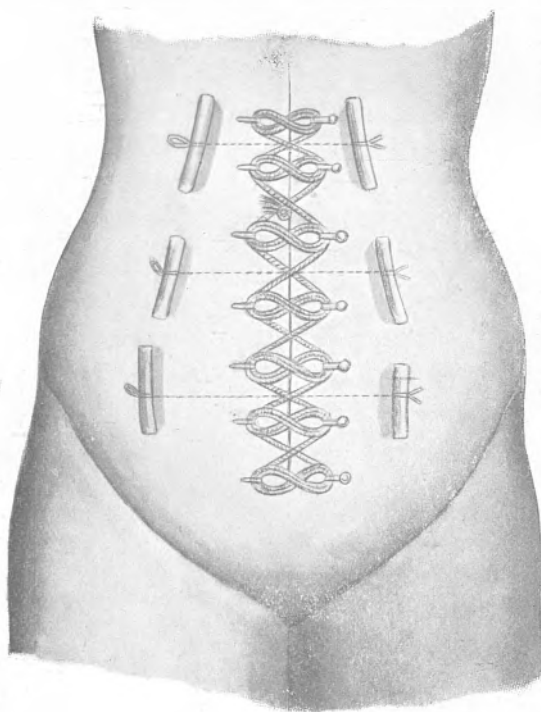


Fig. 124.

Sutura entortijada de la piel y profunda entrecortada.

con material reabsorbible, no hay que hacer indicaciones sobre el tiempo de la permanencia, ya que por sí mismo desaparece el cuerpo extraño; en mujeres obesas, en catarrosas y en todas aquellas en las que se teme que los esfuerzos puedan llegar a hacer flaquear los puntos de sutura, consideramos buena técnica el aplicar dos o tres puntos entrecortados con seda o con crin de Florencia.

Los hilos metálicos, los de crin de Florencia y los de seda, deben ser extraídos a los seis, ocho o doce días de practicada la sutura, según cuál sea

la región en que ésta se practique; deben tenerse en cuenta, sin embargo, las condiciones especiales de la enferma, para evitar que una extracción prematura de los puntos de sutura, pueda ser causa de reapertura de la herida suturada.

No es infrecuente que a lo largo de los puntos de seda o crin de Florencia que atraviesan la piel, se deslicen agentes microbianos que ocasionen pequeñas supuraciones. En este caso, deben extraerse prontamente los hilos y hacer la cura con tintura de yodo, sustituyendo por medio de tiras de tafetán la acción unitiva que los puntos de sutura producen.

DE LA ANESTESIA

La supresión del dolor puede alcanzarse para las operaciones ginecológicas con los diferentes métodos de anestesia: local, regional, raquidiana, sacral, paravertebral, general por inhalación o rectal y la narcoanestesia.

La anestesia local tiene limitadas indicaciones en Ginecología, dada la naturaleza especial de las afecciones del aparato genital femenino. Con ella se han practicado laparotomías infra-umbilicales, medias o lateralizadas, sin que la enferma aqueje dolor de ninguna especie al hacer la incisión de los planos del abdomen, pero como quiera que la apertura del vientre es sólo el primer tiempo de las operaciones ginecológicas por vía abdominal, si el objeto que obliga a la intervención laparotómica no es una tumoración quística libre, perfectamente movable y fácilmente extirpable, los tiempos sucesivos de la operación resultan dolorosos, y por ello no creemos que pueda generalizarse este método de anestesia, y si sólo utilizarlo en contadísimos casos, más para demostrar la eficacia de la anestesia local en operaciones abdominales que como indicación de verdadera utilidad.

Las manipulaciones intra-abdominales, lo mismo en las histerectomías que en las salpingectomías y demás operaciones que exigen la extirpación total o parcial de órganos, son altamente deprimentes del ánimo de la enferma cuando se da cuenta de la importancia del acto quirúrgico que se viene realizando; estando el sensorio perfectamente claro, puede influir de modo pernicioso, ya por acción moral, ya por movimientos o perturbando la marcha segura de la asepsia.

La anestesia local en operaciones de menor importancia, cual es la de Alexander Adams, puede utilizarse sin inconvenientes de la categoría de los arriba mencionados, pero la infiltración extensa que con las soluciones anestésicas se produce en el tejido celular, dificulta la captura de los ligamentos redondos, haciendo que resulte compleja una operación de la sencillez que tiene ordinariamente el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos; por otra parte, la tracción de éstos, una vez aislados, resulta muy molesta, habiendo tenido que recurrir en alguna ocasión a las inhalaciones de cloroformo para terminar el acto operatorio.

En operaciones vaginales, tales como la elitrorrafia anterior y la colpo-perineorrafia, pueden utilizarse las soluciones de novocaína, de estovaína y

aun de cocaína, y con ellas realizarse la operación con ausencia absoluta de dolor, pero si en cualquiera de estas operaciones hay que despegar o empujar hacia arriba órganos que se hallan más o menos interesados, como ocurre con la vejiga en los descensos vaginales, la anestesia no resulta completa, a menos de usar repetidas y abundantes dosis de las soluciones anestésicas, que no pueden ser consideradas como inocuas ni desde el punto de vista de la cicatrización, ni aun tampoco por la cantidad de medicamento anestésico que puede ser absorbido. Hemos hecho bastantes veces la elitorrafia anterior con anestesia local, y si bien la sección de la vagina y la extirpación del colgajo sobrante de pared anterior de este órgano se ha realizado sin dolor alguno, el acto de empujar la vejiga hacia arriba hasta hacerla desaparecer del campo operatorio, ha resultado siempre doloroso para la enferma. Es, sin embargo, una de las operaciones en que mejores resultados hemos obtenido con la anestesia local.

Freund, Losinski y Vagner han empleado este medio en fístulas vésico-vaginales, y nosotros, siguiendo su ejemplo, lo utilizamos alguna vez en casos sencillos.

Lo mismo podemos decir de la colpo-perineorrafia, si bien la adherencia íntima esclerósica que se forma en estas enfermas entre la pared anterior del recto y la posterior de la vagina hace que las soluciones anestésicas no penetren con facilidad en ese tejido cicatricial y resulte la anestesia local no tan completa como fuera de desear.

En operaciones en el cuello del útero, así como en la operación de la legración uterina, la anestesia por infiltración resulta impracticable y las soluciones de cocaína, estovaína, etc., no deben usarse inyectadas en el interior de la cavidad del útero, porque su acción resulta, en unos casos insuficiente, y en otros, por penetración a lo largo de la trompa y caída en la cavidad peritoneal, peligrosa por las facilidades de absorción y de infección.

Siendo la novocaína siete veces menos tóxica que la cocaína y tan anestésica como ella, el uso de esta última substancia se ha excluido casi en absoluto; la inocuidad que algunos suponen en la novocaína no es absoluta; Balzer observó un caso de muerte después de una inyección de 3 c. c. de una solución al 2 por 100. Morian cree que el riñón puede alterarse fácilmente con la entrada en el torrente circulatorio de la novocaína, pero experimentos hechos por Flory en conejos permiten afirmar que aún a dosis superiores de 25 centigramos no se producen alteraciones químicas en la orina de los animales sujetos a la experimentación.

La acción tóxica de la novocaína no puede, sin embargo, negarse, ya que son varias las observaciones publicadas demostrativas de la misma. Las soluciones débiles al medio por 100 permiten llegar a dosis de 1,25, 1,50 y hasta 2 gramos en mujeres de complexión regular.

Es muy conveniente usar las soluciones cuidadosamente esterilizadas. Con objeto de no alterar la suprarrenina, es conveniente adicionar esta substancia, después de haber hervido la solución de estovaina y en caso de utilizar pastillas en las que vaya ya asociada la novocaína a la adrenalina, es preciso añadir tres gotas de ácido clorhídrico a la solución antes de proceder a su esterilización; con la adición de esta pequeña cantidad de ácido la suprarrenina no se altera.

Como técnica para la anestesia local en ginecología damos la preferencia al empleo de grandes cantidades de soluciones débiles que permiten sean alcanzados por el agente anestésico todos los filetes nerviosos del campo operatorio. En la actualidad sólo usamos la novocaína en solución al medio por ciento en suero fisiológico (7 por 1000) a la que se añaden 8 ó 10 gotas de solución al milésimo de adrenalina. La cantidad que puede inyectarse de esta solución varía según la operación y probable duración; teniendo en cuenta que puede llegarse a administrar la dosis de 1,5 gramos de novocaína se puede dar hasta 300 gramos de inyección.

Recordando lo que hemos dicho anteriormente respecto a los inconvenientes que tiene esta clase de anestesia en operaciones abdominales ginecológicas, sólo consideraremos como susceptibles de esta clase de anestesia las intervenciones que por su fácil realización permitan suponer un tiempo muy breve en su ejecución; así quistes del ovario pediculados en los que después de la abertura indolora del vientre puede inyectarse en el pedículo una pequeña cantidad de solución anestésica que permita cortarlo sin dolor; en tumores de la pared abdominal y en casos de flemón pelviano de fácil acceso por el abdomen.

Se ha recomendado por Webster y Frey el uso de la anestesia local en laparotomías como tiempo primero de la misma, para seguir luego con algunas inhalaciones de éter, considerando esta técnica como libre de toda clase de peligros; creemos que la asociación de ambas anestесias como procedimiento de elección no significa más que complicar a propósito la técnica.

En las operaciones vaginales debemos hacer una distinción fundamental según se trate de operaciones en las que la cavidad del peritoneo no debe ser abierta y aquéllas como la histerectomía, esterilización por vía vaginal, etc., en las que hay que penetrar en la cavidad del vientre.

Para la anestesia local en las primeras como la colpografía anterior se inyectan unos 30 c. c. de la solución de N. A. al medio por 100 por tres puntos rodeando al meato urinario y luego otros treinta entrando la aguja por dos puntos de la línea media, uno inmediatamente por debajo del cuello uterino y otro a la mitad de la distancia comprendida entre meato urinario y fondo de saco anterior.

Estas mismas inyecciones y análogas cantidades se emplean en el primer

tiempo de la operación de interposición para la cura del prolapso uterino. Como quiera que en esta operación se debe asimismo practicar una reconstitución del plano perineal es necesario inyectar lateralmente y a la profundidad del elevador del ano de 20 a 25 gramos más de la solución y otros 10 superficialmente en la región del periné para poder hacer de modo indoloro la colpo-perineorrafia.

Para las operaciones sobre el cuello del útero tales son las traquelorrafias amputación bicónica, escisión de la mucosa por el procedimiento de Schöreder, débense inyectar en los tejidos parametrales unos 20 c. c. de la solución de N. A. para dejar insensibles todos los ramillos nerviosos que forman el plexo pericervical; es buena práctica inyectar 15 c. c. en cada lado y otros 10 en los fondos cérvico vaginales anterior y posterior.

Para la dilatación del cuello uterino en los casos de estenosis y también en las escisiones de prueba puede bastar hacer embrocaciones con una solución de novocaína al 2 por 100.

La inyección intracavitaria de una solución de novocaína ya hemos dicho que la consideramos llena de inconvenientes para la práctica de la legración uterina y si existen restos en estado de descomposición dentro de la cavidad del útero estos inconvenientes se convierten en decisiva contraindicación por los peligros de peritonitis que existen si siguiendo el camino de las trompas arrastra el líquido inyectado, productos sépticos dentro de la cavidad pelvi peritoneal.

En los casos de carcinoma cervical en los que antes de la aplicación del radio se debe hacer una legración y cauterización profunda la inyección de 20 c. c. de solución de novocaína adrenalina en los parametrios puede ser ventajosa desde el punto de vista analgésico.

En las operaciones vaginales en las que se debe abrir la cavidad peritoneal, la anestesia local ha sido empleada con la siguiente técnica: en los casos de histerectomía se inyectan por seis puntos distintos alrededor del cuello 20 c. c. de la solución al medio por 100 y si hay que hacer incisiones liberatrices para tener más campo, se inyectan otros 40 gramos en la pared vaginal lateral y otros 20 en la región correspondiente de la vulva hasta la que debe llegar la incisión de Schauta; una vez basculado el útero o sacado fuera de la cavidad pelviana hay que inyectar otros 10 centigramos de la solución en la parte correspondiente a los ligamentos infundíbulo pelvianos para poder hacer su sección y ligadura sin dolor: con el objeto de no perder tiempo pueden practicarse estas inyecciones en los ligamentos infundíbulo pelvianos antes de ligar las arterias uterinas y las de los ligamentos redondos.

En los casos de inflamación anexial subaguda la contraindicación de este modo de anestesia es absoluta.

Para practicar la castración por vía vaginal, así como para hacer la ligadura y sección de las trompas con el objeto de esterilizar a la mujer y en

los casos de gestación ectópica operada por esta vía, puede seguirse una técnica algo semejante a la anteriormente descrita, pero el número de punciones y la cantidad de líquido que se inyecte debe ser mucho menor.

El número de observaciones recogidas por H. Thaler y publicadas en el *Handbuch der Biologie und Pathologie des Weibes*, pág. 893, tomo II, asciende en los casos en que hubo necesidad de abrir la cavidad del vientre a 258, de las que en 171 la anestesia fué completa y pudo terminarse la operación sin inhalación alguna en tanto que en 87 casos hubo necesidad de dar una cantidad mayor o menor de anestésico general.

Estas cifras son una confirmación de nuestra opinión expuesta al principio de este capítulo al considerar de limitada indicación esta clase de anestesia en Ginecología, pues las condiciones especiales de la región no permiten llegar en gran número de casos a la seguridad de poder operar sin dolor, a menos de recurrir a la cooperación de anestésicos generales.

Anestesia troncular: En sustitución de la anestesia por infiltración de los parametrios hemos utilizado en algunos casos de operaciones vulvo-perineales y en desgarros completos de periné, la anestesia de los troncos pudendos internos siguiendo una técnica parecida a la que hemos visto luego emplear a Sellheim y a Immer. Al principio usábamos una solución de estovaina al 5 por 100 de la que inyectábamos unos 5 ó 6 gramos. En la actualidad preferimos la inyección de una solución al 1 por 100 de novocaína, a la que se añaden diez gotas de solución de adrenalina al milésimo; con una aguja de unos 12 a 15 centímetros de largo, que se introduce cerca de la tuberosidad del isquión, se llega a su cara interna y penetrando en la fosa isquio-rectal se conduce guiada por el dedo introducido en el ano hasta la espina ciática, depositándose lentamente y a medida que la aguja va retirándose unos 20 c. c. de la solución anestésica mencionada.

Es este un medio de anestesia local al que recurrimos raramente porque aparte de las dificultades técnicas que ofrece, en varios casos no hemos logrado la completa anestesia deseada y hemos tenido que recurrir a las inhalaciones de éter o cloroformo para terminar la operación.

Anestesia lumbar.

En todas las operaciones ginecológicas, tanto las de vía vaginal como de vía abdominal puede ser empleada la anestesia por inyección lumbar; la desaparición del dolor se logra de modo completo si la cantidad de anestésico empleado ha sido suficiente y si la inyección ha penetrado bien en el espacio subaracnoideo; las raíces sensitivas y motoras de los nervios medulares que quedan envueltas por la solución anestésica interrumpen su conductibilidad; las sensitivas en su totalidad, las motoras en grado distinto según el agente

empleado; así la estovaina tiene más acción que la novocaína sobre los nervios motores y ésta más que la tropococaína.

Si se tiene en cuenta la disposición del espacio subaracnoideo en relación con la emergencia de los pares lumbares y sacros por los agujeros vertebrales se ve lo difícil que es herir la médula con la aguja de la inyección, si no se va más arriba del 1.º ó 2.º espacio intervétreo lumbar.

La zona anestesiada alcanza por difusión además de la parte inferior del cuerpo, la porción inferior del tórax, debiendo procurarse por medio de una técnica apropiada que no alcance más arriba la zona anestesiada.

Las sustancias que se emplean para la anestesia lumbar son la estovaina y

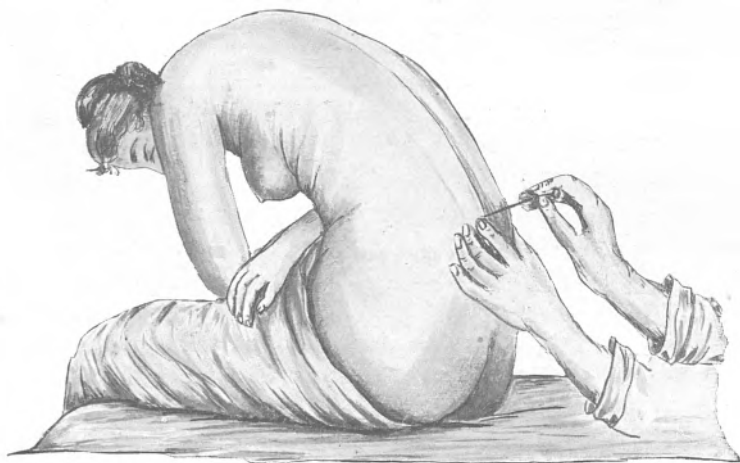


Fig. 125.—Técnica de la punción lumbar.

la novocaína; la tropococaína, cuyo poder anestésico sobre los nervios sensitivos es mayor que la de aquellas sustancias y cuya acción paralizante motora parece ser menor, va entrando en la práctica ginecológica porque puede darse en mayor concentración y, por tanto, con menor inconveniente de aumentar la presión intra-raquídea a la que muchos autores atribuyen algunos de los accidentes acaecidos con esta clase de anestesia.

En algunas clínicas como las de Franz, Bier, Kroenig, Gaus, Schlimper, etc., han sustituido casi en absoluto la anestesia general por la lumbar; entre nosotros debemos citar como grandes partidarios de este método de anestesia a Sagarra, de Valladolid, Gómez Ulla, Otero, etc.

Si echamos una ojeada a las cifras de mortalidad que por anestesia lumbar se hallan en las grandes estadísticas publicadas por Bier, Franz, Kronig, Strauss, etc., recogidas por Zweifel hasta el año 1919 en un total de 42.754,

hubo 47 casos de muerte o sea casi un 11 por 1000 lo cual indica que si bien las cifras de los últimos años han mejorado notablemente, sobre todo desde el empleo de la tropococaína, no deja de ser este un medio que ofrece, como todos los anestésicos, algún peligro de mortalidad. Es cierto que hay estadísticas como la de Kroenig que en 2.542 casos de anestesia lumbar no ha habido un solo caso de defunción, pero es asimismo digna de ser citada la estadística de los hermanos Mayo de Rochester, que en 20.000 anestesiadas por éter no han tenido ningún caso mortal.

Nosotros seguimos, a pesar de todo, creyendo que un medio cualquiera que llega a suprimir las funciones sensitivas por acción sobre los centros nerviosos lleva aparejado una cantidad de peligro que, aun reduciéndolo a una expresión mínima, algo representa y que para juzgar de su valor hay que recoger cifras muy numerosas pertenecientes a gran número de operadores.

En la anestesia lumbar el peligro existe en sobrepasar la dosis y en que la acción anestésica remonte a la región cervical alta; lo primero es fácilmente evitable no sobrepasando las cantidades que una experiencia ya muy numerosa ha señalado como dosis soportables, y lo segundo no verificando la punción más arriba de la columna lumbar y no permitiendo que la mujer adopte el decúbito supino hasta que hayan pasado cuatro o cinco minutos de la inyección. Pasado este espacio de tiempo no hay inconveniente alguno en colocar a la enferma en posición horizontal.

Para utilizar esta clase de anestesia es conveniente preparar a la enferma desde el día anterior, tanto si se usa la novocaína como la estovaína o la tropococaína. Por la noche del día anterior a la operación, se le suministrará un gramo de veronal, y por la mañana, unas tres o cuatro horas antes de la operación, medio gramo más, y una hora antes de la inyección raquidiana se le dará una inyección de un centigramo de morfina. Esta preparación es de gran utilidad, no sólo para el momento operatorio, sino también para después de la intervención quirúrgica; es muy frecuente con la anestesia raquidiana que se quejen las enfermas después de la operación de fuertes dolores de cabeza, que duran, a veces, varios días; estas jaquecas han sido atribuidas al aumento de la presión del líquido céfalo-raquídeo por la adición del contenido de la inyección, pero ello no se ha confirmado, porque en muchos casos en los que se ha extraído mayor cantidad de líquido que el que se inyectó como anestésico, los dolores han existido con igual intensidad; con la estovaína parecen ser mayores las jaquecas que con la novocaína y tropococaína, pero en nuestra experiencia personal hemos hallado como el mejor medio para disminuir las probabilidades y la intensidad de las mismas, el tener sentada a la mujer después de la inyección algunos minutos más de los que comúnmente se indican, y aun en las operaciones abdominales no colocar a la enferma en posición de Trendelenburg hasta tener el abdomen abierto y colocadas las gasas y paños que protegen el campo operatorio.

La técnica a seguir es la siguiente: Colocada la enferma sentada en el borde de la cama de operaciones, se la fuerza a que doble el tronco hacia adelante, en la forma que indica la figura número 125, y de este modo es fácil hallar a los lados de las apófisis espinosas el espacio correspondiente entre la 1.^a y 2.^a o entre la 1.^a y 3.^a vértebra lumbar; con un trocar aguja, de unos 10 ó 12 centímetros de longitud, se introduce de golpe en el espacio intervertebral, previa la desinfección cuidadosa de la región; al entrar la aguja en el espacio subaracnoideo, salen unas gotas del líquido céfalo-raquídeo, y entonces se adapta la jeringa que se halla previamente cargada de la solución anestésica, y se aspiran unos dos o tres gramos del líquido raquídeo, que, al entrar en la jeringa, se mezcla con la solución anestésica; apriétase el émbolo y se inyecta el contenido de la jeringa, volviendo a hacer nueva aspiración para que se mezcle más íntimamente el anestésico y el líquido céfalo-raquídeo, terminando la operación con la total inyección del líquido así mezclado.

La cantidad de líquido que se inyecta es de 2 a 3 gramos de solución salina fisiológica, que llevan disueltos de 4 a 7 centigramos de estovaina, adicionada con 5 gotas de solución de adrenalina al milésimo; si se emplea la novocaína, pueden inyectarse hasta 15 centigramos, y cuando se usa la tropococaína la dosis anestésica es de 4 a 5 centigramos, disueltos en solución salina al 5 por 100.

Las dosis en las operaciones sobre la vulva y vagina deben ser algo menores que en las que se practican por el abdomen y en éstas no deja de tener algunos inconvenientes el tener que colocar a las enfermas como es tan general en Ginecología en posición de Trendelenburg. Es conveniente que no se coloque a la mujer con la pelvis elevada hasta tanto que transcurridos unos diez minutos de la inyección haya pasado el peligro que el líquido inyectado se corra a la región cervical de la médula.

Hemos dicho que todas las operaciones ginecológicas pueden ser practicadas con esta clase de anestesia, pero ello no quiere decir que no existan algunas contraindicaciones; tales son los estados psicóticos en los que el conservar la enferma la lucidez del sensorio, puede por su estado de agitación ofrecer dificultades al operador. Las alteraciones de la columna vertebral, tales como la cifosis y escoliosis así como la existencia de espina bífida o sospecha de la misma, constituyen positivas contraindicaciones. La existencia de procesos infectivos en las cercanías del punto donde debe realizarse la punción es también contraindicación digna de ser tenida en cuenta.

La posibilidad de producirse por la inyección lumbar un estado de meningitis espinal, no puede ponerse en duda, así pues, es preciso llevar las precauciones de la asepsia a los límites más extremos; es preciso operar con las mismas precauciones que para cualquier operación en el cerebro o en la médula. Nosotros hemos tenido ocasión de ver a una niña operada con anestesia lumbar que a los diez meses de la operación se quejaba de dolores intensísimos

cerebro espinales que no pudimos atribuir más que a un estado de meningismo producido por una ligera infección iniciada después de la inyección lumbar.

R. H. Higgins y Casleman, consideran este medio muy ventajoso no sólo por su acción anestésica directa, sino por el modo como se reponen luego las enfermas: según estos autores, la anestesia general por inhalación produce una debilitación del músculo cardíaco que el que se observa en la anestesia raquídiana y, por otra parte, la acción del anestésico sobre el área del simpático es nula, lo que permite una defensa orgánica mayor.

Anestesia extradural.—La inyección de una solución de cocaína al 1 por 100 por el hiato sacro, ha sido empleada por primera vez en 1903, por Cathelin, y fué este procedimiento ensayado luego y perfeccionado por Taíper, Reclus, Lavoén, en diversas operaciones pelvianas; por Hockel en el parto, y por Krönig y Schlimpert, en operaciones en los genitales externos.

La zona que con relativa seguridad puede quedar anestesiada con la inyección en el hiato sacro de 20 c. c. de una solución de novocaína al 2 por 100 asociada, según la práctica Gros, con una pequeña cantidad de bicarbonato sódico, es la que se halla inervada por los nervios procedentes del plexo cóxigeo, y además, los nervios viscerales procedentes de los tercero y cuarto par sacro, cuyas ramas se distribuyen por el recto, vejiga y vagina. Según Hirshel, quedan asimismo interrumpidas a menudo la inervación del glúteo y del ciático menor.

La zona anestesiada permite operar desgarros de periné, hemorroides, cánceres de vulva, colpocelos, etc.: los pocos casos que tenemos en nuestra práctica, de anestesia por este método, no han confirmado estas aseveraciones a pesar de que hemos asociado a su empleo la inyección previa de 2 centigramos de morfina y las tomas de veronal de que hemos hecho mención al hablar de la preparación de la enferma antes de practicar la anestesia lumbar.

La técnica de este método de anestesia es la siguiente: se utiliza una jeringa de 20 c. c. de cabida, perfectamente esterilizada por ebullición en una solución de cloruro de sodio, provista de una aguja de unos 10 centímetros de longitud; se busca por palpación los pequeños tubérculos situados en la base del triángulo que forma la hendidura sacra; se atraviesa la membrana sacra con la aguja y se hace avanzar ésta lentamente a lo largo del canal sacro hasta introducirla unos 6 ó 7 centímetros, con lo cual, descontado el grosor de la

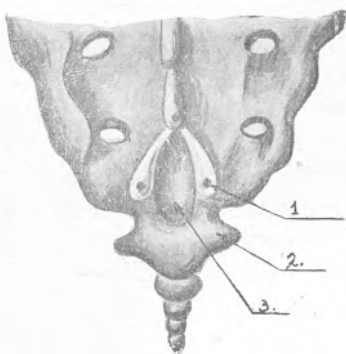


Fig. 126.—1. Tubérculo sacro.—2. Tubérculo cóxigeo.—3. Hiato sacro.

piel, tejido célula-adiposo, etc., se puede calcular en 4 ó 5 centímetros la porción de aguja introducida en dicho canal. Antes de inyectar la solución anestésica conviene hacer una ligera aspiración con la jeringa, la que no debe

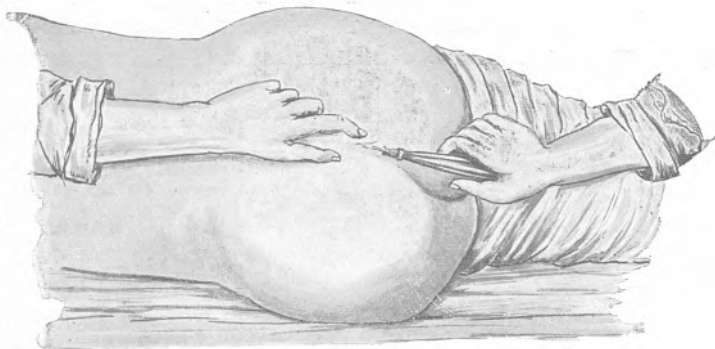


Fig. 127.

Colocación de la enferma para la introducción de la aguja en el hiato sacro.

dar salida a líquido céfalo-raquídeo, ya que ello significaría que la aguja ha penetrado dentro de la cavidad meníngea, y como quiera que la dosis de anestésico que se emplea en la anestesia epidural es grande, el inyectarla dentro del espacio subaracnoideo, puede ser causa de graves accidentes. Se empuja el émbolo de la jeringa con mucha lentitud, tardando unos dos minutos en inyectar todo el líquido.

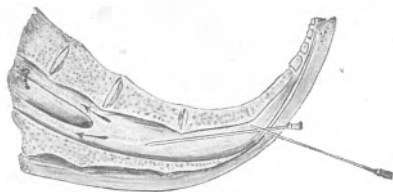


Fig. 128.

Las agujas en el espacio extradural.

La anestesia se presenta en un tiempo que varía entre diez y veinticinco minutos, y dura, en los casos en que se realizó bien, de una y media a dos horas.

En algunos casos, principalmente en mujeres obesas, resulta difícil encontrar el canal sacro.

Según Krönig, la inyección de la solución en una vena del canal sacro, puede dar lugar a trastornos respiratorios que hagan necesaria la respiración artificial.

Anestesia paravertebral y parasacra.

Sellheim en 1906 propuso anestesiarse las raíces de los nervios a su salida de la columna vertebral. Lawen en 1908 y Finsterer y Kappis en 1911 emplearon este método perfeccionándolo para practicar distintas operaciones en el cuello,

tórax y abdomen. Para las operaciones que corresponden a la Ginecología es preciso llevar el agente anestésico a las raíces de los últimos nervios dorsales y nervios lumbares, pero como quiera que el territorio inervado por los sacros no alcanza la anestesia deseada, en muchas operaciones vagino perineales, Braun ha propuesto y llevado a cabo la inyección anestésica en el punto de emergencia de los nervios sacros llevando allí por medio de una aguja de suficiente longitud la solución anestésica, combinando la anestesia paravertebral con la parasacra.

La interrupción de la corriente nerviosa en las proximidades de la salida de los nervios espinales ofrece algunas dificultades técnicas que soluciona Siegel inyectando una gran cantidad de la solución anestésica (llega hasta 600 c. c. de una solución de novocaína al medio por 100); Kappis no inyecta más que 5 c. c. de una solución al uno y medio por 100 de novocaína con cinco gotas de solución al 1 por 1000 de adrenalina; Lawen inyecta 10 c. c. de una solución de novocaína al 1 por 100;

utilizando todos ellos el método de preparación con veronal y morfina descrito en la anestesia lumbar. En los esquemas que representan las figuras 129 y 130 se ven los puntos por donde penetran las agujas para la anestesia paravertebral y parasacra y aun cuando dice Siegel que sobre 1000 casos de esta anestesia combinada ha alcanzado en un 70 por 100 de casos la anestesia completa creemos el método de difícil realización y de peligros superiores a los que representa la anestesia general y la lumbar ya que las dosis a que llega Siegel (3 gramos de novocaína) las juzgamos peligrosas.

Braun para la inyección sacra se vale de una aguja de 15 centímetros de longitud, la que introduce por el borde del coxis hasta una profundidad de unos 13 centímetros para alcanzar el primer nervio sacro y de 10 a 11 para el segundo, 7 a 9 para el tercero y de 5 a 6 para los últimos; en cada sitio

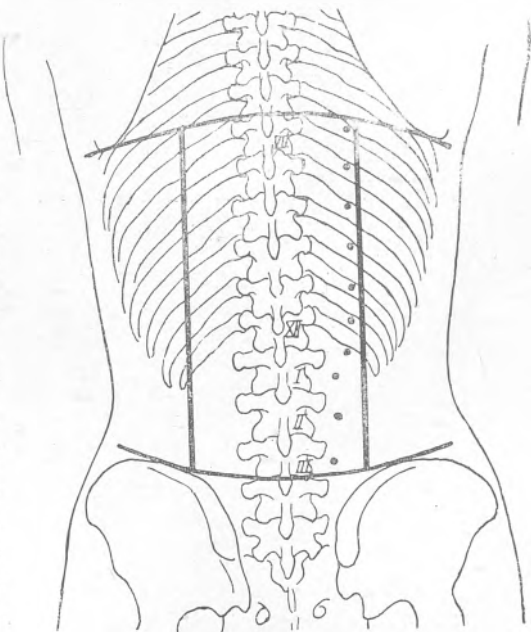


Fig. 129.—Puntos de penetración de la aguja en la anestesia paravertebral.

deposita de 5 a 7 centímetros cúbicos de la solución al 1 por 100 de novo-

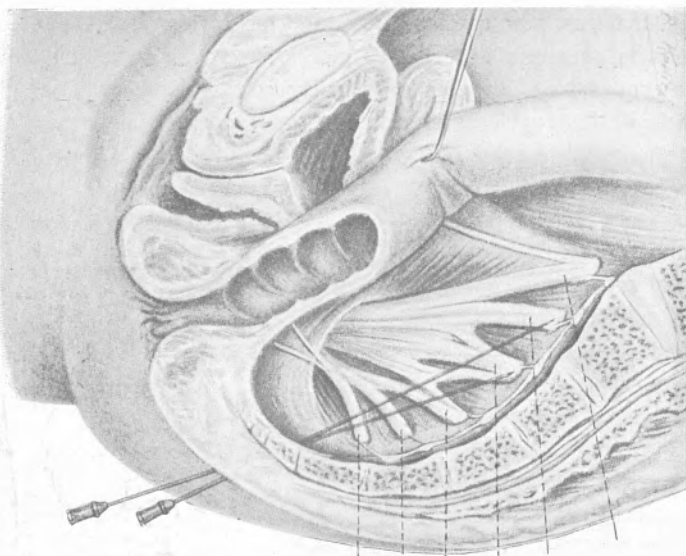


Fig. 130.—Penetración de las agujas en la anestesia parasacra.

caína de modo que en conjunto no pasa de 5 a 30 centímetros cúbicos en cada lado.

Anestesia general.

Practicase con éter, cloroformo, mezclas anestésicas de éter, cloroformo, alcohol purísimo, etc., etc. No he de entrar en consideraciones sobre las ventajas de un anestésico comparado con los demás; creemos que puede obtenerse una anestesia, si no en absoluto exenta de peligros, casi del todo inocua si los agentes anestésicos que empleamos y el anestesiadador son buenos. Tenemos el firme convencimiento que la inmensa mayoría de los accidentes anestésicos que se presentan, son debidos a distracciones del que anestesia o a impurezas del medicamento.

Aun cuando los ingleses y norteamericanos utilizaban el éter con preferencia, puede afirmarse que hasta estos diez últimos años en la inmensa mayoría de las clínicas europeas era el cloroformo el anestésico general más comúnmente empleado; la mortalidad que en las grandes estadísticas viene a demostrar un caso de muerte entre cada 2.000 operados y en especial el estudio hecho en animales y las observaciones de la acción paralizante que ejerce sobre el corazón por la acción que sobre los mismos ganglios cardíacos ejerce y la frecuencia de accidentes secundarios que se observan después de la

anestesia con este agente, tales son los vómitos repetidos, las degeneraciones agudas de hígado y riñones así como la disminución de las oxidaciones celulares con la natural disminución de las resistencias orgánicas, ha hecho que fuera sustituido este agente, bien por el éter o por mezclas anestésicas en las que el cloroformo representa sólo una pequeña parte.

Para disminuir en lo posible los accidentes clorofórmicos es conveniente asociar a los vapores de cloroformo una cantidad mayor o menor de oxígenos y para ello pueden emplearse diversos aparatos; casi siempre utilizamos nosotros para la anestesia clorofórmica el sencillísimo aparato que se ve en la figura 131. Tiene como ventaja extraordinaria la de poder dar a la enferma al tiempo que los vapores anestésicos, oxígeno en cantidad suficiente para contrarrestar la acción anhematósica del agente anestésico, y además las ventajas de la sencillez y de la facilidad con que en todas partes se pueden encontrar sacos de oxígeno para ser utilizados con este aparato.

Además del juego de válvulas dispuestas de modo que los vapores aspirados van directamente a la mascarilla y los espirados al exterior, tiene este aparato un tubo metálico provisto de una espita por la que se deja penetrar, a voluntad, bien el aire exterior, bien el oxígeno, para lo cual se pone en conexión con el tubo de un aparato lavador de los que poseen los balones de oxígeno que se encuentran en todas las farmacias.

Es indudable que en Clínica los aparatos complicados como el de Krönig, que utilizan el oxígeno comprimido en tubos de gran resistencia pueden ser utilizados con relativa facilidad; pero en la práctica particular la sencillez de manejo de un aparato es un factor de primer orden para su generalización y empleo. A esta categoría pertenece el aparato anestesiador del doctor Alsina,

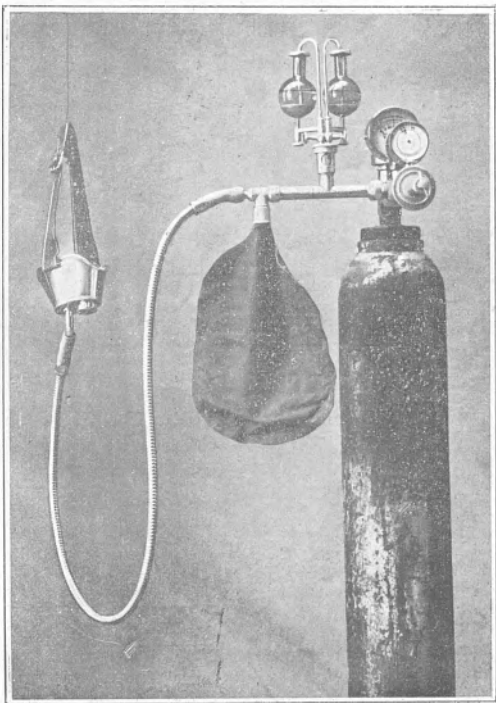


Fig. 131.
Aparato anestesiador de Alsina (Buenos Aires).

de Buenos Aires, representado en la figura 132, cuyo mecanismo de funcionamiento puede comprenderse al simple examen del esquema representado en la figura 133. En la visita que hizo a nuestra clínica de la Facultad hace pocos meses pudimos verle funcionar y debemos hacer justicia a sus excelentes condiciones, pues a la economía de anestésico une la de producir por la exacta mezcla con oxígeno una narcosis y un despertar tranquilos después de la operación sin las perturbaciones del sensorio que tan a menudo se observan. Por otra parte, ha introducido una modificación que lo hace fácilmente utiliza-

ble en la práctica particular, que es la sustitución del gran tubo de oxígeno difícil de transportar por uno pequeño, muy manejable como el que se utiliza para la inyección de oxígeno en el pneumo-peritoneo.

Con nuestro sencillísimo aparato de anestesia también se logra graduar de modo bastante exacto la entrada de los vapores anestésicos y la del oxígeno, estando pendiente el anestesiador de los fenómenos, respiración y funcionamiento cardíaco, que son la base de la observación para evitar los accidentes anestésicos. Nuestro aparato se maneja con una sola mano; el examen de sus válvulas y por lo tanto, del ritmo

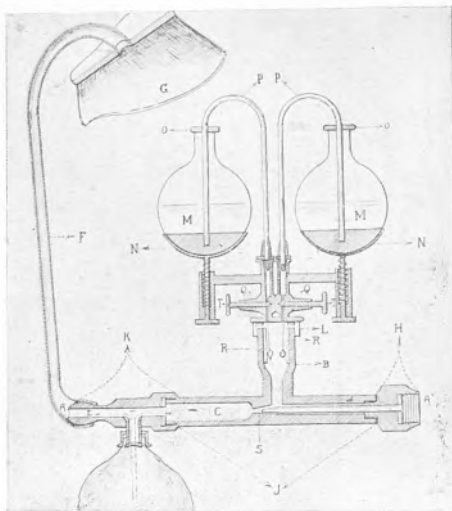


Fig. 132.
Esquema del aparato anestesiador de Alsina.

respiratorio de la enferma anestesiada, se hace del modo más sencillo con la vista: una mano sostiene el aparato aplicado a la cara de la enferma, la otra mano queda libre para tomarle el pulso constantemente y anotar la más pequeña variación que así en tensión como en regularidad se presente.

Permaneciendo regulares respiración y pulso, no hay posibilidad de accidentes anestésicos inmediatos: la fácil dosificación de la cantidad de anestésico empleada permite estar al tanto de los accidentes post-anestésicos que pueden presentarse; se tiene conocimiento seguro de la cantidad de agente que se ha utilizado durante una operación, y ello permite hacer un cálculo de las perturbaciones funcionales que sobre el riñón o sobre el hígado pueden presentarse por efecto de la misma anestesia.

El éter es, indudablemente, menos tóxico que el cloroformo, y los accidentes posteriores son también en menor número que con el cloroformo: el

inconveniente principal de su empleo está en la acción irritante que tiene sobre la mucosa respiratoria, que representa una contraindicación a su empleo en los casos de afecciones flogísticas de este aparato. La posibilidad de producirse *pneumonía* por efecto de este agente anestésico, ha sido reconocida desde el comienzo de su uso; algunos operadores, como el profesor Morales Pérez, de Barcelona, utilizan, para evitar la acción del frío, los vapores calientes de

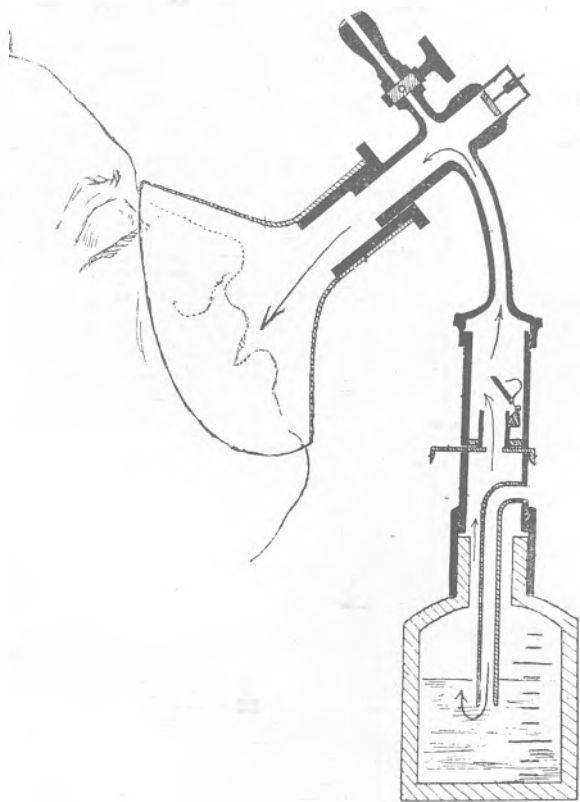


Fig. 133.—Aparato anestésico Recasens.

este anestésico, y son muchos los que utilizan como medio preservativo de esta acción *a frigore* inhalaciones de vapor de agua caliente, inmediatamente después de terminada la anestesia, colocando ante la boca y nariz de la enferma una esponja empapada en agua muy caliente. Nosotros creemos que a la menor señal de catarro en el árbol respiratorio, es preciso no emplear este agente, y cuando no hay inflamación alguna, los peligros de la *pneumonía* por éter son insignificantes.

El éter puede, asimismo, producir acción paralizante sobre el corazón y ser causa de síncope cardíaco, pero más frecuente es el síncope respiratorio; para que alguno de estos graves accidentes se produzca, es preciso un descuido del anestesiadador, que permita que llegue a la sangre una cantidad de anestésico que pueda inhibir las funciones cerebrales y las de la vida vegetativa por anulación de las actividades de los componentes de la sangre.

Las estadísticas de Kroenig acusan un caso de muerte entre 5.000 anestésias; las de W. Diver, uno entre 10.302, y las de los hermanos Mayo no acusan ninguna defunción en más de 20.000 anestésias por éter.

Nosotros hemos utilizado para la anestesia con éter diversos aparatos, tales el de Juillard, Schimmelbusch, Kroenig, etc., pero desde hace dos años

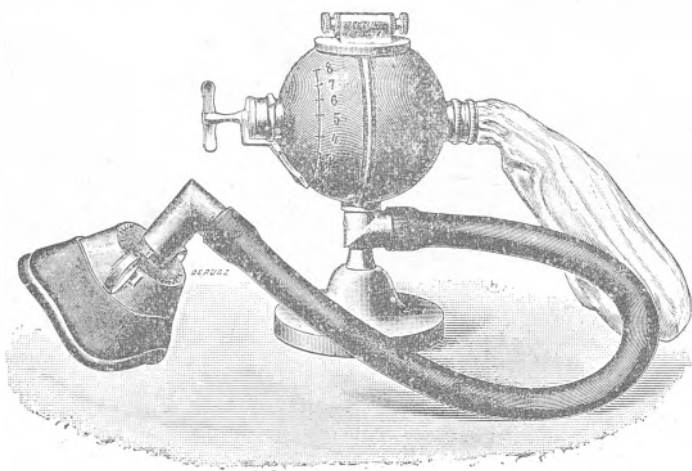


Fig. 134.—Aparato Ombredanne para la anestesia con éter.

usamos el aparato de Ombredanne, representado en la figura 134, que une a la facilidad de su empleo, el poder graduar de modo muy exacto la cantidad de anestésico que se emplea.

Se ha empleado en estos últimos tiempos la anestesia con éter inyectado por vía rectal, usando como vehículo el aceite de olivas o de almendras. Montoya y Flórez, en el *Surg. Gyn. and Obs.*, de marzo de 1917, lo combaten, asignándole los siguientes inconvenientes: 1.º Si bien el sueño es tranquilo, profundo y de duración proporcional a las dosis empleadas, esta dosificación resulta difícil de hacer. 2.º Produce, con frecuencia, diarrea y enterorragia, resultado de la irritación de la mucosa rectal. 3.º La morbilidad y mortalidad, después del empleo de este método, parece ser mayor que con la anestesia por inhalación.

En América del Norte hemos visto emplear en algunas clínicas de ginecología el protóxido de ázoe o gas hilariante para pequeñas intervenciones, y aun

mezclado con oxígeno en la proporción de 4 a 1 para operaciones de larga duración. Reconociendo a este agente excelentes propiedades anestésicas para cortas operaciones, la dificultad de su manejo por el aparato que se necesita para aplicarlo, no nos permite recomendarlo, aparte que su acción es más peligrosa que la de el éter en operaciones de larga duración.

El cloruro de etilo se ha empleado también como anestésico general para operaciones de corta duración, pues a la rapidez con que se produce la anestesia, reúne la ventaja de desaparecer, asimismo, de modo rápido, su acción: preferimos a este agente el somnoformo, de cuyo empleo tenemos amplia experiencia.

El somnoformo es una mezcla de cloruro de etilo, bromuro de etilo y cloruro de metilo; su acción es rapidísima: en un espacio de tiempo de treinta a cuarenta segundos, la anestesia es completa y la relajación muscular absoluta; administrado con un aparato como el que representa la figura 135, se da en dosis de 5 c. c. y su acción es sólo de unos dos minutos de duración. Para pequeñas intervenciones ginecológicas es de gran utilidad, pues al despertar las enfermas pueden emprender al poco tiempo sus ocupaciones sin sentir trastorno anestésico alguno.

Siguiendo a Kroenig, que lo hacía con el cloroetilo, hemos, durante muchos años, empleado el somnoformo como tiempo preliminar de la anestesia clorofórmica o etérea: nos servía esta anestesia para suprimir el período de agitación, pero como en la actualidad, con el modo como se administra el éter, ésta es muy raro que se presente, hemos suprimido el somnoformo como agente primero de la anestesia, y sólo lo utilizamos en los casos de operaciones de muy corta duración.

Sea cual fuere el agente anestésico empleado, hay que procurar que el estado de anestesia dure el menor tiempo posible. Un medicamento que inhibe el sistema nervioso de la vida de relación en la forma que los anestésicos lo hacen, debe tener forzosamente una influencia no favorable para el funcionamiento total del organismo, y, en consecuencia, el tiempo que la enferma se halle en estas condiciones, debe procurarse que sea lo más corto posible. No debe comenzarse la anestesia hasta tanto que todo esté preparado para el acto operatorio, y en cuanto éste ha terminado debe procurarse que la enferma, por medio de aire, oxígeno, etc., recobre pronto el funcionalismo normal de su sistema nervioso. Las operaciones de larga duración entrañan siempre un peligro, no sólo por el acto operatorio en sí, sino por la anestesia.



Fig. 135.
Aparato para la administración del
somnoformo.

Narco-anestesia.— Con el objeto de evitar los peligros de la anestesia general y los inconvenientes de la raquidiana, se han empleado medios que, como la asociación de morfina con escopolamina, producen la desaparición del dolor por hipnosis. En nuestro Tratado de Obstetricia expusimos nuestra opinión sobre la narco-anestesia en el parto, y aquí, al tratar de operaciones ginecológicas, reiteramos nuestro consejo, contrario al empleo de este método.

Beates, en el *New-York Med. Jour.*, de enero de 1917, se hace el defensor de este medio, ya casi olvidado, exponiendo múltiples ventajas de su empleo, entre las cuales está el escasísimo peligro, y el que la enferma, al despertar después de seis o siete horas de realizada la operación, no tiene los sufrimientos intensos que experimenta al recobrar el sensorio después del empleo de la anestesia general. La acción que las dosis necesarias para alcanzar la narco-anestesia producen sobre el corazón, no nos permiten aconsejar su empleo.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Lección 41

Schock traumático.

A consecuencia de operaciones de larga duración y también en otras en las que la pérdida de sangre es muy importante, se produce un estado de inhibición de las funciones de la vida vegetativa, que puede llegar a producir la muerte. A esta casi detención de dichas funciones, cuya génesis ha sido interpretada de modo distinto, es a lo que se ha denominado shock traumático.

En realidad, se ha abusado de esta denominación, aplicándola a casos que no representan sacudida nerviosa de ningún género, sino falta absoluta de los elementos indispensables para que la vida continúe. Así, en operaciones en que la pérdida de sangre ha sido muy grande, o en que por un estado de hipoglobulia carecen los órganos del elemento indispensable para que su funcionalismo continúe, termina la vida, de la misma manera que se acaba la luz de un candil cuyo aceite se ha consumido.

Se ha dividido el shock en *primitivo* y *secundario*: primitivo, el que aparece en el curso de una operación o inmediatamente después de ella, y secundario, el que sobreviene días después. No nos atrevemos a negar la existencia del shock secundario, pero sí afirmamos que no hemos tenido ocasión de ver ningún caso, y que estimamos la inmensa mayoría de los así calificados, como resultantes de la acción tóxica tardía de los anestésicos o de una hemorragia interna sobrevenida días después de la operación.

La génesis del shock parece ser una inhibición de los centros medulares vasomotores, a consecuencia de la cual detiéndose la circulación, principalmente la visceral, y a la detención de la función circulatoria débense los trastornos tan graves que en la economía se producen.

Tienen una relación, asimismo, importante para la aparición del shock los traumatismos que interesan al plexo solar, así como también el enfriamiento que pueden experimentar las vísceras abdominales por su exposición al aire en una atmósfera que no esté lo suficientemente caldeada.

Los síntomas son: frialdad extraordinaria de la piel y de las mucosas, palidez grande del rostro, respiración sumamente superficial, pulso unas veces lento y lleno, pero más comúnmente muy débil y frecuente; el sensorio torpe, los ojos sin viveza alguna y la fisonomía sin expresión.

Los casos reputados como de shock traumático, en la descripción sintomática se asemejan tanto a los de la hemorragia secundaria, que a ellos podemos remitirlos.

En realidad, lo que nosotros hemos visto referente al shock traumático, corresponde al cuadro de una enferma, que no reacciona después del acto operatorio. En algunas ocasiones parece iniciarse una reacción; la enferma comienza a revivir para volver a caer nuevamente, hasta que la muerte en muchas ocasiones pone fin al proceso.

El diagnóstico debe principalmente establecerse con la hemorragia interna y con los accidentes anestésicos. Los antecedentes del acto operatorio y las condiciones en que se sabe que quedaron las partes, son las que pueden aclararlo y determinar en consecuencia la línea de conducta.

El tratamiento consiste en los estimulantes de toda especie: fricciones calientes, rodear a la enferma de una atmósfera caliente, posición declive del cuerpo con la cabeza más baja que el resto del organismo, inyecciones de aceite alcanforado y de cafeína, inyecciones de suero, y en los casos en que el shock sobrevenga después de unas pérdidas hemáticas abundantes, podemos tal vez en la transfusión de la sangre encontrar el remedio a este accidente.

Hemorragias secundarias.

Una de las complicaciones que más importancia tienen, después de las grandes intervenciones ginecológicas, es la *hemorragia secundaria*. Esta se produce o por no haberse hecho la hemostasia definitiva de modo completo, o bien por haberse soltado la ligadura de alguno de los pedículos vasculares.

Es buena práctica quirúrgica la de no practicar las ligaduras cogiendo una gran cantidad de tejidos. A ser posible, lo mejor es aislar el vaso principal para hacer la ligadura, y hacer una ligadura de conjunto por encima del vaso previamente ligado, como elemento de seguridad.

Excepcionalmente, puede la hemorragia secundaria aparecer por ser asiento de una infección alguno de los pedículos vasculares ligados, lo que puede dar lugar al desmoronamiento del coágulo obturador del vaso determinando la salida de sangre en abundancia. Este último mecanismo de hemorragia se produce en algunas ocasiones en casos de histerectomía vaginal, en que se ha verificado la hemostasia por forcipresión o por ligadura, y en los que una infección vaginal ascendente ha interesado los pedículos vasculares y consecutivamente a ello se ha producido el desprendimiento del coágulo y la hemorragia consiguiente.

En los casos de laparotomía, la hemorragia secundaria ofrece los caracteres de la hemorragia interna: enfriamiento considerable de la enferma, que no reacciona después de la operación o que habiendo reaccionado vuelve nuevamente

a enfriarse; el pulso se hace sumamente depresible y frecuente; existe un estado nauseoso; en algunas ocasiones esfuerzos de vómito agravan todavía la situación, y el decaimiento de fuerzas sigue una marcha progresiva hasta que la muerte viene a terminar el proceso.

En algunos casos, los síntomas de la hemorragia interna se detienen, la enferma reacciona más o menos completamente, pero recae más tarde con la misma gravedad inicial.

Cuando la hemorragia interna no es muy considerable, los síntomas son menos acentuados; pero muy frecuentemente la sangre derramada en la cavidad del peritoneo, sirve de líquido de cultivo a agentes microbianos, y lo que comenzó siendo accidente hemorrágico, se continúa bajo la forma de accidente séptico que, al generalizarse, produce la muerte de la enferma.

Muy frecuentemente, la hemorragia interna consecutiva a las intervenciones laparótomicas se ha confundido con el shock traumático, y son muchos los casos en los que se ha atribuido el desenlace fatal a shock, siendo así, que analizándolos bien, se ve que la muerte dependía única y exclusivamente del fenómeno hemorrágico.

Las hemorragias secundarias que aparecen después de operaciones vaginales, pueden presentar los mismos caracteres de la hemorragia interna post-laparotómica, pero muy a menudo, por la herida vaginal, sale la sangre al exterior; si aquella herida se había suturado, entre punto y punto de la sutura, es por donde se establece la hemorragia; cuando esta salida de sangre por la vagina tiene lugar, se mezclan los síntomas de hemorragia interna con los de hemorragia vaginal. Cuando no se ha practicado la sutura completa de la vagina, después de una operación por esta vía, la hemorragia puede ser francamente externa, alcanzando proporciones considerables si el vaso que queda abierto es una arteria uterina o útero-ovárica.

Las hemorragias por vagina después de una histerectomía tienen lugar generalmente a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas después de terminar la operación, al sacar las pinzas si es que se hizo la hemostasia por forcipresión, o a los ocho o diez días si el proceso sobrevino a consecuencia de la infección de un pedículo vascular.

En casos de carcinoma operado por vagina en que las alteraciones epiteliales han alcanzado la arteria uterina, puede sobrevenir una hemorragia intensa que ocasione la muerte de la enferma, cuando la curación parecía un hecho. La falta de resistencia de la pared arterial invadida por la neoplasia, explica perfectamente la aparición de una hemorragia formidable a los quince o veinte días después de practicada una histerectomía vaginal, hemorragia de intensidad tal que ocasiona la muerte de la enferma.

El diagnóstico de la hemorragia interna es fácil de hacer teniendo en cuenta en primer término los antecedentes que nos suministra el recuerdo de la

intervención operatoria, y en segundo término la marcha progresiva, aunque lenta, del fenómeno de sideración, que lo diferencia del shock traumático en que la inhibición funcional no presenta una marcha progresiva como en los casos de hemorragia, sino que se caracteriza por la falta inicial de la reacción después de la intervención operatoria.

En operaciones ginecológicas, ya hemos dicho que el shock traumático secundario es completamente excepcional y que el primitivo se presenta solamente en casos de operaciones de larga duración en los que ha tenido que manipularse extensamente en los intestinos y en los que por las malas condiciones del local puede haberse llegado a enfriar la enferma y a haberse inhibido las funciones esplánicas.

El tratamiento de la hemorragia interna post-operatoria, consiste en la reapertura del vientre, buscar el vaso que sangra, practicar la ligadura y hacer la hemostasia lo más cuidadosamente posible. Tenemos algunos casos en los que, por no vacilar ni un momento en cuanto al diagnóstico se ha hecho, en practicar esta intervención, hemos logrado salvar la vida de la enferma que se hallaba en un inminente peligro.

Las aplicaciones de hielo en la región hipogástrica y en las fosas ilíacas, son de aconsejar; pero sólo como tiempo de espera hasta tanto que se prepara lo necesario para practicar la reapertura del vientre.

En los casos de hemorragia por vagina después de una histerectomía por esta vía, es de todo punto preciso buscar el vaso que sangra, pero si por vía vaginal no fuese posible dominar el proceso hemorrágico, es indispensable practicar la laparotomía, ir en busca del vaso sangrante, que sabemos no puede ser más que uno de los infundíbulo-pelvianos o una de las arterias uterinas, colocar la ligadura y limpiar completamente de coágulos, que podrían servir de elementos de cultivo de agentes microbianos, la cavidad peritoneal, reconstituyendo de modo cuidadoso el peritoneo.

El taponamiento vaginal practicado para detener una hemorragia de un pedículo vascular después de la histerectomía no es aconsejable bajo ningún concepto, ya que abierta la cavidad del peritoneo, el colocar un tapón vaginal, sobre ser muy dudoso que pueda llegar a detener la fuente de la hemorragia, es crear una atmósfera séptica que tiene que conducir forzosamente a la aparición de una peritonitis, de curso probablemente mortal.

En algunas ocasiones la pérdida de sangre puede haber sido de tal importancia que aun después de haber practicado la ligadura de los vasos sangrantes, y de haberse adueñado del proceso hemorrágico, la enferma no reacciona por haber llegado al límite de la cantidad de sangre necesaria para la vida. En estos casos no debe existir vacilación alguna y hay que practicar la transfusión de la sangre por el procedimiento usual de mezclarla con una solución de citrato de sosa, siguiendo la técnica que describimos en otro lugar de esta obra.

*Levin 42'***Peritonitis.**

Después de las operaciones abdominales, uno de los peligros mayores que la enferma corre es el de la inflamación del peritoneo. Esta comienza casi siempre por la parte baja, constituyendo una pelvi-peritonitis que tiene tendencia a remontar hacia la parte alta y cuya gravedad va aumentando considerablemente de hora en hora, hasta el punto de que un proceso localizado, que puede reputarse curable a las tres de la tarde, a las ocho de la noche puede ya estar fuera de todo recurso terapéutico.

El concepto de la rapidez de la propagación del proceso pelvi-peritonítico a toda la gran serosa abdominal, debe tenerlo presente siempre el práctico, ya que de la decisión que pueda tomar en un momento dado, depende en muchas ocasiones la vida de la enferma.

Sea cual fuere la intervención laparotómica realizada, a las veinticuatro horas es preciso, para considerar que la enferma se halla en estado completamente satisfactorio, que el número de pulsaciones esté por debajo de 100. Entre 100 y 120 representa ya un peligro muy grande; por encima de 120, una gravedad extraordinaria.

Teniendo presentes estas líneas generales, que, claro está, pueden ser modificadas por condiciones especiales de la enferma, dependientes del estado anterior a la operación, se marca una línea de conducta post-operatoria, que puede ser altamente beneficiosa para la enferma. La elevación de temperatura tiene, indudablemente, menos importancia que la frecuencia del pulso en la apreciación del estado de una operada. La gravedad es tanto mayor cuanto mayor discrepancia existe entre el estado térmico y la frecuencia del pulso: enferma con 38° de temperatura y 100 ó 112 pulsaciones, es enferma que tiene una gravedad mucho menor que otra con la misma frecuencia de pulso, y una temperatura que no alcance a 37°.

Los síntomas iniciales de la infección peritoneal son elevación de temperatura, frecuencia de pulso, timpanismo, vómitos persistentes, sed intensa y sensación grande de malestar. Aun siendo la localización pelviana, los gases resultantes de la infección peritoneal se acumulan prontamente en la parte alta, el epigastrio se abomba, hasta dar una sensación de dolor en él, que se acentúa mucho a la presión.

No hemos de entrar aquí en la descripción de los síntomas de la peritonitis completamente desarrollada; de las discrepancias enormes que existen entre la temperatura y el pulso, ya que no es infrecuente pasados los primeros momentos, cuando el proceso ha invadido completamente el organismo, que con una temperatura por debajo de 36°, esté el pulso por encima de 160. Lo importante para el clínico, más que el diagnóstico de los casos en que los recursos del

arte son completamente inútiles, es el diagnóstico del proceso inicial, que en las operaciones genitales es casi siempre pelviano.

Es un error fundamental en clínica esperar la generalización del proceso peritonítico, ya que la peritonitis séptica traumática generalizada que se desarrolla a los dos, tres o cuatro primeros días de la operación se halla por encima de los recursos de la terapéutica. En cambio, el tratamiento oportuno de la pelvi-peritonitis post-operatoria conduce frecuentemente a la curación.

Como quiera que en los procesos de inflamación pelviana, cuando no se trata de las formas hipertóxicas, que matan en veinticuatro horas, el primer fenómeno que se produce es el de la inflamación localizada con exudación, que se acumula en la parte más declive, es buena práctica quirúrgica el establecer un rápido desagüe de estos exudados.

Para realizar el desagüe, hay algunos ginecólogos que prefieren, en cuanto una enferma se presenta después de operada con una temperatura alcanzando a 38° o pasando de 100 pulsaciones, practicar la reapertura del vientre y colocar por vía abdominal en el punto más bajo de la cavidad pelviana, un tubo, por el que se hace la aspiración de los exudados, procediendo luego a la nueva oclusión de la cavidad abdominal. Nosotros, que hemos practicado este procedimiento, en un tiempo preconizado por Faure y por Bumm, preferimos dar libre salida a los exudados por el punto más declive, que es el fondo de saco de Douglas.

Cuando a las veinticuatro horas de la operación la enferma se presenta con un número de pulsaciones por encima de 100, ligera elevación térmica, abombamiento epigástrico y náuseas o vómitos persistentes, practicamos inmediatamente la colpotomía posterior, si se trata de una enferma en la que no se ha extirpado el útero o en la que se ha practicado una histerectomía subtotal, o bien la apertura de la vagina, seccionando los puntos de sutura allí colocados, e incindiendo la cara posterior de este órgano en su porción más alta para facilitar el desagüe, en los casos en que se ha practicado la histerectomía total. Colocamos un tubo con una gasa, que sólo sostenemos durante doce o veinticuatro horas aplicado, y los resultados que con esta técnica obtenemos en nuestra Clínica son tan excelentes, que consideraríamos como una falta grave el dejar pasar unas horas sin realizar esta facilísima intervención, ya que a ella debemos, seguramente, la vida de algunas de nuestras operadas.

Conjuntamente con este tratamiento, hacemos aplicaciones de hielo, que prodigamos en todos los casos en que tememos que se pueda presentar un proceso infeccioso pelviano, y sostenemos la aplicación hasta tanto que el pulso ha descendido a la completa normalidad.

En defensa de esta intervención post-operatoria, podríamos citar muchísimos casos en que el cuadro de una gravedad extraordinaria ha cambiado tan profundamente, y de una manera tan rápida, que hemos podido decir que se

hallaba la enferma fuera de peligro doce horas después de haber practicado esta intervención, por existir un cuadro sintomático del todo alarmente.

Una medida profiláctica de las inflamaciones peritoníticas, es la de no cerrar nunca la cavidad del vientre sin antes extender sobre las asas intestinales el epiplón, que se halla replegado hacia la parte superior del abdomen por efecto de la posición de Trendelenburg, en la que se ha operado a la enferma. El epiplón sirve como un inmenso ganglio en el que se detiene el proceso infectivo cuando se inicia, y en el que la acción del hielo, aplicado sobre las paredes del vientre, puede producir excelentes resultados favorables.

Excepcionalmente dejamos, como medida preventiva, desagües vaginales o abdominales en el acto de la operación: sólo en los casos en que líquidos de septicidad manifiesta se han vertido, es cuando aplicamos, de modo preventivo, el desagüe. Desde que hemos suprimido el desagüe preventivo, el número de curaciones sin accidente alguno ha aumentado de modo considerable; pero así como defendemos el criterio de no realizar el desagüe primitivo, creemos que no debe demorarse, ni siquiera doce horas, el practicarlo por el punto más declive de la cavidad pelviana, en los casos en que la infección ha comenzado.

Para la evitación de la peritonitis post-operatoria, se han recomendado las inyecciones abundantes de aceite alcanforado, practicadas antes de la intervención; hemos ensayado este método, sin que hayamos visto con él efectos favorables, así como tampoco con el empleo de sueros y vacunas defensivas. El mejor medio para prevenir la inflamación del peritoneo, es operar con el mayor rigorismo aséptico, hacer la hemostasia, de modo tan cuidadoso, que no quede sangre alguna que pueda servir de caldo de cultivo, y peritoneizar, de tal manera, que no quede superficie cruenta sin recubrir con la serosa.

Peritonismo.

Designase con este nombre un estado que sobreviene con alguna frecuencia después de las operaciones abdominales, sobre todo cuando los intestinos han estado algún tiempo eventrados o ha tenido que manipularse en ellos durante el acto operatorio.

Denomínase peritonismo, porque, tanto por el aspecto exterior de la enferma como por la inmensa mayoría de los síntomas que presenta, se parece a la peritonitis; pero así el curso de la misma como su significación pronóstica, difieren notablemente. Aparece, por lo general, a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas después de la operación: prodúcese una distensión extraordinaria del vientre y timpanismo muy acentuado, principalmente en la porción baja del abdomen, cosa que le diferencia algo del proceso peritonítico, en que la distensión ocupa, principalmente, el hueco epigástrico. A esta distensión timpánica del abdomen, se acompaña una sensación grande de malestar, dolor bastante

pronunciado en el vientre, estado nauseoso al principio y vómitos más tarde, de carácter bilioso generalmente, aunque en algunas ocasiones llegan, incluso, a tener caracteres fecaloideos.

La facies es muy parecida a la facies peritonítica: los ojos se hunden; la nariz se afila; la lengua se enfría, y existe disnea más o menos grande: esta disnea es de naturaleza mecánica, por ser empujado el diafragma hacia arriba por los intestinos distendidos, no quedando libertad suficiente a los pulmones para que verifiquen su expansión fisiológica.

El síntoma capital que lo diferencia de la peritonitis, es la ausencia de fiebre.

A todos los síntomas que acabamos de mencionar, que pertenecen, asimismo, al proceso peritonítico, acompaña un pulso que no excede de 76 a 80 pulsaciones, y la temperatura, que es normal o casi normal.

La naturaleza de este proceso no es siempre la misma. Ordinariamente se trata de un íleo paralítico, una verdadera paresia intestinal, que determina, en primer término, la distensión de las asas del intestino delgado, y es causa de ausencia completa de deposiciones, así como de salida de gases por el recto. Este proceso paralítico se extiende, en algunas ocasiones, a todo lo largo del intestino, y puede llegar a revestir, por el fenómeno de oclusión total y de parálisis en el curso de las heces fecales, fenómenos secundarios de estercoremia, con todos los caracteres de gravedad que acompañan a este proceso.

Excepcionalmente, en vez de tratarse de un proceso de paresia intestinal, puede tratarse de un fenómeno contractural, que determina análogos síntomas de oclusión intestinal. Esta forma, denominada *íleo espástico* o *dinámico*, es debida a una contracción enérgica del intestino, que alcanza una extensión mayor o menor del mismo.

La causa íntima que determina el íleo dinámico no es, en la actualidad, conocida.

En cuanto al pronóstico, debemos decir que, sin negar la posibilidad de que el peritonismo, debido a la paresia intestinal o a la contracción espasmódica de una porción de intestino pueda llegar a tener una gravedad extraordinaria, por conducir a la estercoremia y ésta a la muerte, por lo general es proceso que termina por la curación, después de ofrecer síntomas algunas veces muy alarmantes.

Es de todo punto excepcional que para el tratamiento deba acudir a relaparotomizar a las enfermas para buscar la causa de la detención de las materias fecales. Por lo general, ceden estos síntomas; los parésicos, con inyecciones de pituitrina, enemas eléctricos, la cura húmeda, caliente, aplicada sobre el abdomen; en muchos casos de íleo dinámico hemos obtenido excelentes resultados por medio de inyecciones de atropina, o administrando la belladona a grandes dosis, el cáñamo indiano, etc.

Como quiera que puede confundirse el estado que estudiamos con el de la verdadera oclusión intestinal, ya por invaginación, por vólvulo, por bridas peritoneales, etc., en caso de que los vómitos tomen el carácter fecaloideo, o se manifiesten síntomas generales de estercoremia, es preferible, a perder un tiempo precioso, hacer una exploración de la cavidad abdominal, relaparatomizando a la enferma.

Cuando tenga que llegarse a este extremo, es preciso tener en cuenta algunos datos, que permiten llegar al pronto diagnóstico diferencial del vólvulo y extrangulación intestinal, de la paresia intestinal. En el primer caso, las asas intestinales presentan enorme diferencia en el grado de distensión, las que se hallan por encima de las que se hallan por debajo del punto ocluido, mientras que en la paresia todas ofrecen igual grado de distensión. Es de todo punto excepcional que tenga que llegarse nunca, en casos de íleo paralítico, a la punción del intestino.

*Lección 43**

Hematemesis.

Aun cuando rara, es una complicación que se presenta algunas veces después de operaciones ginecológicas. Los vómitos biliosos post-anestésicos persisten en algunas ocasiones, y sea por la retención de materiales que en el estómago existen o por los mismos esfuerzos del vómito, aparecen algunas veces estrías sanguinolentas.

No es, precisamente, ésta la complicación que estudiamos en este lugar, sino aquellos vómitos copiosos, de gran abundancia de sangre, que aparecen a los cuatro u seis, ocho días después de la intervención operatoria, y cuya génesis no está perfectamente definida.

Es indudable que, en algunas ocasiones, el proceso ulceroso de estómago que determina la hematemesis, procede de un estado toxémico ligado con una infección, más o menos acentuada, post-operatoria, pero en otras ocasiones aparecen copiosos vómitos de sangre, sin que por ninguna parte pueda creerse que haya existido un proceso infectivo que haya dado lugar a la entrada de toxinas en el torrente circulatorio, y que sea a ello debido el proceso determinante de las hemorragias.

Se han atribuido algunos casos de esta naturaleza a procesos trombóticos de los vasos epiploicos, cuyo origen estuvo en la ligadura, torsión o traumatismo del omento mayor en el acto operatorio.

Hay algunos casos de hematemesis que no pueden ser explicados por ninguno de los procesos anteriores, y en los que hay que aceptar alguna coincidencia de un proceso anterior del estómago, que se ha agudizado por el acto operatorio, tal vez por la influencia misma de los anestésicos.

Hemos tenido ocasión de observar algún caso de hematemesis copiosísima,

obrevvenida sin causa aparente de ninguna especie a los doce días de la intervención, cuando todo hacía presumir que la enferma se iba a levantar ya restablecida del acto quirúrgico. Al día siguiente, los vómitos fueron copiosísimos, seguidos de melena también abundante, y el estado de la enferma llegó a inspirar serios temores, de los que con un régimen muy riguroso pudo salir adelante.

Tratamiento.—La aplicación de vejigas de hielo en la región epigástrica, los trocitos de hielo tomados al interior de modo constante, las inyecciones hipodérmicas de morfina y también algunas gotas de una solución de adrenalina al milésimo, serán medios que podrán emplearse, así como los enemas de cloruro de calcio, los de hamamelis, hidrastes, ergotina, etc.

Dilatación aguda de estómago.

Es esta una complicación post-operatoria que, sin ser muy frecuente, es muy digna de ser tenida en cuenta, porque de su diagnóstico rápido y tratamiento oportuno, depende la curación de la enferma.

Los síntomas son: sed inextinguible, sensación de malestar grande y dolor en la región epigástrica, acompañado de vómitos glerosos o biliosos en cantidad tal que no guarda relación con la del líquido ingerido. Sucédense los vómitos tan abundantes que aun sin beber nada la enferma no cesan ni disminuyen. No existe elevación de temperatura en los primeros momentos, y el pulso, al principio regular, se hace cada vez más frecuente y depresible; el diagnóstico diferencial con la peritonitis es fácil en los primeros momentos; ni la distensión del vientre es tan generalizada, ni existen los fenómenos febriles iniciales de la infección.

El tratamiento consiste en el lavado del estómago con una solución alcalina, repetido varias veces hasta tanto que la cantidad de los vómitos y del líquido expulsado disminuya notablemente. Aun después de cesar este estado conviene, durante varios días, repetir algún nuevo lavado de estómago, pues no es raro observar reapariciones del estado primitivo.

Parotiditis.

Después de algunas operaciones por quistes del ovario o por miomas voluminosos, aparece la infección de las glándulas parótidas que determina un proceso de inflamación cuya intensidad es variable, llegando desde la simple hinchazón parotidea en algunos casos leves, a la supuración difusa de ambas glándulas.

Patogenia.—Ha sido muy discutida la génesis de esta complicación, porque si bien el estado de debilitación del organismo parece una causa predisponente para que los agentes microbianos existentes en la boca puedan enfilar el conducto de Stenon y determinar el proceso de inflamación de la

glándula, no deja de llamar la atención que sea precisamente en las operaciones por quistes del ovario o por voluminosos miomas, en los que esta complicación aparezca más frecuentemente.

Se ha considerado por algunos como resultante de traumatismos y magullamientos de la glándula parótida, producidos por los anestesiadores durante la operación. Sin negar que esto pueda ser una causa predisponente, creemos que más frecuentemente la parotiditis obedece a infecciones procedentes del campo operatorio, que por vía sanguínea han llegado a un punto en que la resistencia es inferior a la normal y allí desarrollaron su acción patógena. No es hipótesis, sin embargo, que pueda desecharse en absoluto, la influencia, que la falta de asepsia bucal pueda tener en la aparición del proceso; de ahí la conveniencia de mandar hacer, como técnica preparatoria de las operaciones, una desinfección cuidadosa de la boca para evitar las contingencias posibles de esta complicación. Es buena práctica, antes de todas las intervenciones, hacer una radiografía de las mandíbulas para ver si existe alguna alveolitis que pueda ser, por la difusión de los agentes microbianos, la causante de infecciones generales o locales como las de las glándulas parótidas.

Como para todas las parotiditis, el tratamiento debe ser la aplicación de los fomentos calientes sobre las glándulas; cuando el pus se ha formado, la incisión amplia es lo más conveniente, pero debe recordarse que por la estructura especial de la glándula, los abscesos grandes no llegan casi nunca a producirse y que las incisiones, en caso de hacerse, tienen que ser buscando los distintos focos purulentos y evitando la sección del nervio facial.

Complicaciones post-operatorias del aparato respiratorio.

La *bronquitis*, la *pneumonía* y la *pleuresía* son enfermedades que complican muy frecuentemente el curso post-operatorio de las intervenciones ginecológicas.

En la aparición de los accidentes respiratorios juega un papel importantísimo en el uso de los anestésicos. El éter, principalmente, ha sido el causante en muchas ocasiones de procesos bronco-pulmonares. El doctor Morales, de Barcelona, desde hace más de treinta años, emplea constantemente el éter caliente para evitar la acción que sobre el aparato pulmonar produce este anestésico.

Predisponentes a estados bronco-pulmonares son todas las afecciones de este aparato, que en estado más o menos latente pueden presentar las enfermedades antes de ir a la sala de operaciones. El operar en un ambiente de temperatura inferior a 24°, sobre todo cuando se trata de operaciones laparotómicas, así como no guardar las debidas precauciones en la preparación de las enfermedades, son motivo de enfriamiento, que puede después del acto operatorio manifestarse con afecciones del aparato respiratorio.

Aparte de estas condiciones de ambiente y de anestesia, hay que concebir otras causas especiales predisponentes, unas dependientes de la disminución de las resistencias que la enferma ofrece después de una intervención de importancia y también por las diferencias que en los casos de extirpación de tumores abdominales se produce en las vísceras por el hecho de la congestión *ex vacuo*. Todo ello debe ser considerado como factor de inflamaciones del árbol respiratorio. Los procesos sépticos, las embolias pulmonares miliars de la misma naturaleza, son causantes de procesos pneumónicos o bronco-pulmonares, y también de inflamaciones pleuríticas.

Con la enumeración de la etiología quedan establecidas de modo claro las medidas profilácticas que deben tomarse para evitar estas complicaciones, que en sus manifestaciones sintomáticas no se diferencian de las estudiadas en los capítulos correspondientes de Patología interna.

La pneumonia lobular se presenta menos frecuentemente que la bronco-pneumonia, y ésta es muchas veces consecutiva al proceso de inflamación de los bronquios de mediano y pequeño calibre.

La bronquitis capilar, que constituye el término de transición entre la inflamación del alvéolo pulmonar y la inflamación de los bronquios finos, se localiza en puntos muy diseminados, dando lugar a los fenómenos disneicos y de tos característicos.

Los procesos pleuríticos ordinariamente no tienen carácter exudativo; son más pronto inflamaciones limitadas, resultado de propagaciones, de procesos análogos de la superficie del pulmón, y en muchas ocasiones es a las embolias de origen séptico a las que hay que atribuir la génesis de su aparición.

Para el tratamiento pueden usarse los revulsivos de distinta especie, pero teniendo siempre en cuenta la importancia que la eliminación renal tiene, y por tanto, evitando todas las sustancias que puedan determinar perturbaciones en el funcionalismo de los riñones.

Los amoniacales y, en general, todos los medios que puedan servir para sostener el tono cardíaco, se hallan indicados. En los casos que se consideren resultantes de un proceso de infección, el uso de los sueros antiestreptocócico, el antidiftérico y aun el simple suero equino, podrán representar elementos defensivos del organismo en su lucha contra el agente determinante de la inflamación pulmonar.

Trombosis y embolias.

Todas las operaciones ginecológicas pueden ser determinantes de procesos trombóticos en las venas pelvianas.

Como causas predisponentes de la trombosis debemos establecer una diferenciación entre las que proceden de una alteración de la crisis sanguínea

y otras dependientes de alteraciones vasculares. Estados varicosos de las venas pelvianas son en muchas ocasiones elementos predisponentes de gran importancia. La considerable cantidad de venas que en la superficie de los miomas existe frecuentemente, en comunicación con dilataciones varicosas de las venas pelvianas, explica la relativa frecuencia de la aparición de procesos trombóticos y de embolias después de operaciones practicadas para extirpar estas neoplasias.

El trombus se produce, como hemos dicho, unas veces por alteraciones de la crisis sanguínea; frecuentemente por lesiones del endotelio venoso resultantes de traumatismos producidos en el acto operatorio, como son aplicaciones de pinzas o ligaduras. En otras ocasiones, la causa de la trombosis depende de infecciones secundarias que se producen en los vasos venosos por la penetración en ellos de agentes microbianos de manifiesta actividad.

El trombus puede quedar limitado al vaso ligado o lesionado por las pinzas o puede extenderse el coágulo a lo largo de vasos más o menos importantes. Cuando esta propagación se realiza a lo largo del plexo pampiniforme puede quedar el proceso completamente desconocido, a menos que un émbolo desprendido no dé lugar a síntomas de inusitada gravedad.

Cuando la propagación del coágulo se realiza hacia las venas ilíacas, aparecen los síntomas de la llamada en Obstetricia *flegmasia alba dolens*. En operaciones por quistes o por miomas es en donde más frecuentemente se observa la aparición de esta trombosis, que se extiende a una vena ilíaca y que produce, como consecuencia, la hinchazón considerable de uno de los miembros inferiores acompañada de dolor bastante intenso.

Como quiera que las propagaciones trombóticas que llegan a los grandes troncos venosos tienen naturaleza séptica, se producen muy frecuentemente síntomas febriles de importancia, entre los ocho días y cuatro semanas del acto operatorio. La frecuencia de pulso coincide con la elevación de temperatura, el dolor es intenso, la hinchazón aparece de modo rápido, comenzando generalmente en la raíz del miembro hasta extenderse a todo lo largo de la extremidad inferior. No es infrecuente que al comenzar a deshincharse la pierna afecta, aparezcan fenómenos análogos en la otra extremidad.

La evolución de este proceso es lenta. Es preciso que la sangre encuentre en los plexos venosos colaterales, puntos por donde verificar libremente la circulación para que desaparezcan las molestias inherentes a esta complicación.

Embolia.—La embolia es de todo punto excepcional que se produzca en los casos de trombosis aséptica, hasta el punto de que son muchos los ginecólogos que dudan de su existencia. Lo más frecuente es que un proceso trombótico infectado se desprenda en partículas o en coágulos de mayor o menor tamaño que enfilen los grandes vasos pelvianos, de ahí llegan al corazón y

desde el corazón derecho, por el orificio pulmonar, llegan a las divisiones de los vasos pulmonares.

Los síntomas que presenta la embolia, varían considerablemente según el tamaño del vaso que obstruya la misma o del territorio vascular en el que impide la circulación. En algunas ocasiones, cuando es un grueso tronco el ocluido, sobreviene la muerte súbita; la enferma experimenta una sensación de ahogo, debida a la interrupción brusca de la circulación pulmonar, que influye de tal manera sobre los centros nerviosos, que la muerte puede calificarse, en realidad, de fulminante. En otras ocasiones, por ser menor el territorio vascular afecto, los síntomas de respiración anhelosa, frecuencia de pulso, sensación de sudor frío, tienen intensidad variable, y puede la enferma, después de un tiempo mayor o menor de lucha, irse acomodando a esta deficiencia de hematoxis y llegarse a vencer el proceso, o lo que es más común, sucumbe en la lucha.

En algunas ocasiones, es un segundo émbolo el que, viniendo a completar la obra del primero, ocluye el territorio vascular del pulmón, determinando la cesación completa de la vida.

Tratamiento.—Cuando la embolia se ha producido, pueden ser únicamente la respiración artificial, las inyecciones de aceite alcanforado, a dosis masivas, el oxígeno, etc., los medios a emplear; pero en algunas ocasiones la muerte es tan repentina, que no cabe recurso alguno contra ello.

Lo que sí debe hacerse, es la utilización de medios preventivos, entre los cuales merece citarse el levantamiento precoz de las operadas y el impedir la inmovilidad absoluta de las mismas, puesto que se halla comprobado que son causa predisponente de trombosis y consecutivamente de embolias, las estancaciones venosas resultantes de la inmovilidad prolongada.

Flemones en las paredes abdominales después de las laparotomías.

Es una complicación frecuente la formación de procesos sépticos subcutáneos, cuando, a consecuencia de procesos de inflamación peritoneal, ha habido necesidad de colocar bolsas de hielo sobre la pared del abdomen; aun teniendo mucho cuidado en cubrir la herida abdominal con gasas esterilizadas, los agentes microbianos que en las glándulas y folículos de la piel existen, penetran hacia el interior de los tejidos y prodúcese un flemón, que unas veces es puramente subcutáneo, pero muy frecuentemente interesa, asimismo, las capas profundas y se forman colecciones purulentas inmediatamente por encima de la sutura peritoneal.

En algunas ocasiones, el catgut o la seda empleada para la unión de las superficies aponeuróticas actúa como cuerpo extraño que determina una irritación de las partes, colocándolas en favorables condiciones para que los agentes

microbianos de procedencia cutánea encuentren medio de desarrollarse libremente, constituyéndose flemones de gran importancia.

Cuando los agentes que penetren debajo de la piel tienen virulencia acentuada, los fenómenos febriles, el dolor y el malestar que acusa la enferma ponen pronto en guardia sobre la naturaleza del mal. Unas veces de modo espontáneo y otras al sacar alguno de los hilos de la sutura, hace irrupción al exterior el exudado purulento.

En algunas ocasiones, especialmente en mujeres de gran pániculo adiposo, en las paredes del vientre se produce una colección de un líquido viscoso, resultante de la actuación de los materiales empleados en la colocación de los puntos profundos sobre aquellos tejidos dotados de escasa virtualidad, tales como los acúmulos de grasa de las paredes abdominales, y se hacen colecciones muy grandes de este líquido viscoso, sin que se manifieste apenas síntoma general ni local de ninguna especie. En muchos de estos casos hemos podido encontrar, en los cultivos realizados con el líquido, agentes microbianos determinantes de procesos infectivos, y los consideramos resultantes de la acción de los puntos de sutura de catgut que sirven de unión a los planos profundos.

Sean de naturaleza séptica o no las colecciones líquidas que entre los planos profundos y los superficiales del abdomen se producen, la curación se logra prontamente, si se da una fácil salida a los exudados retenidos por el punto más declive. Ordinariamente, estos procesos no tienen gravedad inmediata de ninguna especie: retardan sólo la curación y pueden ser causa de desunión de los puntos profundos que, a la larga, den lugar a eventraciones.

Muy excepcionalmente, se producen fenómenos flemonosos de gran intensidad en enfermas a las que se les deja un desagüe abdominal, pudiéndose el flemón correr hacia el tejido celular pelviano y dar lugar a síntomas generales de gran importancia, que requieren, además del desagüe abdominal de que ya antes hemos hecho mención, la apertura por algún fondo vaginal, de la colección formada en la pelvis.

Trastornos en la unión de la línea de sutura abdominal.

Es de todo punto conveniente en el curso de las laparotomías, asegurar la perfecta unión de la herida abdominal en los distintos planos. No conviene sacar prematuramente los puntos de sutura para evitar que una unión que no esté sólidamente consolidada permita el que se produzcan hernias o eventraciones.

La causa que determina la desunión de los puntos de sutura es, unas veces, de orden general, y otras puramente de orden local. En mujeres de pániculo adiposo muy grande, en que el curso post-operatorio no se desliza con

completa regularidad, la unión sólida de la incisión abdominal tarda más días en verificarse que en las mujeres de paredes de vientre delgadas.

Cuando existe alguna complicación de carácter séptico, aun sin estar localizada en la herida, hay un estado de debilitación del organismo que retarda la consolidación de las suturas. En estas condiciones de falta de vitalidad de los tejidos, si se sacan los puntos de sutura de un modo prematuro, puede dar lugar a que las vísceras abdominales hagan protrusión al exterior.

En algunas ocasiones, el estado de excitación post-operatorio de algunas enfermas que no estén suficientemente vigiladas, pueden dar lugar a que ellas mismas toquen con sus dedos la herida, por debajo del vendaje, y determinen desuniones que den lugar a la salida de los intestinos. Hemos tenido en la Clínica de la Facultad una enferma que en la noche siguiente al día que se le practicó la operación estuvo manipulando en su herida, sin dar señal ninguna de excitación, dándose la enfermera cuenta a las tres de la madrugada de que más de un metro de asas intestinales habían salido de la cavidad del abdomen. Fué un verdadero arrancamiento de algún punto de sutura, y a medida que iba sintiendo mayores molestias, más iba manipulando en la herida, hasta que fué tirando del intestino en la proporción que antes hemos mencionado.

A consecuencia de toses pertinaces, de complicaciones bronco-pulmonares, puede ocurrir asimismo, si las suturas no están sólidamente hechas o si se han quitado prematuramente, que se produzca una hernia por una abertura de mayor o menor extensión, pero la más frecuente de las causas de falta de unión de la sutura es la que depende los flemones de la pared.

La enumeración de los hechos basta para indicar cuál ha de ser la línea de conducta preventiva o curativa. La evitación del flemón por una parte, el establecer el desagüe de modo rápido por el punto por el que más fácilmente puedan salir los exudados, el asegurarse en las mujeres obesas con puntos de sutura complementarios que se quitarán tardíamente, de la solidez de la línea de sutura, el procurar una coaptación bien exacta de superficies cruentas y el proteger, ya con tiras de esparadrapo, ya con fajas abdominales apropiadas, las paredes del vientre hasta tanto que se haya realizado la unión perfecta, no sólo de las partes superficiales, sino también de las profundas, son las mejores medidas preventivas.

En los casos excepcionales en que la unión no se produce o que se ha abierto la herida por cualquiera de las circunstancias arriba mencionadas, la línea de conducta es la de colocar las partes inmediatamente en las condiciones de una fácil reunión; protegiendo con materiales completamente asépticos las asas intestinales, se refrescan los bordes de la herida y debe practicarse la sutura cuidadosa no sólo de la piel, sino también de los planos profundos que han quedado separados.

Lección 44
Fístulas estercoráceas.

Así en operaciones abdominales como en otras realizadas por vía vaginal, pueden producirse fístulas estercoráceas. Unas veces se pone en comunicación una asa de intestino delgado, con la vagina o con la superficie de la piel del abdomen, otras es el intestino grueso el que vierte al exterior su contenido.

En los casos en que se realiza el desagüe abdominal por medio de gasa, bien en forma de bolsa de Mickulicz o sin esta disposición, al pretender extraer antes de tiempo las gasas que constituyen el desagüe, puede suceder que se desgarre el intestino y aparezca la fístula estercorácea abdominal.

En otras ocasiones no es el arrancamiento, sino la compresión que la misma gasa, excesivamente apretada, ejerce sobre el intestino, lo que puede determinar el esfacelo de un trozo de la pared de aquél y aparecer la fístula estercorácea. En un caso de esta naturaleza, el diagnóstico de la porción de intestino que pueda quedar lesionada, se presume por el carácter del líquido expelido por la abertura intestinal; en términos generales podemos decir que una substancia fecaloidea, saliendo por el orificio fistuloso, indica la lesión de intestino delgado, en tanto que las materias excrementicias más sólidas denotan que la lesión se halla en el intestino grueso.

Al aparecer esta complicación post-operatoria es preciso de todo punto exagerar los cuidados de limpieza para evitar el que puedan venir complicaciones sépticas consecutivas a la aparición de la fístula, pero el tratamiento de la misma no puede hacerse inmediatamente y tiene que esperarse a que la enferma se halle repuesta de la primitiva intervención.

Si el orificio de la fístula es pequeño, si el intestino no se ha acodado enormemente, puede ocurrir que con los cuidados de limpieza solamente, se resuelva el problema y se verifique la curación espontánea.

Los casos en que las fístulas estercoráceas aparecen existiendo procesos fímicos peritoneo-intestinales, en vez de curarse espontáneamente, a medida que va pasando más tiempo, va aumentando la lesión intestinal y la salida de materias fecales. Según cuál sea la disposición del orificio fistuloso intestinal, así existe salida de excrementos por el ano o no. En el primer caso, el pronóstico es más favorable y existe mayor número de probabilidades de que pueda la fístula curar espontáneamente.

La intervención operatoria para curar la fístula en los casos en que la curación no se alcanza por otros medios o espontáneamente, varía considerablemente y corresponde en su técnica a la disposición anatómica de la fístula.

En operaciones por vía vaginal, principalmente en las colpotomías posteriores, se producen con relativa frecuencia fístulas intestinales, que unas veces son primitivas, producidas en el mismo acto operatorio por un instrumento, o

bien por los dedos que penetraron en la herida de la colpotomía, y han llegado a producir alteraciones de continuidad del intestino, o bien aparecen, de modo secundario, al cabo de unos días de practicada la operación por vía vaginal.

En el primer caso, la fistula estercorácea se manifiesta en el acto operatorio por la salida del contenido intestinal. Ordinariamente, estos procesos fistulosos interesan el intestino recto o la parte más inferior de la S ilíaca.

Pueden, asimismo, en el curso de histerectomías vaginales, producirse lesiones del intestino delgado por la protrusión por la herida peritoneal de asas intestinales, que son lesionadas por algún instrumento. En un caso de esta naturaleza, la indicación precisa, tratándose del intestino delgado, es atraer el asa intestinal vulnerada y practicar la sutura cuidadosamente con puntos de Lemborg.

Muy frecuentemente, las fistulas estercoráceas aparecen, de modo tardío, a los seis u ocho días de una intervención por colpotomía.

Obedecen, por lo general, estas fistulas, a la compresión ejercida por un tubo rígido de desagüe que comprime directamente el intestino, determinando una necrosis, y al desprenderse la pared intestinal esfacelada, se establece la comunicación entero-vaginal. Son muchos los casos de fistulas estercoráceas producidas por tubos de desagüe aplicados, o mejor dicho, sostenidos durante algún tiempo, haciendo presión directa sobre un punto del intestino.

En otras ocasiones, la formación de la fistula depende, al igual que las que aparecen después de operaciones abdominales, en las que se ha colocado el desagüe de Mickulicz, de una tracción intempestiva de una gasa dejada como desagüe, que habiéndose adherido al intestino, al ser extraída arranca una parte de este órgano.

El curso de estas heridas vagino-intestinales es, esencialmente, crónico. Por lo general, las fistulas que establecen la comunicación del intestino grueso con la vagina, curan espontáneamente, aunque de modo lento. Las que establecen la comunicación con el intestino delgado, pueden ser de duración indefinida, y exigir, para su curación, el practicar alguna operación por vía abdominal para ir en busca del intestino, abocado a la bóveda vaginal.

Al hablar de las fistulas entero-vaginales, excluimos las fistulas recto-vaginales, que constituyen un capítulo aparte de la Patología especial de la vagina.

GINECOLOGÍA ESPECIAL

Lección 46 ENFERMEDADES DE LA VULVA

Las enfermedades de la vulva se dividen en inflamaciones, traumatismos, neoplasias y vicios de conformación.

INFLAMACIONES DE LA VULVA

A la inflamación de la vulva se la denomina vulvitis: puede ser debida a agentes comunes de infección, tales son los que viven habitualmente en la piel de las márgenes del ano y sus proximidades, o los que accidentalmente se pongan en contacto con alguna erosión existente en estos órganos, o pueden ser debidas a agentes específicos.

Vulvitis simples.

Las vulvitis, debidas a agentes comunes, se presentan por multitud de circunstancias, que pueden ser englobadas en las faltas de limpieza de los genitales externos; todas las formas de suciedad que puede asentar en esos órganos, por habitual falta de aseo en las mujeres, y también de modo accidental por efecto de enfermedades, como las diarreas de la disentería bacilar o las infecciones generales, como la fiebre tifoidea, sarampión, escarlatina, etc., en las que manchándose constantemente los genitales externos, se producen procesos de inflamación.

Es, asimismo, causa de vulvitis, la masturbación, los coitos repetidos, las lesiones producidas por el acto de rascarse a causa de oxiuros o de otros vermes, que desde el ano se dirijan a los genitales externos, determinando síntomas muy parecidos a los producidos por las formas de vulvitis, resultantes de la acción del gonococo, de las que sólo en pequeños detalles se diferencian.

Vulvitis gonocócica.

Entre las vulvitis de causa específica, la más frecuentemente observada es la gonocócica, si bien ordinariamente no constituye más que una parte del

proceso genital alto, resultante de la acción del gonococo. Las enfermas de vaginitis gonocócicas tienen siempre inflamación en la vulva de igual naturaleza, constituyendo la vulvo-vaginitis. Los repliegues que forman las distintas partes que componen la vulva y la exuberancia de folículos y glándulas que en ella existen, son condiciones muy favorables para que el gonococo, penetrando en el seno de los tejidos, desarrolle allí su acción flogística.

Vulvitis diftérica.

Otros agentes específicos asientan en la vulva, determinando su inflamación, que puede revestir caracteres distintos de los que dependen de la acción de agentes comunes; tal es la vulvitis, producida por el bacilo de Klebs-Löffler, que, siendo causa de la diftérica, debe diferenciarse de la falsa, que no es resultante de la acción de este bacilo, sino producida por agentes comunes de infección, principalmente el estreptococo, pero que por recubrirse las superficies inflamadas de una capa blanquecina, como de falsas membranas, se asemeja a la de carácter específico.

Vulvitis gangrenosa.

Existe, asimismo, la forma de vulvitis gangrenosa. La gangrena de estos órganos, llamada también *noma de la vulva*, por asemejarse al noma de la boca, es enfermedad que se presenta, generalmente, en la infancia, después de procesos infectivos generales, tales como el sarampión, la escarlatina, la tifoidea, etc., que alterando profundamente la crasis sanguínea, llegan a producir un proceso de debilitación orgánica considerable. Todos los procesos infectivos constituyen una preparación, para que agentes comunes de infección o saprofitos, y en algunos casos de naturaleza esencialmente gangrenosa, determinen mortificaciones de extensión más o menos grande, que van frecuentemente seguidas de lesiones anatómicas definitivas, si no se tiene cuidado durante la evolución de la enfermedad de tratarla de modo conveniente; el conocimiento de este hecho obliga, como medida profiláctica en el curso de las enfermedades eruptivas, a la vigilancia cuidadosa de los genitales para evitar el desarrollo microbiano que puede producir las formas más graves de gangrena de la vulva.

Vulvitis erisipelatosa.

Una forma rara clínicamente, sobre todo en la mujer adulta, pero relativamente frecuente en los primeros días de la vida, es la erisipelatosa. La erisipela de la vulva es un proceso que acompaña muy a menudo a la del ombligo de la recién nacida. La infección umbilical toma frecuentemente en las dos

primeras semanas que siguen al nacimiento un carácter descendente, y llega en las niñas a producir la inflamación de la vulva, que, como complicación que es de la del ombligo, significa por sí sola una gravedad extrema, que requiere un pronóstico casi siempre mortal.

Vulvitis flemonosa.

No es frecuente que una inflamación de la vulva tome carácter de flemón y que se extienda por el tejido celular subcutáneo corriéndose a partes distantes; pero como quiera que este tejido está en comunicación con el de la cara inferior de la rama isquio-pubiana y con el que rellena la fosa isquio-rectal, es posible que cuando las causas de la inflamación vulvar sean agentes microbianos de gran virulencia, produzca la vulvitis de forma flemonosa con los caracteres del flemón difuso.

SINTOMATOLOGÍA DE LAS VULVITIS EN GENERAL.—En las formas clínicas enumeradas, la sintomatología varía poco: el mismo adjetivo indica los caracteres especiales que cada forma ofrece; agrupando en la misma sintomatología las diferentes formas de la vulvitis, haremos notar solamente las pequeñas variaciones que existen entre unas y otras.

La mujer o la niña que se halla afecta de vulvitis presenta los labios mayores algo enrojecidos y tumefactos; tumefacción y enrojecimiento que va aumentando a medida que la piel de la vulva toma caracteres más semejantes a los de las mucosas. La vulva está recubierta en su totalidad de epitelio pavimentoso, que le da los caracteres de verdadera piel, puesto que en ella existen glándulas sebáceas, folículos pilosos, etc., marcándose los caracteres de mucosa a partir del himen. La inflamación toma el aspecto de las mucosas a medida que va acercándose a la profundidad, como en la cara interna de los labios menores, el vestíbulo, los alrededores del meato urinario y la cara externa del himen o de las carúnculas himeneales.

La rubicundez y la hinchazón va acompañada del síntoma dolor, que tiene una intensidad muy distinta en unos casos de otros. En los más sencillos apenas si siente la mujer más que un ligero escozor, sensación de molestia en sus genitales externos que le induce a rascarse frecuentemente o a ejercer compresiones de las partes flogoseadas por encima de los vestidos. En otros casos la sensación dolorosa es muy viva: prodúcese gran molestia con escozor manifiesto; algunas veces acompaña al picor un dolor urente que se exacerba extraordinariamente con la deambulación. La enferma al andar experimenta dolor por el roce de los labios mayores y menores de un lado con los del otro, así como también por efecto del roce entre la cara interna de los muslos y la vulva, lo que hace que la enferma desee la quietud. Cuando la inflamación es

muy intensa, la deambulación se verifica separando la enferma las piernas, para de este modo impedir el rozamiento determinante de la sensación dolorosa.

Por el examen local se nota, además de la hinchazón, una exudación muco-purulenta, de color amarillento en las enfermas no blenorragicas, y de color algo verdoso cuando es el gonococo el determinante del proceso de inflamación.

En las formas debidas a la acción de agentes comunes, que hemos denominado vulvitis simples, apenas si existe alteración glandular alguna; la tumefacción es lisa, y en algunas ocasiones sólo se presentan pequeñas desigualdades en la cara interna de la vulva. En cambio, en las formas blenorragicas, la inflamación es más intensa; toman parte en ella, por penetración de los gonococos en su interior, las glándulas sebáceas y los folículos pilosos, y así se ven diseminadas en distintos puntos de la vulva pequeñas acumulaciones y formaciones parecidas a tubérculos pequeños, resultantes de la retención de los productos de secreción de estas glándulas, por haberse obstruido el conductor excretor; en donde se observan más estos acúmulos y donde la hinchazón de esos elementos glandulares es más marcada, es en el vestibulo; en las glándulas peri-uretrales que forman pequeñas tumoraciones, que al pasar el dedo por encima dan la sensación de desigualdad, por existir en el interior de las mismas acúmulos celulares que le dan mayor consistencia.

A consecuencia de la inflamación vulvar, la enferma se encuentra muy molesta: acumúlase una cantidad de pus entre los labios mayores y menores, y como quiera que el flujo muco-purulento que de la vulva sale está manchando constantemente la raíz de los muslos, éstos, en su cara interna, se ponen también rojos, algo tumefactos y, efecto de la maceración que el flujo determina en las partes con que se halla en contacto, hay aumento considerable de escozor, y, algunas veces, en las formas más agudas, la mujer tiene necesidad de estar en cama por la intensidad del dolor que la vulvitis determina.

CURSO Y EVOLUCIÓN.—En lo que se refiere a las vulvitis simples, el proceso tiene una evolución que varía en unos casos de otros, pudiendo presentar la forma aguda o bien la forma crónica; muchas veces la forma crónica es consecuencia de una forma aguda en que no han desaparecido por completo los agentes determinantes de la inflamación y queda entonces un engrosamiento mayor de los tejidos con disminución considerable de los síntomas. En cambio en la vulvitis gonocócica, en cuanto cesa el proceso agudo van anidando los gonococos en las glándulas profundas y desaparecen los síntomas primeros de la inflamación, tomando la enferma el aspecto de una mujer que se halla sana, no estándolo en verdad, y quedando en condiciones de poderse agudizar de nuevo el proceso por cualquier circunstancia: traumatismo, coito, masturbación.

Bartolinitis.

La localización más frecuente de la vulvitis crónica, de naturaleza gonocócica, está en las glándulas vulvo-vaginales o de Bartolino, constituyendo la bartolinitis, cuya génesis se halla en la nidación de los agentes microbianos en los tubos y acinis de aquellas glándulas.

Las glándulas de Bartolino, llamadas también vulvo-vaginales, colocadas por dentro y arriba de los labios mayores, en su tercio medio, tienen un conducto excretor que va a parar a la cara interna de aquéllos, siendo difícil de reconocer su orificio en la mayor parte de las mujeres, pero en algunas es perfectamente visible; constituyen estas glándulas el punto que pudiéramos llamar de predilección para la nidación de la infección blenorragica crónica, con la particularidad de que, así como es muy frecuente la bartolinitis en la infección blenorragica de las mujeres jóvenes, es muy raro que se presente en las niñas.

De igual manera que el gonococo penetra en el interior de las glándulas del vestíbulo, en las peri-uretrales, en las sebáceas, en los folículos pilosos, etc., penetra también en el conducto excretor de las glándulas de Bartolino, determinando un proceso de inflamación característico, que puede ser unilateral o bilateral.

La evolución del proceso tiene caracteres muy especiales, tomando unas veces los propios de una inflamación aguda intensa que interesa toda la glándula y otras veces se queda limitada al conducto excretor. Cuando la inflamación interesa a todas las divisiones de la glándula, llegando hasta los acinis, el labio correspondiente se hincha, dobla o triplica su volumen y todos los fenómenos dolorosos que señalábamos al hablar de las vulvitis agudas, preséntanse en un grado muy acentuado. En la bartolinitis la mujer encuentra gran dificultad para la deambulaci6n; el muslo del lado correspondiente a la glándula roza constantemente sobre el punto inflamado y la mujer exige el reposo para evitarse las compresiones que los movimientos determinan.

La piel se halla algunas veces enrojecida, siendo sumamente dolorosa al tacto; al cabo de unos cuantos días es frecuente que la inflamación que comenzó por una induraci6n muy dolorosa, vaya reblandeciéndose y termine con la formaci6n de un absceso que puede llegar a destruir la glándula por completo o sólo una parte de ella.

Como quiera que el conducto excretor se halla obstruido, rara vez el pus puede desaguar espontáneamente; algunas veces, separando los labios, se ve una gota de pus que sale por el conducto excretor, pero lo más común es que el absceso necesite para vaciarse, fraguarse espontáneamente una vía o que por medio de una incisi6n amplia pueda salir al exterior el contenido purulento.

En algunas ocasiones, la inflamaci6n gonocócica no ataca toda la glándula,

quedando limitada sólo al conductor excretor y entonces se pueden hacer salir por compresión algunas gotas de pus por el orificio del mismo. Algunas veces, por detrás del conducto, en la parte que corresponde a la glándula, se acumula el líquido de secreción y se constituye un quiste por retención, en cuyo contenido no se encuentran vestigios de los gonococos que determinaron la oclusión del conducto por haberse esterilizado de modo espontáneo los que produjeron el fenómeno inicial flogósico.

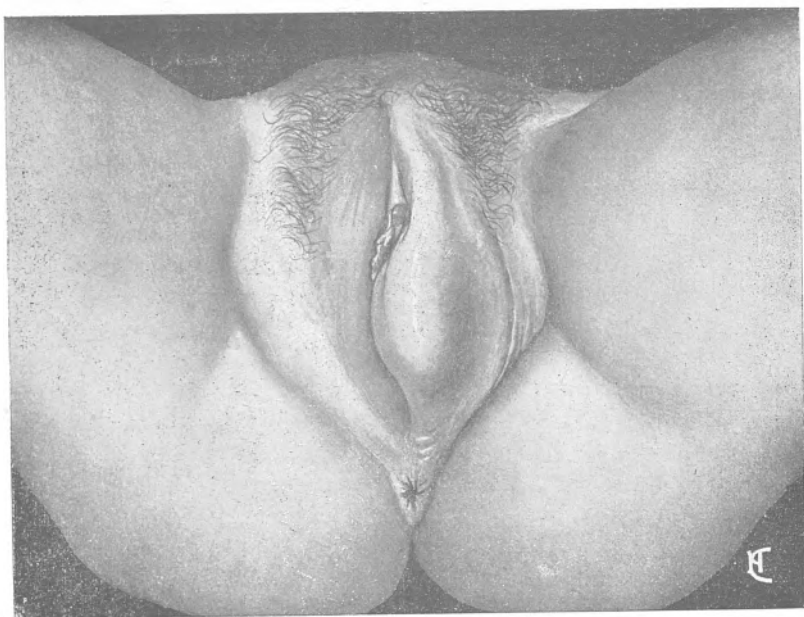


Fig. 136.—Bartolinitis unilateral izquierda.

Los quistes de las glándulas de Bartolino son casi siempre consecutivos a un proceso blenorragico agudo que ha desaparecido; muy a menudo, en vez de la formación de quistes de contenido seroso completamente estéril, se forman colecciones seropurulentas que contienen algunos gonococos de escaso poder virulento; si se vacían por una incisión estas colecciones, se cierra rápidamente la herida, quedando curada aparentemente la enferma, pero a la cantidad de gonococos que en el interior de la glándula quedaron les basta cualquier condición favorable para volver a adquirir nueva virulencia, reproducirse y llegar a la formación de una nueva colección de pus. En las glándulas de Bartolino es en donde se encuentran más frecuentemente los fenómenos de repetición de la inflamación, por retención de agentes virulentos que encuentran en los flujos procedentes de la matriz y en la congestión que acompaña al período menstrual,

un terreno abonado para volver a adquirir virulencia y para actuar de la misma manera que la primera vez hicieron, ocasionando la aparición de nuevos abscesos. No es raro encontrar mujeres con bartolinitis que durante el período menstrual, tres, cuatro, seis veces al año, sufren la agudización de la inflamación de la glándula de Bartolino: el agente microbiano es el mismo, pero las condiciones de la enferma, la congestión que acompaña al período menstrual y en algunas ocasiones los excesos de coito, favorecen el nuevo despertar de la actividad microbiana, formándose nuevos abscesos limitados a una sola o bien a las dos glándulas de Bartolino, que terminan por supuración y exigen el tratamiento de que luego hablaremos para evitar nuevas repeticiones.

ETIOLOGÍA DE LAS VULVITIS EN GENERAL.—En las formas específicas, el contagio es el principal factor, sobre todo en la forma gonocócica, realizándose éste no solamente en el acto del coito, sino por causas diversas; en algunos pensionados se han presentado verdaderas epidemias de vulvitis blenorragica por falta de limpieza en las ropas, por utilizar unas colegialas las mismas servilletas que han servido para lavarse otras o por tocamientos deshonestos que entre unas y otras alguna vez se realizan; el dormir una niña con su madre, afecta de un proceso blenorragico, puede bastar para que con las sábanas se verifique el contagio. Hay que tener presente la facilidad con que se produce en las niñas el contagio blenorragico, para no imputar una inflamación de vulva que la niña presente a tentativas de estupro. No es infrecuente en la práctica encontrarse con mujeres que acuden a la consulta para que le digan si la inflamación de los genitales que su niña presenta es debida a una tentativa de estupro; no falta nunca la acusación, a un sujeto determinado; para poderse decidir hay que tener en cuenta, no el que exista o deje de existir el gonococo en las exudaciones vulvares recogidas, sino las condiciones en que vive la niña, ya que basta el que duerma con su madre, si ésta está enferma, para que el contacto con las ropas de la cama pueda producir procesos de esta naturaleza. Es prudente la más gran reserva para poder en su día emitir, si es preciso, un informe con fundamento verdaderamente científico.

PRONÓSTICO.—El pronóstico de la vulvitis es leve en sí, pero debe relacionarse con el concepto que merece la gonococia en general.

Las vulvitis producidas por agentes comunes de infección se curan con muchísima más facilidad que las específicas, dependiendo esto no sólo de la acción directa que sobre ellas ejerce la medicación, sino del hecho de que las vulvitis resultantes de la acción de agentes comunes, generalmente no profundizan, ni van al interior de las glándulas sebáceas, folículos pilosos y utrículos peri-uretrales, sino que quedan en la superficie y, por tanto, la acción bactericida de los medicamentos que utilizamos para curarlas actúan de modo directo,

en tanto que cuando existen en el interior de las glándulas acúmulos microbianos, es muy difícil una actuación eficaz. Pasa en esto lo mismo que en la uretritis: en la simple, basta una loción boricada débil para curarla, y, en cambio, una uretritis específica cuesta mucho verla desaparecer, porque los agentes microbianos han penetrado en el interior de las glándulas.

Puede tener la vulvitis gravedad considerable, no por sí, sino por aparecer como manifestación de un mal estado general; así, las que sobrevienen en el curso de una enfermedad infectiva, como el sarampión, la escarlatina, la fiebre tifoidea, el tifus exantemático, etc., indican un estado de debilitación orgánica acentuado, de manera que más que por la afección en sí, por lo que representan para el organismo, tienen estas vulvitis una significación pronóstica grave.

Lo mismo podemos decir del noma o gangrena de la vulva. Ya hemos dicho que ésta no se presentaba más que en organismos sumamente debilitados a consecuencia de enfermedades generales, en las que la falta de limpieza permite la acumulación de toda clase de agentes microbianos de naturaleza gangrenosa, que producen la muerte y esfacelo de los tejidos que quedaron sin defensa por efecto del estado de debilitación orgánica. La suma gravedad de estos casos no sólo atañe al curso de la enfermedad, sino a sus consecuencias. En la forma gangrenosa de la vulvitis cabe que el organismo se defienda, mejor o peor, del proceso microbiano, y llegue, por fin, la eliminación de las escaras, sustituyéndose los tejidos mortificados por otros de cicatriz; pero si la enfermedad aparece en el curso de una fiebre tifoidea, y no se tiene en cuenta lo que representa el proceso gangrenoso de la vulva, puede suceder que al cicatrizar se produzca la oclusión de la vagina, con desaparición completa de su cavidad, con todas las consecuencias graves que para el funcionalismo posterior acarrea esta deformidad.

TRATAMIENTO.—El tratamiento profiláctico de la vulvitis radica en la limpieza; en condiciones ordinarias le bastará a la mujer lavarse los genitales como se lava las demás partes del cuerpo, teniendo presente que en los períodos menstruales se requiere una limpieza extraordinaria, ya que existen causas internas que pueden ser motivo de aparición de la enfermedad.

En los casos de oxiuros, en los de fístula vésico-vaginal, en que se verifica un contacto constante con la orina, en los casos de cistocele, en los de debilidad del esfínter vesical, en que al estornudar o al toser deja la mujer escapar unas gotas de orina; y en general, en todos los casos en que existe una causa de irritación constante, es preciso que el lavado de la vulva se verifique con gran frecuencia si se quieren evitar las inflamaciones de la misma, que tanto molestan a la enferma, y que llegan a perturbar de modo permanente su estado general. La limpieza debe realizarse con mayor rigor cuando las condiciones generales del organismo favorecen el desarrollo de la vulvitis; es falta

gravísima la del médico que en el curso de la escarlatina, del sarampión, de la viruela, de la fiebre tifoidea, o cualquiera otra enfermedad infectiva grave, no vigila el estado de la vulva; es preciso al visitar una niña enferma de alguna de estas infecciones tener en cuenta la posibilidad de la inflamación vulvar, que puede ser de consecuencias fatales para el porvenir de la niña. En estos casos, la limpieza repetida varias veces al día, de los genitales externos, es necesaria para evitar la aparición de la enfermedad.

Como tratamiento cuando está establecida, debemos utilizar los antisépticos en solución ligera, ya que los concentrados pueden resultar por su acción irritante de efectos nocivos, en especial en las formas agudas y subagudas.

La condición primera del tratamiento de la vulvitis es la limpieza cuidadosa de la región, utilizando agentes antisépticos de poca intensidad; la limpieza es preciso hacerla de modo completo, evitando principalmente los acúmulos de pus que se hacen entre los labios mayores y menores, así como los de esmegma o depósitos de substancia sebácea que en los repliegues de la vulva se retienen y sirven de excelente medio de cultivo a los agentes microbianos, siendo causa de la prolongación de la infección vulvar.

En los casos sencillos, en las inflamaciones producidas por falta de limpieza, bastan los lavados con una solución boricada al 3 por 100 o de sublimado al 1 por 10.000. Si son oxiuros los que desde el recto fueron a parar a los genitales y determinaron la inflamación vulvar, convienen, además de los vermífugos, como la santonina, los enemas de solución salina o, mejor todavía, de agua azucarada, que matan los oxiuros, suprimiéndose así la causa. Si el proceso de inflamación vulvar depende de una infección vaginal, será conveniente tratar ésta con los medios apropiados y aplicar torundas de algodón empapadas en glicerina y agua o en una solución ligeramente antiséptica, para de este modo evitar que los flujos vaginales manchen constantemente la vulva y determinen o sostengan la inflamación vulvar.

Cuando el proceso es blenorragico, es preciso comenzar el tratamiento con lociones antisépticas, cuales son las soluciones de sublimado al 1 por 10.000 o de permanganato al medio por 1.000, yendo aumentando la concentración y sosteniendo los mismos cuidados de limpieza antes mencionados.

En estos últimos tiempos empleamos la cura seca con preferencia a los lavados antisépticos; la técnica que seguimos es la siguiente: con una torunda de algodón o gasa esterilizada, secamos de modo muy cuidadoso todos los repliegues vulvares, y una vez hecho esto, espolvoreamos toda la vulva con polvos de óxido de aluminio: esta cura practicada dos veces al día produce efectos verdaderamente notables.

Si la enferma se encuentra muy molesta y no puede andar a consecuencia de la hinchazón de sus partes, es conveniente, ante todo, calmar los dolores, y para esto sirven las lociones emolientes, los baños de asiento con agua de

zaragatona; las lociones con agua de llantén, u otro cocimiento análogo sirven para quitar la inflamación, al mismo tiempo que con el reposo en la cama se evitan los roces, siempre molestos. La aplicación de compresas empapadas en soluciones antisépticas muy ligeras produce siempre un alivio en las vulvitis agudas.

La bartolinitis se tratará al principio con iguales medios, pero en cuanto se note la formación del absceso se abrirá ésta ampliamente, procurando que no se cierre demasiado pronto la abertura practicada para evitar las tan frecuentes recidivas de la inflamación de esta glándula. En los casos de bartolinitis crónica podrá ser útil el empleo de la cucharilla cortante, llegando en ocasiones hasta la destrucción completa de la glándula de Bartolino.

Los quistes de estas glándulas, resultantes generalmente de infecciones blenorragicas en las que el conducto excretor se ha ocluido por efecto de la inflamación, que llegan a tener algunas veces el tamaño de una nuez grande, requieren la extirpación, y ésta debe hacerse teniendo en cuenta que la glándula está distendida y llega a la cara interna de la vagina. Para facilitar la extirpación se ha recomendado por algunos hacer la evacuación del contenido e inyectar dentro de la glándula una solución de parafina caliente, que al enfriarse se solidifica y facilita la disección del quiste. Nosotros lo hemos hecho algunas veces; pero creemos que no vale la pena y que, teniendo un poco de cuidado, se puede practicar la extirpación total sin dificultades de ninguna especie.

En las formas específicas de vulvitis, el tratamiento tiene que modificarse algo. En las diftéricas, propiamente dichas, debe emplearse el tratamiento específico, aplicando localmente los antisépticos comunes, dando, al mismo tiempo, a la enferma las inyecciones de suero antidiftérico y evitando abrir nuevas puertas de entrada que puedan determinar la penetración en el interior del organismo de las toxinas producidas en el foco local.

En los casos de vulvitis gangrenosa, el tratamiento que se impone es el de favorecer la eliminación de las escaras y la destrucción por medio de los cáusticos de las partes gangrenadas, ya sea con el ácido nítrico, el nitrato ácido de mercurio o con el galvano o termocauterio, etc. Cuando hay tendencia a propagarse y difundirse el proceso, pueden ser de verdadera utilidad las inyecciones intersticiales subcutáneas de bicloruro de mercurio.

En la forma pseudo-diftérica o estreptocócica, que es, generalmente, de origen puerperal, el suero antiestreptocócico polivalente puede estar indicado, y como tratamiento local, consideramos al iodoformo como el medicamento que mejores resultados da, aplicado en forma de pulverizaciones o en gasa iodoformica. En sustitución del iodoformo, cuando la cosa no tiene mucha gravedad, pueden utilizarse también con buenos resultados el dermatol y el xeroformo, que si bien no poseen el poder bactericida del iodoformo, en cambio no tienen tampoco el inconveniente del mal olor que despidе aquella substancia.

En resumen, pues, el tratamiento consiste en la limpieza de las partes enfermas con agentes ligeramente antisépticos, que ni por el excesivo calor ni por la excesiva concentración, puedan resultar perjudiciales; en las formas específicas utilizaremos en unos casos el suero antidiftérico, en otros el antistreptocócico, los cáusticos y demás medios usuales de que disponemos para combatir las infecciones, incluyendo los generales, cuyo objeto es aumentar las defensas orgánicas contra los agentes patógenos.

MANIFESTACIONES VULVO-VAGINALES VENÉREAS Y SIFILÍTICAS

El chancro duro, con sus especiales caracteres de ulceración de bordes desiguales, cortados a pico, asentada sobre una induración producida por la infiltración perivascular, que se desarrolla a consecuencia de la presencia del agente microbiano productor del proceso, obsérvese con bastante frecuencia en la vulva.

El punto en que más frecuentemente asienta el chancro sifilítico es en la horquilla y en el vestíbulo, cerca de las proximidades del clítoris. Pero aun más frecuente que la localización vulvar, es la vaginal, en el hocico de tenca, en los fondos de saco y en las paredes de la vagina. Como quiera que el chancro sifilítico es, generalmente, indoloro, si no se halla complicado el proceso por infecciones de carácter común, puede la mujer estar enferma con esta manifestación primaria de la sífilis sin haberse dado cuenta de que lo estaba.

Por el contrario, el chancro venéreo es de por sí doloroso, no presenta el fondo indurado del chancro sifilítico y sus bordes son desiguales, extendiéndose, con frecuencia, de modo considerable. El chancro duro da garantía de no reinoculación de la enferma, mientras que el venéreo puede dar lugar a reinfecciones múltiples, como ocurre con gran frecuencia; desde el momento en que un chancro producido por el bacilo de Ducrey, toma asiento en la vulva, el contacto de los labios entre sí y el roce producido por la deambulación, hace que en distintos puntos de la vulva se reinocule, teniendo, como consecuencia, que en vez de una úlcera única, se hallen varias pérdidas de substancia de la misma naturaleza.

En el chancro sifilítico, el infarto ganglionar es constante y bilateral, en el venéreo es, generalmente, unilateral, y aunque algunas veces puede existir en ambos lados, no abarca gran número de ganglios, y termina, generalmente, formándose el bubón chancroso uni o bilateral, cuyo término es la supuración y su apertura al exterior.

Así, la manifestación sifilítica como la venérea, pueden dar lugar a confusión con otros procesos ulcerativos que en la vulva se presentan, principalmente con el epiteloma; pero teniendo en cuenta la marcha rápida del chancro

venéreo, la masa de induración del sifilítico y los demás síntomas que prontamente aparecen como manifestación de la infección sifilítica, la confusión entre el chancro venéreo, el sifilítico y el epiteloma, no es posible. Es preciso recordar que el chancro venéreo puede ir acompañado del sifilítico y, entonces, dar lugar a manifestaciones que tengan los caracteres de la úlcera venérea y tam-

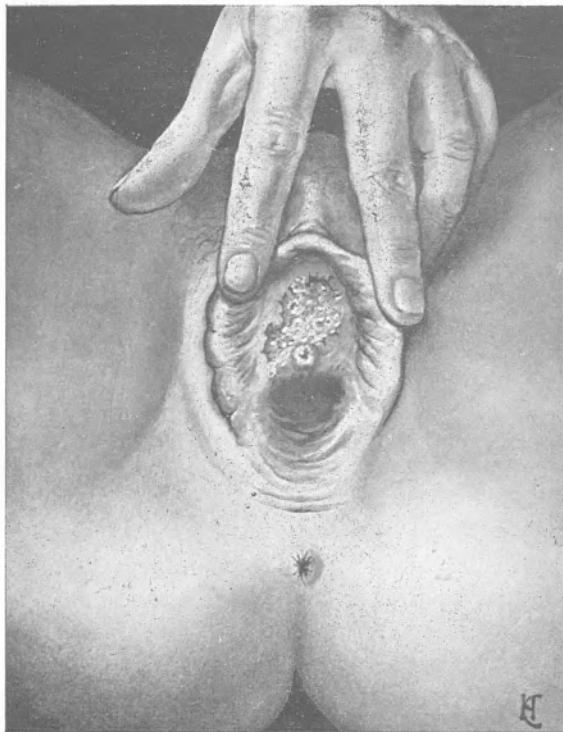


Fig. 137.—Chancro sifilítico asentado en el vestibulo.

bién la base indurada, característica de la infección sifilítica, seguida, de las manifestaciones que luego van presentándose y que constituyen los síntomas del segundo y tercer periodo de la avariosis.

En el chancro venéreo hay un proceso de destrucción de todos los elementos celulares que integran el tejido en que asienta, debido a la acción directa del agente microbiano: en el chancro sifilítico, la ulceración es de carácter gangrenoso, trófico, alteraciones circulatorias locales, la manifestación primaria de la sífilis es producida por una serie de infiltraciones perivascular

lares que, por la cantidad de elementos celulares acumulados, llegan a producir fenómenos de compresión que interrumpen la circulación en aquella zona, y como consecuencia, faltándoles los medios nutritivos, se esfacelan y dan lugar a la aparición de la úlcera sifilítica, sobre un fondo de infiltración, que es el que ha dado lugar al fenómeno de mortificación superficial y que persiste durante mucho tiempo. Las manifestaciones sifilíticas tienen gran similitud con las neoplásicas, por la gran cantidad de elementos celulares que en ellas se acumulan; verdaderos granulomas que determinan compresiones cuya consecuencia es el desmoronamiento celular y el establecimiento de la úlcera.

Las manifestaciones sifilíticas secundarias son frecuentes en la vulva; se confunden algunas con el papiloma simple, verdaderos condilomas que tienen su origen, más que por la acción microbiana específica, por otros elementos irritantes, que macerando las superficies, producen un impulso de crecimiento del tejido conjuntivo y dan lugar a la formación del condiloma. No todos los papilomas que, en forma de coliflor más o menos grande, se hallan en la vulva y que se corren hacia el ano o a sus márgenes, son debidos a la sífilis; la suciedad, la falta de aseo, la acción de algunos líquidos irritantes procedentes de la vagina o de afecciones vulvares de naturaleza infectiva, común o blenorragica, determinan en la zona anal, peri-anal, vulvar y en la peri-vulvar, un estímulo formativo que da lugar al condiloma.

Se presentan también en la vulva otras manifestaciones secundarias de la sífilis, cuales son las placas mucosas, análogas por completo a las que aparecen en otras regiones de la economía; son altamente contagiosas, y se presentan no sólo en la región vulvar, sino que alcanzan frecuentemente las márgenes del ano, penetran en su interior y ascienden a veces hasta la mucosa rectal.

El tratamiento de las diversas manifestaciones venéreas y sifilíticas vulvo-vaginales, es el mismo que el de las que se presentan en otros puntos de la economía. El chancro venéreo debe tratarse *in situ*; los cáusticos aplicados al tratamiento del chancro venéreo, sirven de elemento curativo rápido, y si existe infección mixta producida por agentes comunes, todavía tiene mayor indicación el uso de los cáusticos para evitar con ello que tome la forma fagedénica. La limpieza exquisita y la cauterización de la parte, bastan para destruir los agentes microbianos y para que sea sustituido el tejido chancroso por un tejido de granulación que conduce a la curación más o menos rápida.

Como quiera que el chancro sifilítico es un proceso gangrenoso resultante de la infiltración celular que comprime los vasos, no debe ser tratado por cáusticos cuya resultante es la muerte celular, basta la limpieza de la región sin destruir nuevo tejido, para llegar a la curación. Con la cauterización en el chancro blando se logra la desaparición de los agentes microbianos, mientras que en el chancro duro el empleo de los cáusticos resulta altamente perjudicial, porque se aumenta la zona isquemada.

Los infartos ganglionares, manifestación a distancia del chancro duro, deberán ser tratados con la medicación específica. El bubón venéreo puede tratarse con pomada de ictiol o con la de hidrargirio, y si se nota que tiene tendencia a la supuración, lo mejor es practicar la extirpación del ganglio, con lo cual se evita la supuración, que a veces tarda meses en quedar curada, si no se destruye por completo el ganglio que se ha abierto en la región inguinal.

Los condilomas, lo mismo los específicos que los simples, deben ser tratados con la cauterización; la limpieza constante de la parte y la cauterización, con ácido nítrico, nitrato ácido de mercurio, ácido fénico, ácido acético, etc.,

los curan rápidamente; en algunas ocasiones da resultado la congelación por medio del cloruro de etilo; no tiene este método grandes ventajas, ya que la aplicación de este agente para obtener la congelación es más dolorosa que la cauterización. Cuando los condilomas son muy grandes, es preferible, antes de la cauterización, practicar la escisión de los mismos, hacer dos o tres cortes en ellos, y cuando sangran, se lavan con un antiséptico y se tocan las superficies sangrantes con un agente caterético.

L. 48.

LEUCOPLASIA VULVAR

La leucoplasia, llamada también psoriasis de la vulva, es en un todo parecida a la que se localiza en la boca. Fórmanse placas blanquecinas, no ulcerosas, que se elevan muy ligeramente del nivel de la mucosa sobre la que asientan, ofreciendo mayor dureza que la mucosa sana y se hallan asociadas unas a otras por pequeños puentes; en algunos casos se encuentran placas leucoplásicas completamente aisladas.

La leucoplasia, lo mismo de la vulva que de la boca, es de causa desconocida; se presenta, frecuentemente, en antiguas sifilíticas, pero no es tampoco raro encontrarla en mujeres que no tienen antecedente específico alguno. En la boca es frecuente en los fumadores, en gente que ha hecho uso de sustancias irritantes, y por similitud puede pensarse si en la vulva, quitada la idea de la especificidad, podría ser resultado de los excesos del coito o de la acción de secreciones vaginales de carácter irritante.

Tiene esta enfermedad una importancia considerable, porque, muy a menudo, está ligada con la aparición del epiteloma vulvar o vaginal. Frecuentemente, después de una porción de años de existir una leucoplasia sin experimentar variación de ninguna especie, se convierte alguna placa en carcinomatosa, con todos los caracteres propios de la neoplasia, que se desarrolla, de modo primitivo, en la vulva o en la vagina. Lo que durante muchos años fué cosa, al parecer, sin importancia, se convierte de pronto en un proceso de gravedad extraordinaria.

No se sabe, genéticamente, cuál sea la naturaleza de la leucoplasia, pero su anatomía patológica es distinta, según asiente en la vulva, en la vagina o en el útero.

La leucoplasia de la parte alta de la vagina y la del hocico de tenca, son sumamente raras, no así la de la vulva y entrada de la vagina.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—En la leucoplasia, la keratinización es el elemento primordial; ella es la que da el aspecto blanquecino a la placa. Debajo de la zona keratinizada, se halla la capa de Malpighio en estado de hiperactividad formativa; en esta zona epitelial se encuentra la capa de células de

eleidina, sobrecargadas de pigmento, formando masas negruzcas, esencialmente diferentes de las que se hallan en estado normal, en la zona granulosa; las células son grandes, en estado de activa división kariokinética.

Lo que caracteriza, principalmente, a la leucoplasia, es la dureza de la placa, formada por la capa keratinizada, el aumento considerable de las granulaciones de la capa de eleidina y un estado muy exagerado de división kariokinética en la zona granulosa.

La hipergenesia de la zona granulosa da lugar a que las células nuevamente formadas sean empujadas, en gran parte, hacia la superficie por las posteriormente nacidas, pero conservando siempre la colocación típica. En este estado de lesiones, siempre análogas, se pasan años y más años, y después, sin causa conocida, sobreviene un tiempo en que la distribución típica regular de los elementos celulares, se pierde y se convierte en atípica, resultando un carcinoma, en el cual la colocación y división de los elementos epiteliales se hace de modo irregular. Mientras la formación y colocación de los epitelios es típica, se pasan años y años sin dar manifestación alguna de malignidad, pero en cuanto pierde su regularidad de colocación, se convierte en una neoplasia carcinomatosa.

La capa leucoplásica no desaparece con ningún tratamiento; los cáusticos, los antisépticos, los emolientes, el tratamiento antisifilítico, etc., no producen efecto favorable alguno. Parece mejorarla considerablemente la evitación de irritantes, la supresión o disminución del coito, los lavados, no con antisépticos, sino sencillamente con agua hervida; son éstos medios que deben aconsejarse en todos los casos. Los cáusticos son perjudiciales; muchas leucoplasias

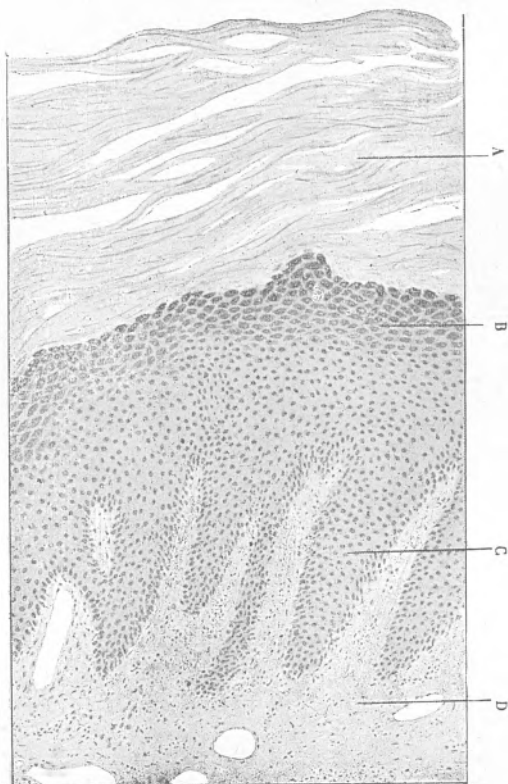


Fig. 138.
Leucoplasia vulvar.—A, capa keratinizada; B, ídem de eleidina; C, ídem granulosa; D, dermis cutáneo.

que se han convertido en carcinomas, ofrecen, en su historia, el recuerdo de cauterizaciones, repetidas en placas, que sirvieron de punto de partida de la producción epitelial maligna. En general, debe tenerse como verdad demostrada que los antisépticos fuertes y los cáusticos aplicados a las placas leucoplásicas pueden transformar la producción epitelial típica, que es lo que constituye el carcinoma.

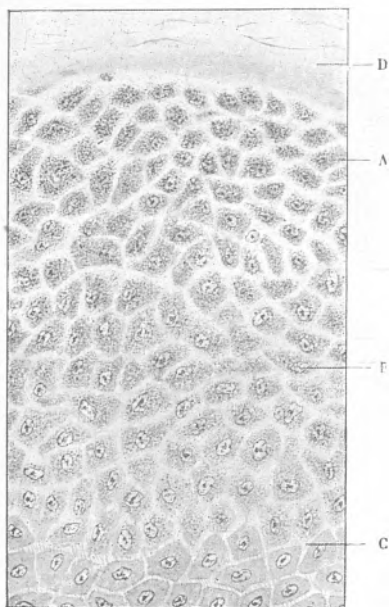


Fig. 139.

La misma preparación anterior, a mayor aumento. —D, capa keratinizada; A, capa de células de eleidina; F, capa granulosa; G, células en hiperactividad kariokinética (Jayle).

48 CRAUROSIS VULVAR

Esta enfermedad se presenta unas veces asociada a la leucoplasia y otras completamente independiente; tiene, como característica macroscópica, el aspecto de un estado atrófico regresivo, que hace desaparecer los repliegues naturales de los genitales externos; los labios mayores, disminuidos por efecto de la retracción; los menores, desaparecidos; el orificio vulvar, estrechado; el clítoris pierde en altura, y los repliegues clitorideos se borran por completo. El aspecto que ofrecen los genitales externos de una mujer con craurosia, es exactamente el mismo que presenta la vulva de una vieja de ochenta años; es el de un proceso atrófico senil, aparecido en época anterior a la que corresponde a

la edad de la enferma. Lo que domina en la craurosia es un proceso de retracción del dermis, con disminución de las formaciones celulares de la capa granulosa; la diferencia que hay entre la leucoplasia y la craurosia, es que en la primera la capa granulosa está en pleno período de actividad, produciendo una hipertrofia del dermis, mientras que en la segunda existe atrofia de éste, con disminución considerable de espesor de la capa de Malpighio y, por tanto, disminución de las células de eleidina. Estas diferencias dan a la vulva, en la leucoplasia, el aspecto de mancha blanquecina, y en la craurosia producen una retracción considerable de las partes.

La comparación más exacta que puede hacerse es que una vulva con craurosia es como la de una vieja en que el proceso atrófico ha invadido todos los tejidos.

En la craurosia vulvar, el coito resulta imposible. Al principio, se quejan

las enfermas de que el coito les resulta muy molesto, y a medida que el proceso avanza, las dificultades de distensión aumentan hasta convertirle en im-



Fig. 140.—Transformación carcinomatosa de una placa de leucoplasia.—A, capa de células de eleidina; B, idem keratinizada; C, células del cuerpo de Malpighio keratinizadas; D, capa córnea con algunos núcleos; E y G, nódulos epiteliales; F, dermis infiltrado de leucocitos.

posible. Es esto tanto más de extrañar, cuando el proceso sobreviene frecuentemente en mujeres que han tenido varios hijos y en la que la distensión

necesaria para el paso del feto se realizó sin dificultad alguna. Si se pretende reconocer a la mujer con el espéculum, después de algún esfuerzo se logra su introducción, viéndose entonces unas manchas blanquecinas, análogas por completo al tejido inodular: por lo general no va acompañada la enfermedad

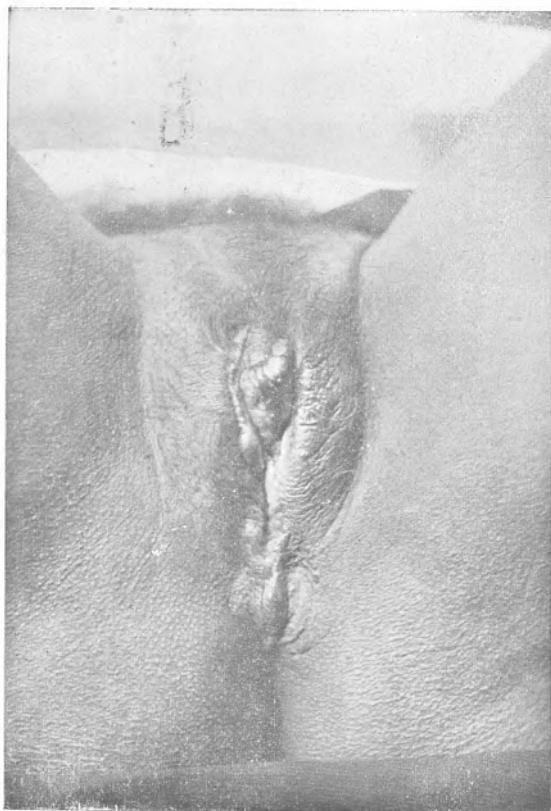


Fig. 141.—Craurosis y leucoplasia vulvar en período de transformación neoplásica maligna.

de dolor; frecuentemente hay escozor o picor en los genitales, que excita a la enferma a rascarse, sensación desagradable, que no llega a ser dolorosa, pero que induce a la enferma a buscar un remedio a su dolencia.

La leucoplasia y la craurosis son dos enfermedades esencialmente distintas, aun cuando algunas veces coexistan en la misma enferma: la primera es un proceso progresivo, la segunda regresivo; en la primera hay hipergranulosis, aumento de eleidina, capa germinativa formada de células cilíndricas y papilas muy marcadas, mientras que en la craurosis las papilas desaparecen, la capa granulosa es muy pobre en elementos, la germinativa está formada por células cú-

bicas o aplanadas, y mientras el dermis de la placa leucoplásica es rico en colágeno y pobre en fibras elásticas, en la craurosis el tejido conjuntivo es denso, pobre en colágeno y rico en fibras elásticas que dan la sensación de una cicatriz retráctil (Jayle y Bender).

La craurosis es, lo mismo que la leucoplasia, muy rebelde a todo tratamiento: así como no hay nada que detenga la vejez, tampoco se detiene la craurosis, que es una vejez localizada; el proceso de atrofia va siguiendo una marcha progresiva y va cada vez retrayéndose más el tejido, tomando un

aspecto blanquecino muy desagradable, siendo muy difícil introducir el espéculo y dando lugar a imposibilidad absoluta del coito; hay irregularidades hasta en el meato por efecto de la retracción que allí se produce, sin que sea capaz de destruir este proceso de retracción cicatricial ninguno de los remedios que usualmente se pueden utilizar.

Se ha aconsejado para estos casos la extirpación, es decir, tratar estas lesiones como una cicatriz y extirpar la vulva. Como quiera que raras veces esta enfermedad viene como consecuencia ni sirve tampoco de prólogo a otras enfermedades malignas, creemos que el tratamiento debe tender única y exclusivamente a la disminución del prurito y de las molestias, y sólo muy excepcionalmente será ocasión de practicar la extirpación de la vulva; por el contrario, cuando la leucoplasia va asociada a la craurosis, representando aquélla el período de hipertrofia y la craurosis el período de atrofia de la misma afección, cuando se encuentran asociadas las dos, entonces puede estar indicada la extirpación, sobre todo para evitar que puedan ser aquéllas, asiento de un carcinoma de la vulva.

Hemos empleado la luz ultra-violeta en el tratamiento de la craurosis, y sin que podamos afirmar de modo categórico que se cura con este medio, los resultados obtenidos nos inducen a aconsejar su empleo, ya que son varios los casos en que, si no hemos logrado la curación absoluta, hemos alcanzado la detención de los progresos del mal.

2.42

PRURITO VULVAR

Una enfermedad muy frecuentemente observada y que se halla su sintomatología reducida a un solo síntoma, es el prurito vulvar. Consiste en una sensación de picor muy intensa en los genitales externos, cuya intensidad varía desde aquel poco acentuado, que basta el más ligero frote producido por un suave movimiento de piernas para hacerle desaparecer, hasta aquel irresistible que induce a algunas mujeres a perder todo sentimiento de pudor, que las obliga a rascarse aun estando delante de gente, y que muy a menudo produce un insomnio pertinaz que llega a alterar de modo grave el estado general.

El prurito en sí no es más que un síntoma. Algunas veces no se encuentra en los genitales de la mujer que padece esta enfermedad nada que signifique lesión anatómica; en otros casos existen pequeñas pápulas y muy frecuentemente lesiones secundarias producidas por las uñas, que al rascarse produjeron excoriaciones que no pueden ser consideradas como determinantes del prurito, sino como consecuencia del mismo.

El prurito vulvar resulta de una excitación considerable de los filetes nerviosos terminales de la vulva. Esta excitación nerviosa, que algunas veces

alcanza grados considerables, hasta llegar a privar a las enfermas del sueño, obedece a múltiples causas, unas endógenas y otras exógenas.

Las causas endógenas son: la diabetes, la nefritis, las alteraciones hepático-biliares, el artrismo, etc. La glucosa, ácidos biliares, productos anormales resultantes de oxidaciones incompletas, al circular por la sangre irritan los filetes nerviosos y determinan los fenómenos de picor que constituyen la característica del prurito. Es muy rara la enferma diabética que en un período más o menos avanzado de la enfermedad no presente prurito vulvar; hasta tal punto es frecuente este síntoma en la diabetes, que es falta grave del médico, al encontrarse frente a una enferma de esta clase, no hacer el análisis de la orina. En otras ocasiones, el agente causal es el artrismo; alteraciones nutritivas que perturban el metabolismo, permitiendo que lleguen al torrente circulatorio productos insuficientemente metamorfoseados que pueden, por la acción irritante, ocasionar los fenómenos del prurito vulvar.

Las causas que proceden de fuera son muchas: las enfermas afectas de vulvo-vaginitis, en las cuales sale de la vagina una secreción ácida que baña los genitales; las que tienen cistocèle, causa de que al más pequeño esfuerzo se escapan algunas gotas de orina, presentan a menudo prurito, por la acción irritante de estas secreciones.

Preséntase muy frecuentemente en niñas, por efecto de oxiuros que saliendo del intestino van a parar a los genitales externos.

Son también causa de prurito la leucoplasia y, principalmente, la craurosis.

Es, pues, el prurito, más que una enfermedad, síntoma de estados complejos de irritación local o de alteraciones de la crisis sanguínea. El prurito puede ir acompañado de lesiones periféricas, visibles, que no son las determinantes, sino consecuencia del mismo, por el hecho de rascarse; el eczema vulvar, las excoriaciones, las inflamnciones cutáneas que en algunos casos se producen, son debidas a infecciones secundarias de las lesiones producidas por las uñas. Al prurito pueden acompañarle una porción de manifestaciones vulvares que nada tienen que ver con su causa; las diabéticas antiguas, después de haber tenido distintas épocas de prurito, presentan los labios mayores de tal modo acartonados, que cambian por completo el aspecto de la vulva.

El pronóstico del prurito depende de la causa: el diabético sigue el curso de la enfermedad causal y, según la clase de diabetes que tenga la enferma, será curable o no; el prurito que se presente en una enferma artrítica, depende su curación del éxito que tenga el tratamiento del artrismo. En presencia del que se llama prurito esencial, es decir, de aquel cuya causa no se conoce, el pronóstico está en relación con lo que obedezca a los medios de tratamiento. El que depende de flujos más o menos irritantes, que proceden de la vagina, así como el que depende de oxiuros intestinales, y también el que es debido a la

acción de pediculis, tienen una terapéutica definida y obedecen al tratamiento perfectamente bien.

Para instituir un tratamiento oportuno se investigará la causa, y establecida ésta, se tomarán las indicaciones correspondientes. Si se trata de una artrítica, los alcalinos en gran cantidad, la piperacina, las aguas de Mondáriz y similares podrán servir perfectamente: en las glicosúricas, el régimen anti-diabético es el que podrá curar el prurito, y lo mismo diremos de las nefríticas. En todos los casos, como tratamiento general, aconsejaremos el régimen vegetariano puro o bien el mixto, en el que se suprimen alimentos como el pescado azul, los crustáceos, el venado, la liebre, la perdiz, carne de cerdo, todos los pican-tes, etc. El régimen vegetariano, añadiéndole pequeñas cantidades de carnes blancas, pescado blanco, pollo, etc., es el que se debe imponer a estas enfermas.

Localmente, si se supone la presencia de oxiuros se emplearán los medios que sirven para combatirlos, principalmente las lavativas con agua azucarada y los antihelmínticos; si se trata de una inflamación vulvo-vaginal, combatiremos ésta con los medios ya mencionados.

En todos los casos conviene evitar las causas de irritación, y, por tanto, se practicarán lavados abundantes con agua y jabón, que debe procurarse sea bien neutro, repetidos tres o cuatro veces al día. Dos medios físicos poseemos en la actualidad que producen efectos notabilísimos en esta afección, sea cualquiera la causa de la misma: son los rayos X y la luz ultra-violeta; tres, cuatro sesiones de rayos X, de cinco a seis minutos de duración, aplicados a la región vulvar, sin filtro, porque para estos casos lo que buscamos es la acción analgésica superficial, bastan, en la inmensa mayoría de los casos, para que desaparezca el prurito vulvar. Claro está que esto es una medicación sintomática, pues al cabo de algún tiempo es fácil que reaparezca el prurito, si no hemos combatido su causa; sin embargo, nosotros tenemos casos de curación persistente, vistos después de cuatro o cinco años de haber empleado este tratamiento, sin haber podido averiguar la causa de la enfermedad.

Los rayos ultra-violeta producen un efecto analgésico tan notable, que la curación del prurito es sólo cuestión de algunas sesiones. Claro está que se impone también, dentro de lo posible, el tratamiento causal. Las embrocaciones de cocaína, estovaina, pomada con óxido de cinc y precipitado blanco, sólo tienen indicación sintomática, que debe utilizarse cuando se carezca de los medios físicos mencionados.

TUBERCULOSIS DE LA VULVA

La localización vulvar del bacilo de Koch produce las formas clínicas hipertrófica, miliar y ulcerosa. Esta última es la más a menudo observada, bien sola, bien asociada a la forma hipertrófica.

El contagio directo es el causante, en algunas ocasiones, de esta localización fínica, pero más a menudo, su origen es secundario a localizaciones genitales altas o a procesos generales, que determinan, por vía hemática, la localización vulvar.

Las localizaciones pulmonares de la tuberculosis, así como las intestinales, pueden, en los períodos avanzados de la enfermedad, dar lugar a manifestaciones vulvares de la misma naturaleza.

Estiomene de la vulva.

Huguier denominó con este nombre a un proceso especial que participa a

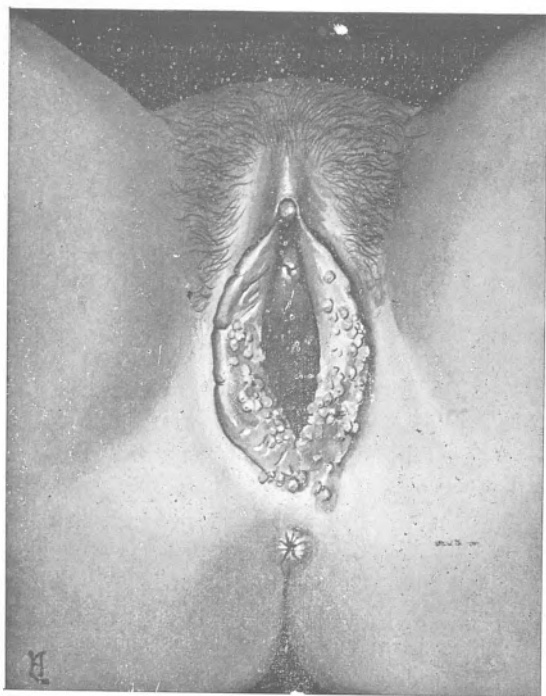


Fig. 142.—Tuberculosis de la vulva de forma miliar.

la vez de los caracteres de los neoplásicos y de los infectivos, siendo, al parecer, de causa específica y cuya naturaleza, aun hoy, no está bien definida. Se caracteriza por una formación hipertrófica de los genitales externos, acompañada de un proceso ulceroso, que tiene escásísima tendencia a la curación espontánea, y si lo hace en un punto, es progresando en el contiguo, de modo que la enfermedad dura años y años.

En la literatura alemana se la designa con el nombre de *ulcus rodens*, úlcera corrosiva, y son muchos los autores que la denominan

lupus vulvar, por el parecido clínico que tiene con el lupus ulceroso de la cara.

La circunstancia de aparecer frecuentemente en prostitutas viejas, ha motivado que fuera considerada por algunos como manifestación terciaria de una sífilis casi inactiva, pero el hecho de no encontrar en muchos casos

antecedente específico de ninguna especie, debe hacernos eliminar esta causa como factor esencial.

El traumatismo que los coitos repetidos produce en las profesionales del vicio, ha sido considerado como causa coadyuvante de su aparición, pero los casos observados fuera de estas circunstancias, impiden aceptar esta etiología.

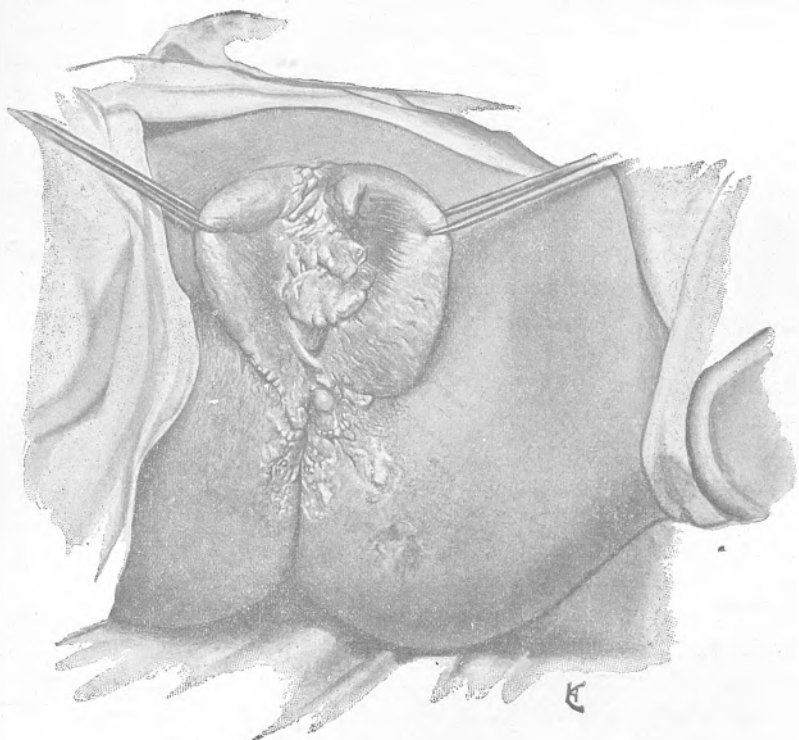


Fig. 143.—Estiomene de forma hipertrófica.

La naturaleza tuberculosa del proceso es la que más probabilidades tiene de verosimilitud, ya que los exámenes histológicos practicados demuestran en muchos casos la existencia de células gigantes con núcleos periféricos característicos de los procesos fímicos; el bacilo de Koch es difícil hallarle, pero los casos de Nicoll, Kelly, y uno nuestro, en que pudimos comprobar su presencia, nos permiten asegurar la existencia del proceso tuberculoso primitivo o secundario en el esthiomene.

Las células gigantes las hemos hallado en todos los casos de esta enfermedad que hemos sometido al análisis microscópico, y en algunos, las formaciones tuberculosas típicas.

La suciedad, los traumatismos pequeños y repetidos, la sífilis, la miseria

fisiológica, la prostitución, son causas que favorecen la aparición del estiomene, pero a ninguna de ellas se le puede asignar el papel patógeno, y aun de la misma tuberculosis dice Veit, que si bien existe muchas veces, debe ser considerada como proceso secundario en esta enfermedad.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. —La ulceración y la hipertrofia de las partes que integran los genitales externos, son los dos elementos que mayor importancia tienen en el estiomene, hasta el punto de admitirse dos formas del mismo, la llamada hipertrófica y la ulcerosa. Esta última es la que ha motivado la denominación de *ulcus rodens* o úlcera corrosiva; se halla formada por una ulceración de bordes a bisel, desiguales, con fondo grisáceo y sin induración en la base; se continúa por alguno de sus bordes con tejidos de cicatriz, señales de ulceraciones curadas, con formaciones retráctiles muy acentuadas.

En la forma hipertrófica, que se halla casi siempre asociada a la ulcerosa, existen una serie de tumoraciones desiguales, rugosas, que se ulceran con facilidad y que sirven de asiento a detritus celulares y a toda clase de suciedad.

La vascularización aumentada y las infiltraciones celulares abundantes que forman la base de estas tumefacciones y los conglomerados de células conjuntivas, pequeñas, redondas, que son las que han motivado el que se las considerara por algunos como manifestaciones terciarias de la sífilis, demuestran la naturaleza flogística del proceso, así como las células gigantes y los bacilos de Koch corroboran el concepto de especificidad.

SINTOMATOLOGÍA. —Una ulceración de bordes irregulares, asentada sobre elevaciones desiguales, rugosas, de límites mal definidos, que sangra con facilidad, aunque no de modo abundante, recubierta por una capa grisácea que supura en muy poca cantidad, es el conjunto sintrómico de este proceso. El predominio del proceso ulcerativo o el hipertrófico constituyen la base de las dos formas descritas de este proceso, que en realidad no son más que variedades de uno solo.

Las ulceraciones son características, presentando muy frecuentemente, al lado de zonas en período de cicatrización evidente, otras en las que la progresión ulcerativa está en plena actividad; no hay ningún otro proceso ulceroso de la vulva que presente conjuntamente en actividad el estado ulcerativo y el cicatricial.

La evolución de la enfermedad es esencialmente crónica; dura años y más años, sin que el estado general de la enferma se afecte de modo profundo, y pueden con el tiempo encontrarse, al igual que en el lupus de la cara, invasiones muy extensas del proceso, con islotes, en estado de completa curación, que en un tiempo estuvieron invadidos.

Las destrucciones ulcerosas pueden llegar a producir fistulas recto-vaginales, perineales y uretro-vaginales, así como el proceso retráctil cicatricial determinar deformidades de los genitales externos que imposibiliten, aun después de curado el proceso, las funciones propias de estos órganos.

En algunas ocasiones la ulceración cura espontáneamente o por los medios de que luego hablaremos, y pasados uno o dos años repite la enfermedad, tomando caracteres completamente distintos por lo que se refiere a su marcha. Es del todo excepcional, que las ulceraciones del estiomene profundicen en los

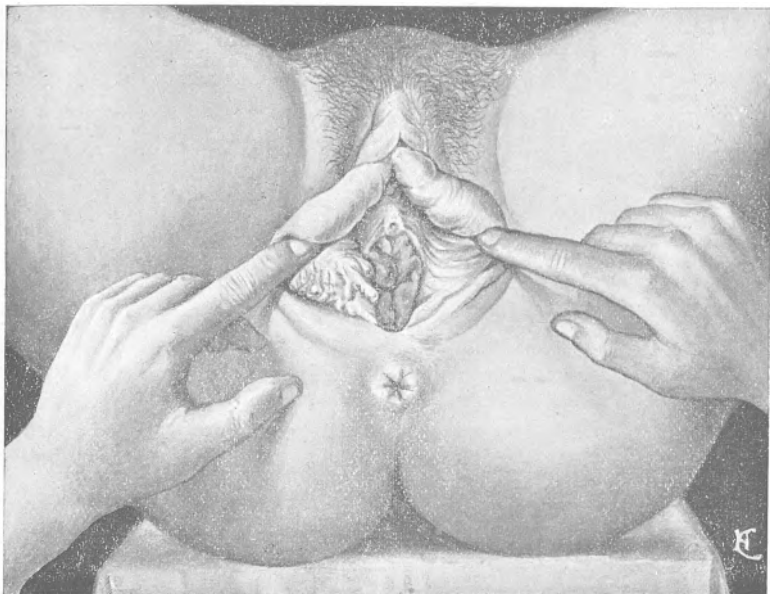


Fig. 144.—Estiomene de forma ulcerosa; lupus vulvar.

tejidos afectos, pero no es rara la propagación extragenital hasta la región inferior del abdomen, raíz de los muslos, etc.

TRATAMIENTO.—Hasta hace poco tiempo, el único tratamiento radical que se conocía de este proceso era la extirpación de las zonas enfermas, cuando ello era posible; la amputación de la vulva, procurando sobrepasar la zona invadida, era la base de la terapéutica de esta enfermedad. En los casos en que por su gran extensión el tratamiento quirúrgico no era posible, se recomendaban todos aquellos medios que forman el innumerable e ineficaz arsenal del tratamiento del lupus facial: escarificaciones, lavados antisépticos, cauterizaciones con termo o galvano-cauterio y con cáusticos potenciales, pomadas

astrigentes y antisépticas, etc., y los resultados que con ellos se obtenían eran tan inseguros como en aquella enfermedad.

En la actualidad, poseemos un medio que si no puede decirse sea de efectos seguros siempre, conduce muy frecuentemente a la curación, cosa que viene en apoyo de la naturaleza fímica del proceso; nos referimos a la luz ultra-violeta. Son varios los casos de curación que poseemos en nuestro historial clínico, de estiomenes, de fecha muy antigua, que han logrado la curación mediante la aplicación de los rayos ultra-violeta.

La resistencia que ofrecen a la acción de estos rayos los genitales externos afectos de esta enfermedad nos ha permitido, dentro de las condiciones generales de aplicación descritas en otro capítulo, dar sesiones de larga duración que condujeron de modo rápido a la curación de procesos inveterados.

Los rayos X se han empleado asimismo, en estos últimos tiempos, pero los resultados obtenidos distan mucho de ser los alcanzados con la luz de la lámpara de cuarzo.

NEOPLASIAS DE LA VULVA

Desde el punto de vista de su evolución y anatomía patológica, pueden dividirse las neoplasias de la vulva en benignas y malignas; entre las primeras se cuentan los fibromas, fibromiomas, lipomas, etc., y entre las segundas el carcinoma y el sarcoma.

1-48

MOLUSCUM PENDULUM

Una de las neoplasias benignas de la vulva y de las más frecuentes es el fibroma pediculado, que, pendiente de uno de los labios mayores de la vulva, alcanza un tamaño que varía desde el de una nuez hasta el de una mandarina; ordinariamente presenta un pedículo sumamente estrecho, constituyendo lo que se ha denominado *moluscum pendulum*, neoplasia sin gravedad alguna, que no tiene como significación clínica más que las molestias que produce su presencia.

Como quiera que los vasos que nutren al tumor son pequeños y éste es pediculado, la escisión es cuestión de un simple tijeretazo y, si precisa, un punto de sutura en el sitio donde se inserta el pedículo.

LIPOMA

Otra neoplasia que se observa en la vulva es el lipoma, que se extiende por el tejido grasoso subcutáneo. No tiene tampoco importancia histopatológica de ninguna especie; pero por su tamaño puede en algunas ocasiones llegar a

constituir obstáculo para el coito. Su extirpación es cosa sencilla, ya que la capa celulosa que le limita facilita grandemente su enucleación.

1-48

ELEFANTIASIS DE LA VULVA

Enfermedad que no puede colocarse en el tipo de las neoplasias ni tampoco en el de las inflamaciones, es la llamada elefantiasis de la vulva. Consiste en un proceso hipertrófico del tejido conjuntivo, en el que domina principalmente el éxtasis linfático, con dilataciones varicosas de los vasos de este nombre.

La elefantiasis es enfermedad benigna; aparece más frecuentemente en las razas de color que en la blanca. La hipertrofia de los labios puede llegar a ser tan considerable, que llegue a constituir una tumoración que alcance el tercio medio de los muslos, y algunos casos se registran en la literatura médica en que los labios hipertrofiados llegaban hasta las rodillas.

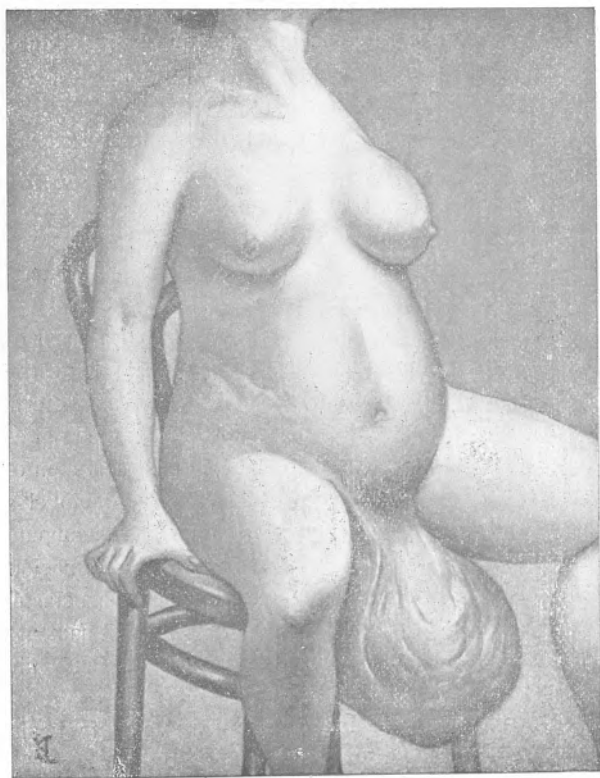


Fig 145.—Elefantiasis de la vulva.

No se sabe cuál pueda ser la génesis de este proceso. Se ha dicho que su causa era la obstrucción linfática: lo mismo en ella que en la elefantiasis de un miembro, se reconoce el éxtasis linfático, pero ni en estos vasos ni en los tejidos que les rodean, se encuentra el agente causal de esta enfermedad. Es cierto que la circulación linfática se detiene, y por ello se produce, además de una hiperplasia de tejido conjuntivo, grandes dilataciones varicosas de los

vasos linfáticos; pero hasta la fecha no se ha encontrado agente causal específico de ninguna especie.

La teoría que considera la oclusión de los vasos linfáticos como determinante del proceso, no puede ser aceptada de modo absoluto, ya que son muchas las veces en que se practican operaciones de vaciamiento inguinal, en las que se extirpan todos los ganglios inguinales y los vasos aferentes a esos ganglios, y sin embargo no sobreviene la elefantiasis; en cambio, en otros casos, a consecuencia de compresiones altas, parece determinarse el proceso elefantiásico.

El curso de la elefantiasis es crónico, lento; no produce absolutamente ninguna perturbación funcional más que la resultante del obstáculo mecánico producido por una tumoración grande, situada entre los muslos de la enferma. No ocasiona alteración ninguna en el estado general, y sólo por los repliegues y rugosidades que puede tener la piel, facilita el que se detengan allí agentes microbianos y queden las partes sucias, desarrollándose una flora microbiana abundante que produce prurito o excoriaciones que, al rascarse la enferma, ocasiona lesiones cutáneas, de carácter secundario; esto, más que resultado de la elefantiasis, es consecuencia de la suciedad, que fácilmente se acumula en las partes alteradas por este proceso.

No hay ninguna medicación que sirva para hacer desaparecer la elefantiasis. Si es una oclusión linfática, no hay medio de destruirla; si es tejido conjuntivo el que produce la compresión de los vasos eferentes linfáticos, tampoco hay medio de corregirlo; el tratamiento único de la elefantiasis es la extirpación de la vulva, con escisión de la tumoración en el grado correspondiente a la extensión de la misma. Si es sólo un labio el afecto, se extirpará; si corresponde a toda la vulva, se practicará la amputación total, procurando tener verdadero cuidado en no dar lugar a la formación de un proceso cicatricial, que por su retracción pudiera ocasionar la oclusión del meato. La elefantiasis no tiene gravedad, y la operación es sumamente sencilla; practicada en las condiciones regulares de asepsia, no es de temer ninguna complicación.

DIAGNÓSTICO.—Puede confundirse la elefantiasis con el estiomene. El estiomene, proceso tal vez tuberculoso, que aparece, frecuentemente, en prostitutas viejas y en sífilíticas, ofrece una forma hipertrófica, que puede confundirse con una elefantiasis incipiente; va acompañado siempre de una ulceración, que al tiempo que cicatriza por un lado, se extiende por el otro; en la elefantiasis no hay ulceración, como no sea producida por el roce, cosa no frecuente.

Es imposible confundir la elefantiasis con el edema de la vulva, resultante de afecciones venosas o cardíacas por éxtasis venoso. No puede confundirse, ni por la evolución, ni por el curso, ni aun por el aspecto, ya que en el edema las partes están tirantes y lustrosas, mientras que en la elefantiasis, si bien se hallan aumentadas de volumen, son gruesas, más o menos rugosas y formando lóbulos.

Con el cáncer de la vulva no hay posibilidad de confusión; el cáncer no es nunca una enfermedad que forme gran tumoración, se desmorona con facilidad y crece en una extensión limitada, yendo acompañada de infartos ganglionares; no tiene nunca el aspecto de la piel paquidérmica de la elefantiasis.

1748. QUISTES DE LA VULVA

Existen de varia naturaleza. Las glándulas peri-uretrales, las que existen en los labios mayores y en los menores, y especialmente las que se hallan en el surco situado entre labios mayores y menores, si se ocluye su conducto excretor, dan lugar a la formación de quistes por retención.

La mayoría de estos quistes por retención son de naturaleza sebácea. Se forman también colecciones quísticas de naturaleza folicular y contenido seroso.

Prescindiendo de los quistes sebáceos que no tienen modalidad clínica ninguna que los diferencie de los de otros puntos de la economía y cuyo tamaño no sobrepasa al de una nuez, hay otros que pueden alcanzar gran tamaño. Obsérvanse a menudo quistes de las glándulas de Bartolino; a consecuencia de una afección gonocócica antigua se ocluye el conducto excretor de la glándula, y entonces el líquido de la misma se acumula en el interior, constituyendo un quiste seroso, no séptico, que no presenta fenómenos de inflamación, ni más síntomas que las molestias inherentes a una tumoración de los labios mayores, que se extiende hacia arriba hasta la entrada de la vagina. No tiene más importancia clínica que la de dar forma irregular a los genitales externos; no es doloroso, y muy a menudo es bilateral.

Para el tratamiento no sirve la punción, pues aun extrayendo con ella todo el líquido, al cerrarse la puntura vuelve a llenarse la cavidad y se reproduce el quiste.

Es preciso practicar la extirpación, disecando bien la glándula, procurando no romper la pared del quiste para que pueda más fácilmente extirparse totalmente. Se disecan muy bien las cuatro quintas partes del quiste, pero la parte profunda fácilmente se rompe, y si queda un pedazo de la pared del quiste, vuelve a reproducirse. Para evitar esto, dijimos ya anteriormente que Pozzi aconsejaba puncionar el quiste, vaciarlo e inyectar en el interior de su cavidad una cantidad de parafina caliente, que al enfriarse constituye una masa sólida que permite la fácil disección. Creemos innecesario el procedimiento, pues con algún cuidado se puede fácilmente practicar la extirpación completa.

Una vez extirpada la glándula, hay que practicar una sutura cuidadosa, siendo de todo punto preciso impedir que queden espacios muertos en que pueda acumularse sangre. Como quiera que la región vulvar, por más que se limpie siempre, es séptica, si no se hace una adaptación exacta, aparece un

proceso de infección, que obliga en algunas ocasiones a tener que abrir nuevamente, sacar el coágulo infectado y volver a hacer nueva sutura. Hay que tener mucho cuidado, no solamente de la limpieza en el acto operatorio, sino de la coaptación exacta de las superficies cruentas.

Otros quistes hay en la vulva, cuya significación es la misma que la del



Fig. 146. — Quiste del conducto de Nuck, del lado izquierdo.

hidrocele en el hombre; el conducto de Nuck, repliegue peritoneal que acompañado del ligamento redondo se queda siempre o casi siempre en el interior del conducto inguinal, en algunas ocasiones llega hasta los labios mayores, y entonces puede ser motivo de que se reúna en el interior una cantidad mayor o menor de líquido y se constituya un quiste exactamente análogo, como decimos, al hidrocele masculino.

En ocasiones se producen quistes de los labios mayores, resultado de una hernia congénita que se estableció en las primeras edades, que curó, reintroduciéndose de modo definitivo el intestino, pero quedando el saco herniario, que al llenarse de líquido

más o menos claro constituye un quiste seroso, para cuyo tratamiento debe emplearse el mismo procedimiento que para los otros quistes: extirpación por disección cuidadosa, procurando no quede nada que pueda servir de germen de reproducción.

CARÚNCULA IRRITABLE DE LA URETRA

Llámase así una pequeña tumoración situada, como su nombre indica, en el meato de la uretra, cuyo tamaño varía desde el de un guisante al de una frambuesa, de color rojo vivo, que sangra con gran facilidad y que tiene como característica especial el ser tan dolorosa, que el roce con los pequeños labios al moverse la enferma determina molestias muy grandes, siendo asimismo muy dolorosa la micción.

El más leve contacto con la tumoración produce dolores intensísimos, y por ello las enfermas que padecen esta enfermedad rehusan, por lo general, toda relación sexual, pues representa para ellas un acto de verdadero martirio.

Es enfermedad frecuente; al comienzo parece como si la mucosa de la uretra sufriera un ectropión o eversión; pero luego, a medida que va creciendo, toma el aspecto de una tumoración que al examen histológico se ve constituida por hacecillos de tejido conjuntivo y una cantidad considerable de elementos nerviosos; se parece a un tumor eréctil, pero, en realidad, debe calificarse de neoplasia de tejido conjuntivo y nervioso y no de tumor vascular, sin que quiera decir esto que no exista una cantidad considerable de vasos pequeños, capilares, de paredes sumamente frágiles, que sangran al menor contacto.

Es enfermedad de poca gravedad, pero por lo molesta que es para la enferma, requiere un tratamiento que conduzca a una rápida curación.

Si bien su pronóstico es leve, debe tenerse en cuenta que se reproduce con facilidad extraordinaria. Recordamos el caso de una enferma de esta dolencia, operada en París dos meses antes de su boda en la que la reproducción se verificó al poco tiempo; al verla nosotros ocho años después de casada tenía todavía el himen, pues la intensidad del dolor que determinaba la proximidad masculina era suficiente para que se negara siempre de modo absoluto a toda relación sexual.

El tratamiento de la carúncula irritable de la uretra es la extirpación; acto quirúrgico que no tiene ninguna particularidad y que debe hacerse de tal manera, que llegue a destruirse la porción de la misma que se halla inserta dentro de la primera porción de la uretra; de lo contrario, si no se hace más que extirpar la porción externa, la reproducción es segura. Debe tenerse en cuenta también al hacer la operación no extirpar todo el contorno de la uretra, sino solamente el punto de implantación del tumor, ya que si se extirpa todo el contorno uretral es muy fácil que sobrevengan luego retracciones cicatriciales que imposibiliten o dificulten la micción.

1-47 CARCINOMA DE LA VULVA

Enfermedad mucho más frecuente que las anteriores, es el carcinoma de la vulva. Ofrece dos tipos que corresponden a los que se observan en la piel en general, la forma epiteliomatosa y la forma encefaloidea; el primero, llamado por los anatómo-patólogos epitelioma, y el segundo, carcinoma.

En realidad, desde el punto de vista anatómo-patológico, pertenecen al mismo grupo el carcinoma y el epitelioma, pero en el epitelioma generalmente la tumoración es más circunscrita, existen globos epidérmicos y su origen se halla en el epitelio de forma pavimentosa, mientras que en el carcinoma el epitelio es cilíndrico y forma nidos limitados por una trama de tejido conjuntivo que deja entre sí espacios en los que existen los acúmulos epiteliales.

Desde el punto de vista clínico, la misma importancia tiene el carcinoma que el epitelioma; igual significación maligna tiene el cáncer que procede del epitelio pavimentoso, que el que procede del cilíndrico. Varía algo la evolución; más rápida en las formas carcinomatosas encefaloideas que en las formas epiteliomatosas; se producen también más prontamente los infartos de los ganglios inguinales en los casos de carcinoma que en los de epitelioma; pero en conjunto, la enfermedad es exactamente la misma y el curso, aun cuando varíe en la rapidez, ofrece los mismos caracteres.

El carcinoma de la vulva se presenta unas veces en los labios mayores, otras en los menores, en algunas ocasiones en el vestíbulo, alrededor del orificio uretral y con relativa frecuencia en el clítoris. No se observa a menudo el carcinoma que comience en la horquilla; pero es innegable que la tumoración neoplásica maligna lo mismo puede comenzar en un punto que en otro de los que integran la vulva. En toda ella existe epitelio de transición o de diferenciación del que constituye el de la mucosa del de la piel, y sabido es la predisposición que representan para el desarrollo de las neoplasias malignas de carácter epitelial los puntos en donde se realiza un cambio de epitelio.

La frecuencia del cáncer de la vulva, en relación con el carcinoma genital de la mujer, es de 1 por 10, comparado con el cáncer de la matriz; el de la vulva puede reputarse con una frecuencia de un 7 a un 8 por 100 en relación con la totalidad de los de localización genital. Es muy raro que se presente en las jóvenes; así como el carcinoma del útero no es infrecuente encontrarlo en mujeres de treinta o treinta y cinco años, es muy raro que el de la vulva se presente por debajo de los cuarenta y cinco. Es enfermedad más propia de la época de la menopausia. Todos los cánceres tienen para esta edad una mayor frecuencia de aparición, existe una mayor predisposición, como si algo faltara al organismo que impidiera la formación regular de los epitelios y su ordenada colocación. A los cuarenta, cuarenta y cinco y cincuenta años algo, hasta hoy

ignorado, ocurre en el organismo, que hace que el cáncer se presente con

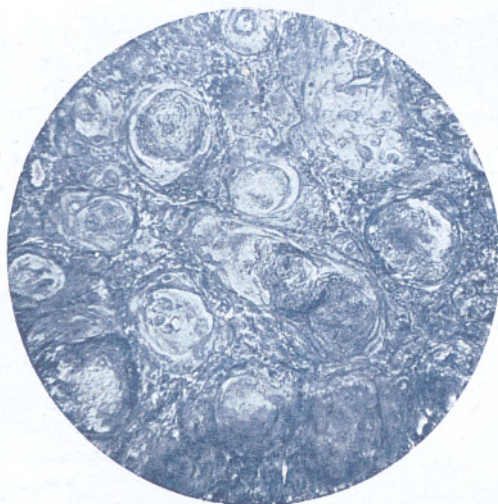


Fig. 147.—Epiteloma perlado de la vulva.

mayor frecuencia y que se perturbe la disposición regular de los epitelios; será

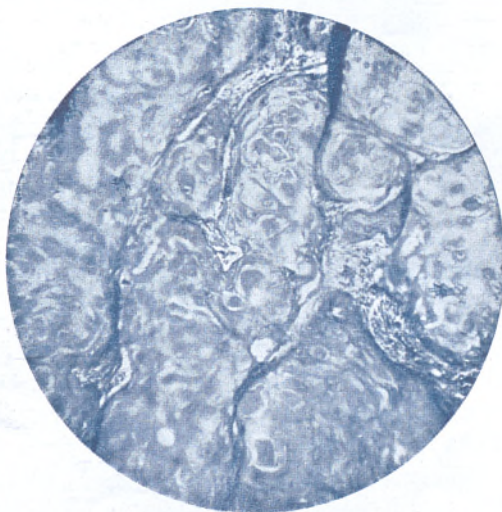


Fig. 148.—Carcinoma de la vulva.

debido tal vez a la ausencia de elementos cancróticos que en la economía

existen, tal vez a una disminución en la función del bazo o a una reducción de la función de ciertos elementos glandulares (se sabe perfectamente que las glándulas mamarias significan por su actividad un agente crancógeno); en realidad, hoy por hoy, esto no son más que apreciaciones que no nos permiten

otra cosa que señalar los hechos, sin darnos una explicación satisfactoria de los mismos.

No es infrecuente que el carcinoma de la vulva aparezca encima de placas leucoplásicas. En la capa de Malpighio, en la zona granulosa, hay una cantidad considerable de células con fases kariokinéticas, señal evidente de una reproducción exuberante de epitelio; las células nuevas son empujadas hacia la periferia, determinando un aumento de la capa córnea. Cuando la hiperproducción celular se realiza de modo desordenado, es decir, no conservando la agrupación regular de cubierta, entonces toma el carácter carcinomatoso; por ello, no es de extrañar que la leucoplasia, que posee

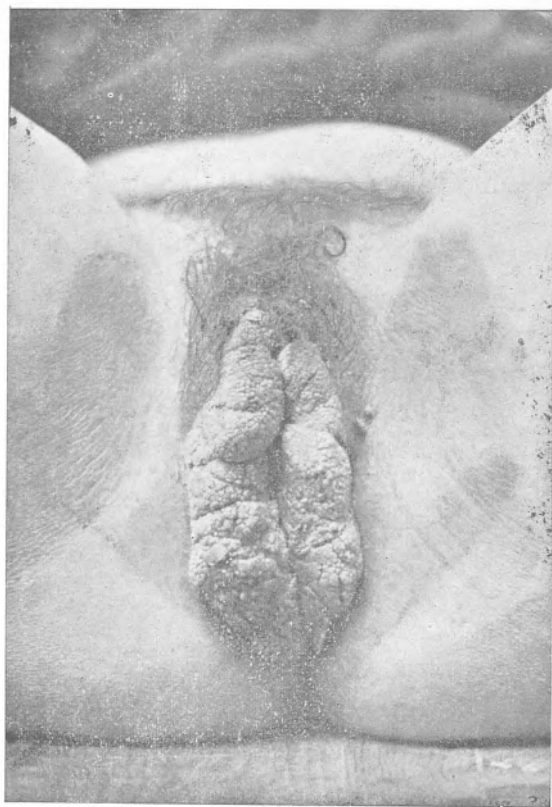


Fig. 149.—Epitelioma de la vulva al que pertenece la preparación micrográfica de la figura.

el carácter de proliferación epitelial muy aumentada, pueda ser base de producción carcinomatosa en cuanto deja de establecerse la colocación ordenada y regular de estas células epiteliales.

El carcinoma de la vulva comienza en el vestíbulo, en los labios menores, mayores, etc., y prontamente se caracteriza por una tumoración, de base dura que muy rápidamente se ulcera, y que se extiende a las partes vecinas, de modo que lo que constituye al principio un proceso localizado en el labio mayor o menor, clítoris o vestíbulo, al cabo de poco tiempo invade las zonas

vecinas, siendo muy frecuente encontrar que el carcinoma que comenzó en el lado derecho produzca un nódulo de la misma naturaleza en el lado izquierdo. Teniendo en cuenta los experimentos de injertos que se realizan con las células cancerosas en los animales de la misma especie y en el mismo individuo, no debe sorprender este fenómeno de injerto. Un carcinoma del labio mayor o menor, que por su naturaleza se ulcera prontamente, que macera el labio del lado opuesto con el que está en contacto, produce el injerto de una de las células cancerosas dotadas de gran poder reproductivo en el lado opuesto, de

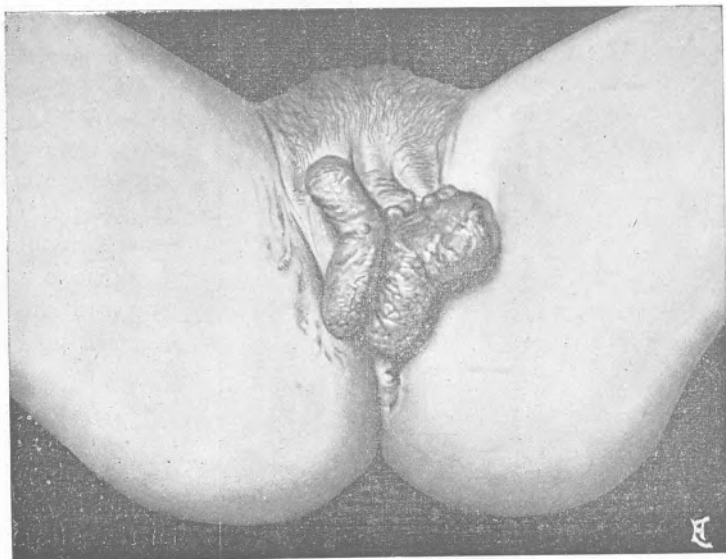


Fig. 150.—Carcinoma de la vulva de forma vegetante.

manera que en la propagación de la neoplasia no hay que contar sólo con el desarrollo por continuidad de tejido y por invasión linfática, sino también con los injertos que se realizan.

Es carácter común a todos los carcinomas, el que los elementos epiteliales que lo constituyen se desmoronen, y al caer los que han cesado de vivir dejan una ulceración establecida de carácter destructivo, que da lugar como consecuencia a las hemorragias, ya que siendo invadidos todos los tejidos por la propagación epitelial, las paredes vasculares son alteradas por el proceso, y las pérdidas de substancia vasculares dan lugar a las hemorragias.

El carcinoma deja pronto de ser enfermedad localizada en la vulva; los linfáticos de ésta van a parar a la ingle, a los ganglios inguinales; aparecen

pronto los infartos ganglionares, que son unilaterales o bilaterales, según donde asiente el proceso neoplásico. Los ganglios inguinales significan el primer punto de detención de los procesos epiteliales, pero como quiera que sus eferentes se continúan prontamente, lo mismo por la cadena interna que por la externa, con los prevenosos del grupo de los ilíacos externos, que están situa-

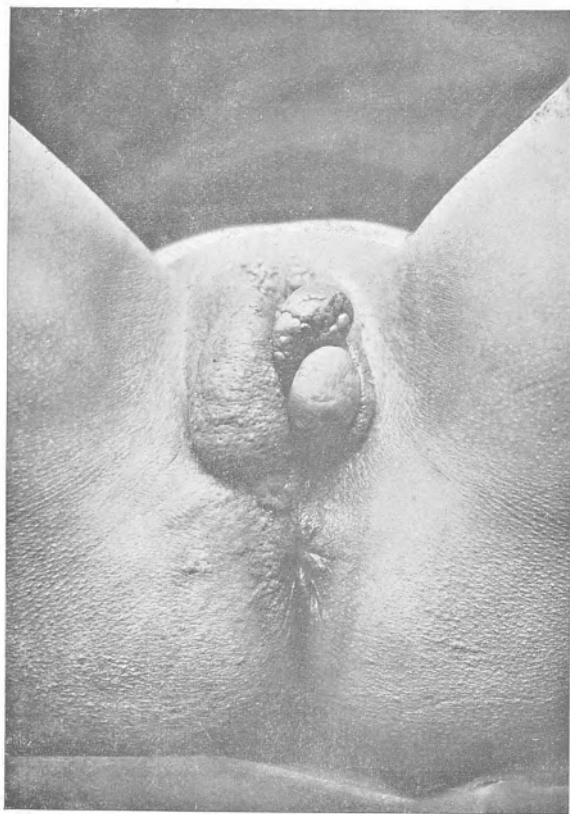


Fig. 151.—Carcinoma de la vulva de forma infiltrada.

dos en el interior de la pelvis, la segunda fase de detención del proceso carcinomatoso es ya intrapélvica. No son grandes las anastomosis existentes entre los ganglios vulvares y los vaginales, pero claro está que la propagación del carcinoma hacia lo alto de la vagina, con no ser muy frecuente, o por lo menos no ser precoz, siro tardía, es perfectamente posible; pueden existir también infartos intrapélvicos, sin que hayan estado infartados los ganglios de la cadena inguinal, sino que el proceso neoplásico se haya propagado directamente desde los ganglios linfáticos vaginales, siguiendo el curso de la arteria vaginal, al gan-

glio que existe en el punto de emergencia de esta arteria, y, por tanto, que se encuentren infartos ganglionares en la dirección de la arteria ilíaca interna. Esto es lo menos frecuente.

Como en todos los carcinomas, en el de la vulva la aparición apenas si determina molestias de ninguna especie. Las propagaciones son causa de dolores lancinantes y de absorción de productos de desintegración celular, con producción de estados subfebriles. A consecuencia de estos fenómenos y de las

pérdidas de sangre, aparecen fenómenos caquéticos, llegando, por fin, a producir la muerte de la enferma.

DIAGNÓSTICO.—El carcinoma de la vulva no puede confundirse con ninguna otra enfermedad; en sus comienzos, cabe la posibilidad de confundirlo con el chancro duro. En éste existe también un fondo duro, sobre el cual se forma la ulceración; hay infartos ganglionares dobles, indoloros, y que aparecen prontamente, pero la evolución es completamente distinta; el chancro duro se cura rápidamente sin medicación de ninguna clase, la ulceración carcinomatosa no se cura nunca, su marcha es siempre destructiva y sangra con facilidad, mientras que la del chancro duro no sangra si no se traumatiza.

No hay posibilidad de confundir el fagedenismo con el carcinoma. Este es proce-

so de evolución crónica, relativamente lenta, antes no llega a tomar los caracteres indefinidos de ulceración, se han pasado varias semanas o meses; en cambio, en el fagedenismo, el proceso ulcerativo destructivo o gangrenoso, es de evolución sumamente rápida; aparecen infartos dolorosos de la ingle, que terminan prontamente por supuración, de manera que si bien en el primer momento la duda es posible, examinando bien a la enferma y teniendo en cuenta su historia, no cabe confusión, ni con el chancro duro ni con el venéreo, atacado de fagedenismo.

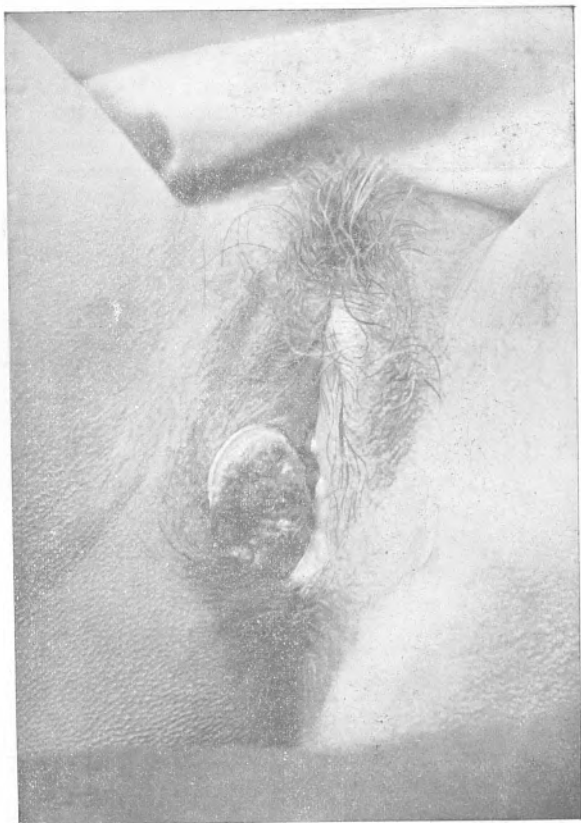


Fig. 152. —Carcinoma de forma ulcerosa al que pertenece la preparación micrográfica de la figura.

Del estiomene se distingue en que éste forma una ulceración, que cicatriza por un lado a medida que se extiende por el otro, mientras que la ulceración del cáncer no cicatriza, progresa siempre, haciéndose cada vez más extensa.

Se distingue de la elephantiasis, porque en ésta hay grandes irregularidades de la piel, que se presenta con aspecto paquidérmico, y no se produce ulceración, y en caso de hacerse alguna por roce, tiene el aspecto liso de tejido de poca vitalidad, pero no sangra, ni es irregular, ni saniosa.

PRONÓSTICO.—El del cáncer es muy grave en todas sus localizaciones;

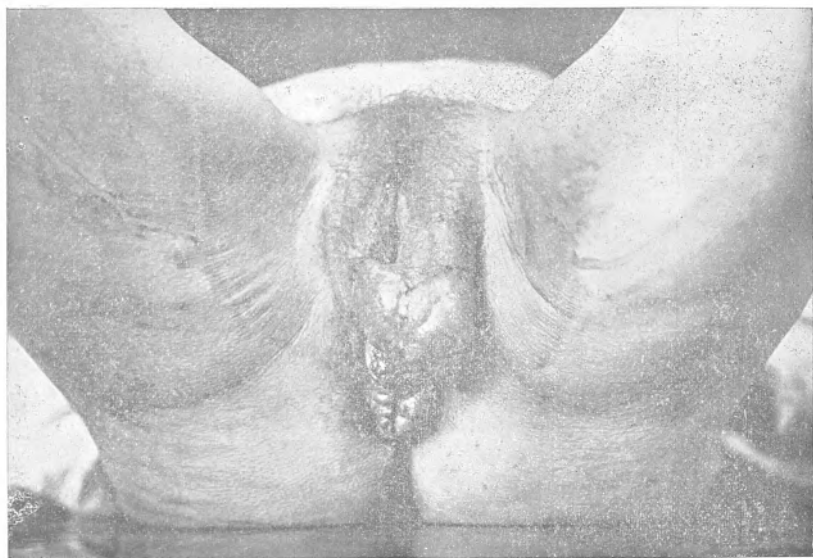


Fig. 153. —Carcinoma vulvar aparecido sobre placas leucoplásicas.

puede curar *in situ* y reproducirse a distancia. Los medios modernos de tratamiento de los cánceres accesibles a su empleo, han mejorado el pronóstico, pero todavía debe ser considerada como enfermedad de mucha gravedad.

TRATAMIENTO.—En presencia de un cáncer de vulva, el dilema que se presenta es si debe tratarse por la operación o por medios radioactivos. Nosotros creemos preferible la operación; esta opinión, que parece hallarse en oposición a lo por nosotros sustentado, referente al tratamiento del cáncer por los medios radioactivos, tiene su explicación.

La operación del cáncer de la vulva no tiene ninguna gravedad, y siendo así, consideramos preferible sacarse al enemigo pronto de delante, hacer la

extirpación rápida de la neoplasia a dejar que las sustancias radioactivas obren en un período de varias semanas, que son las que se necesitan para la curación. El tratamiento operatorio en el cáncer de la vulva no tiene gravedad ni peligro de ninguna especie, y claro está que si por cualquier circunstancia, por el estado general de la enferma, por el estado de alteración orgánica, representara la operación un peligro, entonces preferiríamos el tratamiento radioactivo.

La amputación de la vulva es operación fácil, aun teniendo que producir una gran pérdida de substancia, pues queda, al cicatrizar, una disposición perfectamente regular.

La operación debe hacerse amplia, extirpando todos los tejidos enfermos en una extensión de dos o tres centímetros por fuera de los que parecen enfermos; una vez extirpada la vulva, se halla en el fondo de la superficie cruenta la entrada de la vagina y el meato urinario; sutúrase el borde cutáneo con la vagina, de manera que una vez practicada la coaptación queda la línea de sutura por arriba en la línea media, rodea luego el meato, y el resto queda en perfectas condiciones de coaptación, habiendo desaparecido labios mayores y menores, quedando sólo el orificio vaginal y el de la uretra. No hay que cortar ningún vaso importante, y por tanto no hay gran pérdida de sangre; no es operación que exija ningún cuidado especial, y que puede realizarse teniendo la precaución de que los puntos pasen profundos, recogiendo todas las superficies cruentas para que no queden espacios muertos, en los que se forman depósitos de sangre, y se realiza la cicatrización en muy breve tiempo; a los seis u ocho días puede estar la enferma completamente curada.

¿Debemos contentarnos en un carcinoma vulvar con esta simple operación? No; hay que hacer lo que se hace en el cáncer de la mama y de otros puntos del organismo; hay que extirpar los vasos linfáticos y los paquetes ganglionares inguinales que puedan estar afectos.

La operación así realizada aumenta de importancia, y no puede hablarse en términos absolutos de benignidad; hasta hace poco era, sin embargo, éste el método que considerábamos preferible; pero en la actualidad tenemos en los rayos X un procedimiento preferible al operatorio para asegurar la no recidiva de estas neoplasias. Aconsejamos la intervención operatoria en el cáncer de la vulva, por creer que nos podemos sacar más pronto al enemigo de delante, sin peligro de ninguna especie para la mujer; si existen infartos ganglionares evidentes, creemos que debe practicarse la operación del vaciamiento inguinal, y si no se reconocen, se debe suponer la existencia de células epiteliales, que no deben ser extirpadas en el acto operatorio para no aumentar la gravedad del acto quirúrgico; pero lo mismo en esta localización del cáncer que en el de la mama, creemos que el complemento de la intervención operatoria debe ser el tratamiento por medio de los rayos X de las zonas linfáticas que puedan

estar invadidas. Indudablemente, los rayos X al penetrar en los tejidos afectan primeramente a las células que están dotadas de un poder de reproducción muy intenso y, por lo tanto, sin admitir en ellos una acción electiva, como tampoco en las substancias radioactivas sobre las células cancerosas; como quiera que los elementos celulares carcinomatosos están dotados de un poder de reproducción muy grande, son los que más prontamente se influyen por las radiaciones, y por lo tanto en contra de las células que allí pueden haber quedado detenidas, y sobre las que no poseemos medio quirúrgico seguro e inocuo de extirparlas, debe ir el tratamiento radioactivo complementando el operatorio.

Para elegir el modo de tratamiento, hay que contar con la voluntad de la enferma. No es infrecuente que, apareciendo el carcinoma de vulva en mujeres ya ancianas, rehusen en absoluto la intervención operatoria. Hace algún tiempo, cuando la enferma no quería operarse, no había más solución que insistir en la necesidad de la operación, y si no se sometía, dejar que se muriera; en la actualidad puede la enferma elegir: la que no quiera dejarse operar puede ser tratada con las radiaciones de radio, mesotorio o rayos X.

La introducción de agujas de radio en el interior de la neoplasia, en número de 15 ó 20, es un perfeccionamiento en la técnica del tratamiento radioactivo, que debe ser tenido en cuenta para todos los casos en los que exista una contraindicación operatoria y en aquellos en que la enferma rehusa, de modo rotundo, la operación.

Como principio, sentamos que, dada la no gravedad del acto operatorio, es preferible la operación al radio en los casos de cáncer de la vulva: operación seguida de aplicaciones de rayos X. En los casos de contraindicación operatoria, entre los cuales incluimos la voluntad de la enferma, el tratamiento con los medios radioactivos deberá ser empleado sin dilación.

SARCOMA DE LA VULVA

Mucho menos frecuente que el carcinoma de la vulva es el sarcoma. Todo cuanto se ha dicho del primero es aplicable a éste, con la diferencia que el sarcoma ataca más a mujeres jóvenes; por ello algunos le han denominado el «cáncer de la juventud».

El sarcoma se diferencia del carcinoma en que la ulceración es más tardía, la tumoración es mayor, apareciendo también más tardíamente los infartos ganglionares y los fenómenos caquéticos, propios de las neoplasias malignas.

No tiene como manifestación clínica nada especial, si se exceptúa su rareza; el tratamiento es el mismo que el que hemos indicado para el carcinoma vulvar.

1-50

RASGADURAS DEL PERINÉ

La ruptura del espacio perineal anterior se observa muy frecuentemente a consecuencia de partos o intervenciones tocológicas, pero es posible, aunque rara vez ocurra, el que se produzcan por traumatismos de otra naturaleza, cual es la caída a horcajadas sobre una mesa, borde de una silla, etc.

La defectuosa o nula protección del periné en el acto del parto, es la causa más frecuente de los desgarros del mismo; coadyuvan a este accidente la rigidez de la vulva, el volumen excesivo de la cabeza u hombros fetales, las posiciones occípito-posteriores, las presentaciones de cara, las aplicaciones irregulares de fórceps, la extracción precipitada del feto; predisponen asimismo a los desgarros la edad avanzada de las primíparas y la situación muy baja del pubis, lo que llaman las mujeres en lenguaje vulgar, ser baja de puente, ya que ello dirige el esfuerzo de las contracciones excesivamente hacia atrás.

El tocólogo tiene ocasión de ver muy frecuentemente los desgarros perineales que se producen en el acto del parto; el ginecólogo los ve cuando se hallan ya cicatrizadas las partes, y por tanto constituida una deformidad.

No consideramos pertinente en este lugar describir cómo debe protegerse el periné para que no se produzcan desgarros en el acto del parto; pero sí debemos insistir en la afirmación de que la inmensa mayoría de las veces el desgarró extenso del periné se produce por una defectuosa asistencia, en el tiempo de la expulsión o extracción del feto.

No podemos, sin embargo, dejar de mencionar que existen condiciones especiales que exigen una maniobra rápida para la extracción del feto, que debe realizarse venciendo grandes dificultades, que obligan al tocólogo a prescindir de algunas consideraciones para salvar la vida del nuevo ser, gravemente amenazada, y que por ello se producen rasgaduras de periné a pesar de reunir todas las condiciones de una buena asistencia, pero esto es la excepción, pues en la inmensa mayoría de casos, si se siguen los buenos preceptos tocológicos, no se producen desgarros de periné.

Para comprender los distintos grados que pueden tener las rasgaduras perineales es preciso recordar algunos datos anatómicos.

La comisura posterior de la vulva forma la horquilla; el espacio perineal está formado por un plano superficial y otro profundo; el superficial, constituido por la piel, por los músculos transversos del periné y los bulbo-cavernosos,

y el plano profundo por el músculo elevador del ano. Estas estructuras musculares son las que constituyen, con las aponeurosis correspondientes, el verdadero periné; la aponeurosis del elevador del ano, llamada también *fascia pélvica*, es la que presta mayor resistencia a la región y mantiene los órganos pelvianos en su posición normal. La causa de los desplazamientos de los órganos genitales es la falta de resistencia de los planos perineales, y por tanto

tiene una importancia considerable para la estática genital el mantenimiento de los planos que constituyen el periné.

El periné se halla dispuesto en la forma siguiente: superficialmente le forman los músculos transversos del periné y bulbocavernosos, y en la parte profunda las fibras del músculo elevador del ano, que desde la parte posterior de la sínfisis del pubis van a parar a los lados de la vagina para venirse a cruzar detrás de su abertura en la línea media, constituyendo un rafe de entrecruzamiento de los elementos musculares.

Ahora bien; en todo parto de primípara, la horquilla se desgarra en mayor

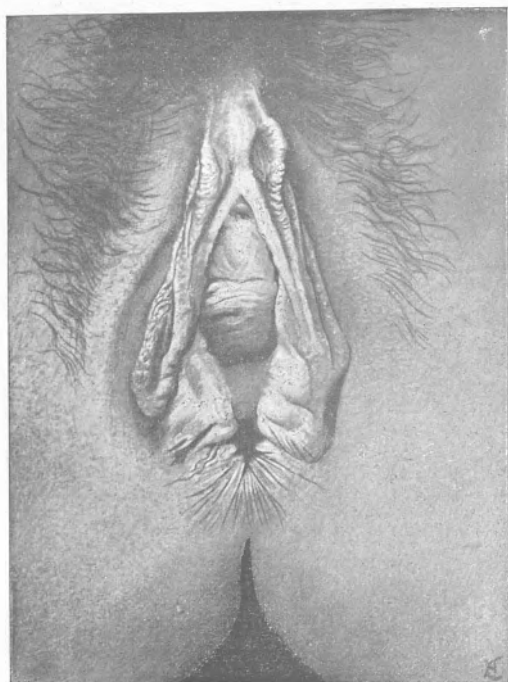


Fig. 154.—Desgarro completo de periné.

o menor extensión; las carúnculas himeneales se convierten en mirtiformes por los ligeros desgarros que sufren los restos del himen al pasar el feto por su abertura.

A estos pequeños desgarros, que pueden señalarse como grado inicial del del periné, sigue otro en el que es sólo la piel la que se rasga, siguiendo la dirección de la línea que se inició en la horquilla; denominase rasgadura de primer grado, que apenas tienen influencia en la estática genital; el desgarro de la horquilla y de los tegumentos superficiales próximos a ella, ocasiona al cicatrizar una abertura mayor de la vagina, y esto, si bien no tiene importancia desde el punto de vista de la estática uterina, la tiene en el sentido de facilitar

el acceso de gérmenes al interior de la vagina y ser causa de procesos infecciosos del útero.

A pesar de la poca importancia que un desgarró tan superficial tiene, debe establecerse el principio de restaurar por la sutura inmediata toda laceración perineal que se produzca en el momento del parto.

Los desgarró de segundo grado son aquellos que interesan no sólo los tegumentos, sino las estructuras musculares; la dirección del desgarró sigue unas veces la línea media o comisural, pero en algunos casos se lateraliza.

Cuando se rompen los elementos musculares, según alcance o no las fibras que forman el esfínter del ano, divídese el desgarró en incompleto o de segundo grado y completo o de tercero. En las rasgaduras de segundo grado pueden hallarse rotos todos los elementos músculo-aponeuróticos del periné, conservándose el esfínter del ano; en estos casos, la estática del útero y de la vagina sufre alteraciones considerables; falta la vagina, del apoyo que le presta el espacio perineal, se flexiona y permite al recto prolapsarse hacia adelante constituyendo el rectocele, al tiempo que el útero toma un primer grado de retroversión, que puede ser el punto de partida del prolapso uterino.

Los desgarró incompletos del periné pueden tener modalidades distintas. Además de las que caracterizan a los tres grados mencionados hay lo que se llama el desgarró subcutáneo: la piel ha cedido, ha tenido elasticidad suficiente para permitir el paso del feto por la vulva, pero las estructuras subcutáneas no han tenido la suficiente y el músculo transversó del periné y el elevador del ano pueden haberse roto, quedando íntegra la piel, íntegro, aparentemente, el esfínter, pero en realidad sin poder servir de apoyo a la vagina por haberse desgarrado los tejidos profundos. Y como quiera que el sostén verdadero del útero lo constituye el triángulo perineal, y a éste lo que le da la resistencia es la fascia pélvica por un lado y las estructuras musculares por otro, rotas éstas, aunque aparentemente, la mujer tenga el periné íntegro, no tiene la resistencia suficiente para mantener los órganos pélvicos en la situación normal, y sobreviene al poco tiempo el rectocele y el prolapso del útero como consecuencia de un desgarró, que parece no existir porque la piel del periné está íntegra.

Como hecho del todo excepcional puede ocurrir que se rompa el tabique recto-vaginal sin hacerlo la horquilla y que la mujer en vez de parir por la vulva, para por el ano. Nosotros no hemos tenido ocasión de ver ningún caso de esta naturaleza, pero cítanse algunos en la literatura médica que ponen fuera de duda la posibilidad del hecho.

Es también excepcional otro tipo de desgarró de periné en que se ha conservado el esfínter del ano y la comisura vulvar, realizándose el parto por el periné. En algunas obras de Obstetricia se ven láminas con desgarró de esta clase, pero debe ser cosa sumamente rara, pues no hemos tenido ocasión de

observar ningún caso en el número de años que llevamos ejerciendo la especialidad y en las miles de enfermas de afectos ginecológicos que hemos visto.

El desgarro subcutáneo no es raro; frecuentemente se observan muchachas jóvenes que después de un parto, al parecer sin lesiones perineales, presentan cistocele, rectocele y prolapso de útero, que no tienen otra explicación patológica que la pérdida de resistencia del plano perineal, producida por la rotura subcutánea de los elementos musculares que lo integran.

La sintomatología de las rasgaduras de periné es sumamente variada.

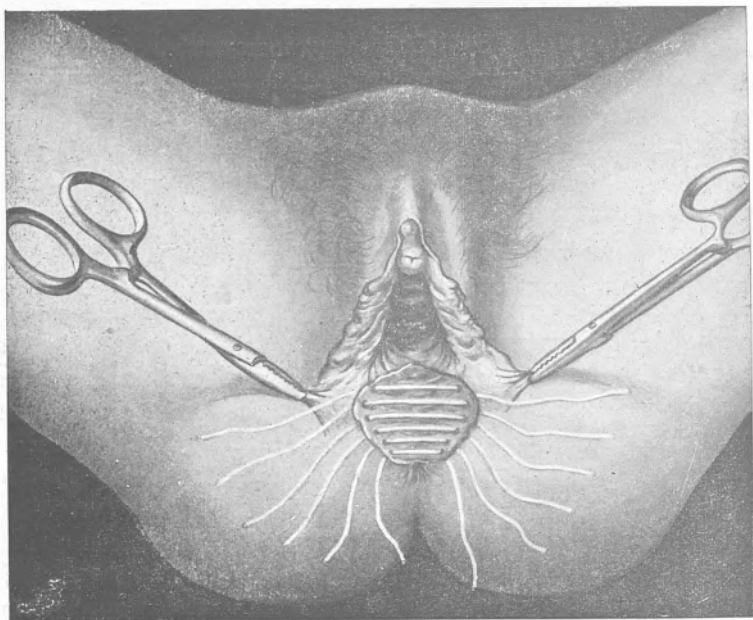


Fig. 155.—Modo defectuoso de colocar los puntos de sutura en un desgarro de periné.

Dentro del tipo general, la mujer que tiene un desgarro de primer grado, puede no experimentar molestia alguna; si se da cuenta de que la entrada de la vulva es mayor de lo que era antes del parto, lo considera como consecuencia natural del mismo y la falta de coaptación exacta de la vulva, principalmente en la parte correspondiente a la comisura posterior, lo cree un estado normal resultante de la parturición.

En el desgarro de segundo grado, cuando hay ruptura de las estructuras musculares, pueden existir algunas molestias; en un principio, la mujer siente como si se fuera a vaciar por la vulva, como si le faltara apoyo en aquel punto; estas sensaciones desagradables desaparecen a los pocos días. La abertura

mayor de la vulva y la falta de coaptación de sus labios, da mayor facilidad a infecciones ascendentes; la pared anterior del recto, no encontrando el apoyo necesario, tiene tendencia a prolapsarse y se constituye el rectocele; la pared anterior de la vagina, sin el sostén que le presta la integridad de la columna vaginal, también desciende y aparece el cistocele y, por último, el útero, al perder las condiciones de resistencia la columna vaginal, se inclina hacia atrás en retroversión y se inicia un prolapso.

En el desgarró de tercer grado, como quiera que las fibras que consti-

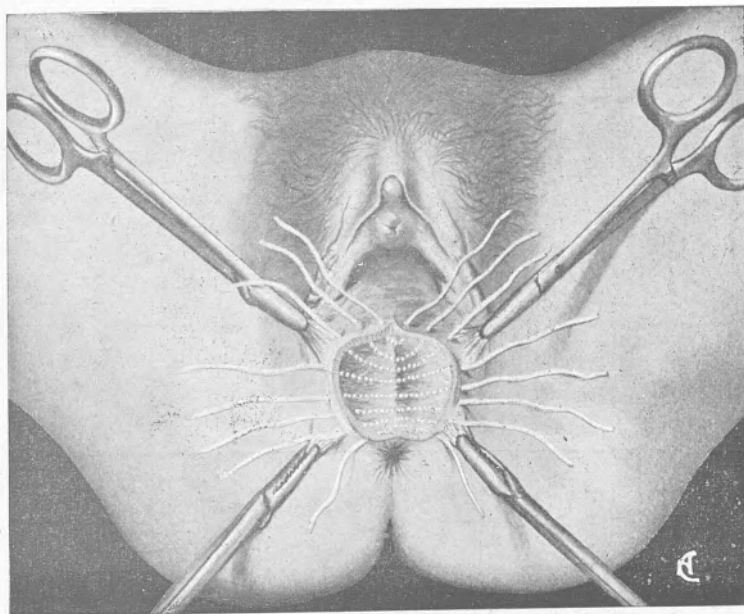


Fig. 156.—Modo correcto de colocar los puntos de sutura en una rasgadura de periné.

tuyen el esfínter del ano se han roto, las materias fecales, al llegar a la ampolla rectal, no encuentran obstáculo para su salida al exterior y se produce la incontinencia de heces y más fácilmente aun la de los gases intestinales. Los síntomas del desgarró de segundo grado se hallan en el tercero muy acentuados y las sensaciones de vacío y de falta de resistencia del periné son mayores y más persistentes. Si la rotura es alta, si alcanza gran parte del tabique recto-vaginal y se han roto por completo todas las fibras que constituyen el esfínter anal, no solamente las inferiores, sino las del elevador del ano que ascienden por la pared del recto, constituyendo lo que se llama el esfínter superior, si estas fibras se han roto, la incontinencia es absoluta, las materias fecales, aun las sólidas, se escapan sin sentir. Es raro que la rasgadura llegue

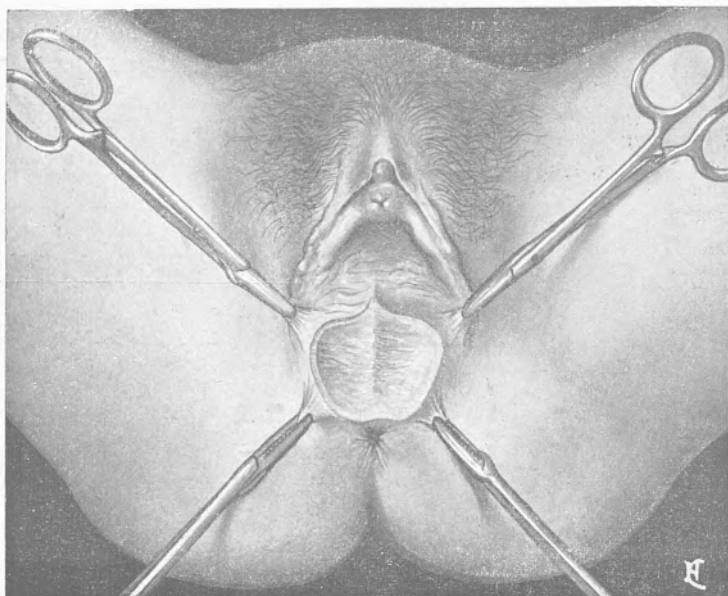


Fig. 157.—Refrescamiento de los bordes de una rasgadura incompleta de periné.

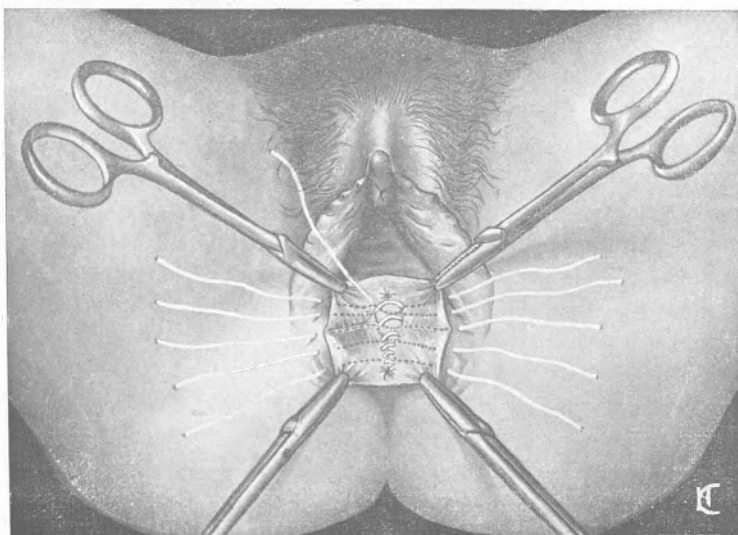


Fig. 158 —Colocación de los puntos de sutura profundos y superficiales de un desgarro incompleto de periné.

a tener una extensión tan considerable; lo más frecuente es que se rompan sólo las fibras inferiores, y en este caso se presenta una incontinencia parcial. La enferma en tanto son sus deposiciones espesas, no tiene incontinencia, pero a la más ligera descomposición intestinal defeca sin sentir y se halla en tales condiciones de suciedad que le imposibilitan la vida de relación. Hay que tener presente que cuando el desgarró no es extenso, puede haber incontinencia de materias fecales sólidas, pero como quiera que los gases no se retienen, la salida involuntaria de los mismos deja a la mujer en condiciones inhábiles para vivir en sociedad.

Estos son los fenómenos primarios de los desgarró; los secundarios son los prolapsos de útero y vagina, el rectocele y el cistocele; los estados flogósicos de la mucosa rectal por falta de protección de la misma y las inflamaciones de vagina, vulva y bordes del desgarró, que por hallarse convertidos vagina y ano en una cloaca, están sujetos a todos los peligros de infección por no hallarse recubiertas y defendidas por sus barreras naturales.

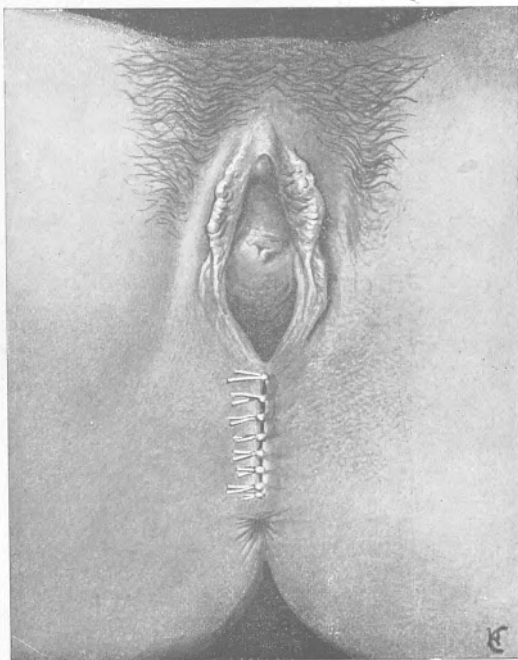


Fig. 159.—Periné restaurado por la sutura.

TRATAMIENTO. — Las rasgaduras de periné deben operarse siempre, pero al tratarse de su curación por medios operatorios debe establecerse la división entre las recientes y las que por ser antiguas tienen sus bordes recubiertos por tejido de cicatriz.

En el desgarró reciente, las superficies son cruentas en toda su extensión y están en condiciones, por lo tanto, de ser reunidas por sutura; los desgarró antiguos tienen las superficies recubiertas por tejido de cicatriz y hay que colocar a las partes en condiciones apropiadas para que la unión se pueda realizar.

El problema capital del tratamiento operatorio de los desgarró, sean recientes, sean antiguos, es hacer la sutura, no sólo de los planos superficiales, piel y tejido celular subcutáneo, sino de todas las estructuras que integran el

periné, especialmente los músculos y planos aponeuróticos, que son los que dan verdadera resistencia y hacen que los órganos se mantengan en la cavidad pelviana en su posición normal.

Conviene, aun en las rasgaduras de periné de primer grado, reunir la piel y tejido celular por medio de uno o dos puntos de sutura inmediatamente des-

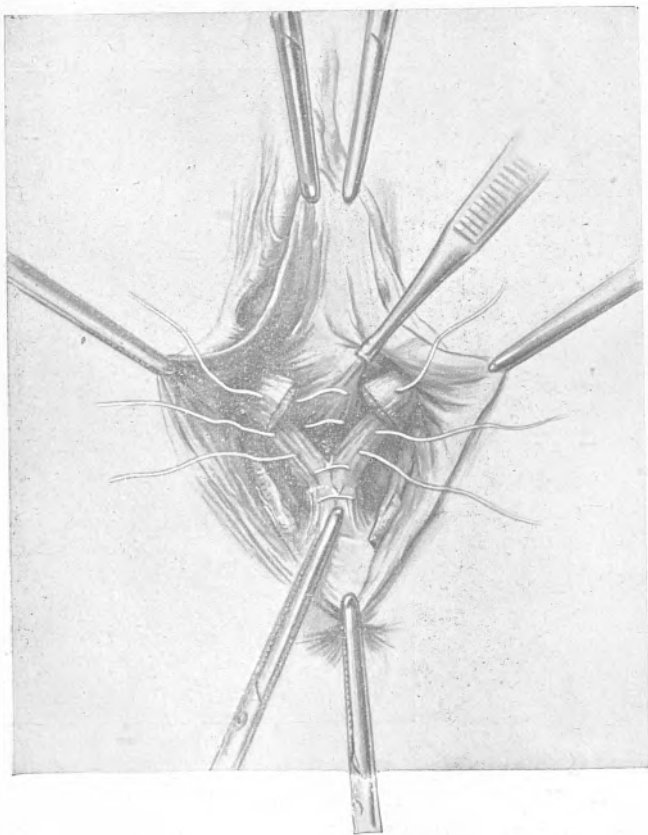


Fig. 100.—Modo de aplicar los puntos de sutura para la reunión del músculo transverso del periné y bordes del elevador del ano.

pués del parto, para con ello evitar las posibles contingencias de infección inmediata o tardía. La seda o crin de Florencia son los mejores materiales de sutura para estos casos sencillos, procurando al atar los hilos que la coaptación sea exacta y los nudos no se interpongan entre los bordes reunidos.

En los desgarros de segundo grado, en los que está por un lado rota la mucosa vaginal y por otro los tegumentos, así como las estructuras músculo-aponeuróticas, hay que hacer la sutura de manera que queden todas las

superficies perfectamente en contacto para que puedan unirse por primera intención, sin dejar espacios muertos en los que, acumulándose sangre, dé lugar a que sirva de medio de cultivo a gérmenes que al multiplicarse den al traste con la sutura por efecto de la infección que en la herida se desarrolla.

En la época actual no es admisible dejar, como se hacía antes del descubrimiento de la antisepsia, un desgarró perineal sin restauración inmediata; para practicar la sutura se coloca la mujer en posición dorso-sacra, se regularizan los bordes de la herida y se exponen de modo bien visible los límites del desgarró, para que al pasar la aguja se cojan los bordes del recto si se halla desgarrado, así como los de la mucosa vaginal.

Es de todo punto preciso que la aguja y el hilo pasen por debajo de todas las superficies cruentas, de modo que al aproximarse los extremos de los hilos se pongan en contacto completo.

Si en un caso de desgarró se pasara el hilo en la forma que indica la figura 155, los bordes se pondrían en contacto, pero dejarían gran parte de las superficies cruentas sin coaptarse, y en el espacio que quedaría entre ellas se acumularía sangre, que sería punto de partida de una infección que malograría la sutura. Deben pasarse los hilos por debajo de todas las superficies cruentas, y así al anudarlos el contacto se hace completo, no hay espacios muertos, la reunión se verifica bien y quedan reconstituídas, por tanto, las estructuras del periné (fig. 156).

Conviene en los casos de desgarró de segundo grado tener cuidado de coger los bordes musculares y pasar la aguja muy honda para recoger una buena masa de tejido y la aponeurosis correspondiente, para que se pongan en contacto y se realice la unión de modo íntimo. De no hacerlo así, los mismos hilos van rompiendo las fibras musculares y la sutura fracasa.

En los desgarrós de tercer grado la reconstitución de las partes se hace siguiendo una técnica semejante a la de los casos de segundo grado; pero así como en éstos hay necesidad de reconstruir por medio de una sutura hecha con catgut la pared vaginal rasgada, en aquéllos hay que poner también algunos puntos de sutura en la mucosa rectal antes de reunir por la sutura las estructuras músculo-aponeuróticas y la piel del espacio perineal.

En los desgarrós recientes, como no hay que refrescar tejidos, pues todo son superficies cruentas, no precisa operación previa de ninguna especie, basta hacer la sutura cuidadosamente, procurando que se pongan en contacto íntimo los bordes de la herida recién hecha. Lo único que hay que tener presente en estas condiciones es el grado de magullamiento de los tejidos, pues si aquél es muy grande, la reunión no se verifica por primera intención. No hay que precipitarse, sin embargo, en extirpar tejidos, al parecer muy contundidos, pues es frecuente que algunos que en los primeros momentos parecían destinados a esfacelarse, se modifiquen favorablemente y se reúnan rápidamente. Los

fomentos antisépticos y los lavados con el líquido de Carrel Dakins, pueden asegurar la asepsia de las partes. En los casos en que es extraordinaria la urgencia de dejar a la mujer en reposo en la cama, o en los que el estado de los tejidos no permita hacer la sutura inmediata, puede practicarse la sutura secundaria; a los ocho o diez días de realizado el parto, cuando la superficie está en período de granulación, se colocan los puntos de sutura necesarios para que la coaptación sea exacta, y con ello se logra muchas veces la curación deseada.

La anestesia general o local es muy conveniente para realizar bien estas operaciones, pero no es de precisión absoluta, pues por la rapidez con que puede realizarse, son muchas las mujeres que las resisten bien.

DESGARROS DE PERINÉ DE FECHA LEJANA

Cuando la rasgadura del periné es antigua, las condiciones son del todo diferentes; los bordes del desgarro cicatrizan aisladamente, los tejidos se hallan recubiertos por tejido inodular y la enferma sólo presenta la mala conformación de las partes. En estas condiciones, el tratamiento operatorio debe regirse por tres tiempos.

El primero consiste en el refrescamiento de la herida, convirtiendo las superficies que deban reunirse en cruentas para que pueda realizarse la unión exacta de las mismas; el segundo tiempo consiste en la aplicación de los hilos de modo que abarquen todos los tejidos que deben reunirse, y el tercero, anudar éstos de modo que la coaptación sea del todo exacta.

Ahora bien, los desgarros del periné antiguos casi siempre van acompañados de alteraciones de la pared vaginal. El rectocele es una consecuencia casi obligada del desgarro de periné, y por lo tanto, al tratar de curar éste, tenemos que actuar también sobre la vagina para corregir el prolapso de su pared posterior que arrastra la anterior de la ampolla rectal. En los desgarros de tercer grado, en los que está roto el esfínter, hállanse iguales condiciones de la mucosa del recto, que forma muchas veces protusión independiente de la que es arrastrada por la pared vaginal.

Hasta el último tercio del siglo xix las operaciones para la curación de las rasgaduras del periné eran consideradas como las de más difícil éxito: los nombres de Langenbeck y Dieffenbach están asociados a procedimientos que si bien indicaban gran habilidad quirúrgica, en manos de los demás cirujanos no se lograba casi nunca la total restauración del periné y del esfínter del ano.

Si bien se cita a Ambrosio Pareo como al primero que insistió en la necesidad de remediar las rasgaduras producidas en el acto del parto y dió una descripción de cómo debían curarse los desgarros perineales, lo cierto es que

hasta el segundo tercio del siglo pasado no se poseyó una técnica apropiada para poder fiar en la curación.

El progreso verdadero en este sentido se debe a Sims, Simon, Hegar y a Emmet. La descripción detallada de cómo deben refrescarse las superficies cruentas para que la coaptación se realice de modo completo y la manera cómo

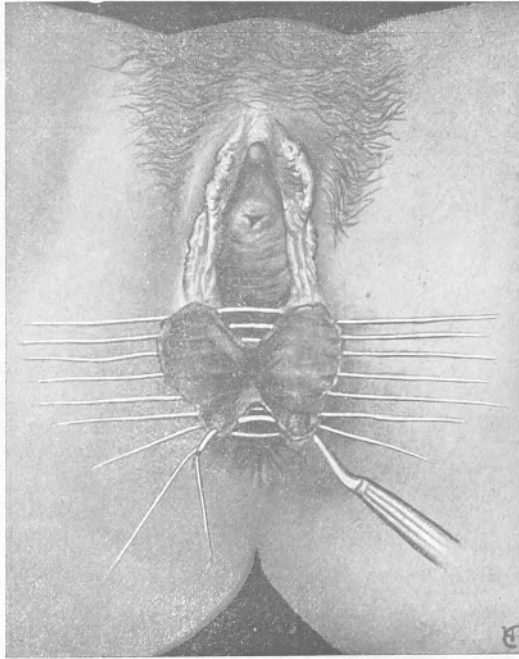


Fig. 161. —Procedimiento de Emmet para la curación de una rasgadura completa de periné.

deben aplicarse los puntos de sutura, se debe principalmente a los ginecólogos mencionados.

Creemos, sin embargo, que el avance más grande que en este sentido se ha dado en la técnica, ha sido el realizado por Lawson-Tait; basado en el desdoblamiento de los tejidos desgarrados, dejándoles en análogas condiciones a las que tenían cuando se produjo la lesión. Este método de desdoblamiento, si bien había tenido como precursor a Hegar en sus líneas generales, en la técnica pertenece en absoluto al ginecólogo inglés. El método que introdujo Lawson-Tait, y cuya demostración hizo prácticamente cuando el Congreso de Roma, operando tres enfermas en el breve espacio de diez minutos fué tan convincente, que todo cuanto se ha venido después haciendo y diciendo tiene como base los principios fundamentales establecidos por él.

En las operaciones de Simon, de Simpson, de Hegar, de Marion-Sims, de Emmet, hay siempre refrescamiento con pérdida de substancia en el punto de desgarro del periné; sacar un trozo más o menos grande de tejido para convertir aquél en una superficie cruenta, tiene el inconveniente de que si la superficie refrescada no se une y el desgarro no se cura, a la pérdida de substancia anterior que existía, debe unirse la que por efecto de la operación se ha produ-

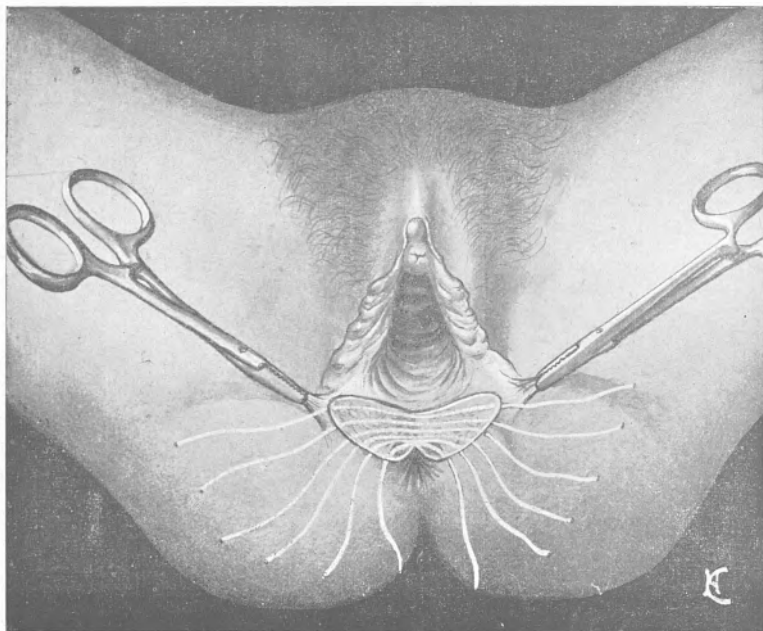


Fig. 162

Procedimiento de Simon para el tratamiento operatorio de los desgarros de periné.

cido, y las enfermas después de la operación empeoran por producirse una pérdida de substancia mayor que la que primitivamente tenían.

El fundamento de la operación de Lawson-Tait está en no destruir ninguna parte de tejido sano, sino colocar las que se van a reunir en las mismas condiciones que tenían antes de verificarse el desgarro o cuando el desgarro era reciente; desdoblar por completo el tabique recto-vaginal, hasta la altura que sea preciso, y entonces dibujar un cuadrilátero que sirva de base de refrescamiento y de unión de las partes, de tal manera que se pongan en contacto no solamente las estructuras superficiales, sino también las profundas.

La técnica del procedimiento de Lawson-Tait, es como sigue: se hace una incisión transversal en el punto correspondiente del tabique y se separan las dos partes, la posterior que debe reconstituir el recto, de la anterior que debe

servir para restaurar la vagina; para facilitar esta separación se practican dos incisiones a los lados de la transversal, de modo que convierten en una H un poco irregular las líneas de refrescamiento; al disecar las partes quedan dos colgajos, uno anterior y otro posterior, uno para la superficie del recto y otro para la de la vagina, y como quiera que queda una extensa superficie cruenta, si se hace una exacta coaptación, queda asegurada la reunión completa y resistente de todas las estructuras

perineales. Esta es una operación tan sumamente fácil, que se necesita menos tiempo para hacerla que para describirla; de nosotros podemos decir, que la hemos practicado muchas docenas de veces, sin que haya fallado una sola. La sutura debe hacerse perfectamente, teniendo cuidado de que no queden espacios muertos; la cicatrización no falla nunca, pero como quiera que en los desgarros completos de periné el esfínter es uno de los puntos capitales que hay que cuidar, no basta dar la resistencia suficiente al plano perineal para que mantenga a los órganos en su posición, sino que es preciso hacer también la sutura

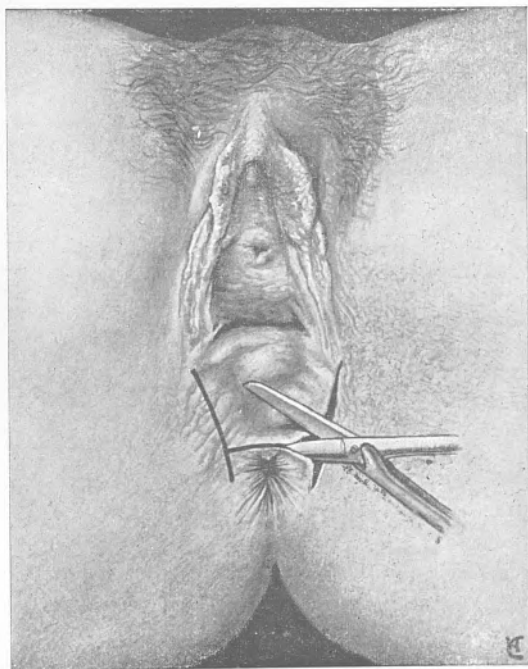


Fig. 163.—Procedimiento de Lawson-Tait para la cura del desgarró del periné.

cuidadosa del esfínter del ano, procurando, por medio de algunos puntos complementarios, reconstruir los bordes del esfínter desgarrado, haciendo una exacta coaptación, para de esta manera evitar la incontinencia de materias fecales, y, principalmente, lograr la retención de los gases intestinales.

Para el desgarró incompleto son tantos los nombres de procedimientos que se han publicado, que puede decirse que, durante una porción de años, cada ginecólogo ha expuesto el suyo; en conjunto, todos se basan en el método de desdoblamiento, con ligeras modificaciones que no vale la pena de describirlas como procedimientos especiales; su esencia no consiste más que en hacer el desdoblamiento del tabique recto-vaginal por medio de una incisión que por los

lados llega hasta la vulva en la unión de su tercio inferior con los dos tercios superiores, separar las dos hojas del tabique y dejar entonces una superficie cruenta amplia, sobre la que se aplican los puntos de sutura, cuidando de unir las estructuras musculares aisladamente o en conjunto, así como las láminas aponeuróticas, ya que la perfecta coaptación representa la reconstitución perineal con todas las garantías necesarias para que no se modifique la estática del útero. En la técnica de esta intervención quirúrgica debe atenderse más a la unión de las partes profundas, incluyendo entre ellas el esfínter anal, que a las cutáneas.

ANOMALÍAS DE DESARROLLO DE LA VULVA

Recordando el modo cómo se desarrollan los genitales externos, encuentran fácil explicación las anomalías congénitas de la vulva que más comúnmente se observan.

Al seno uro-genital van a abrirse normalmente el segmento inferior de la alantoides que se estrecha para formar la uretra, el intestino posterior y los dos conductos de Müller que, al fusionarse, constituyen la vagina; vagina,

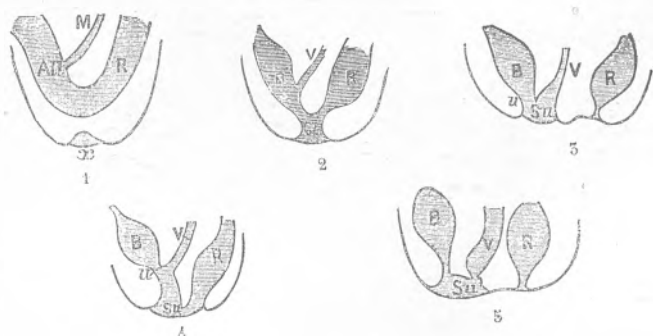


Fig. 161.—Desarrollo normal de los genitales externos (Schkøder).—All, alantoides; R, intestino posterior; M, conducto de Müller; V, vagina; u, uretra; Su, seno urogenital; V, vagina.

intestino y vejiga desembocan en una cavidad común que forma la cloaca; el espolón perineal y los dos repliegues de Rathke, al reunirse, separan el intestino posterior de la alantoides y de la vagina, formando el periné; por otra parte, la porción inferior de la alantoides se alarga y se estrecha considerablemente, constituyendo la uretra, en tanto que la vagina toma un desarrollo considerable, hasta el punto de parecer que es ella la continuación directa del seno uro-genital. Como quiera que éste deja de crecer en longitud en tanto la vagina y la uretra van desarrollándose, queda sólo formando el vestíbulo, en el que se abren independientemente el conducto de la uretra y la vagina.

Los cinco esquemas de la figura 164 muestran las fases de este desarrollo.

Recordemos, asimismo, que el surco uro-genital presenta dos repliegues que en la mujer forman los labios mayores, y que en el hombre, al fusionarse

en la línea media, constituyen el escroto, y que existen otros dos repliegues en la cara inferior del tubérculo genital, que forman en la hembra las ninfas y que en el varón también se fusionan para constituir la túnica interna del escroto.

El tubérculo genital forma en el varón el pene y en la hembra el clitoris.

Ausencia de vulva.

Unas veces con desarrollo normal de los genitales internos y en otras con anomalías en ellos, puede faltar el surco uro-genital y el tubérculo de este nombre, de cuyas partes salen los genitales externos; la ausencia de vulva

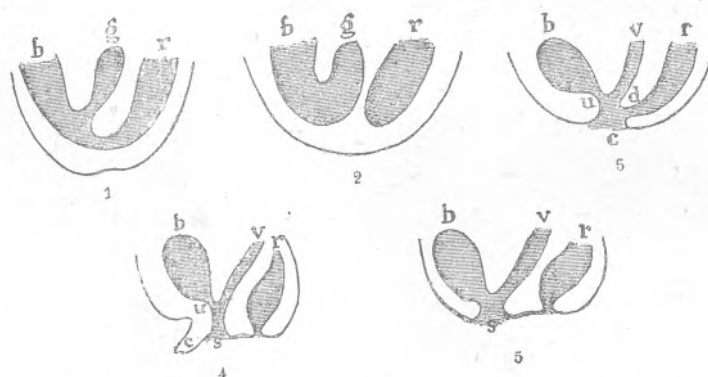


Fig. 165.—1. ausencia de vulva sin separación del intestino y alantoides; 2, ídem en la que el espolón perineal ha separado el intestino de la alantoides; 3, intestino, vejiga y vagina, desembocando en una cloaca común; 4, seno uro-genital alargado con abertura alta de la uretra; 5, hipospadias femenino.

puede ser total o faltar sólo algunas partes de la misma; ausencia de grandes labios y de las ninfas; clitoris rudimentario; también la no desaparición del tapón cloacal, de Tournoux, puede ser causa de incomunicación entre la vulva y la vagina.

En los casos de ausencia completa de vulva, la porción inferior del intestino y de la alantoides experimenta una gran distensión y la vida se hace imposible si no viene el arte quirúrgico a solucionar el conflicto que representa la retención de orina y heces fecales.

Igual concepto pronóstico requiere la atresia completa de la vulva, en la que no se establece la comunicación entre la vulva rudimentaria y la parte inferior de la vesícula alantoides y el intestino posterior.

En algunos casos, el espolón perineal ha descendido lo suficiente para separar la alantoides del intestino, pero la atresia completa de vulva es causa de iguales trastornos funcionales que los mencionados en el párrafo anterior.

Abertura del recto en el seno uro-genital.

En algunos casos, la vulva se halla conformada regularmente, pero el seno uro-genital, en lugar de cesar de crecer en longitud dejando que la vagina tome el desarrollo correspondiente y formando él solamente el vestíbulo, queda como si fuera la vagina, y, por insuficiencia de descenso del espólón perineal, no se separan el intestino de la alantoides y ábrense en el fondo de la cloaca, la uretra, la vagina y el recto.

Ésta es, tal vez, la anomalía de vulva más frecuentemente observada; la conformación exterior de los genitales externos es, al parecer, normal; la ausencia de ano y el que la enferma expulse los excrementos por la vulva, ha dado lugar a dudas patológicas, por cuyo motivo se ha confundido esta anomalía con la existencia de una fístula recto-vaginal; en realidad, el recto no comunica con la vagina, sino con el seno uro-genital, que tiene una extraordinaria longitud, y el proceso se ha realizado en la forma que representa el esquema 3 de la figura 165.

En un caso que hemos tenido ocasión de observar este año en una mujer casada, de treinta y dos años de edad, existía retención de heces fecales, de gases y de orina, a pesar de que los tres conductos se abrían a un través de dedo por encima del orificio vulvar; no existía rudimento alguno de ano y la conformación exterior de la vulva parecía normal. La contención de las orinas y heces demostraba que, aun cuando no se había desarrollado normalmente la parte inferior del intestino y de la alantoides, los constrictores de ano y vejiga tenían una disposición normal. El coito se realizaba en esta enferma de modo completamente normal y, si bien era estéril, podía comprobarse la existencia de genitales internos al parecer bien desarrollados.

En algunas ocasiones las atresias vulvo-vaginales van acompañadas de anomalías de desarrollo de los genitales internos, como son el útero rudimentario, ausencia total, didelfo, etc.

Hipospadias femenino.

El caso más ligero de esta anomalía consiste en la abertura de la uretra a un nivel alto de lo que parece ser el conducto vaginal.

Habiéndose desarrollado al parecer de modo normal la vulva, el periné y el ano, se encuentra el orificio uretral muy alto; en realidad, no es la vagina la que en estos casos recibe la abertura de la uretra, sino que ha persistido el seno uro-genital de una longitud desmesurada, y como consecuencia de ello persiste la disposición de los primeros tiempos, en que la parte estrechada de la alantoides desemboca en aquel seno; apenas si puede denominarse este

estado como de deformación, pues existiendo el esfínter vesical bien desarrollado, sólo por un reconocimiento realizado por otro proceso se descubre esta anomalía de formación.

En el caso anterior la extremidad inferior de la alantoides ha experimentado la estrechez que la convierte en conducto uretral y queda completamente separada de la vejiga por su esfínter, pero en el hipospadias femenino propiamente tal, el seno uro-genital persiste largo y parece formar la parte inferior de la vagina, la porción inferior de la alantoides no se ha estrechado, y por lo tanto no se ha formado la uretra y queda la vejiga abriéndose directamente en lo que parece cara anterior de vagina. Como a esta mala conformación se añade la deformación incompleta o ausencia de esfínter vesical, existe incontinencia de orina en muchos casos.

Epispadias.

Es éste un vicio de conformación que se presenta muy rara vez en las hembras; su génesis no puede separarse de la que produce la extrofia de la vejiga, y, como la de ésta, no se conoce su modo exacto de formación, ni qué factores intervienen en su aparición.

Los casos más sencillos de esta anomalía parecen ser producidos por haberse formado una hernia alantoidea entre las dos mitades de la vulva, y no habiéndose formado el conducto uretral, la presión de la orina determina la abertura de la porción de alantoides herniada. Esta suposición parece confirmada por el hecho de que en estos casos la parte anterior de la vulva está ocluida.

En los casos más extensos de esta deformidad, la sínfisis pubiana está hendida y puede llegar a faltar una parte considerable de la cara anterior de la vejiga urinaria.

La separación de los cuerpos cavernosos del clítoris, entre los cuales se fragua la abertura uretral, en algunos casos de epispadias parece estar íntimamente ligado con protusiones de la vesícula alantoides en las primeras semanas de la vida.

Tratamiento de algunos de los vicios de conformación de la vulva.

Los casos de ausencia de vulva y las atresias completas, están por encima de los recursos de la terapéutica; se puede intentar el establecimiento de un ano perineal o ilíaco y la formación de una fístula urinaria, pero con escasísimas probabilidades de éxito.

En los casos de abertura del recto en el seno uro-genital, creemos conveniente esperar a que la niña haya alcanzado la pubertad para intentar su

curación por medios operatorios; la disección de la extremidad inferior del intestino y su trasposición a la porción posterior del periné, puede ir seguida de éxito; en un caso análogo: tratábase de una niña de trece años en la que la comunicación del recto con la vagina (surco uro-genital) se hallaba a unos tres centímetros de la horquilla; incidimos longitudinalmente ésta en una extensión de unos cuatro centímetros, de modo que las partes presentaban, después de la incisión, un aspecto igual al que presentaría un desgarró completo del periné; practicamos luego una incisión transversal en el borde del intestino parecida a la que se hace en la perineorrafia por el procedimiento de Lawson-Tait y desdoblamos sus capas, haciendo la sutura al igual que en aquella operación, sin dejar espacios muertos y procurando la unión de las superficies laterales de modo que quedaron separadas en una extensión de más de dos centímetros las aberturas anal y vaginal.

En los casos de hipospadias ligero, no se requiere tratamiento alguno, pues no existiendo incontinencia de orina no tiene importancia el que se abra más o menos alto el orificio uretral. Otra cosa es el hipospadias, propiamente dicho, en el que no sólo falta la uretra, sino que la ausencia de esfínter da lugar a una incontinencia completa; estos casos deben ser tratados con la formación de un conducto uretral, que aun cuando no esté dotado de esfínter, sirve en grado mayor o menor, de contentivo.

Hermafroditismo.

El hermafroditismo verdadero es aquel en el que conjuntamente existen órganos glandulares sexuales pertenecientes a los dos sexos; se ha denominado hermafroditismo lateral cuando existe un testículo en un lado y un ovario en el otro, y hermafroditismo androgino bisexual o bilateral cuando existe un ovario y un testículo a cada lado.

Esta forma de hermafroditismo es muy raro y las observaciones publicadas no están lo suficientemente documentadas para que no dejen lugar a dudas; los casos de Meyer, Klots y Heppner, parecen ser demostrativos, pero la insuficiencia de desarrollo en alguna de las glándulas, no permite hacer aseveraciones terminantes. Los casos de supuesto hermafroditismo verdadero, en los que no se ha podido examinar la existencia conjuntamente de ovario y testículo, deben mejor ser colocados entre los de falso hermafroditismo.

La existencia de verdaderos androginos en la especie humana, es decir, individuos que sean capaces de actuar como hombres y mujeres al mismo tiempo, no ha sido admitido por ningún observador; los casos que en ferias se exhiben como de esta naturaleza, son falsos hermafroditas con o sin inversiones sexuales.

El caso más simple de falso hermafroditismo femenino, es aquel en que una hipertrofia de clítoris, como el representado en la fig. 166, permite la confusión con un pene; si a la hipertrofia del clítoris se agrega una fusión de los grandes



Fig. 166.—Pseudo-hermafroditismo femenino por hipertrofia de clítoris.

labios, la semejanza con el varón es más acentuada; lo mismo ocurre en el caso opuesto, en que un varón con atrofia, o mejor dicho, con falta de desarrollo peniano, en el que no se unieron los repliegues del surco uro-genital para formar el escroto, parece tener un clítoris con dos grandes labios; en este caso es frecuente hallar, ya en uno de los labios ya en los dos, una glándula testicular.

Los casos de hipospadias femenino, en los que se realizó la unión escrotal, por lo mismo que no existió detrás del clítoris más que un pequeño orificio que conduce al seno uro-genital, tienen un parecido extraordinario con un hipospadias masculino.

La figura 168 representa un caso de esta naturaleza, en la que al seno uro-genital van a parar la vagina y la uretra, dando la impresión de que se trata de un varón con hipospadias, a pesar de tener los órganos genitales internos bien desarrollados.

Por lo general, el examen atento de los casos permite hacer el diagnóstico de la clase de hermafroditismo, pero en algunas circunstancias pueden resultar dificultades insuperables para decidir el sexo a que pertenece el sujeto examinado. Como demostración de este aserto, bastará que citemos el caso que

visitado aisladamente por Guyon y por Fournier, dictaminaron en sentido diametralmente opuesto uno de otro.

Cuando a los sujetos afectos de estas deformaciones físicas se agregan alteraciones de orden psíquico y aparecen deseos sexuales invertidos, las dificultades diagnósticas se acentúan.

La parte que las secreciones endocrinas puedan tener en la aparición de las perturbaciones psico y físico-hermafroditas es un capítulo que merece fijar la atención de los fisiólogos, pero sobre el cual nada en concreto puede afirmarse.

Atresia de las ninfas.

En niñas de pocos años se encuentra con relativa frecuencia la soldadura de las ninfas; es ésta una deformidad adquirida que resulta de algún proceso de inflamación vulvar ocurrido en la primera infancia; el antecedente de alguna fiebre eruptiva no faltacasi nunca en los casos de esta atresia.

Por lo general, basta hacer una ligera tracción de las ninfas en sentido opuesto para que se separen, rompiéndose la ligera membrana que las une; en caso que así no suceda, la sección con el bisturí debe practicarse.



Fig. 167.
Pseudo-hermafroditismo por hipertrofia de clitoris.

Hipertrofia de la vulva.

La hipertrofia del clitoris, de la que hemos hablado ya al ocuparnos del hermafroditismo, es en algunos casos congénita y en otros resultados de manipulaciones ligadas con el vicio solitario, y tal vez con inversiones sexuales. El alargamiento del clitoris por efecto del onanismo es mucho menos frecuente que el de las ninfas.

En los casos en que la hipertrofia clitoroidea coincide con perturbaciones psíquicas, causantes o resultado del onanismo, se ha recomendado la

clitoridectomía; no vemos en esta operación inconveniente alguno en realizarla; pero los pocos que hemos tenido ocasión de observar, en los que esta operación ha sido practicada, no nos permiten tener confianza alguna en los efectos curativos de la misma, para el onanismo. El sentido genital asienta en puntos diversos del aparato sexual femenino, y la excitación erótica, si bien frecuentemente parte de la región clitoridea, en muchos casos de onanismo

inveterado se halla fuera de la zona genital y tiene su punto de partida en los centros nerviosos.

La hipertrofia de los labios menores se observa muy frecuentemente; puede ser congénita, por quedar persistente el estado fetal, en el que predomina la longitud de las ninfas sobre la de los labios mayores; en otras ocasiones la hipertrofia es adquirida, siendo uni o bilateral. La causa de estas hipertrofias adquiridas son, por lo general, los estiramientos sobre las mismas, realizados casi siempre por el

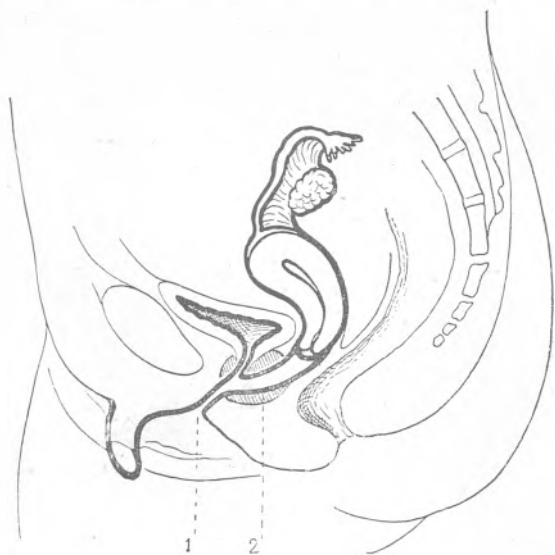


Fig. 168. - Pseudo-hermafroditismo femenino por hipertrofia del clitoris e hipospadias.—1, abertura del seno uro-genital; 2, vagina y rudimento prostático.

vicio solitario. En estos casos hay una pigmentación oscura muy acentuada.

Muy frecuentemente se hallan asociadas alteraciones escleroquisticas de los ovarios, con dismenorreas intensas y otras perturbaciones tróficas, cuya génesis puede ser explicada relacionando la forma de las ninfas con la aparición de los antedichos trastornos.

La escisión de las ninfas hipertróficas como medio de curación del vicio solitario, nos merece igual juicio que el que hemos expuesto respecto a la clitoridectomía.

ENFERMEDADES DE LA VAGINA

INFLAMACIONES

Vaginitis o colpitis.

Denomínase así a la inflamación de la vagina, que puede presentarse en forma aguda y crónica; raras veces se presenta sola, lo más común es que vaya asociado este proceso al de la inflamación vulvar, constituyendo la vulvovaginitis.

ETIOLOGÍA.—Las vaginitis son casi siempre producidas por agentes microbianos; sin embargo, puede reconocerse en ellas, algunas veces, una etiología de naturaleza amicrobiana, tal como el uso de irrigaciones excesivamente frías o calientes, o con excesiva concentración de las sustancias anti-sépticas empleadas, capaces de determinar efectos irritativos precursores de la inflamación. El gonococo es el que con más frecuencia ocasiona la inflamación de la vagina. Algunos ginecólogos no admiten la mucosa vaginal como punto de entrada de la infección gonorréica, y consideran la vaginitis de esta naturaleza como consecutiva a una gonococia uretral o del cuello del útero; no participamos nosotros de esta opinión, pues aun reconociendo que muy frecuentemente es la mucosa uretral la que sirve de punto de entrada al gonococo, y también la porción cervical del útero, hemos tenido ocasión de observar vaginitis cuyo origen radicaba en la infección primitiva de la mucosa de la vagina. La circunstancia de no necesitar puerta de entrada el gonococo y poder introducirse en los tejidos a través del cemento que une las células epiteliales, explica la posibilidad de la infección primitiva, a pesar de que la poliestratificación del epitelio vaginal, representa una defensa natural para la infección primitiva.

Las inflamaciones del útero, de variable naturaleza, así como las que existen en la vulva y aparato urinario, pueden ser las causantes de la vaginitis. Las fístulas vésico-vaginales, las uretrales e intestinales son asimismo causa de la inflamación de la vagina.

Los flujos icorosos procedentes de neoplasias uterinas, carcinoma y miomas degenerados, pueden producir fenómenos de inflamación vaginal más o

menos importantes. Pueden determinar también la aparición de las vaginitis, las fiebres exantemáticas y aquellas otras infectivas cuya acción sobre el estado general sirve de preparación a la nidación y multiplicación de los gérmenes causantes de la inflamación.

Recordando la cantidad de huéspedes microbianos, que en estado de saprofitos viven en la cavidad de la vagina, compréndese cómo con gran facilidad puede el estado general, debilitado por enfermedades infectivas, ofrecer terreno abonado a las transformaciones sépticas que conducen a la inflamación.

En condiciones normales existen en la vagina una cantidad considerable de bacilos cortos, gruesos que son los que poseen la propiedad de formar el ácido láctico que es el causante de la acidez que ofrece el flujo normal de la vagina. Este ácido proviene de los hidratos de carbono que bajo forma de glicógeno se hallan almacenados en los epitelios de la mucosa vaginal.

La acidez de las secreciones vaginales representa una defensa contra los gérmenes extraños ya que ella no permite su desarrollo; cuando por circunstancias anormales disminuye la acidez, los gérmenes patógenos encuentran un terreno abonado para su desarrollo.

La alteración del quimismo normal puede producirse por causas locales o generales: las primeras son el uso de irrigaciones alcalinas o excesivamente concentradas; la mezcla con flujos uterinos que son comúnmente alcalinos; los cuerpos extraños (pesarios) colocados mucho tiempo en la vagina; las infecciones gonocócicas o producidas por agentes comunes de infección que al inflamar la mucosa alteran su quimismo y las defensas naturales. Las causas generales que pueden alterar la acción defensiva del glucógeno son el infantilismo genital, insuficiencia ovárica, estados depauperantes, tuberculosis, etc., que al alterar el quimismo permiten la actuación de los agentes patógenos por disminución de las defensas naturales. La entrada en la vagina de gran cantidad de gérmenes patógenos o de gran virulencia puede significar la insuficiencia de la acción defensiva aun existiendo la flora normal y la proporción regular de los hidratos de carbono sub-epiteliales.

Las afecciones cardíacas y renales, así como las congestiones repetidas por abusos sexuales, y en especial la masturbación, son en algunas ocasiones determinantes de flogosis vaginales; lo mismo debemos decir de los tumores abdominales, que impidiendo la libre circulación pelviana son causa de congestiones pasivas de la vagina.

El embarazo actúa también como causa predisponente por el estado de éxtasis circulatorio que produce en los órganos pelvianos la acción del útero grávido, semejante al causado por los tumores pelvi-abdominales.

Después de las aplicaciones de radio aparecen, en algunos casos, estados de inflamación de la vagina producidas por la acción de los rayos beta, que dejando una mucosa muy fina se resquebraja con gran facilidad ocasionando la

aparición de estrías sanguinolentas mezcladas con la leucorrea resultante del estado flogístico.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—En las formas agudas de inflamación, que son las más raras, preséntase la mucosa roja, tumefacta y húmeda a causa de hallarse en grandes trozos cubierta de exudaciones purulentas; la blenorragia y los agentes cáusticos son las únicas causas de esta forma aguda; la supuración es casi siempre muy abundante; toma a veces un aspecto brillante la mucosa, que la hace aparecer como afecta de erisipela. Muy a menudo la inflamación, en vez de estar difundida por toda la mucosa, preséntase en forma de placas; al lado de un trozo al parecer completamente sano, hay otros trozos rojos, tumefactos, que sangran con facilidad al contacto del espéculum.

En las formas crónicas preséntanse a menudo pequeñas granulaciones debidas a la hipertrofia de algunos grupos de papilas o a infiltraciones de células conjuntivas; estas pequeñas elevaciones, al empujar al epitelio, le desprenden y entonces toma un color rojo vivo sangrante, la superficie de la granulación.

Existe una clase de vaginitis que pudiéramos llamar senil, en la que el epitelio pavimentoso que cubre la mucosa desaparece y se forman agrupaciones conjuntivas sub-epiteliales que experimentan posteriormente una retractación parecida a la cicatricial, lo que da al órgano el aspecto de sufrir una atrofia esclerótica. Los desprendimientos epiteliales conducen frecuentemente al establecimiento de adherencias entre las paredes opuestas de la vagina, principalmente en su porción superior; estas bridas, al parecer cicatriciales, resultantes del proceso de inflamación que nos ocupa, fueron descritas por Hildebrandt como una entidad nosológica especial, a la que denominó *vaginitis ulcerosa adhesiva*.

Existe una forma especial de inflamación de la vagina, que aparece en las mujeres embarazadas, que ha sido denominada por Winkel colpohiperplasia quística y también señalada con el nombre de vaginitis enfisematosa, en la que existen una cantidad considerable de pequeñas elevaciones que se asemejan a granos de nijo o sémola diseminados por la vagina, que si se puncionan dejan escapar una pequeña cantidad de gas.

Los pliegues vaginales están tumefactos y separados unos de otros por surcos profundos; el hecho de no aparecer más que en el estado de embarazo llama la atención, y la naturaleza del proceso parece ser microbiana, aun cuando no se haya aislado el bacilo o coco aerógeno que determina su aparición. Histológicamente sólo se encuentran infiltraciones de células conjuntivas rodeando a las pequeñas elevaciones quísticas.

SINTOMATOLOGÍA.—En la vaginitis simple, o sea la resultante de la acción

de agentes comunes de infección, es raro que ofrezca la forma aguda, y sus síntomas se reducen casi exclusivamente a la leucorrea, que de continuo sale de la vagina, manchando las ropas y manteniendo la vulva húmeda y con retención entre sus pliegues de una cantidad mayor o menor de flujo.

La vaginitis blenorragica ofrece muchas veces la forma aguda, y en estos casos la enferma siente una sensación de calor y escozor en sus partes que llega a constituir un verdadero sufrimiento; si se practica un reconocimiento vaginal, la mujer aqueja fuerte molestia en la entrada de la vagina, y si se aplica el espéculum, es a costa de gran dolor. El coito resulta asimismo doloroso y en recién casadas determina muy frecuentemente estados de vaginismo que se hacen luego persistentes.

La leucorrea varía notablemente en unos casos de otros; en las formas agudas, en los primeros momentos tiene un carácter completamente seroso, encontrándose al examen microscópico gran cantidad de células epiteliales desprendidas de la superficie de la mucosa; algunas veces presenta este flujo seroso estrías sanguinolentas y algunos leucocitos; más adelante cambia por completo el carácter del flujo, haciéndose más espeso y conteniendo una cantidad considerable de elementos formes, hasta llegar a veces a tomar la consistencia y la blancura del pus.

La hinchazón de la mucosa vaginal que acompaña al proceso en la forma aguda y la coloración roja intensa, desaparece al adquirir la enfermedad una tendencia a la cronicidad, siendo sustituida por un espesamiento y mayor grosor de las partes que conservan como signo ostensible de su proceso patológico sólo la exudación muco-purulenta.

Es muy frecuente que al proceso vaginal acompañe, sobre todo en las formas gonocócicas, una uretritis de igual naturaleza, y entonces los síntomas de escozor en la vagina se acentúan por el contacto de las gotas de orina, que la frecuencia de las micciones hace que bañen constantemente la entrada vaginal.

En los casos de agudez manifiesta, el estado general de la enferma puede hallarse profundamente alterado, no sólo por el malestar resultante del proceso de inflamación, sino también por la depresión moral que sobre ellas ejerce, sobre todo en las recién casadas, el sentirse enfermas de estos órganos. Por una vaginitis blenorragica aguda hemos visto varias veces adelgazar notablemente a algunas enfermas y sentirse postradas como si se tratara de enfermedades de marcada gravedad.

Complicando procesos crónicos de inflamación de la vagina, preséntanse asociaciones micóticas, tales como muguet; en estos casos fórmanse en la vagina placas blanquecinas más o menos extensas, formadas por colonias numerosas de hongos que pueden ocupar toda la extensión de la misma. No es raro encontrar el *trichomonas vaginalis* en muchos casos de colpitis, y aun

cuando no puede ser considerada como agente causal primario de la colpitis, su presencia significa siempre una impureza bacteriana interna de la secreción vaginal (A. Seitz).

En la forma enfisematosa, el síntoma único que generalmente se presenta es la leucorrea abundante, de aspecto purulento, que algunas veces, hacia el final de la gestación, llega a mantener constantemente mojadas la vulva y raíz de los muslos de la mujer.

La vaginitis senil produce muy frecuentemente leucorrea teñida con ligeras estrías sanguinolentas, sin que exista síntoma subjetivo alguno que llame la atención de la enferma; el coito y el reconocimiento con el espéculum causan a menudo excoriaciones y grietas, que sangran con facilidad; por lo común, las enfermas no consultan al ginecólogo por esta enfermedad, a menos que la existencia de estrías sanguinolentas abundantes no les haga temer la aparición de un cáncer; en estas circunstancias es cuando se descubre, por lo general, la existencia de esta forma especial de inflamación de la vagina.

La coexistencia de la vaginitis con la vulvitis da a ambas enfermedades un conjunto sintomático que es difícil separar, hallándose también frecuentemente asociada la inflamación de la parte baja del aparato urinario.

DIAGNÓSTICO.—La exposición sintomática que acabamos de hacer, nos releva de hacer una exposición de caracteres diagnósticos; pero si para conocer la enfermedad bastan los síntomas expuestos, no ocurre lo mismo en lo que se refiere a la naturaleza del proceso y a su origen. En presencia de una vaginitis, interesa hacer el diagnóstico de si es primitiva o secundaria; interesa conocer si la leucorrea que de continuo baña los genitales externos procede sólo de la vagina o si un estado metrítico sostiene aquella inflamación vaginal. La existencia de una bartolinitis o de una uretritis, pueden explicar ciertas rebeldías a la curación.

La naturaleza del proceso, interesa asimismo grandemente diagnosticarla, pues así como las vaginitis producidas por agentes comunes o sostenidas por la presencia de un pesario, curan muy rápidamente, no es lo mismo con las blenorragias, que no sólo resisten mucho al tratamiento, sino que recidivan con gran facilidad, y como por otra parte puede el proceso gonocócico ser nuevamente contagiado por coitos infectos, impónese la necesidad del examen bacteriológico del exudado para poder hacer un diagnóstico patogénico preciso que ha de servir de base al pronóstico y al tratamiento.

PRONÓSTICO.—Cuando la vaginitis no está sostenida por alguna causa de acción persistente, si no es el gonococo el que la produce, se cura con facilidad; las formas gonocócicas son muy rebeldes al tratamiento y como quiera que son punto de partida de infecciones ascendentes que pueden llegar a ocasionar la

aparición de las formas graves de la gonococia alta, no debemos en ningún caso considerar a la afección como desprovista de gravedad. Las repeticiones del proceso por nuevos contagios, por reinfecciones procedentes de la uretra, glándulas de Bartolino, cuello de útero, etc., y la resistencia que ofrece el gonococo a su desaparición completa, deben obligarnos a ser parcos en las promesas de curación, a fecha determinada, de un proceso de infección vaginal de este carácter.

La colpohiperplasia quística, como no vaya acompañando a vaginitis de otra naturaleza, no ofrece gravedad alguna.

Igual concepto pronóstico debe merecer la vaginitis senil, ya que en ninguna ocasión representa un proceso molesto para la enferma ni de evolución grave.

TRATAMIENTO.—En las vaginitis agudas conviene evitar toda manipulación que pueda ser causa del aumento de dolores; los antisépticos muy enérgicos agravan muy a menudo el proceso de inflamación por agregar a la acción flogística microbiana, la que resulta del agente químico empleado; lo mismo debemos decir de las irrigaciones vaginales cuando la temperatura del agua empleada es o muy elevada o excesivamente fría.

Es muy difícil que el agua que se utiliza para las irrigaciones llegue a ponerse en contacto con todos los puntos de la mucosa de la vagina; los repliegues que ésta tiene, hace que queden retenidos en el fondo de los surcos parte de la exudación vaginal, y por tanto, ni como función de arrastre, ni como anti-séptica, puede reputarse a la irrigación vaginal como el mejor medio de tratamiento de las vaginitis.

Es de todo punto preciso, antes de instituir un tratamiento en un caso determinado, averiguar si la exudación vaginal está sostenida por alguna lesión alta, endometritis, cervicitis, etc., para en este caso dirigirse, como primera medida, a combatir la lesión que sostiene la inflamación de la mucosa vaginal.

Para combatir con éxito un proceso inflamatorio de vagina independiente de causas útero-anexiales, es conveniente, en primer término, evitar la retención de productos exudados, y para ello se darán irrigaciones que sirvan como medio de arrastre de los mismos. Para que el agua de la irrigación alcance a toda la mucosa de la vagina, lo mejor es tomarla estando la enferma echada, con el agua a poca presión y a la temperatura del cuerpo, siendo preferible el uso de una cánula que distienda algo las paredes de la vagina, para de este modo borrar los repliegues de la mucosa, en los que se retiene gran cantidad de exudado. El agua de la irrigación obra de dos maneras: una por arrastre y otra por la acción de las sustancias antisépticas o astringentes que lleva disueltas.

El bicloruro de mercurio a la dosis de 1 ó 2 por 3.000, y más diluída aún; el permanganato de potasa al 1 por 1.000, el sulfato de cobre, el aniodol, el timol, etc., son agentes que se usan muy frecuentemente en esta enfermedad; pero no hay que fiar de modo absoluto en su acción por las razones arriba apuntadas; si el médico practica la irrigación, es conveniente que lo haga teniendo el espéculum aplicado, para de este modo no dejar ningún recodo de la vagina en el que pueda quedar retenido líquido exudado que pueda ser fuente de un nuevo proceso irritativo.

En los casos crónicos, las irrigaciones astringentes como son las de tanino, alumbre, cocimiento de hojas de nogal, etc., tienen una acción modificadora de la mucosa de la vagina muy digna de ser tenida en cuenta.

Si se quiere tener la seguridad de obrar sobre todas las partes de la mucosa vaginal con agentes antisépticos o cateréticos de gran concentración, es preciso que el ginecólogo aplique directamente estas sustancias; para ello se aplicará un espéculum, y con una torunda empapada en una solución de nitrato de plata al 20 por 100, o de argirol al 25 por 100, se tocarán detenidamente todos los puntos de la mucosa; es preferible al uso de estos toques aplicar un espéculum de Ferguson, colocar en el fondo del espéculum una pequeña cantidad del líquido que se quiere poner en contacto con la mucosa inflamada e ir retirando lentamente el espéculum de manera que vaya bañando toda la mucosa, que por la acción del espéculum, se halla distendida.

Las pomadas de colargol al 15 por 100, las de dermatol al 20 por 100, así como espolvorear con yodoformo, dermatol, xeroformo, etc., la vagina, pueden proporcionar beneficios.

Los óvulos vaginales a base de glicerina, a la que se asocian sustancias antisépticas, son de empleo recomendable; la glicerina deseca la mucosa; por su acción absorbente del agua disminuye el estado congestivo de la mucosa y los antisépticos o astringentes que se le asocian completan la acción medicamentosa.

Al utilizar los óvulos y supositorios vaginales, es conveniente sostenerlos en la parte alta de la vagina con una torunda de algodón absorbente, aséptico, para evitar que la vulva esté de continuo manchada con la exudación abundante que de la vagina se desprende.

Los supositorios de manteca de cacao y tanino, hechos en frío, proporcionan muy buenos resultados en algunos casos de vaginitis crónicas con exudación vaginal muy abundante.

En los casos de dolores vaginales muy acentuados, será conveniente asociar a los supositorios de manteca de cacao una pequeña cantidad de cocaína o de estovaína, y utilizar, en vez de irrigaciones antisépticas, otras sencillamente emolientes de cocimiento de llantén o zaragatona.

Recordando la acción defensiva que la acidez anormal del flujo posee,

recomendó Lweiffel el uso de las irrigaciones vaginales de una solución de ácido láctico al medio por 100; búscase con ello favorecer la acción que contra los agentes patógenos tiene la acidez normal.

Recientemente hemos modificado el tratamiento de algunas formas de colpitis crónicas, sustituyendo las irrigaciones antisépticas por una cura seca; después de limpiar cuidadosamente los pliegues vaginales de los exudados resultantes de la inflamación, espolvoreamos todas las paredes vaginales con óxido de aluminio, repitiendo tres o cuatro días seguidos las curaciones, excluyendo en absoluto, durante este tiempo, las irrigaciones. Los resultados son tan favorables que vamos de día en día extendiendo su uso.

En las vaginitis enfisematosas que aparecen en el embarazo, bastará emplear las irrigaciones vaginales astringentes para disminuir la cantidad de flujo, exagerando las precauciones en lo referente a que tenga el agua escasa presión, y a que la temperatura no pueda ser causante de estímulos uterinos que produzcan prematuras contracciones.

Schröder recomienda en las vaginitis seniles el uso del ácido piroleñoso; pero dada la significación patogénica de esta forma de inflamación vaginal, creemos preferible el tratamiento interno por la yodálica, grajeas de yoduro de potasio, tomadas durante mucho tiempo, al empleo de medios locales, cuya acción beneficiosa deja lugar a muchas dudas.

En las propagaciones gangrenosas y diftéricas en la vagina, de las vulvitis de estos nombres, se extenderá a la misma los medios terapéuticos recomendados para aquéllas.

El uso de tónicos generales, ferruginosos, arsenicales, etc., podrá en muchos casos, en que la leucorrea vaginal está sostenida por alteraciones de la crisis sanguínea, coadyuvar de modo eficaz a la curación.

NEOPLASIAS DE LA VAGINA

Quistes.

Prescindiendo de las pequeñas tumoraciones quísticas que forman la llamada vulvitis enfisematosa, que está constituida por pequeñas colecciones líquidas o gaseosas (trimetilamina), y cuyo tamaño no pasa del que tienen los granos de mijo, hállanse en la vagina neoplasias quísticas de mayor volumen, cuya patogenia y origen no están bien dilucidados todavía.

Dada la situación del escaso número de glándulas que en la vagina existen, los quistes de origen glandular por retención deben ocupar los fondos de saco vaginales y la entrada de la vagina; constituyen pequeños tumorcitos del tamaño de una avellana y se presentan por lo general sin producir trastornos

de ninguna especie. Preuschen cree que pueden tomar nacimiento en criptas vaginales y los califica como pseudoglandulares.

Existe otra clase de quistes de mayor tamaño, que han sido considerados por Weit como procedentes de los conductos de Gaertner, restos de la parte inferior de los conductos de Wolf que persisten en la mujer, situados en las partes laterales del útero y descienden hasta perderse en las de la vagina; en algunos animales, como en la vaca, la persistencia de los conductos de Gaertner es tan manifiesta que llega a poderse reconocer su desembocadura en la vulva.

Pueden asimismo formarse quistes vaginales por efecto de inclusiones epiteliales acaecidas al cicatrizarse heridas resultantes de acciones traumáticas; su tamaño es pequeño, siendo raro que sobrepasen de 20 milímetros de diámetro.

En algunos casos se encuentran voluminosos quistes de vagina que no son propiamente de este órgano, sino divertículos o prolongaciones de otros cuyo origen está en el parovario; la hernia de los quistes parováricos a través de la aponeurosis del elevador del ano, permite el desarrollo vaginal de una tumoración de gran crecimiento, que rellena en algunos casos de modo completo la cavidad vaginal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Por lo general los quistes de la vagina son únicos, en especial los de origen wolfiano, aun cuando algunas veces presenten estrangulaciones que les dan el aspecto de cuentas de rosario; en algunos casos presentan una forma alargada y se hallan situados en la cara posterior de la vagina.

Los quistes glandulares y los pseudoglandulares alcanzan rara vez el tamaño de una nuez; frecuentemente no pasan del de una avellana, hallándose situados, bien en los fondos vaginales, bien en las proximidades del vestíbulo; su contenido lo constituye un líquido seroso, o pseudomucinoso, de color claro ligeramente amarillento. Excepcionalmente ofrece un color moreno, achocolatado, y su consistencia es grande.

Sea cualquiera la naturaleza del quiste vaginal, su superficie se halla recubierta por la mucosa de este órgano con su capa de epitelio pavimentoso, que por efecto de la distensión puede hallarse sumamente adelgazada. En la superficie interna existe una capa epitelial de células cilíndricas, algunas veces con pestañas vibrátiles; pero más a menudo el mismo proceso de distensión producido por el líquido quístico, ha adelgazado el epitelio, convirtiéndole en cúbico y llegando en algunas ocasiones a tomar el aspecto endotelial.

Entre la capa mucosa de cubierta y la epitelial se halla otra de tejido conjuntivo fibroso, entre cuyas fibras se hallan los vasos encargados de la nutrición. Entre las fibras de tejido conjuntivo se hallan también algunas

musculares, cuya procedencia debe considerarse como del constrictor superior de la vagina.

Algunos quistes que no tienen en su cara interna cubierta epitelial son tal vez resultantes de hematomas producidos por contusiones de la vagina y cuyo carácter hemático ha desaparecido, quedando la cavidad con las paredes recubiertas de fibrina tal vez organizada, pero que no pueden ser consideradas como neoplasias.

SINTOMATOLOGÍA.—Los quistes de pequeño volumen pueden no determinar síntoma alguno, en especial los que se hallan situados en la parte alta de la vagina; los que alcanzan mayor volumen pueden ofrecer los mismos síntomas que el colpocele: aparece a veces a la entrada de la vulva una tumoración

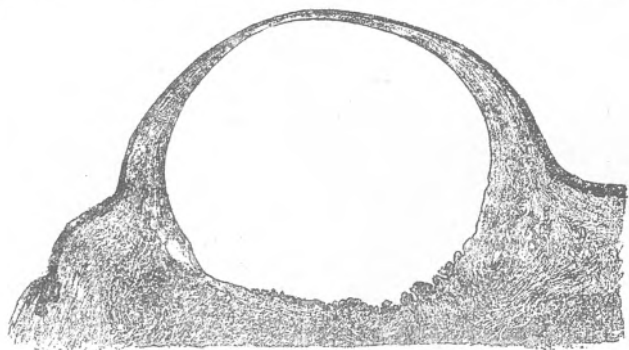


Fig. 169.—Quiste de la vagina (Kelly).

lisa que hace mayor prominencia durante el esfuerzo, indolora a la presión y que se reduce de modo más o menos completo por la compresión.

Cuando la tumoración quística ocupa el fondo de la vagina y tiene un tamaño algo grande, puede ser causa de esfuerzos de expulsión; es raro que estas tumoraciones lleguen a alcanzar un volumen que influya de modo nocivo en la realización de las funciones de micción y de defecación; en algunos casos pueden ser causa que el coito se realice incompletamente por producirse dolores debidos a compresiones sobre la neoplasia quística.

La fluctuación es difícilmente apreciable dado el pequeño volumen de la tumoración, pero la elasticidad de las partes así como la tensión, indican claramente la consistencia líquida del contenido y permite diferenciarle perfectamente de las tumoraciones sólidas de la vagina. Con el cistocoele, rectocoele y uretrocele, puede confundirse, pero la introducción de un cateter o el tacto rectal permiten aclarar el diagnóstico rápidamente.

Interesa grandemente para la indicación operatoria, distinguir los quistes originarios de la vagina de aquellos que son prolongación herniada de un

quiste ovárico o parovárico; la exploración cuidadosa de los genitales altos impedirá que se cometa el error y servirá para que no se trate incompletamente por vagina una neoplasia que requiera una extensa operación abdominal.

TRATAMIENTO —Los pequeños quistes glandulares que se hallan situados en la parte alta de la vagina, cuyo tamaño es pequeño y no produce molestia alguna, pueden no requerir tratamiento de ninguna especie, pero teniendo en cuenta la posibilidad de las transformaciones epiteliales de los quistes, creemos que nada se pierde con la extirpación total, que por otra parte no ofrece dificultad ni peligro de ninguna especie.

El tratamiento de elección de toda clase de quistes de vagina, es la extirpación total; es de todo punto preciso que no quede en el fondo de la herida de la escisión células epiteliales de la túnica interna que pudieran ser el punto de partida de recidivas, o lo que es peor, de formaciones epiteliales de carácter maligno. La punción es un procedimiento que no puede ser aconsejado; sólo cuando en el acto mismo del parto nos encontremos con una colección quística que por su volumen o situación en la vagina pueda representar un obstáculo a la buena progresión del feto, podrá practicarse la punción a reserva de completar la intervención con la escisión total cuando las condiciones de la enferma lo permitan.

MIOMAS DE LA VAGINA

Son poco frecuentes los tumores miomatosos de la vagina, pero en algunos casos conjuntamente con neoplasias uterinas de esta naturaleza, hállanse nódulos vaginales, que pueden alcanzar el volumen de una mandarina, determinando fenómenos de compresión en la vejiga, en el recto o en otros órganos situados en la pelvis.

Excepcionalmente toman la forma pediculada y asoman por la vulva, hallándose total o parcialmente cubiertos por la mucosa vaginal.

Pertenecen estas neoplasias al tipo de los leiomiomas y como los de igual naturaleza que asientan en el útero se hallan envueltos por una cápsula celulosa que permite, cuando son sesiles, la fácil enucleación.

Aparte los casos en que por su gran desarrollo determinan fenómenos de compresión sobre los órganos vecinos, estas neoplasias no producen síntomas subjetivos de ninguna especie ni son tampoco determinantes de hemorragias. Pueden ser causantes de leucorreas por las alteraciones circulatorias que determinan y ser asiento de fenómenos degenerativos o flogísticos.

El tratamiento es la extirpación; para los pediculados, la sección del pedículo con la tijera es sumamente fácil de realizar por ser muy accesible el punto de implantación. En los sesiles, se practicará la incisión de la mucosa

que recubre la tumoración hasta encontrar la cápsula celulosa que le envuelve y entonces se practica con facilidad la enucleación; algunos puntos de sutura serán colocados para cerrar la superficie cruenta, evitando dejar espacios muertos.

CÁNCER DE LA VAGINA

La localización vaginal primitiva de las neoplasias epiteliales malignas son raras; Kelly las aprecia en un 1 por 100 del total de los carcinomas de los genitales femeninos; las localizaciones secundarias, es decir, consecutivas a las localizaciones uterinas o vulvares, son muy a menudo observadas; el cáncer del cuello uterino se propaga casi constantemente a los fondos de saco vaginales, y la forma laminar del cáncer cervical tiene una marcada tendencia a correrse hacia la pared posterior de la vagina.

La localización más frecuente del cáncer primitivo de la vagina está en la pared posterior; se presenta en forma de una pequeña tumoración que se ulcera prontamente y que se corre en superficie a casi todo el contorno de la vagina, engrosando sus paredes, formando masas fungosas y estrechando de tal manera el conducto vaginal, que queda al poco tiempo convertido en un tubo rígido, por el que difícilmente puede penetrar el dedo.

En algunas ocasiones el asiento primitivo de la enfermedad se halla en la pared anterior inmediatamente detrás del conducto uretral, corriéndose hacia el meato y alcanzando la zona vestibular; muy a menudo, la primera manifestación de esta localización epitelial, es un engrosamiento del tabique sin ulceración alguna; nótase una especie de cordón duro que ocupa la dirección de la uretra; la ulceración se produce tardíamente.

La característica de la propagación del cáncer de la vagina es que lo hace más en extensión que en profundidad; los ganglios del grupo hipogástrico son invadidos prontamente, pero hállanse asimismo muy frecuentemente, con infiltraciones cancerosas, los inguinales. Las invasiones en profundidad afectan más a menudo al recto que a la vejiga, siendo causa de la presentación de fistulas recto-vaginales, y más excepcionalmente vésico-vaginales.

El tipo histológico del carcinoma de la vagina pertenece casi siempre al pavimentoso; pero la existencia de epitelio cilíndrico en las glándulas situadas en los fondos de saco vaginales y en la entrada de este órgano no permite excluir la posibilidad de encontrar el tipo cilíndrico. Los cánceres secundarios pueden presentar el mismo tipo del que les ha dado origen; la existencia del tipo adenocarcinoma debe hacer pensar en la naturaleza secundaria de la neoplasia vaginal.

Aparte de los síntomas que la exploración de la vagina permite recoger, entre los cuales merece mencionarse la forma irregular de la ulceración, que

asienta sobre una tumoración poco acentuada, de bordes mal limitados y con infiltración difusa de la base, la mujer afecta de carcinoma de la vagina acusa dificultad en el coito, que generalmente va seguido de expulsión de una mayor o menor cantidad de sangre; quéjase asimismo de leucorrea abundante, mezclada frecuentemente con flujo sanguinolento y de olor fétido, altamente repugnante.

El síntoma dolor aparece muy tardíamente en el cáncer de la vagina, pero experimenta la enferma muy a menudo una sensación de malestar que, sin llegar a privarla del reposo, la hace pensar constantemente en su proceso vaginal; cuando las propagaciones paravaginales se corren hacia los parametrios o cuando se complica el proceso neoplásico por uno flogístico de los filetes nerviosos, la intensidad de los dolores es muy grande, tomando el típico carácter de lancinantes, que acompaña a todos los cánceres avanzados.

El curso y pronóstico de esta localización cancerosa no difiere del que merece el cáncer en general; la rapidez con que se acuda a su tratamiento es lo único que puede dar esperanza de curación; por lo general transcurre un tiempo algo largo sin apenas sintomatología, pero cuando la mucosa se ulcera, la explosión de crecimiento se verifica de tal modo que pronto se llena la cavidad de la vagina de fungosidades y aparecen las hemorragias y flujos saniosos.

TRATAMIENTO.—En los casos de carcinoma secundario la intervención operatoria está supeditada a la posibilidad de operar la lesión primitiva; lo mismo decimos de las esperanzas que en un caso de esta naturaleza podamos concebir respecto a la curación, empleando los medios radioactivos; para los casos de localización periuretral empleamos las agujas de radio implantadas en la misma masa tumoral.

La extirpación extensa de toda la neoplasia era hasta hace poco tiempo el único medio que podía emplearse en estas neoplasias; en la actualidad la esperanza de curación se comparte con el empleo oportuno y a tiempo de los medios radioactivos.

La dificultad de poder extender en profundidad la extirpación del cáncer vaginal por hallarse el recto y la vejiga en tan íntimo contacto, es un hecho que debe tenerse en cuenta al elegir el procedimiento de tratamiento de esta neoplasia; las operaciones en que deba cortarse con la extirpación de parte de vejiga o de pared rectal, dan tan pocas garantías de curación definitiva, que no vacilamos en considerarlas como fuera del límite de la operabilidad. Las substancias radioactivas empleadas en la localización vaginal del cáncer nos ha proporcionado resultados superiores al que nos daba el tratamiento operatorio; en varios casos la curación definitiva con el empleo del radio y en casi todos se alcanza una notable mejoría; algunas veces después de una curación aparente se ha reproducido la neoplasia con gran intensidad, en la mucosa rectal. En

localizaciones secundarias, consecutivas a la histerectomía practicada por vía

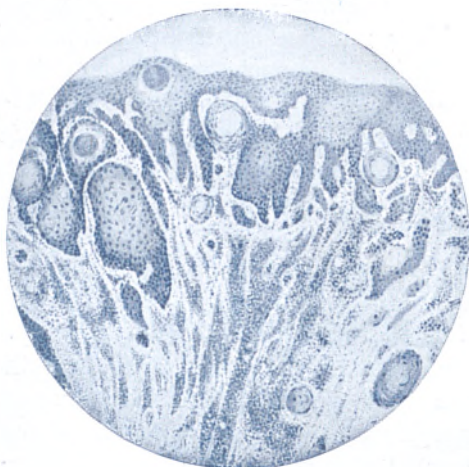


Fig. 170.—Carcinoma de la vagina (Jolly).

vaginal y cuyo origen hemos supuesto resultante de injertos verificados

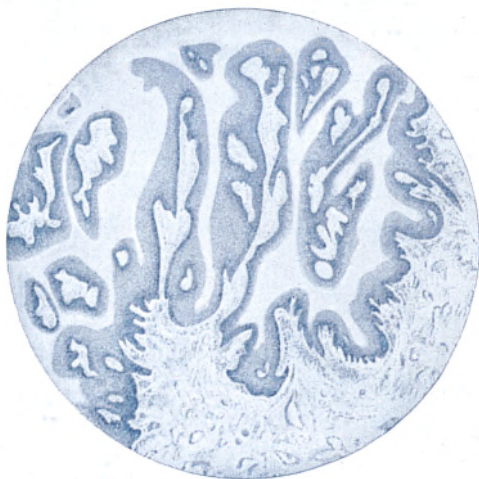


Fig. 171.—Condiloma vulvo-vaginal (Jolly).

durante la operación. hemos logrado la curación después de algunas aplicaciones de radio.

La técnica de las aplicaciones de sustancias radioactivas no difiere de la que hemos indicado en el capítulo de la Ginecología general; la facilidad de colocación sobre todos los puntos afectos y la vigilancia que sobre sus efectos puede realizarse es la mejor condición para poder aplicar de modo conveniente este tratamiento.

En caso de decidirse por el tratamiento operatorio, es de todo punto preciso que la operación se practique evitando el hacer injertos de células cancerosas, y para ello es buena técnica comenzar la operación en un punto distante de la neoplasia; formar un collar de vagina, suturarle y seguir la disección hacia arriba, separando la totalidad de la vagina de la vejiga y del recto, hasta alcanzar el hocico de tenca que en caso de sospecha de estar invadido debe ser escindido en su totalidad; si la mujer es menopáusica, a la colpectomía debe seguir la sutura de las paredes vaginales; en caso contrario, deben aplicarse tiras de gasa hasta que la cicatrización que se hace por segunda intención haya terminado.

SARCOMA DE LA VAGINA

Si bien no puede reputarse como enfermedad muy frecuente, no constituye tampoco una rareza clínica el encontrar en niñas de pocos años un tipo especial de sarcoma, que pasando algunas veces muchos años sin dar señal de crecimiento experimentan repentinamente un desarrollo considerable, tomando los caracteres y el curso grave de todas las neoplasias de naturaleza sarcomatosa.

En la edad adulta se presenta el sarcoma rara vez y en su evolución no se separa de la que tiene esta neoplasia en otra parte cualquiera de la economía. El sarcoma de las niñas se presenta de ordinario entre los dos y cinco años, pero muchas veces su desarrollo considerable no lo adquiere hasta los diez años o más tarde.

El sarcoma de las adultas presenta por lo general el tipo de una tumoración única o formando una infiltración difusa que va estrechando el calibre de la vagina; algunas veces toma la tumoración la forma polipoide por pediculizarse su base de implantación.

En el sarcoma vaginal de las niñas aparecen por lo general una serie de tumores polipoides de un color rojo oscuro, o formando pequeñas vejiguillas de contenido semilíquido y hemorrágico; su punto preferente de aparición es la cara anterior de la vagina, asemejándose en un principio a un pólipo mucoso; más adelante, sin causa conocida, comienza a experimentar un rápido crecimiento, la proliferación se hace exuberante, fórmanse nuevas masas más consistentes, poliposas, pero acuminadas de tal modo, que la totalidad forma una masa dura, infiltrando la totalidad de la pared vaginal.

La extensión de la neoplasia no sólo invade la superficie de la vagina, sino que alcanza asimismo la profundidad; el tabique vésico-vaginal muy frecuentemente y el recto vaginal más rara vez, son invadidos por la neoplasia, así como también el tejido celular parametral.

La propagación de la neoplasia se hace no sólo por continuidad de tejido, sino que se producen algunas veces metástasis a gran distancia; en ocasiones

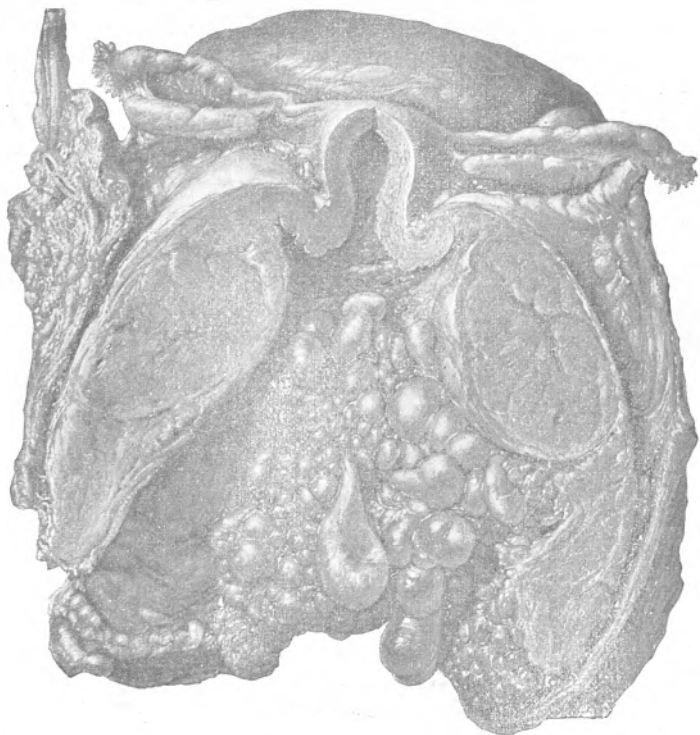


Fig. 172.—Sarcoma de la vagina en una niña de dos años (caso de C. Coue).

el crecimiento de la tumoración alcanza proporciones verdaderamente gigantes, ocupando todo el hipogastrio y fosas ilíacas. Un caso de nuestra observación personal, en el que la tumoración había sido observada a la edad de tres años y que no experimentó el impulso de rápido crecimiento hasia los diecisiete, llegó en su período final a tener la tumoración sarcomatosa el tamaño de un grueso melón, que ocupaba todo el bajo vientre; esta enferma fué operada por dos veces, reproduciéndose cada vez con mayor rapidez; después de la segunda operación, y viendo que se reproducía con mayor intensidad, se la trató por el radio, logrando una curación clínica completa al parecer; pasados diez meses en un estado que parecía de curación definitiva,

aparecieron síntomas de compresión intestinal y adquirió la neoplasia un volumen tal que condujo rápidamente a la caquexia, sucumbiendo al poco tiempo la enfermita con síntomas de oclusión.

Histológicamente, los sarcomas de la vagina presentan en la edad adulta el tipo común globo o fuso-celular, pero en la infancia parece como si un proceso degenerativo mixomatoso que se desarrolla conjuntamente, les diera mayor actividad de crecimiento y propagación; algunas veces se hallan en él fibras musculares estriadas.

El tratamiento es la rápida operación; en las formas polipoides la escisión debe extenderse más allá del pedículo, haciendo la extirpación de la base de implantación; en las formas infiltradas la colpectomía deberá realizarse de modo extenso, ya parcial, ya totalmente, y dada la propagación que con tanta frecuencia se verifica hacia la vejiga, podrá en algún caso necesitarse la extirpación parcial de este órgano.

Los medios radioactivos deberán utilizarse en todos aquellos casos en los que no tengamos la seguridad de extirpar todos los tejidos enfermos; es de todo punto preciso tratar, aun los casos que parecen de carácter benigno por no ofrecer todavía el impulso de crecimiento, como tumores de gran malignidad.

Otras neoplasias malignas.

El corioepitelioma del útero se propaga en algunos casos a la vagina desde su primitiva localización uterina; es de todo punto excepcional el que se desarrolle esta neoplasia en la vagina sin existir primitivamente en el útero, pero no puede negarse la posibilidad de un injerto de células coréales en estado de degeneración maligna en erosiones vaginales existentes en casos de mola hidatiforme o en abortos; Peters publicó en el *Zentralblatt für Gyn.*, 1902 número 29, un caso de corioepitelioma de vagina sin que pudiera encontrarse la forma primaria en ningún otro punto de la economía.

Riman ha descrito un caso de endotelioma de la vagina y seguramente habrán pasado indagnosticados otros casos en los que tomando origen en el endotelio vascular hánse producido neoplasias de esta naturaleza en los vasos de la vagina. Dada la rareza del endotelioma, en general, es de presumir que ha de ser muy excepcional el hallazgo de una neoplasia de esta especie.

VAGINISMO

Denomínase *vaginismo* la contracción espasmódica del músculo constrictor de la vagina, que dificulta o imposibilita en absoluto el acto del coito.

Obsérvase con relativa frecuencia en mujeres que tienen taras neuropáticas, si bien lo más frecuente es observarlo en jóvenes que llevan poco tiempo

de casadas, hallándose también en algunos casos en mujeres después de muchos años de matrimonio.

ETIOLOGÍA Y DIVISIÓN.—Frecuentemente es el vaginismo consecuencia de la *dispareunia*; el dolor en el acto del coito, resultante de algún proceso de inflamación de trompas, ovarios, tejido celular pelviano, peritoneo, etc., provoca con frecuencia el reflejo determinante de la constricción.

Se ha dividido en *esencial* y *sintomático*, diferenciándose en que en el primero no se halla lesión genital de ninguna especie que justifique la constricción espasmódica de la vagina.

Inflamaciones poco intensas de la mucosa genital determinan frecuentemente secreciones hiper-ácidas que producen excoriaciones vulvares, que son punto de partida de la constricción. La rotura incompleta del himen por impotencia o debilidad masculina, es asimismo causa de erosiones vulvares que determinan la contracción dolorosa de la vagina a toda nueva tentativa de coito. Al igual que en las fisuras del ano, un estado de irritabilidad de las carúnculas himeneales o lesiones insignificantes de carácter traumático situadas en la entrada de la vagina, son causa del reflejo determinante del vaginismo.

Lo mismo podemos decir de las carúnculas irritables de la uretra.

Cuando la enérgica contracción de la vagina es resultado de lesiones genitales, ya de los órganos altos, ya vulvo-vaginales, no puede la enfermedad ser considerada como tal, sino sólo como síntoma; pero hay muchos casos en los que el vaginismo aparece sin lesión aparente de ninguna especie, y de ahí que se le haya calificado en estos casos de vaginismo esencial. Se presenta éste en mujeres histéricas o que por lo menos tienen taras neuropáticas. Obsérvase asimismo en mujeres onánicas, y mucho más frecuentemente en jóvenes que por debilidad o impotencia del marido no llegan a realizar de modo completo el acto sexual.

Las excitaciones eróticas que no llegan al complemento del acto en el sentido fisiológico, por insuficiencia de erección del pene, o por terminación excesivamente rápida, mantienen un estado de irritabilidad genital que se traduce al cabo de algún tiempo en vaginismo. Las excitaciones prolongadas no seguidas de la deplección consecutiva a la realización fisiológica del coito, actúan al igual que la masturbación como determinantes de la contracción espasmódica de la vagina.

Algunos autores aceptan una contractura intensa de la vagina producida después de la intromisión del pene, determinando el fenómeno conocido con el nombre de *penis captivus*. Nosotros no hemos tenido ocasión de encontrar en nuestra práctica caso ninguno de esta naturaleza, y creemos que las condiciones en que en el hombre se realiza la erección del pene no permiten que se efectúe este fenómeno, que tiene su representación fisiológica en la raza canina.

Schroeder ha considerado como causa del vaginismo, en algunas ocasiones, la disposición especial que representa la vulva en ciertas mujeres, que desbordando la sínfisis pubiana, se presenta al coito el orificio uretral y el vestibulo, dando lugar la mala dirección del pene, al pretender realizar el coito, a compresiones de estas partes, de las que resulta la hiperestesia determinante de la contracción dolorosa.

Por lo que a nuestra experiencia personal se refiere, creemos que la inmensa mayoría de los casos de vaginismo obedecen a tres factores principales: insuficiencia de erección masculina, masturbación inveterada o infecciones de carácter blenorragico.

SINTOMATOLOGÍA.—En los casos de vaginismo con lesiones vulvo-vaginales o genitales altas, los síntomas que la mujer presenta fuera del acto del coito son los que corresponden a las lesiones determinantes.

La imposibilidad de realizar el acto del coito puede existir sin gran contracción del constrictor alto de la vagina, sólo por el hecho de la hiperestesia vulvo-vaginal. Las sensaciones que la mujer experimenta al intentar la realización del coito, son motivo de que rechace con las más variadas actitudes toda tentativa de intromisión peneal.

En otras ocasiones, la hiperestesia es pequeña o nula, y sólo la excitación sexual es la determinante de la contracción espasmódica que impide que el acto del coito se realice.

Siendo el coito imposible, la esterilidad es el fenómeno que más frecuentemente acompaña al vaginismo. Es, sin embargo, posible que puedan los espermatozoides que quedaron en la región vulvar, ascender y llegar a determinar la gestación. En algunos casos de esta naturaleza, se ha visto el vaginismo reaparecer después del parto, pero lo más frecuente es que sirva éste de completa curación.

No es frecuente encontrar como consecuencia del vaginismo estados de hipocondría muy acentuados.

DIAGNÓSTICO.—No ofrece dificultad alguna, puesto que la enferma misma manifiesta la imposibilidad de que el coito se realice; pero sí resulta de mucha dificultad en algunas ocasiones averiguar la causa. No basta acusar de histerismo a la mujer con vaginismo, pues son muchas las que no presentan esta alteración neuropática.

Una exploración cuidadosa de los genitales permite reconocer una vulvo-vaginitis, y el examen microscópico demuestra su naturaleza gonocócica; la existencia del himen rasgado incompletamente, o bien de carúnculas himenea-les, de las que parte la excitación refleja determinante de la contracción, es asimismo fácil de diagnosticar. Lo mismo debemos decir de cuando existe una

carúncula irritable de la uretra o la disposición anormal de la vulva señalada por Schroeder, que hemos citado más arriba; pero existen gran número de casos en los que la exploración no permite el reconocimiento de ninguna de estas lesiones, punto de partida del acto reflejo contractural y, sin embargo, la imposibilidad del coito es un hecho.

Los casos que resultan de impotencia incompleta del marido, de deformidades peneanas o de hechos relacionados con la masturbación ya masculina, ya femenina, se prestan a difícil averiguación y obligan al ginecólogo a una circunspección en las preguntas para no ofender, con algunas que pudieran resultar impertinentes, el pudor de la enferma. Las preguntas realizadas en presencia del esposo raras veces son contestadas de un modo completamente verídico si la vanidad del hombre puede ser herida.

TRATAMIENTO.—Los casos de vaginismo sintomático exigen como primera medida la corrección de la causa determinante del mismo. La extirpación o cauterización de una carúncula irritable, la curación del proceso infectivo causante de la vulvo-vaginitis o de las erosiones vulvares, la extirpación del himen, recomendada por Marion Sims cuando es su rotura incompleta la que determina el reflejo vaginal, son tratamientos que van seguidos de una curación más o menos rápida de la enfermedad.

El vaginismo esencial, o mejor dicho, de causa desconocida o sólo sospechada, requiere tratamientos diversos. Las corrientes de alta frecuencia en forma de arsonvalización pueden tener efectos curativos en los casos de pseudo-histerismo y también en aquellos en que la masturbación toma una parte más o menos directa en la etiología de la enfermedad.

La distensión completa de la vulva y de la vagina, realizadas bajo el sueño anestésico, en algunos casos ha ido seguida de curación, pero ello no puede asegurarse, ya que hemos dicho que en algunos casos reaparece el vaginismo después de realizado el parto, y por tanto, mayor distensión que la que realiza este acto, no se puede verificar manualmente.

Sims recomienda para los casos inveterados la práctica de dos incisiones laterales que se extienden desde la vulva hasta la parte alta de la vagina, realizando después la sutura de la incisión en sentido perpendicular a la dirección de la misma.

Creemos más eficaz que estos procedimientos quirúrgicos, que sólo en algunos casos de todo punto excepcionales tendrán su aplicación, el utilizar los medios que la Electrología ha puesto a disposición de los ginecólogos en estos últimos tiempos; las corrientes farádicas, sostenidas hasta llegar a producir la fatiga muscular y la atrofia consecutiva, deben ser empleadas con preferencia. Las corrientes galvánicas han sido asimismo recomendadas por Gunaing y Lomer.

Traumatismos de la vagina.

La mayoría de las lesiones traumáticas de la vagina se producen en el acto del parto, unas veces por los esfuerzos naturales en el momento de la expulsión, otras por maniobras obstétricas u operaciones tocúrgicas.

Fuera del parto pueden producirse lesiones traumáticas por caída a horcadas sobre el borde de una silla, por la intromisión de cuerpos extraños, intencionadamente por maniobras, de masturbación y también por el acto del coito. Hemos tenido ocasión de ver un caso de fistula recto-vaginal por un acto brutal de coito realizado en la noche de bodas y otro de arrancamiento de la horquilla y desgarro de la pared vaginal posterior en el primer coito.

Los pesarios metálicos, principalmente los llamados de ala de mariposa, pueden asimismo producir lesiones traumáticas en la vagina que lleguen a interesar hasta los órganos vecinos, vejiga y recto.

En el curso de operaciones ginecológicas pueden asimismo por inhabilidad producirse lesiones traumáticas de mayor o menor extensión.

La vecindad de la vejiga y recto puede dar lugar a que los traumatismos sean causa del establecimiento de fístulas vésico o recto-vaginales. Las fístulas que son resultado del parto tienen menos tendencia a la curación espontánea que las producidas accidentalmente por una caída o un accidente quirúrgico. En estas últimas debe verificarse la sutura inmediata, en tanto que en las que son consecuencia del parto es preferible esperar dos o tres meses.

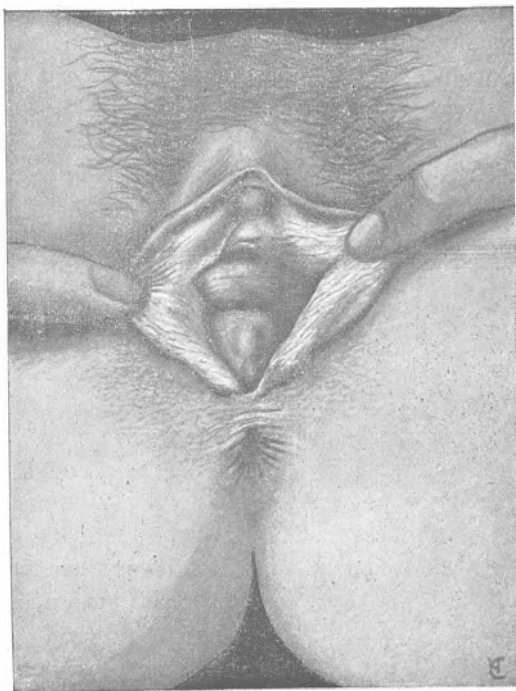


Fig. 173.—Prolapso de las paredes vaginales; colpocele.

COLPOCELE

La vagina está sostenida en su situación normal, principalmente por el plano perineal; las fibras del elevador del ano, dirigiéndose hacia atrás, al entrecruzarse en la línea media y reunirse con las del isquiocoxígeo, constituyen el diafragma pelviano, perforando en la parte anterior para dar paso a la vagina, y en la posterior al recto.

Muchas de las fibras del elevador del ano, al pasar por el lado de la vagina, se incurvan hacia arriba, rodean más o menos completamente a este órgano y vienen a constituir un anillo, que es el constrictor superior de la vagina.

Las estructuras musculares perineales y las aponeurosis que las recubren son las que mantienen la vagina en su situación normal.

En su parte anterior este órgano está íntimamente unido con la cara posterior de la vejiga de la orina por medio de tejido celular denso, en tanto que la pared vaginal posterior se halla unida con la cara anterior del recto, si bien la conexión no es tan íntima como la de vejiga y vagina. Cuando por cualquier circunstancia, tal es un desgarro de periné más o menos extenso, una ruptura subcutánea de las fibras del elevador del ano, o una relajación de estas mismas partes, la vagina no se halla bien sostenida, tiene tendencia a descender, formando el colpocele o prolapso vaginal.

Al descender la vagina sale por el orificio vulvar en una extensión variable según los casos, dando a la mujer la impresión de una tumoración que asoma por sus genitales externos, que aumenta en la posición de pie y al hacer cualquier esfuerzo; la figura 173 representa un período inicial del colpocele, en el que descenden a un tiempo la cara anterior y la posterior de la vagina.

CISTOCELE

En el colpocele anterior, como quiera que la cara anterior de la vagina se halla unida de modo íntimo con la posterior de la vejiga, ésta es arrastrada por aquélla, y al descender la vagina arrastra siempre a la vejiga, y por ello al colpocele anterior, se le llama *cistocele* o prolapso de la vejiga.

Como el arrastre de la pared vesical se produce siempre, la palabra cistocele se ha hecho sinónima de la de colpocele anterior.

Así el cistocele, como el rectocele, pueden ser primitivos o bien consecutivos a descensos del útero. Lo más común es que se presente el colpocele acompañado de prolapso uterino, y también lo es que éste sea consecutivo al colpocele, es decir, que al descender la vagina y salir por el orificio vulvar arrastre al útero por las continuas tracciones que sobre las inserciones vaginales

del cuello del mismo se producen en toda clase de esfuerzos que la mujer verifique incluyendo los de la micción y defecación.

En otras ocasiones, mucho más raras, es el útero el que se prolapsa primitivamente, y el descenso de éste a lo largo de la cavidad vaginal arrastra consigo las paredes de este órgano, constituyendo el cistocele secundario.

La más frecuente causa del cistocele es la falta de resistencia del plano perineal; las fibras del elevador del ano pueden estar rotas, con herida de la piel o de modo subcutáneo, o pueden haber perdido la tonicidad fisiológica, lo que para el proceso etiológico que nos ocupa es lo mismo que el que se hayan roto. Encontrándose la pared vaginal sin el apoyo necesario que le presta la pirámide perineal, comienza a descender, arrastrando consigo a la vejiga, que va formando un divertículo a expensas de su cara posterior, que asoma recubierto por la pared vaginal en el orificio vulvar. A medida que el cistocele va aumentando, va haciéndose mayor el divertículo de la cara posterior de la vejiga, lo que coloca el fondo de la misma a un nivel más bajo que el orificio de la uretra, resultando por ello una porción de síntomas urinarios que son los que más molestan a la enferma. Frecuentemente lo primero que desciende es la uretra; es un verdadero uretrocele o hernia de este órgano y sigue a ella el descenso de la cara posterior de la vejiga.

Se ha discutido si el prolapso de la vagina era lo primero y seguía a éste el descenso vesical, o si por el contrario era la vejiga la que determinaba el descenso de la vagina. Creemos que las dos cosas están tan íntimamente ligadas que no pueden separarse; las circunstancias que favorecen el descenso, son las mismas para la vejiga que para la vagina; falta de punto de apoyo, o sea de la resistencia que ofrecen los elementos musculares y aponeuróticos que mantienen los órganos en su sitio, y hallándose íntimamente unidas vejiga y vagina, el prolapso se realiza de modo igual y simultáneo en un órgano y en otro.

SINTOMATOLOGÍA DEL CISTOCELE.—Se puede hablar de distintos grados de cistocele. En el primero la mujer, al hacer el más pequeño esfuerzo, siente salir por sus genitales una tumoración redondeada, lisa, del color de la mucosa, que no hace más que entreabrir los genitales externos. En un grado más acentuado, éstos permanecen siempre abiertos, sobre todo estando la mujer de pie, porque se interpone entre los labios una porción más o menos grande de la vagina que desciende; en algunos casos, aun estando la mujer acostada, aparece una tumoración grande, que entreabre los labios de la vulva.

Las mujeres creen que lo que sale es la matriz, y como es muy frecuente que al colpocele acompañe un descenso de útero, tiene justificación el error; pero hay otros muchos casos en que sólo desciende la pared anterior de la vagina, permaneciendo el útero en su sitio, y por tanto no puede aceptarse la palabra colpocele como sinónima de prolapso uterino.

La sensación de molestia que experimentan las mujeres es distinta según el grado de prolapso y según las condiciones de cada enferma. Hay algunas que sienten malestar general, la deambulación se verifica de modo dificultoso, sienten peso en el bajo vientre y, lo que es más molesto todavía, presentan una cantidad de síntomas urinarios, que son los que la obligan a acudir al ginecólogo.

La vejiga puede, al distenderse, descender bastante más que el orificio de la uretra; y resulta por ello de una parte un deseo frecuente de orinar, porque existe siempre cierta cantidad de orina retenida que no se expulsa, ya que si bien las contracciones de la vejiga logran que salga una gran cantidad, el resto que queda en el receso que forma la cara posterior de la vejiga no se expulsa; al cabo de poco tiempo de orinar, vuelve a sentir la enferma nuevos deseos, que se repiten frecuentemente, por no vaciarse nunca de modo completo el reservorio urinario; por otra parte, ocurre a menudo que en el líquido que queda en la vejiga se producen fermentaciones que son causa de fenómenos flogísticos vesicales, es decir, sobreviene una cistitis por la alteración amoniacal que experimenta la orina no expulsada y en la que frecuentemente se hallan *bacillus proteus* en abundancia, que son los productores de la alcalinidad.

Otro hecho que llama la atención en estas enfermas, es que sintiendo constantemente el deseo de orinar y repitiendo con frecuencia las micciones, al más pequeño esfuerzo sale la orina involuntariamente, por lo que llevan las ropas interiores mojadas casi siempre; al esfuerzo determinado por el estornudo, tos, levantamiento de un peso ligero, etc., salen unas cuantas gotas de orina, y como ésta se descompone con gran facilidad, a no existir una muy escrupulosa limpieza, despiden las enfermas el olor amoniacal propio de la orina alterada, semejante al que exhalan las fistulosas del aparato urinario.

Esto significa una molestia bastante acentuada para que la enferma, no sólo por estar constantemente mojada y despedir mal olor, sino porque estos fenómenos repercuten de modo grande sobre el estado general, y si se trata de enfermas nerviosas, conducen a un grado de verdadera perturbación psíquica. A estos síntomas se agregan frecuentemente dolores lumbo-sacros por efecto de la tracción que sobre los ligamentos útero sacros ejerce el prolapso.

TRATAMIENTO DEL CISTOCELE.—El cistocele a la larga produce casi siempre el descenso del útero, y para evitar que continúen actuando las causas que pueden determinarle, es preciso tratarle desde que se inicia el desplazamiento vaginal.

Hay varios métodos de tratamiento; si no hay pérdida de substancia, si no existe más que la falta de tonicidad del músculo elevador del ano y no es muy acentuado el descenso, puede establecerse un tratamiento de resultados

positivos por medio de la gimnasia sueca. Conviene aumentar la tonicidad del diafragma pelviano y la gimnasia sueca utilizada durante largo tiempo de modo conveniente, puede hacer que se detenga el proceso y hasta llegar a alcanzar la completa curación. De la misma manera que se desarrollan el biceps y los demás músculos de la economía poniendo en actividad estos músculos de modo constante, asimismo se desarrolla la tonicidad del elevador del ano haciendo que la mujer verifique movimientos activos que pongan en contracción intermitente y sostenida dicho músculo; estando la mujer acostada en la cama, con las piernas ligeramente flexionadas, se la obliga a hacer un movimiento de abducción, impidiendo manualmente al mismo tiempo, que esta abducción se realice, con lo cual el esfuerzo que hace la mujer obliga a tomar punto de apoyo en el elevador del ano y éste entra en enérgica contracción.

Este ejercicio realizado, durante diez minutos todos los días, sirve para que al mes o mes y medio el músculo haya recobrado gran parte de la tonicidad perdida y con este ejercicio constante y cotidiano de sus fibras se logra una mayor resistencia perineal, y por lo tanto pueda servir de punto de apoyo a una vagina que se desplazaba porque había perdido su sostén normal.

Claro está que esa gimnasia puede servir en los casos incipientes; pero si se aplica cuando ha alcanzado el descenso de su grado máximo y el colpocele es muy grande, asomando de modo constante la vagina por entre los labios de la vulva entreabierta, entonces es suficiente este tratamiento, y para evitar que se vaya haciendo cada vez mayor el prolapso, es preciso recurrir a otros procedimientos.

Una afirmación categórica es la de que para la cura del cistocele los pesarios no sirven absolutamente para nada. Es cómodo coger un pesario de la forma que se quiera, lo mismo el de Dumanpalier que el de Schultze o el de Hegar, aplicarlo en un caso de cistocele, reducirle, y una vez reducida la vagina, creer que se ha hecho algo útil cuando en realidad no se ha hecho nada conveniente; los pesarios en el cistocele no sólo no son útiles sino muy frecuentemente perjudiciales. Podrá suceder que al colocar el pesario el cistocele desaparezca de nuestra vista; pero para que esto se realice es preciso que quede la vagina en un grado de distensión extraordinario, y, como la causa del prolapso estriba precisamente en la falta de tonicidad de las fibras del elevador del ano y en la falta de tonicidad de la misma vagina, si se produce con el pesario un estado de gran distensión, podrá el cistocele desaparecer de nuestra vista durante unos momentos, pero seguramente, al cabo de algún tiempo, lo que se habrá hecho será destruir la poca tonicidad que tenían los tejidos, que tan necesaria era para mantener los órganos en su situación normal, resultando que el pesario que aplicado hoy, con un diámetro de 70, 90, 95 ó 100 milímetros era suficiente para hacer desaparecer de nuestra vista el cistocele, al cabo de uno, dos o tres meses resulta pequeño, y hay que buscar otro de mayor calibre

e ir aumentando sucesivamente hasta llegar por fin a la pérdida completa de toda tonicidad y, por tanto, a empeorar grandemente la situación.

El único tratamiento indicado para el cistocele de primer grado es la gimnasia sueca; en un grado más acentuado el único tratamiento es el operatorio.

La primera condición que debemos cumplir en la técnica operatoria es suministrar resistencia al plano perineal. Existe una relajación de las fibras musculares, y hay por tanto que hacer la reconstitución del periné en todos sus planos.

Por otra parte, en el cistocele por efecto de la distensión, existe una cantidad excesiva de pared vaginal: la cara anterior de este órgano se ha distendido enormemente y sobra una cantidad de vagina que es necesario extirpar; pero como quiera que la vejiga ha seguido a la vagina, existe un divertículo vesical que debemos respetar al tiempo que procuramos que no sea él, el determinante de una recidiva. Si dejamos la vejiga en las condiciones de antes, la causa seguirá actuando, y al poco tiempo sobrevendrá la reproducción del cistocele; para evitar esto, el principio que debe regir la cura del prolapso de la cara anterior de la vagina y que debemos mencionar como base fundamental, es evitar que la vejiga vuelva a descender al punto en que se hallaba, que vuelva a interponerse y a estar empujando la vagina para hacerla salir por el orificio vulvar. Por otra parte, hay que dar a la vejiga un punto de apoyo resistente que sólo pueden suministrarle las aponeurosis y fibras anteriores del elevador del ano, así como hay que extirpar una porción de la mucosa sobrante, ya que su conservación representaría un obstáculo a la curación sólida y definitiva.

La operación para curar el cistocele se denomina elitrorrafia anterior, o coloporrafia anterior.

Existe un número considerable de procedimientos operatorios, entre los cuales voy a citar uno, sólo para rechazarle: consiste en coger con una pinza la porción prolapsada, cortar la mucosa que sobresale de los bordes, pasar unos cuantos puntos de sutura por encima y, al quitar la pinza, anudar los hilos con lo que queda la operación hecha en un momento; la facilidad y brevedad con que se realiza este acto operatorio convidaría a practicarla si no tuviera un peligro considerable, que no está compensado por la rapidez, que es el de coger con la pinza una porción de vejiga, y escindirla al cortar el pliegue de mucosa vaginal, con lo que daría lugar a una fistula vésico vaginal, y se convertiría lo que antes no era más que una enfermedad de poca gravedad en otra de gran importancia.

En ginecología operatoria, lo mismo que en todo acto quirúrgico, hay que trabajar, viendo siempre lo que se hace, para no incurrir en la falta de producir lesiones inútiles, que algunas veces agravan la situación.

Así, pues, para practicar la operación lo primero es exponer bien las partes para de este modo practicar las incisiones en la dirección y forma deseada. Cógense con tenáculos o con pinzas de garfio el cuello uterino, la vagina en las proximidades del meato urinario y los dos lados extremos a que debe alcanzar la línea de escisión de la mucosa vaginal, se hace luego la

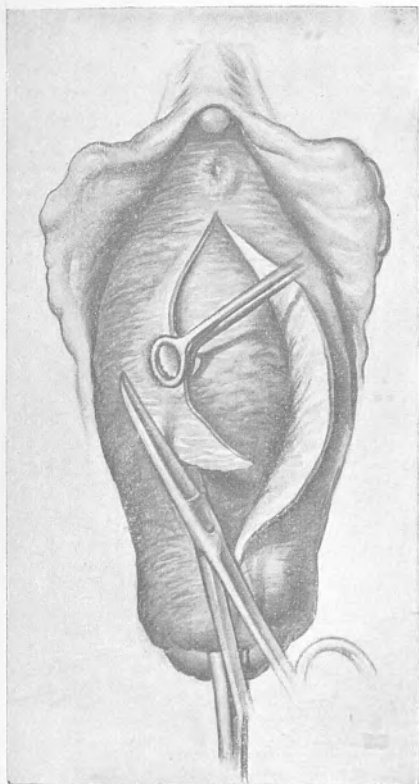


Fig. 174.—Primer tiempo de la elitrorrafia anterior; escisión de la mucosa en dos colgajos.

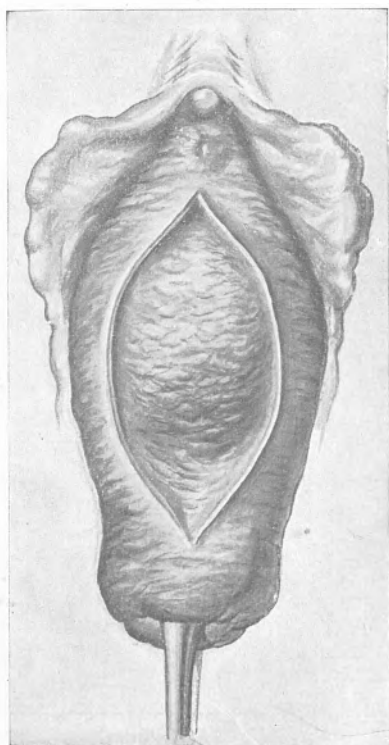


Fig. 175.—Elitrorrafia anterior; una vez extirpados los colgajos de mucosa, se vé en el fondo de la vejiga.

incisión en la línea media y se diseca, levantando un colgajo de cada lado o bien se hace desde el primer momento en la cara anterior de la vagina, una incisión de forma oval o de rombo, y se extirpa en una sola pieza; una vez hecho esto, queda una superficie cruenta en forma triangular, oval o de romboide, que es la que debe suturarse para reconstituir la vagina en sus proporciones normales al tiempo que sirve de eficaz sostén a la vejiga.

Cualquiera de estos procedimientos es bueno; nosotros preferimos la

incisión en la línea media y disección aislada de las dos mitades, porque es la que más prontamente pone al descubierto la vejiga y permite con gran facilidad empujarla hacia arriba.

La tendencia de la vejiga a prolapsarse y a empujar la pared anterior de la vagina persiste si no se coloca aquélla en condiciones que le imposibiliten

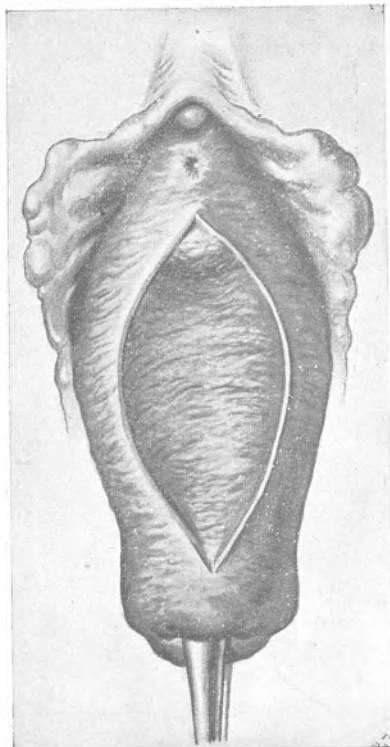


Fig. 176.—Elitorrafia anterior; despegada la vejiga es empujada hacia arriba detrás de la sínfisis púbica.

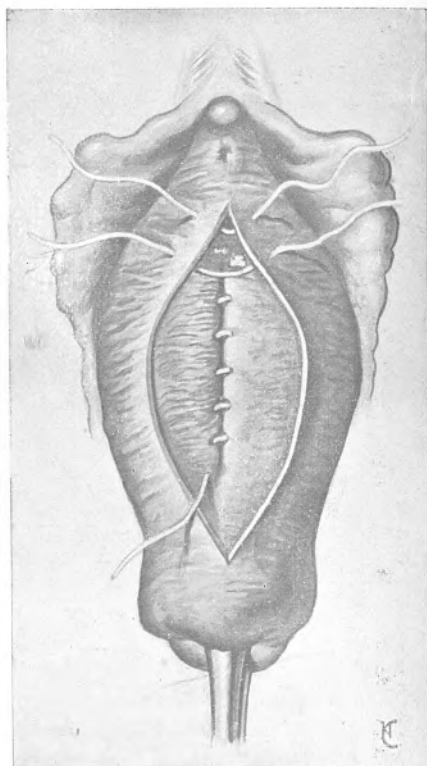


Fig. 177.—Elitorrafia anterior; sutura continua de los bordes del elevador y entrecortada de la mucosa.

continuar esta acción, que representa la casi seguridad de la recidiva. Para lograr esto, aislamos la vejiga de la vagina y la empujamos hacia arriba de tal manera, que al colocar los puntos de sutura no pueda descender a ocupar el tabique vaginal; la elevación de la vejiga hasta hacer que se coloque detrás de la sínfisis pubiana es la mejor garantía de curación persistente.

Con este detalle operatorio evitamos con seguridad la reproducción, porque como quiera que lo que determina la formación del prolapso es la presión constante de la vejiga hacia abajo, desde el momento en que no existe

la unión íntima entre la pared posterior de vejiga y la anterior de vagina, no existe tampoco el factor que principalmente determina la reproducción del cistocele.

Una vez queda la vejiga fuera del campo operatorio, entonces hay que hacer la sutura de modo que se aproximen lo más posible las fibras y las aponeurosis anteriores del músculo elevador del ano, y de esta manera damos una verdadera resistencia a la pared vaginal anterior. Con catgut, crin de Florencia o seda fuerte, se colocan algunos puntos de sutura continua o entrecortada, aproximando bien todas las superficies cruentas y pasando los hilos por los tejidos profundos para evitar que queden espacios muertos que pudieran servir para acumularse sangre, que al servir de medio de cultivo daría al traste con la sutura.

RECTOCELE

El rectocele debe ser considerado en su etiología, lo mismo que el cistocele, como resultante de la falta de apoyo de la vagina, por efecto de un desgarramiento perineal con o sin herida de tegumentos o por falta de tonicidad del elevador del ano.

Desde el punto de vista del diagnóstico, podemos decir del rectocele lo mismo que del cistocele; en él la vulva se entreabre apareciendo entre los labios una tumoración formada por la pared posterior de la vagina prolapsada. Muy frecuentemente el rectocele va acompañado de cistocele, descendiendo las paredes posterior y anterior; es más frecuente la existencia del cistocele aislado que la del rectocele. Las alteraciones funcionales, como sensación de estorbo y molestia, que impide o dificulta la deambulación, el dolor en la región lumbosacra y demás fenómenos que acompañan al prolapso de la pared anterior de la vagina, son exactamente iguales en el rectocele y en el cistocele. Si el rectocele no es muy acentuado, las alteraciones funcionales tardan en aparecer más que en el cistocele, y aparte un mayor o menor grado de estreñimiento, no influye grandemente en las funciones intestinales; así como en el cistocele queda muchas veces la vejiga sin vaciarse de modo completo, no ocurre lo propio en el rectocele, pues aun existiendo en casos muy acentuados un divertículo rectal grande, basta el esfuerzo regular para que se evacue todo el contenido de la ampolla rectal.

Para que se produzca el rectocele es preciso que el desgarramiento de periné no sea completo, porque precisamente, cuando se rompe del todo el esfínter no hay motivo de retención de materias fecales, éstas llegan a la ampolla rectal y salen libremente; en los desgarramientos incompletos es donde se produce con mayor frecuencia el rectocele, porque el esfuerzo de la defecación actúa en sentido anormal.

TRATAMIENTO. —Es muy raro el colpocele posterior solo, aislado, y, por tanto, casi siempre hay necesidad de practicar una operación compleja, cuyo primer tiempo es la elitorrafia anterior para curar el cistocele, e inmediatamente, y en la misma sesión, verificar la operación del rectocele.

Al ocuparnos de los desgarros del periné, expusimos las reglas generales que deben regir en estas intervenciones operatorias. Al rectocele son aplicables las mismas consideraciones que hicimos respecto al uso de pesarios y de la

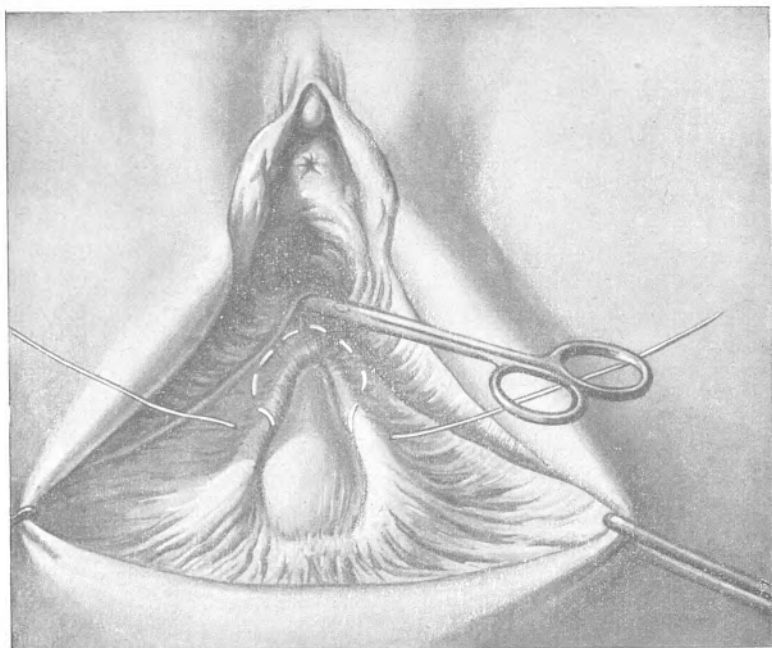
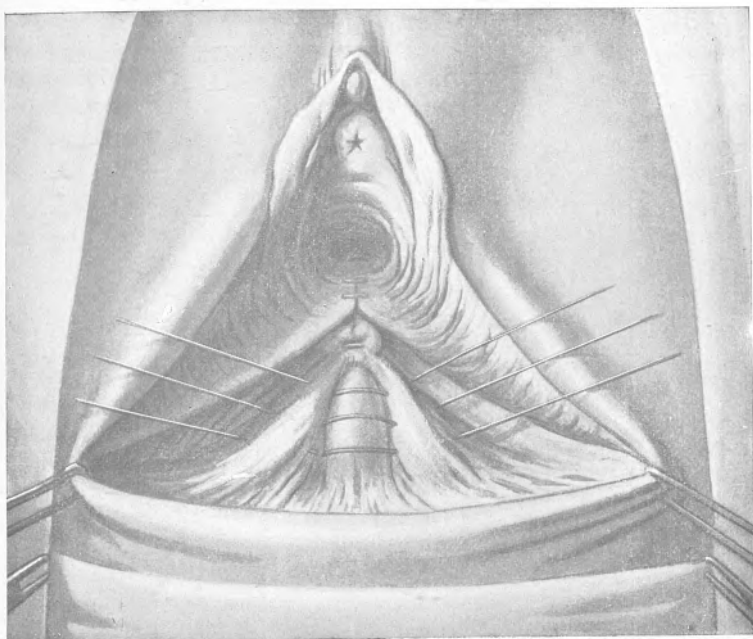


Fig. 178.—Modo de aplicar un punto de sutura en el ángulo superior de los bordes refrescados en un caso de rectocele.

gimnasia sueca, pero desde el momento que exista como causa evidente del rectocele un desgarró de periné, hay que tratar éste, aun no siendo extenso, pues con ello se evitan las alteraciones funcionales consecutivas y los peligros que representa para el conjunto de la estática genital y para la facilidad de producirse infecciones altas.

Así como en la colporrafia anterior se hace primero la incisión media para ir luego disecando lateralmente, en el rectocele se hace primeramente una incisión transversal cortada lateralmente por dos verticales o bien una incisión curva que siga la línea posterior de la entrada de la vagina, y después de disecar los colgajos expónense por tracción realizada con pinzas de garfio las

superficies cruentas, para tenerlas en condiciones de sutura; la porción sobrante de pared posterior de vagina, que constituye el colpocele posterior, se disecciona y se escinde, reuniendo la superficie cruenta resultante, con puntos de sutura cuidadosamente colocados. Es esta operación sumamente sencilla, aun cuando lo importante está en hacer la sutura bien; lo mismo que en la colpografía anterior, es preciso que el hilo coja bien las fibras del elevador del ano y las aponeurosis, para de este modo dar la mayor resistencia posible al



[Fig. 179.—Unión de los bordes del elevador del ano.

plano perineal para que, encontrando punto de apoyo la vagina, no vuelva de nuevo a prolapsarse.

La disección cuidadosa de los bordes del elevador del ano, así como la sutura aislada de los mismos, es lo que da la seguridad de la curación definitiva. Es de todo punto preciso que ningún punto de sutura atraviese la pared de la ampolla rectal, que aparece en el fondo de la superficie cruenta, ya que ello representa el fracaso de la operación y tal vez el establecimiento de una fístula recto-vaginal.

ENTEROCELE

Enfermedad mucho más rara que el cistocele y el rectocele, pertenece también a la categoría de los prolapsos. Consiste en una hernia del intestino delgado, producida por el mismo mecanismo que se producen las hernias inguinal, crural o umbilical. En cualquier punto de la pared de la vagina pueden

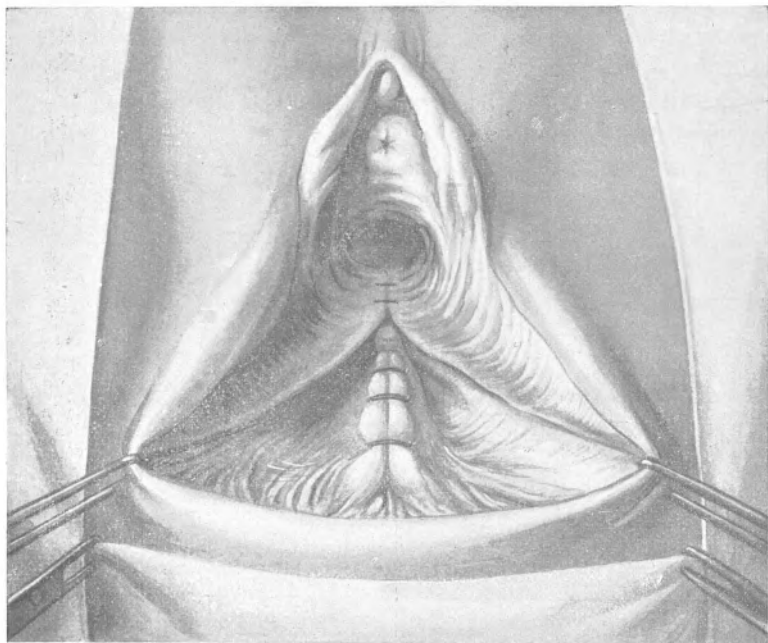


Fig. 180.—Anudados los puntos colocados en los bordes del elevador del ano, reconstitúyese por otros superficiales toda la superficie cruenta.

disociarse las fibras de la aponeurosis del elevador del ano, y por allí deslizarse una asa de intestino delgado formando hernia, cubierta por un saco peritoneal; el punto por el que más fácilmente puede herniarse el intestino es el fondo de Douglas, formando una tumoración reductible que puede alcanzar mayor o menor tamaño.

Es muy raro, pero digno de tenerse en cuenta, que el aspecto de un enterocele pueda confundirse con el de un quiste, para con ello evitar que un error de diagnóstico conduzca a una intervención quirúrgica, cuyos resultados podrían ser desastrosos; la punción simple en un caso de esta naturaleza puede

ser causa de la muerte de la enferma; bastará tener presente la posibilidad de la existencia del enterocele para que el error no se cometa.

La curación del enterocele es muy difícil; debe someterse la técnica operatoria a los principios generales de tratamiento de las hernias. Si es perfectamente reductible, la extirpación del saco herniario y la reconstitución por medio de la sutura de las partes que constituyen el anillo, será el proceder de elección; en caso de enterocele grande con vagina estrecha y malas condiciones para hacer la sutura, no cabe más que practicar la operación por vía intra-abdominal y reconstruir por dentro el plano aponeurótico cerrando la abertura herniaria determinante del enterocele.

ENFERMEDADES DE LA VEJIGA FEMENINA

Exploración.

La relación que existe entre el aparato genital y el urinario en la mujer, obliga al ginecólogo a conocer frecuentemente de las enfermedades de este último aparato, ya que la mayoría de las enfermas que lo son de la vejiga, de la uretra y aun de los uréteres, acuden con gran frecuencia al especialista en enfermedades de la mujer.

No es posible dejar de conocer de modo preciso la sintomatología de las enfermedades del tramo inferior del aparato urinario para poder apreciar debidamente la parte que en la etiología puede tener una afección genital y los medios que deben emplearse para su tratamiento.

La exploración del aparato urinario no puede dejar de hacerse en ningún caso de enfermedades genitales, ya que unas veces por estar enfermas y otras por fenómenos de vecindad debidos a compresiones, propagaciones flogísticas, etc., se hallan confundidas en una sintomatología única, manifestaciones de ambos aparatos.

INTERROGATORIO. —El interrogatorio en lo que se refiere al aparato urinario, difiere en algunos puntos del que corresponde a las ginecopatías. Interesa especialmente averiguar el número de micciones que la enferma realiza durante el día y durante la noche; el hecho de ser frecuentes las micciones durante la noche, indica la existencia de un proceso flogístico del aparato genital, ya que en los casos de cuerpos extraños existentes dentro de la vejiga, tales como los cálculos, no habiendo inflamación, la frecuencia de las micciones es solamente diurna, porque la posición horizontal de la enferma en la cama, hace que el cálculo, separándose del cuello de la vejiga, no determine la necesidad de orinar.

Conviene asimismo interrogar a la enferma para saber si las micciones son o no dolorosas, y en caso afirmativo, averiguar si el dolor aparece únicamente al terminar la micción, o bien durante todo el acto de la expulsión de la orina, así como interesa conocer la clase del dolor en sus diferentes formas de urente, gravativo, lancinante, etc.

Los caracteres macroscópicos que la orina presenta sirven asimismo para

llegar a presunciones diagnósticas, suministrando antecedentes a los que debe prestarse gran atención, ya que por sí solos pueden algunas veces conducir con certeza al diagnóstico. La expulsión de orina de un color lechoso, indica la existencia de pus, que podrá ser procedente de la parte alta del aparato urinario o de la vejiga; la exposición por parte de la enferma de los caracteres de la orina que expulsa, puede proporcionar datos suficientes para que se haga un diagnóstico preciso. Así, por ejemplo, en un caso de supuración del tramo superior del aparato urinario, la orina aparece lechosa desde el comienzo de la micción, en tanto que en el caso de un proceso supurado de la vejiga puede aparecer la primera mitad de la orina emitida casi límpida, y en cambio la última tener un aspecto blancuzco más o menos espeso.

La expulsión de orina sanguinolenta, mezclada íntimamente con sangre, de manera que el conjunto de la micción resulte de un color rojo vivo, indica una hemorragia de la parte alta, en cambio la expulsión de sangre al final de la micción indica ser vesical la lesión; en los casos de neoplasia de la vejiga puede llegar a ser la hemorragia muy abundante y con coágulos, mientras que en los casos de inflamación del cuello de la vejiga sólo existen algunas estrías sanguinolentas procedentes del cuello vesical, puesto que la hemorragia en estos casos no tiene lugar hasta que la contracción del reservorio urinario expulsa las últimas gotas de orina.

Al examen macroscópico de la orina, conviene añadir el microscópico; por él podemos conocer de modo preciso la naturaleza de los elementos que en la orina existen, si hay o no glóbulos de pus, la clase de agentes microbianos que contiene, la presencia o ausencia de cilindros hialinos y de células del parénquima del riñón; centrifugando la orina se obtiene un residuo que permite hacer el examen microscópico de momento, que puede servir de base diagnóstica.

EXPLORACIÓN DIRECTA. - El avalorar de modo preciso cada uno de los síntomas recogidos por el interrogatorio, representa las dos terceras partes del diagnóstico, pero se hace preciso completarlo por medio de la exploración directa.

Es muy conveniente explorar la capacidad vesical. En los procesos flogísticos del tramo inferior urinario, aquélla se halla muy disminuída, de manera que la enferma, sobre expulsar en sus micciones una cantidad insignificante de orina, si se inyecta en su vejiga agua esterilizada, al llegar a los 40, 50, 60 gramos de líquido, protesta por la intensidad de los dolores que se producen; en cambio, en procesos neoplásicos de la parte alta y aun en los de la parte baja del aparato urinario, la capacidad vesical no sólo no está disminuída, sino que puede llegar a ser considerable, no apareciendo la protesta dolorosa ni aun después de haber inyectado 500 gramos de líquido.

La sensibilidad dolorosa que en la cara interna de la vejiga existe es un dato que debe recogerse por exploración; la introducción de un cateter, curvado fuertemente en su extremo, permite el reconocimiento de todos los puntos de la vejiga en lo referente a la sensibilidad dolorosa, pudiéndose apreciar las zonas en que existe mayor cantidad de lesión.

El tacto vesical, recomendado por Simon como medio de exploración, si bien es fácilmente realizable en la mujer, debemos desecharlo en absoluto de la práctica, por las lesiones que en el conducto uretral puede determinar, las cuales se manifiestan en la mayoría de ocasiones por incontinencia de orina más o menos completa, que persiste en algunos casos durante muchos meses.

CISTOSCOPIA.—El medio con que podemos llegar a aclarar de modo preciso la naturaleza de las lesiones vesicales, es la *cistoscopia* realizada en ciertas y determinadas condiciones. La exploración visual de la vejiga puede ser directa, empleando el método de Kelly de iluminación reflejada en la vejiga, o bien utilizando la luz producida por una pequeña lámpara eléctrica de pequeño voltaje, introducida en la vejiga, como la posee el cistoscopio de Nietzche modificado por Albarrán.

En la mujer, el procedimiento de Kelly o de iluminación directa de la vejiga es fácilmente realizable. Para verificar la exploración por este procedimiento, se coloca a la mujer en posición genupectoral y se introduce el tubo del cistoscopio en el interior de la uretra; este tubo no tiene más particularidad que el de introducirse por medio de un mandril que evita que los bordes del mismo puedan lesionar el conducto uretral. El calibre de los tubos que se utilizan para este procedimiento de cistoscopia varía según la amplitud de la uretra femenina; pero en general son siempre bastante mayores que el calibre de la uretra normal. Es indispensable introducir un espéculum en la vagina para que la entrada de aire en este órgano permita ascender al bajo fondo vesical, con lo que se facilita la exploración de esta parte, que es la que más conviene reconocer. Moviendo el tubo cistoscópico por su pabellón, se puede explorar desde el bajo fondo vesical hasta el vértice de la vejiga. La iluminación se hace con una lámpara eléctrica colocada en la frente del ginecólogo, o bien por medio de un espejo reflector que permite enviar un haz luminoso, que por el interior del tubo cistoscópico llega al interior de la vejiga.

Por este procedimiento se puede practicar la cistoscopia y el cateterismo de los uréteres en muy corto espacio de tiempo; en menos de ocho minutos hemos visto a Kelly practicar el doble cateterismo ureteral, sin molestia para la enferma.

El procedimiento más usual de cistoscopia, se realiza con el cistoscopio de Nietzche más o menos modificado. Consiste este instrumento en un cateter que tiene su extremidad terminal acodada en ángulo obtuso, existiendo en esta

parte una lámpara eléctrica de 4 a 6 voltios para iluminar de modo completo la vejiga. En la porción terminal del aparato existe un prisma de reflexión total que refleja la imagen a lo largo del tubo cistoscópico, que tiene en su interior un sistema de lentes que permite agrandar la imagen de manera que el observador pueda darse cuenta de cuáles son las condiciones en que se halla la porción de la vejiga reflejada. Para verificar la cistoscopia por este procedimiento, es condición indispensable que la vejiga contenga una cantidad de líquido superior a 80 gramos y que este líquido sea lo suficientemente claro para que no impida la clara percepción de la imagen de la pared vesical. Para lograr colocar las cosas en estas condiciones, se practica un lavado vesical con regular cantidad de agua hervida o bórica, con objeto de limpiar por completo el reservorio urinario; cuando sale el agua completamente límpida, se dejan dentro de la vejiga unos 80 a 100 gramos de líquido próximamente. Es necesaria esta condición, puesto que sin ella se pondrían en contacto, las paredes de

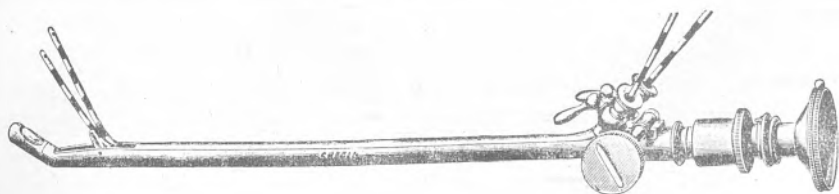


Fig. 181.—Cistoscopio de Albarrán.

la vejiga con el prisma y con la lámpara del cistoscopio, no reflejándose entonces imagen alguna, aparte de que el calor de la lámpara quemaría las paredes del órgano determinando dolores imposibles de resistir.

Las imágenes que se observan con el cistoscopio son imágenes invertidas, aumentando el tamaño de las partes cuanto más se va separando el pico del instrumento, de la pared cuya imagen refleja. Este es un dato de una importancia considerable, ya que de no tenerlo en cuenta puede tomarse una pequeña tumoración del tamaño de un guisante, por un gran tumor vesical.

La cistoscopia se utiliza no sólo para determinar el estado de las paredes vesicales, sino para hacer al mismo tiempo la observación de cómo se verifica la salida de orina por cada uno de los uréteres. Para practicar el cateterismo de los uréteres, es preciso que el cistoscopio tenga una construcción apropiada para ello, no resultando difícil, en la mayoría de los casos, el verificar la colocación de la sonda ureteral en cada uno de los conductos. Esta operación nos permite reconocer las condiciones y caracteres que tiene la orina salida de cada uno de los riñones. Ella nos indica asimismo si el proceso vesical es de naturaleza supurativa, si se halla o no complicado con una afección más alta, ya que en lo que se refiere al diagnóstico y al tratamiento tiene una importancia

considerable el saber que la lesión corresponde sólo a la vejiga o que está sostenida por una lesión del riñón.

La separación de la orina por el método de Luis, cuya técnica consiste en la introducción de un cateter, que por medio de un mecanismo especial divide la vejiga en dos partes por medio de una membrana, haciendo luego la extracción de la orina de cada uno de los dos lados separadamente, es un procedimiento que debe ser considerado como de excepción, ya que ni los resultados ni la técnica, ni las seguridades que dá, pueden compararse con lo que representa el cateterismo de los uréteres.

INFLAMACIONES

URETRITIS

La uretra se inflama unas veces de modo primitivo y otras de modo secundario a diversos procesos; las enfermedades infectivas del riñón, de la vejiga o vagina, pueden ser las que precedan a la enfermedad de la uretra; en el curso de enfermedades eruptivas, como el sarampión, escarlatina o viruela, aparecen algunas veces inflamaciones de la uretra; los desplazamientos de este órgano, a consecuencia de prolapsos vaginales, predisponen por las alteraciones circulatorias que determinan, a la aparición de la uretritis.

Las causas más a menudo observadas de esta enfermedad son las traumáticas y las infectivas de carácter gonocócico; los cateterismos practicados sin las debidas precauciones de suavidad y asepsia producen muy a menudo infecciones uretrales, que se manifiestan por inflamación.

La masturbación es causa frecuente de uretritis por dos mecanismos distintos: por un lado, la acción traumática que en el paroxismo de la sensación erótica se puede producir, y por otro, la facilidad que los dedos o los objetos que se utilizan para satisfacer el vicio introducen agentes microbianos en el interior de la cavidad uretral.

Las sustancias alimenticias muy excitantes, los picantes y, en general, los alimentos y bebidas que pueden modificar profundamente las condiciones de la orina, ya haciéndola excesivamente ácida o alcalina son causa de inflamaciones uretrales.

Los agentes microbianos que producen la lesión pueden ser los comunes de infección, pero los que más frecuentemente se observan son los gonococos.

SINTOMATOLOGÍA.—Las manifestaciones primarias de la uretritis son sensación de dolor urente a lo largo del conducto, aumentando la sensación dolorosa al pasar la orina por el mismo, frecuencia de micciones y disuria. Los síntomas dolorosos pueden alcanzar un grado que lleguen a producir retención.

Al comenzar la enfermedad se produce una exudación serosa, ligeramente blanquecina, que a los pocos días va tomando mayor espesor y se convierte en totalmente blanca, purulenta; en la primera semana suelen algunas estrías sanguinolentas acompañar a la exudación uretral. El meato urinario, que se pone tumefacto y con los bordes rojizos, demuestra un proceso de inflamación que muy frecuentemente se corre hacia el vestíbulo; las glándulas de la entrada de la uretra se inflaman muy a menudo, constituyendo pequeñas tumoraciones que supuran, ya por su propio conducto, ya abriéndose en la mucosa vestibular. Los abscesos de estas glándulas de Skene son, al igual que lo que ocurre con las de Bartolino, el punto en que anidan más frecuentemente los gonococos y es el punto de partida de recrudescimientos blenorragicos.

Después de cinco o seis semanas, la enfermedad, si es de naturaleza gonocócica, pasa al estado crónico y puede, sin desaparecer del todo los agentes gonococos, quedar estacionaria.

El examen microbiológico de los exudados es el que permite establecer el diagnóstico patogénico de la uretritis, debiendo tener, sin embargo, presente que las asociaciones microbianas son muy frecuentes.

La exploración por tacto vaginal permite recoger exudado uretral, pasando el dedo por la cara anterior de la vagina y exprimiendo este órgano en dirección del meato; en el estado agudo esta exploración es sumamente dolorosa y se resiste a ella la enferma.

TRATAMIENTO.—La supresión de toda comida excitante, así como de las bebidas alcohólicas, será impuesta con todo rigor; las bebidas alcalinas deben aconsejarse; el nitrato y acetato de potasa al interior en dosis de $\frac{1}{2}$ a 1 gramo diario, asociadas a los solanáceos, belladona, estramonio, beleño, etc.; producen favorables efectos en los primeros días de la enfermedad la urotropina, uroseptina, etc., si la dosis de un gramo diario producen muy buenos efectos.

El tratamiento local se hará teniendo mucho cuidado de no mandar con inyecciones uretrales a gran presión los agentes microbianos al interior de la vejiga urinaria; las sales de plata, el nitrato al 1, 2, 3 por 100 pueden usarse en inyecciones a muy poca presión; el protargol al 5 por 100 y el argirol al 10 ó 20 por 100, se emplean en instilaciones. Los abscesos de Skene deben abrirse ampliamente, y en los casos de gran cronicidad la dilatación de la uretra por medio de las bujías de Hegar proporciona buenos resultados empleadas como preliminar de la cauterización de la mucosa.

CISTITIS

Se denominan con este nombre todas las inflamaciones de la vejiga; las relaciones que tiene este órgano con el aparato genital conducen frecuentemente

a la complejidad patológica, no sólo en lo referente a etiología sino también en manifestaciones sindrómicas e indicaciones de tratamiento.

ETIOLOGÍA.—Existen una serie de causas predisponentes de las inflamaciones vesicales, que nada tienen que ver con los procesos infectivos y que, sin embargo, juegan un principal papel en su aparición: los desplazamientos resultantes de prolapsos alteran de modo profundo la circulación de la vejiga, determinando congestiones pasivas; las compresiones que sobre este órgano ejerce el útero en estado de gestación, los tumores pelvi-abdominales y las mismas neoplasias de la vejiga, favorecen la aparición de procesos de inflamación.

Los traumatismos, en especial los que resultan de los cateterismos repetidos; los que producen en las paredes vesicales la presencia de cálculos, así como los cuerpos extraños que por accidente penetraron y quedaron en la vejiga, son causas que preparan frecuentemente el terreno para procesos de naturaleza infectiva.

Los agentes microbianos que penetrando en la mucosa vesical ocasionan procesos de inflamación son muchos, y pueden dividirse en comunes y específicos; el gonococo es el que mayor número de veces es causa de cistitis, pero el estreptococo y el estafilococo son, en el estado puerperal, los que con mayor frecuencia actúan como agentes patogénicos de las inflamaciones de la vejiga. El bacilo de Koch es asimismo un germen que interviene muchas veces en la aparición de la cistitis; muy a menudo los bacilos tuberculosos que se encuentran en la vejiga proceden de procesos tuberculosos en los riñones.

El bacilo de Ebert parece que actúa también como causante de esta enfermedad en los casos que aparece la cistitis en el curso de una fiebre tifoidea.

El bacilo proteus vulgaris es frecuentemente el agente patogénico, y el coli comunis, así como el piocianico, son muy a menudo encontrados en los casos de inflamación de la vejiga. Flugge cree que el bacilo aerógeno lácteo interviene muchas veces en la etiología de esta enfermedad.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—En los casos ligeros la mucosa presenta un tinte hiperémico con aumento de la vascularización y escasa exudación; el tinte rojizo de la mucosa se halla por lo general mucho más acentuado en las proximidades del trigono vesical. En algunos casos hallanse diseminados por la superficie de la mucosa pequeñas vesiculitas del tamaño de un grano de mijo; en otras ocasiones estas pequeñas vesiculitas presentan una disposición arrosariada y han sido consideradas como éxtasis linfáticos resultantes de la compresión de los vasos de este nombre. El contenido de estas vesiculitas es completamente transparente, lo que le distingue de las pequeñas elevaciones que forman los tubérculos miliares diseminados, que tienen en su base además un ligero enrojecimiento.

En una forma muy frecuentemente observada de cistitis, la mucosa se halla sembrada de pequeñas ulceraciones resultantes de desprendimientos epiteliales, cuya superficie se halla muchas veces recubierta por exudación purulenta; esta forma ulcerosa es muy rebelde al tratamiento y se halla casi siempre asociada al proceso fímico de la vejiga.

En casos de infección grave, ligada con alteraciones profundas preexistentes, de origen puerperal, así como en los de útero grávido con retención completa de orina, se produce una exfoliación de toda la mucosa vesical que al desprenderse deja una superficie cruenta que puede granular y llegar a la curación, o ser punto de generalización de procesos infectivos de inusitada gravedad.

Las lesiones vesicales van frecuentemente asociadas a otras pericísticas en las que el engrosamiento de la capa muscular es el fenómeno más ostensible. Las inflamaciones del *paracistium*, de las trompas y de los ovarios pueden ser determinantes de lesiones vesicales de propagación por contigüidad o continuidad.

SINTOMATOLOGÍA.—Las micciones frecuentes y más o menos dolorosas, son síntomas que rara vez faltan en las cistitis; según se halle la inflamación en el vértice o en las proximidades del trigono, así son más dolorosas las contracciones que conducen a la expulsión de la orina.

Por lo general, las micciones son más frecuentes durante el día que durante la noche y la apreciación de esta diferencia tiene un gran valor diagnóstico.

La enferma que despierta por necesidad de orinar dos o más veces durante la noche, es porque tiene un proceso vesical que así lo exige, en tanto que una mujer nerviosa puede tener una frecuencia extraordinaria de micciones durante el día sin que exista lesión inflamatoria de la vejiga.

En las formas ulcerosas localizadas en las proximidades del cuello vesical, el dolor urente es muy grande y al terminar las micciones se agudiza todavía más y adquiere una intensidad que obliga a la enferma a quejarse.

Por lo general en las formas ulcerosas, al verificarse la emisión de las últimas gotas de orina, se producen dolores agudísimos que van acompañados de algunas gotas de sangre persistiendo después de terminar la micción el mismo deseo de orinar.

La orina se halla modificada en sus caracteres físicos y en su composición en los casos de cistitis; la existencia de pus en alguna cantidad puede dar a la orina un aspecto lechoso, si bien las orinas purulentas pueden serlo porque proceda el pus de los riñones o de la uretra.

Existen asimismo en la orina una cantidad considerable de células epiteliales, producto de la descamación de la mucosa; la existencia de sangre tiene

un valor distinto, según venga íntimamente mezclada con la totalidad de la orina emitida o sea sólo en la últimamente expelida; la existencia de úlceras vesicales puede dar lugar a hemorragias abundantes así como también las neoplasias, pero donde viene la orina más íntimamente mezclada con sangre es en los casos de hematuria renal; las estrías sanguinolentas, que acompañan a las últimas gotas de orina en la micción, es signo cierto de cistitis del cuello con formaciones ulcerosas.

Por lo general, las orinas en las cistitis son ácidas, pero en aquellas que sobrevienen por efecto de alteraciones en la estática vaginal por cistoceles, presenta frecuentemente la reacción alcalina; igual reacción presentan las cistitis debidas al *proteus vulgaris* y al bacilo lácteo aerógeno.

Es muy conveniente explorar microbiológicamente la orina en un caso de cistitis para ver si es posible reconocer la naturaleza microbiana de la misma; son tantos los agentes microbianos que pueden hallarse en la orina, que es muy difícil en algunos casos decir a cuál de ellos se debe el proceso. No es fácil en muchas ocasiones hallar el gonococo, pero aun no encontrándolo, no se puede afirmar que no haya intervenido en la aparición del proceso vesical, pues en muchos casos, después de haber iniciado el proceso el gonococo, otras siembras microbianas han hecho desaparecer al primero y quedan sólo estafilococos, estreptococos o bacilos, actuando y sosteniendo el proceso de inflamación.

El hallazgo del bacilo tuberculoso es difícil y exige, además de una centrifugación muy completa, fijar el residuo en laminillas de vidrio bien desprovistas de grasa y dejarlas secar antes de teñirlas por los procedimientos de la fuchina ácida y el azul de metileno.

Las asociaciones microbianas, principalmente con el colibacilo, enmascaran con mucha frecuencia el agente patógeno. Los cultivos y las inoculaciones pueden servir en casos muy especiales como medios de aclarar un diagnóstico dudoso.

La cistoscopia es el medio más eficaz para diagnosticar, no sólo si el proceso es vesical, uretral o renal, sino también la clase de inflamación de la vejiga; si al reconocer por la cistoscopia este órgano le hallamos sano, es evidente que el pus y la sangre que la orina contiene no es de origen vesical, y en la exploración detenida de la uretra, en el cateterismo de los uréteres o en el reconocimiento de un orificio producido en la vejiga por abertura en ella de un piasalpinx o absceso pelviano encontraremos la explicación de los síntomas que presente la enferma.

El aspecto ulceroso, la existencia de vesículas, granulaciones tuberculosas, la simple congestión eritematosa de la mucosa vesical, etc., se aprecian de modo claro con el examen directo, así como las anomalías circulatorias que en el contorno de los orificios ureterales frecuentemente existen en los casos de afecciones renales.

El estado general de la enferma se altera muchas veces de modo profundo por la falta de reposo que la frecuencia de las micciones determina; es muy raro que existan fenómenos febriles, excepción hecha de los casos de inflamación aguda y principalmente en los que toman la forma gangrenosa exfoliativa, en la que la temperatura puede elevarse dos y más grados por encima de la normal.

TRATAMIENTO.—La medida profiláctica que primeramente debe tomarse es la de no practicar el cateterismo vesical a no existir una precisión absoluta de él; después de los partos, así como después de las intervenciones quirúrgicas, existe una inercia vesical que es preciso corregir por medios que eviten el cateterismo; la ingestión antes de una operación y durante el parto y en las primeras horas que le siguen de gran cantidad de líquidos, podrá evitar en muchas ocasiones el cateterismo; en caso que esto no sea realizable por no prestarse a ello la enferma, puede verificarse la sustitución del medio de ingestión gástrica por enemas de agua caliente o por inyecciones hipodérmicas de suero artificial. Para evitar la cistitis post-operatorias recomienda Baisch la inyección de una solución boro-glicerinada al 1 por 100 en la vejiga, con el objeto de despertar la contracción del músculo vesical. Es muy conveniente reconocer la hiperacidez o alcalinidad de la orina para administrar ácido benzoico o bórico en este último caso, y bebidas diluyentes, acetato de potasa, nitrato de potasa, agua de grama, etc., en el primero; las aguas alcalinas de Mondáriz, Verín, Vichy, etc., son asimismo útiles en los casos en que la hiperacidez de la orina es manifiesta.

Entre los medicamentos que ejercen una acción antiséptica sobre la secreción urinaria, debemos mencionar en primer término la urotropina, que por dejar una cantidad libre de formol actúa de modo activo sobre muchas especies microbianas. Las dosis de 1 gramo a 1 $\frac{1}{2}$ por día no debe sobrepasarse, para evitar acciones irritantes del mismo medicamento; el salol, ya sólo, ya asociado con la urotropina, con el nitrato de potasa, nos ha proporcionado en muchas ocasiones muy beneficiosos efectos; la acción antiséptica es debida a la eliminación por la orina previa descomposición en ácido salicílico y fénico.

Localmente las cistitis deben tratarse en primer término por la limpieza de la vejiga; reconocido que no existe cuerpo extraño alguno que sostenga el proceso de inflamación vesical, y comprobado que no dependen los síntomas urinarios de ninguna lesión renal o perivesical, conviene practicar lavados de la vejiga con agua hervida o con una solución antiséptica de escasa concentración; con ella se arrastra el considerable número de agentes microbianos que sostienen la acción flogística, al tiempo que se impide la acción irritante que la orina descompuesta ejerce sobre la mucosa de la vejiga; las soluciones ligeras de sal común obran de modo favorable como sedantes, así como las de borato de sosa al 1 por 100.

Las irrigaciones tibias con una solución de nitrato de plata al 1 por 3.000 producen buenos efectos modificadores de la inflamación de la mucosa; el grado de concentración de la solución debe aumentarse en las sesiones consecutivas, pudiendo llegar impunemente a la de 1 por 500. Las soluciones de bicloruro de mercurio, como no se den en soluciones a menor concentración que al 1 por 10.000, produce grandes dolores y la mucosa vesical reacciona violentamente; es conveniente comenzar con soluciones al 1 por 20.000 ó 30.000, e ir aumentando la concentración a medida que la vejiga se va haciendo tolerante.

Las irrigaciones vesicales deben practicarse distendiendo suavemente la vejiga, pero se debe evitar el inyectar demasiado líquido cuando la vejiga tiene cierto estado de retracción, para no producir lesiones ulcerativas y grietas en la mucosa, la enferma acusa con sus manifestaciones de dolor el grado de tolerancia que tiene su vejiga, que está siempre en relación con su capacidad. Young hace en los casos de induración crónica de las paredes vesicales, con retracción muy pronunciada y disminución considerable de la capacidad de la vejiga, la inyección forzada para lograr con la hiperdistensión, el aumento de la capacidad de la vejiga; en los casos que hemos ensayado este procedimiento hemos visto siempre empeorar a las enfermas, por cuyo motivo no recomendamos su empleo.

Las instilaciones de nitrato de plata al 2 ó 3 por 100 producen excelentes efectos curativos en las cistitis no tuberculosas; en éstas ya Guyon reconoció el pernicioso efecto que sobre las mismas producía. En las cistitis tuberculosas se emplea con efectos beneficiosos las instilaciones de bicloruro de mercurio al 1, 2, 3, 5 por 10.000.

El aceite gomenolado del 10 al 20 por 100, el yodofórmico al 5 por 100, el aceite de sésamo con borax al 10 por 100 produce efectos muy favorables en los casos de cistitis dolorosa.

Kelly recomienda como medio excelente de tratamiento las curas directas por medio del espéculum tubulado vesical, previa la evacuación de orina y conveniente distensión de la cavidad, merced a la entrada de aire; por este medio hace aplicaciones de soluciones de nitrato de plata al 20 y 30 por 100 directamente sobre las superficies ulcerosas.

Como medios operatorios se ha usado mucho el legrado de la mucosa vesical; nuestra experiencia personal no aboga por este medio, que sobre no curar casi nunca, produce en algunas ocasiones serios perjuicios.

El establecimiento de una fístula vésico-vaginal es un medio muy útil en las cistitis dolorosas intensas; cuando el proceso es tuberculoso puede no curar la enferma en este medio, pero el alivio que experimenta por efecto del descanso es tan grande que se debe recurrir a él siempre que los demás procedimientos de tratamiento no producen el deseado descanso.

En las cistitis no tuberculosas, ya de forma ulcerosa ya exfoliativa, el

empleo de este medio proporciona la curación en breve tiempo; el inconveniente de la salida constante de orina y el tener que recurrir a la operación de oclusión de la fístula hace que sólo en casos muy rebeldes se emplee este tratamiento. Kelly emplea, con el objeto de mantener limpias a las enfermas a quienes ha establecido una fístula vésico-vaginal para curar la cistitis, el baño general de agua, a una temperatura algo superior a la del cuerpo.

NEOPLASIAS DE LA VEJIGA

Mucho menos frecuentemente que en el hombre se presentan las neoplasias en la vejiga femenina; los fibromas, miomas y lipomas se observan muy rara vez en este órgano; los papilomas son, entre los tumores benignos, los que más a menudo se observan; su naturaleza originariamente benigna se transforma muchas veces en maligna por adquirir la capa epitelica que envuelve al tejido conjuntivo que forma la papila, el carácter estratificado de las neoplasias malignas.

Entre éstas, el carcinoma es el que con más frecuencia aparece en la vejiga; hacemos exclusión de los cánceres secundarios que sobrevienen por propagación de una neoplasia de esta naturaleza que asiente en el cuello del útero. Algunas veces el cáncer de la vejiga es resultado de la transformación maligna de un papiloma benigno; el punto en que más a menudo se observan, es en las proximidades del trigono.

El sarcoma es mucho menos frecuente, si bien las propagaciones y metástasis sobrevienen más tardíamente que en otra localización de esta neoplasia, su evolución y caracteres de malignidad son exactamente las mismas.

SINTOMATOLOGÍA.—La hemorragia es el síntoma inicial de las neoplasias vesicales; sus caracteres varían mucho según la naturaleza del tumor y el punto en que asienta; en algunas ocasiones es copiosa y repite con frecuencia, en otras es única y de cantidad escasa; lo que caracteriza a la hemorragia procedente de neoplasia es la ausencia de dolor; la enferma ve que orina sangre, sin que nada la haya hecho pensar en que puede aparecer la orina roja.

En ocasiones, la hemorragia puede determinar dolor cuando se halla el proceso neoplásico asociado a uno de inflamación, y los coágulos que se forman en la vejiga determinan contracciones, que por el hecho de la flogosis, son dolorosas; en estos casos puede la orina, además de sangre, venir mezclada con una cantidad mayor o menor de pus.

Los tumores voluminosos de la vejiga pueden ser causa de micciones frecuentes y de disuria por disminución de la capacidad vesical.

La exploración por el tacto vaginal, combinado con la palpación abdominal, puede suministrar excelentes datos para el diagnóstico, pero el medio de

exploración por excelencia en estos casos es la cistoscopia; el procedimiento de Kelly es aplicable en estos casos con más provecho que el de Nitze, porque la frecuencia y la intensidad de las hemorragias no permiten en muchos casos la inyección de líquido, precisa para la exploración directa de la cara interna de la vejiga por este último método.

TRATAMIENTO.—La extirpación por vía suprapúbica o por vía vaginal es el método de elección en las neoplasias malignas, los papilomas pueden ser operados por las vías naturales valiéndose del cistoscopio; se ha empleado en algunos casos la fulguración con resultados satisfactorios en estas producciones benignas; el radio será utilizado sólo en aquellos casos en los que la extensión de la neoplasia impida hacer la extirpación completa; las dificultades de aplicación de las sustancias radioactivas en el interior de la vejiga, es lo que nos induce a aconsejar los medios quirúrgicos en estas neoplasias; la radioterapia profunda es aconsejable en los casos de infiltración cancerosa difusa, pero la dificultad de administrar la dosis carcinomatosa dada la pequeña extensión que pueden tener los campos de irradiación, hacen muy dudosos los resultados curativos.

FÍSTULAS VAGINALES

La vagina comunica en algunas ocasiones por trayectos permanentes con los órganos vecinos, constituyendo fístulas que pueden ser urinarias cuando la comunicación anormal se halla establecida con cualquier punto del aparato urinario, y estercoráceas o intestinales si dicha comunicación existe entre la vagina y el recto o alguna otra porción del intestino.

FÍSTULAS URINARIAS

Las fístulas que ponen en comunicación la vagina con la vejiga son las más frecuentemente observadas, constituyendo las llamadas fístulas vésico-vaginales; siguen a éstas en frecuencia, las que ponen en relación anormal la cavidad de la uretra con la vagina, llamadas uretro-vaginales, y, por último, las que establecen la comunicación entre el uréter y vagina, uretero-vaginales.

Cada una de estas fístulas ofrece diversas modalidades, constituyendo variedades distintas; así las vésico-vaginales pueden hallarse en relación con el útero, formando las vésico-útero-vaginales o alcanzar la comunicación a vejiga y uretra, formando las uretro-vésico-vaginales; las uretéricas pueden ser unilaterales o bilaterales, etc.

Existen algunas variedades en las que la comunicación con la vagina es indirecta; tales son las fístulas que se establecen entre el ureter y el útero, así como las de la vejiga con el útero, en las cuales si bien la orina baña constantemente la vagina es después de haber pasado por una parte de la cavidad uterina.

Fístulas vésico-vaginales.

ETIOLOGÍA.—Divídense las causas de las fístulas vaginales en traumáticas y espontáneas; estas últimas son poco frecuentes, sólo las neoplasias malignas, principalmente el cáncer, pueden determinar pérdidas de substancia que pongan en comunicación anormal estos órganos; el poder destructor que tienen los cánceres ocasiona pérdidas de substancia que pueden llegar a constituir enormes fístulas vagino-urinarias y rectales.

En estos últimos tiempos, al tratar por medio del radio y del mesotorio

los carcinomas, se han observado muchos casos de fistulas vésico-vaginales y recto-vaginales, que han sido atribuidas a la acción de estos agentes. Si una dosis grande de mesotorio o de radio se aplica en la pared vaginal, puede producir por la destrucción celular en el punto en que ha estado en contacto, trayectos fistulosos de la vejiga o del recto; ordinariamente, los casos de fistulas de esta naturaleza que se presentan no dependen de la acción directa del radio o del mesotorio, sino que obedecen a haber desaparecido el proceso neoplásico por efecto de las radiaciones activas, dando lugar a una pérdida de

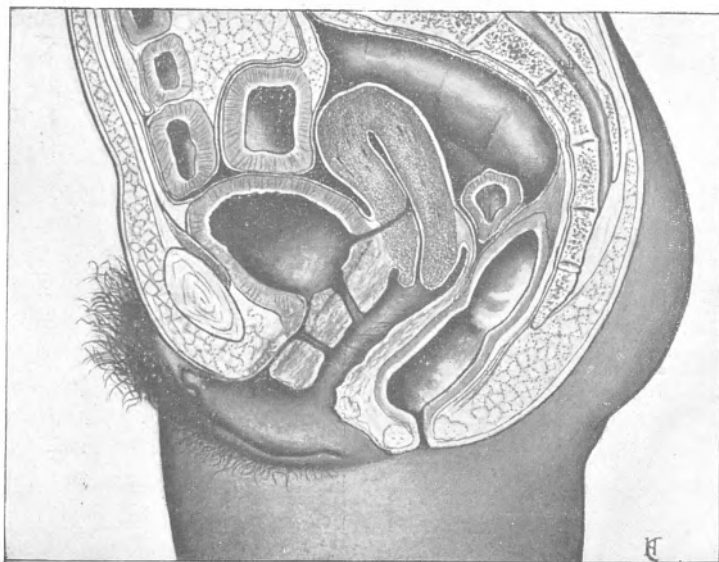


Fig. 182.—Fistulas vésico-uterina, vésico-vaginal y uretro-vaginal. (Esquemática).

substancia en el tabique invadido por aquél, estableciendo de este modo la comunicación anormal. Algunos casos de esta naturaleza hemos tenido ocasión de observar, y hemos visto que cuando se ha curado la neoplasia por completo, el trayecto fistuloso que había quedado al llegar la cicatrización completa, con la formación de tejido conjuntivo que subsigue a la destrucción de la neoplasia, se ha producido una retracción de tejidos, hasta el punto de llegar a curar espontáneamente la fistula establecida durante el tratamiento.

Es posible también la formación espontánea de fistulas vésico-vaginales por la acción destructiva de una úlcera vesical profunda, de naturaleza gangrenosa o tuberculosa; son esta clase de fistulas muy raramente observadas.

Las causas más comunes de producción de fistulas vaginales son los traumatismos; en el curso de una operación obstétrica o ginecológica puede

producirse una herida del aparato urinario o del intestino, y a consecuencia de ella quedar establecida una fístula. Una inhábil aplicación de fórceps puede pellizcar el tabique vésico-vaginal y arrancar una porción del mismo, dejando establecida la fístula. Pueden también, en el curso de una operación ginecológica, tener lugar lesiones vesicales y uretélicas que, no cicatrizando, dejen una comunicación permanente anormal entre el aparato urinario y la vagina; pero la causa a que más frecuentemente obedece la formación de las fístulas urinarias, es el parto. El traumatismo resultante de la compresión es causa de la atrición de los tejidos; una verdadera gangrena que se produce en el aparato urinario por la acción de una parte fetal dura, generalmente la cabeza, que comprime durante un tiempo más o menos largo las partes blandas, contra la sínfisis pubiana, determinando en primer lugar la isquemia y luego por estar obturados los vasos por efecto de la compresión, quedan las partes exangües, y si el tiempo de compresión por parte de la cabeza del feto sobre las paredes de vejiga y vagina, se prolonga una hora o dos horas, se produce la gangrena; como los tejidos se mantienen en su sitio durante unos días, a pesar de estar muertos, la salida involuntaria de la orina no se verifica inmediatamente, sino al cabo de cierto tiempo, cuando la reacción del organismo para eliminar la substancia muerta hace que se desprenda la escara y quede establecida la comunicación anormal entre aparato urinario y genital.

No puede en modo alguno aceptarse como ley absoluta que las fístulas producidas por compresión en el momento del parto no se establezcan hasta el cabo de dos, tres o cuatro días, cuando se ha formado ya el círculo eliminatorio de la porción gangrenada, como tampoco el que una fístula debida a un traumatismo operatorio se establezca inmediatamente, pero sí afirmar que en la mayoría de los casos las cosas ocurren de este modo. En las fístulas operatorias generalmente se percibe la salida de orina inmediatamente después de lesionado el tabique vésico-vaginal o el uretro vaginal, y en las resultantes del acto del parto, por lo general, el primer fenómeno que presenta la mujer es el estado de paresia vesical; muy frecuentemente precede a la incontinencia uno o dos días de retención, hasta el punto de exigir el cateterismo; al cabo de dos o tres días empieza a verterse la orina, sin sentir, y queda la fístula establecida. Los fenómenos de atrición molecular que se produjeron en los tejidos de la cara posterior de la vejiga, interesan muy a menudo gran parte de los elementos contráctiles del cuello vesical, y por ello las primeras horas que suceden a los fenómenos de compresión, no hay energía contráctil ni en las paredes de la vejiga ni el esfínter, para que se verifique la micción de modo regular; cuando a los dos, tres o cuatro días el círculo eliminatorio se ha formado, la porción gangrenosa de tabique comienza a desprenderse de las partes sanas y aparece la incontinencia de orina.

Por lo general, la manera de iniciarse la incontinencia de orina indica la

naturaleza del proceso; pero no debemos llegar a una afirmación categórica por este solo hecho, ya que es posible, cuando el traumatismo es muy extenso y la compresión muy duradera, que la incontinencia se presente inmediatamente después del parto. Sería altamente injusto atribuir a una operación tocológica la causa de una fístula urinaria por el solo hecho de aparecer inmediatamente después de la misma la incontinencia de orina.

En los casos de fístulas producidas por compresión fetal, las lesiones son generalmente mucho mayores que en las resultantes de una intervención operatoria. En este último caso, la lesión que se ha producido, desgarramiento, pinchazo, tijeretazo, etc., se limita a una parte pequeña de tejido; en los casos en que se ha producido la atrición molecular que conduce a la gangrena, no es solamente el tabique vésico-vaginal o uretro-vaginal el que se gangrena y perfora, sino que generalmente se produce además un proceso gangrenoso extensísimo de la vagina, y así no es raro que encontremos en algunos casos de fístulas vésico-vaginales procesos cicatriciales tan grandes, que pueden llegar hasta la oclusión completa de la vagina.

En algunas ocasiones el proceso extenso cicatricial de la vagina conduce a la curación de la incontinencia, pero es a costa de la oclusión completa de aquel órgano; no existiendo vagina no puede establecerse comunicación anormal entre este órgano y la vejiga; pero si por una intervención se pretende formar nuevamente el órgano, aparece inmediatamente otra vez, la emisión involuntaria de la orina.

Hay casos en los que el proceso de destrucción puede ser tan grande que interese, además del tabique vésico-vaginal, el recto-vaginal, y si se cierra la vagina por efecto del proceso de cicatrización, queda establecida una fístula vésico-vagino-rectal, haciéndose la emisión involuntaria de la orina por el recto. Hemos observado una enferma cuya dolencia era de esta naturaleza y de condiciones verdaderamente excepcionales. Había tenido un parto a consecuencia del cual se había producido una destrucción gangrenosa tan extensa que había dado lugar a la oclusión completa de la vagina con comunicación de vejiga a recto; como quiera que había continuado las relaciones sexuales con su marido por vía anormal, se hizo embarazada tres veces y había abortado las tres por el ano. En la clínica de la Facultad fué asistida del tercer aborto. En otros casos el embarazo se produce con un coito vulvar, en una mujer en la que ha quedado una pequeñísima abertura vaginal, y se ha tenido que recurrir a la cesárea para poder extraer el feto.

El número de fístulas urinarias es el barómetro de la cultura médica de un país. Cuanto más inculto es un país, mayor número de fístulas urinarias existen; en la actualidad, dada la facilidad con que se pueden realizar la mayor parte de operaciones obstétricas y con el aumento de la cultura médica general, el número de fístulas urinarias decrece de día en día.

Las fistulas urinarias representan, casi siempre, abandono de la parturiente o ignorancia por parte de quien asiste al parto.

La presencia de cuerpos extraños en la vejiga urinaria y los cálculos, pueden, aunque la cosa sea excepcional, ocasionar acciones traumáticas cuya consecuencia es la formación de una fistula urinaria.

Asimismo un pesario que produzca una distensión extraordinaria de la vagina puede por compresión ocasionar una fistula como la que representa la

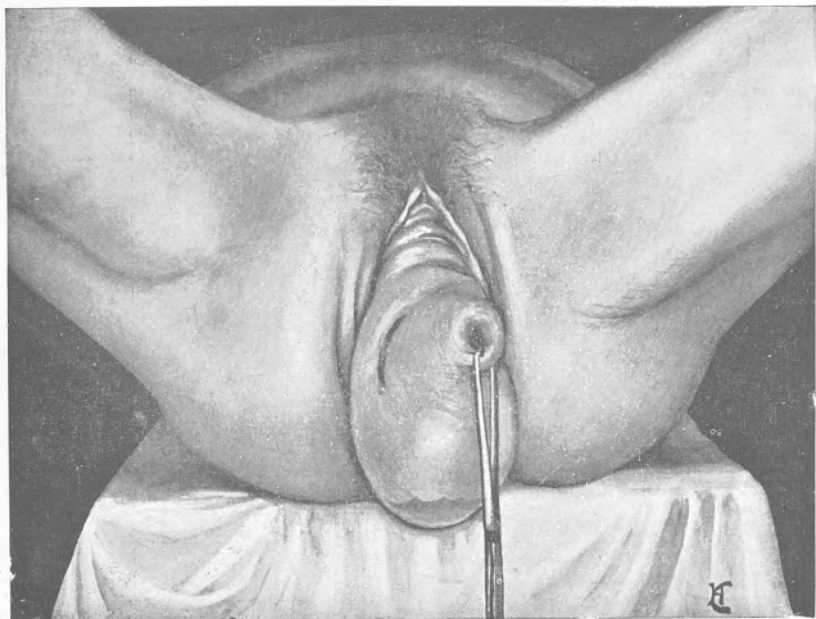


Fig. 183.—Fistula vésico-vaginal, causada por la compresión ejercida durante largo tiempo, por un pesario colocado con objeto de reducir el prolapso.

figura 183, cuyo grabado está sacado de la fotografía de una enferma de nuestra clínica.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—El tamaño del orificio fistuloso varía considerablemente en unos casos de otros, por sus dimensiones, situación, lesiones concomitantes, etc. Las vésico-vaginales pueden ocupar la línea media o los lados de la pared anterior de la vagina; desde el orificio fistuloso, que apenas es perceptible por ser muy pequeño y ocupar el fondo de un repliegue vaginal, hasta aquella fistula en que la pérdida de substancia es tan considerable que gran parte de la vejiga se prolapsa por su orificio, existen todas las gradaciones.

Por lo que se refiere a su situación, las hay que ocupan la porción más baja de la vejiga, hasta llegar a interesar el conducto uretral y otras sumamente altas en contacto con la porción vaginal del cuello del útero; hay algunas en las que la destrucción gangrenosa que produjo la anormal comunicación de vagina y vejiga la destrucción del labio anterior del hocico de tenca; llámanse a estas fistulas yuxta-cervicales, estando constituidos sus

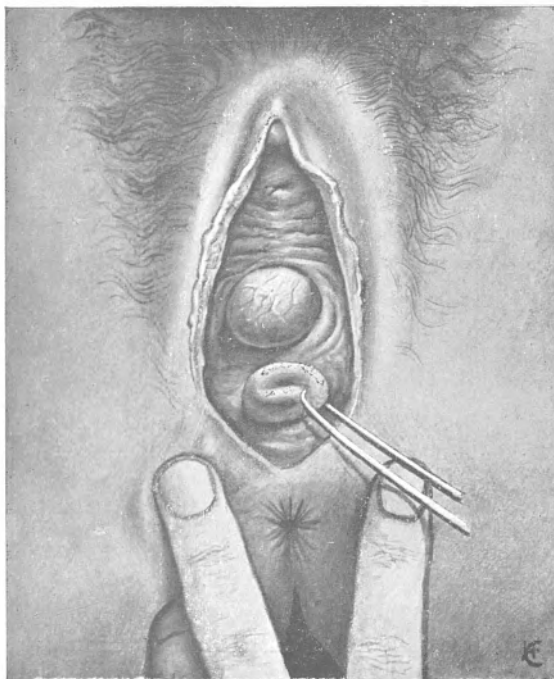


Fig. 181.—Fístula vesico-vaginal por cuyo orificio se prolapsa la mucosa de la pared anterior de la vejiga.

bordes por el útero en su parte superior y la vagina en la inferior. En algunos casos de orificio muy extenso, la mucosa de la pared anterior y del fondo de la vejiga se prolapsa y aparece por la vulva formando una tumoración roja en la que se pueden apreciar algunas veces los orificios uretrales.

Las porciones de la vagina que rodean la fístula se hacen callosas, y como quiera que el proceso gangrenoso se extiende a una gran parte de la pared vaginal, hállanse cicatrices que ocupan en muchas ocasiones la totalidad de la vagina, dificultando la buena exposición de

la fístula que, como veremos más adelante, es el primer tiempo de toda operación curativa de esta clase de procesos.

El contacto de la orina con las paredes vaginales y con la vulva determina una fuerte irritación que, a no existir una escrupulosa limpieza de estas partes, es causa de escoriaciones y lesiones cutáneas variadas. La orina se descompone por efecto del contacto del aire y por la acción de algunos gérmenes, se produce una reacción amoniacal muy acentuada que aumenta la acción irritante de la orina.

Las fistulas uretéricas son generalmente unilaterales, y sus causas se hallan en relación más con las operaciones ginecológicas, como son las histerectomías

vaginales, ligaduras de las arterias uterinas, etc., que con las presiones producidas en el acto del parto; pueden ser bilaterales. Por lo general son muy lateralizadas y de abertura muy pequeña, por las que fluye constantemente la orina gota a gota.

En algunos casos de fístulas ureterales consecutivas al parto, su formación subsigue a la curación operatoria de una extensa fístula vésico-vaginal, siendo debida en este caso la aparición de la fístula uretérica a haber quedado incluida la abertura del uréter en un borde de la sutura.

Las fístulas uretro-vaginales se hallan en la cara anterior de la vagina muy próximas al orificio vulvar; frecuentemente existen conjuntamente con fístulas vésico-vaginales, separadas de éstas por un puente de tejido que puede ser normal, pero que más frecuentemente es tejido de cicatriz que ocluye la parte alta del conducto uretral.

SINTOMATOLOGÍA.—El síntoma capital de las fístulas urinarias lo constituye la emisión involuntaria de la orina; en la mayoría de los casos tiene lugar de modo constante, sea cual fuere la actitud de la enferma; pero en casos de fístulas pequeñas o lateralizadas pueden existir variaciones, no sólo en la continuidad de la emisión, sino también en lo referente a la cantidad que se vierte, según cual sea la posición en que se coloque la paciente.

Las fístulas vésico-vaginales que ocupan la línea media, y que corresponden como es lo más común al bajo fondo vesical, no permiten que la enferma retenga la menor cantidad de orina; toda la segregada por los riñones se vierte al exterior en el mismo momento que llega a la vejiga; en cambio, las lateralizadas pueden permitir en el decúbito lateral del lado opuesto a aquel en que resida la fístula, una contención mayor o menor de orina. Hay fístulas vésico-vaginales que, por hallarse situadas en el punto más declive de la vejiga, no permiten la retención de la más pequeña cantidad de orina, a pesar de ser de un calibre tan pequeño que apenas si se puede con un estilete demostrar su existencia, y en cambio, hay otras que por ser altas o laterales permiten la retención de 100 y más gramos de orina, a pesar de permitir su tamaño el que pase un dedo por el orificio fistuloso.

En algunos casos, la incontinencia de orina se hace variable, porque las paredes de la vagina sirven como de válvula; las paredes vaginales que no han estado profundamente afectadas por el proceso gangrenoso determinante de la fístula, son las que mejor sirven para esta función interruptora de la incontinencia.

La calidad de la orina se halla muy alterada en los casos de fístulas vésico-vaginales; las cistitis concomitantes son causa de la precipitación de fosfatos y de la formación de concreciones calcáreas, no sólo en la vejiga, sino también en la vagina; la descomposición amoniacal es fenómeno casi constante;

el hedor que despiden esta clase de enfermas es altamente repugnante; la vida de sociedad se hace imposible para ellas.

DIAGNÓSTICO.—La incontinencia de orina, si bien es el síntoma constante de las fistulas vaginales, no debe hacer afirmar su existencia sin la comprobación realizada por la exploración directa; una parálisis del cuello de la vejiga, un prolapso de la pared anterior de la vagina, una distensión exagerada de la uretra, puede dar lugar a la salida involuntaria de la orina sin que exista abertura normal en el aparato urinario.

La exploración se verificará colocando la mujer en posición dorso-sacra, y en los casos difíciles, en genu-pectoral; la posición de Sims es también recomendable para esta exploración. Cuando la abertura de la vejiga es grande, el tacto basta para apreciar la comunicación anormal existente y sus caracteres. En los casos de fistulas de muy pequeño diámetro es preciso colocar una valva de Simon, Sims u otra análoga, y distendiendo la vagina, recorrer con la vista en toda su extensión las paredes anterior y laterales; conviene en estos casos vaciar la vejiga por cateterismo e inyectar en ella algún líquido coloreado, que en caso de existir fistula vesical saldrá con seguridad por ella, la vagina.

La exploración se hace muy difícil en algunos casos en que existen grandes cicatrices o bridas que impiden la libre colocación de las valvas del espéculum; en algunos de estos casos es preciso hacer la sección de estos tractus cicatriciales y verificar la distensión forzada de la totalidad de la vagina.

En ocasiones presta gran servicio para el diagnóstico introducir un cateter o histerómetro por la uretra y explorar por el tacto la dirección del cateter y la posibilidad o imposibilidad de hacerle salir por el orificio fistuloso.

En las fistulas vésico-uterinas y en las yuxta-cervicales, la inyección de un líquido coloreado puede ser de absoluta necesidad para establecer de modo preciso el diagnóstico.

En las fistulas uretrales la orina no sale por el orificio anormal más que en el momento de la micción, a menos que, como ocurre muy frecuentemente, la fistula uretral concommita con otra vésico-vaginal.

PRONÓSTICO.—En los primeros días de la formación de una fistula, si la pérdida de substancia es pequeña, puede llegar a curar espontáneamente o ayudando a la retracción cicatricial por medio de cauterizaciones con ácidos o con el cauterio actual. Cuando la fistula lleva ya tiempo de formada o la pérdida de substancia ha sido grande, no hay más medio de curación que el operatorio, y aun con él muchas veces resulta un problema de gran dificultad; la existencia de una vagina flexible da grandes probabilidades de éxito operatorio; en cambio, cuando la vagina está toda ella constituida por tejido de cicatriz, aumentan de modo considerable las dificultades operatorias, y por

tanto la obtención de la curación es más dudosa. La extensión de la pérdida de substancia es un factor esencial de pronóstico; una fístula pequeña se cura, por lo general, mucho mejor que aquélla que requiere hacer grandes colgajos para obturar el orificio fistuloso. Además de la importancia pronóstica que tienen las fístulas urinarias, por las dificultades que en muchas ocasiones ofrecen para obtener la curación, su pronóstico es grave por la facilidad con que se producen infecciones vesicales, que son muy a menudo causa de otras ascendentes, que al llegar a los riñones pueden poner en peligro la vida de la paciente.

Las condiciones en que se hallen las partes vecinas de la fístula, tales como las callosidades de los bordes, la parte que toma el útero en la misma y el tiempo transcurrido desde su formación, influyen en gran manera en el concepto pronóstico de un caso determinado.

TRATAMIENTO.—El único que puede llevar a la curación ya hemos dicho que es el operatorio. Ya en el siglo xvii el cirujano holandés Roonhuysen propuso el avivamiento y la sutura, como el medio propio para curar las fístulas vaginales; pero los fracasos que así él como los demás operadores sufrieron, hizo que fuese considerada por muchos la curación de esta enfermedad, como por encima de lo que con el arte quirúrgico se podía conseguir. Dieffenbach, que en operaciones autoplásticas no tuvo quien le aventajara, decía en 1845 en su tratado de Cirugía, que si bien era una obligación moral, ineludible para el cirujano el intentar curar fístulas urinarias, era tan poco lo que se podía hacer, que debía con sentimiento reconocer la imperfección de nuestro arte.

A mediados del siglo pasado, Marion Sims, en Norte América, estableció los principios generales que debían seguirse para la operación de la fístula vésico-vaginal, logrando con su concepción y con los éxitos obtenidos, hacer cambiar por completo los términos del problema de la curabilidad de esta enfermedad.

La publicación de Emmet en 1868, de su libro sobre el tratamiento de las fístulas, en el que dió a conocer de modo preciso la técnica de su maestro Sims, con la descripción de gran número de casos de su personal intervención, hizo que cambiara por completo la idea, que hasta aquella fecha se tenía, sobre la operatoria en estos casos.

El viaje que hizo a Europa, Bozeman, dando a conocer prácticamente el método de Sims, modificado por él, y el que en 1861 hizo el propio Sims, dieron entrada en la técnica quirúrgica a los nuevos métodos operatorios, siendo desde entonces y gracias a los trabajos que en Europa realizaron Simon y Hegar en Alemania, Baker Brown y Simpson en Inglaterra, Verneuill en Francia, Neugebauer en Polonia y Argumosa en España, la curación de las fístulas urinarias, operaciones que ofrecen muchas probabilidades de curación.

Hay, sin embargo, algunos casos que resisten todavía a los medios operatorios de oclusión directa de la fístula, y para ellos propuso Simon la llamada colpocleisis o sea la oclusión completa de la vagina, para convertir las dos cavidades, vaginal y vesical, en una cloaca común. Esta operación, que por lo mismo que inutiliza definitivamente a la mujer para el acto sexual, tiene escasísimas indicaciones, creemos que todavía no puede, ser excluida de la lista de las operaciones ginecológicas.

En el tratamiento operatorio de las fístulas vagino-uritarias juega un papel importantísimo la habilidad personal del ginecólogo; lo que en manos de muchos constituye un fracaso, en manos de otro ginecólogo de mayor habilidad puede constituir un éxito; en ninguna operación quirúrgica significan tanto como en ésta, las condiciones personales del operador. En nuestra clínica de la Facultad, nuestro Profesor auxiliar el Doctor Luis Recasens ha llegado a adquirir tal habilidad operatoria que es excepcional el caso que no cura de primera intención, son muy raros los casos en que hay que proceder a una segunda operación.

Las fístulas de fecha muy reciente no deben ser operadas; es conveniente dejar que las fuerzas naturales, actuando, disminuyan por el proceso de cicatrización la extensión del orificio de la misma; puédesse, sin embargo, cuando están granulando los bordes de la fístula, aproximarles por medio de erinas o ganchos para ver si de este modo se consigue la unión; es raro que esto se alcance, pero vale la pena de intentarlo ya que no representa en ningún caso perjuicio para la enferma.

Se ha recomendado cauterizar con el termocauterio los bordes de la fístula y cuando la escara ha caído y los bordes de la fístula se llenan de mamelones, practicar la unión ya por medio de puntos de sutura ya por medio de ganchos, como en los casos de fístula todavía reciente. Amabile utilizaba en vez del cauterio actual el ácido sulfúrico. Estos procedimientos de sutura secundaria, que no son más que renacimiento de los ya olvidados de Lallemand, no merecen ser reintegrados a la terapéutica operatoria,

Es de todo punto preciso, para alcanzar la curación de las fístulas vesico-vaginales, una cuidadosa preparación de la enferma, ya que la mitad por lo menos de los fracasos se deben al olvido de este precepto. La vejiga y la vagina, por efecto de la incontinencia de orina y de su descomposición, se hallan siempre en estado de septicidad acentuada, y por estas circunstancias las heridas operatorias no pueden nunca ser consideradas como limpias; esto representa siempre un peligro para la cicatrización *per primam*, y en fístulas vesicales el que quede un pequeño punto sin unirse, es lo mismo que quedar sin curar la enfermedad. Es, pues, de imperiosa necesidad someter a la enferma que va a ser operada a un régimen especial de alimentación y de cuidados que conviertan en zona relativamente aséptica la que tiene, por la suciedad y

descomposición de la orina, caracteres de marcada septicidad. Las bebidas refrescantes y la supresión de todos los alimentos excesivamente sazonados, así como de las bebidas alcohólicas, se impone para disminuir las contingencias de una orina cargada y de acción irritante.

Además del régimen alimenticio, se procurará que la enferma se halle en buenas condiciones de resistencia, pues es muy notable la influencia que el estado general ejerce en la obtención del éxito operatorio. Por otra parte, se cuidará de ejercer, por medio de antisépticos urinarios, como el salol y la urotropina, una acción antiséptica sobre la secreción renal.

Se practicarán diariamente varios lavados vaginales y vesicales con el objeto de evitar la acción irritante que sobre las mucosas que deben restaurarse, produce el contacto de la orina descompuesta. Es asimismo preciso extraer todas las concreciones calcáreas que en el borde del orificio fistuloso, en la vagina y en la vejiga pueden existir.

Una vez limpias de sus concreciones las partes, disminuida en lo posible la irritación produ-

cida por el contacto de la orina, curada y asepticizada la región que va a ser operada, se procede a la intervención quirúrgica, que variará notablemente según la cual sea la extensión y condiciones de la fístula.

Sea cual fuere la situación de la fístula y su tamaño, la primera condición que debe cumplirse al proceder a la operación, es exponer a la vista del operador todos los contornos de la misma.

Para alcanzar una buena exposición de la fístula, es preciso en algunos casos hacer una preparación previa, cual aconsejaba Bozeman, por medio de globos dilatadores aplicados en la vagina los días que preceden al acto

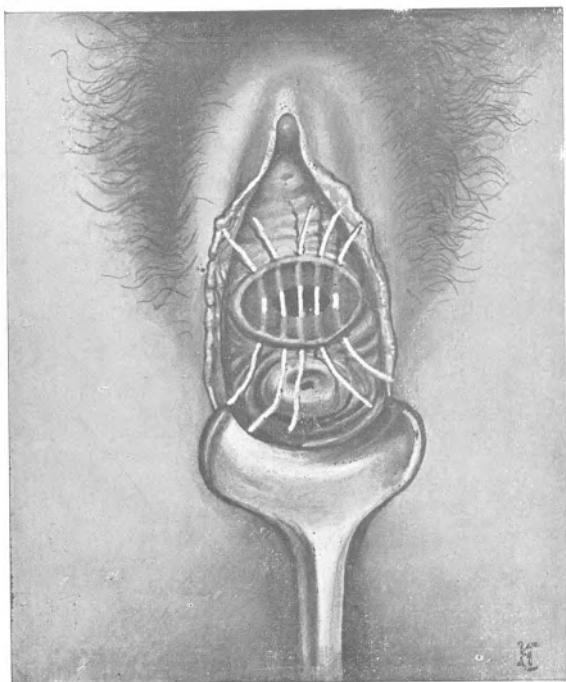


Fig. 185.
Refrescamiento amplio del orificio fistuloso al modo de Sims.

operatorio o practicar en el momento de la intervención incisiones como las de Dürhsen o de Schuchard, para tener ancho campo en que actuar al tiempo que quedan a la vista de modo claro todos los contornos y caracteres de orificio que queremos ocluir.

En las fístulas vésico-vaginales de pequeño o mediano diámetro, pueden seguirse dos métodos principales de tratamiento: 1.º El que tiene como fundamento la amplia escisión de un trozo de mucosa vaginal para que al aproximar los bordes por la sutura queden superficies extensas refrescadas en coaptación,

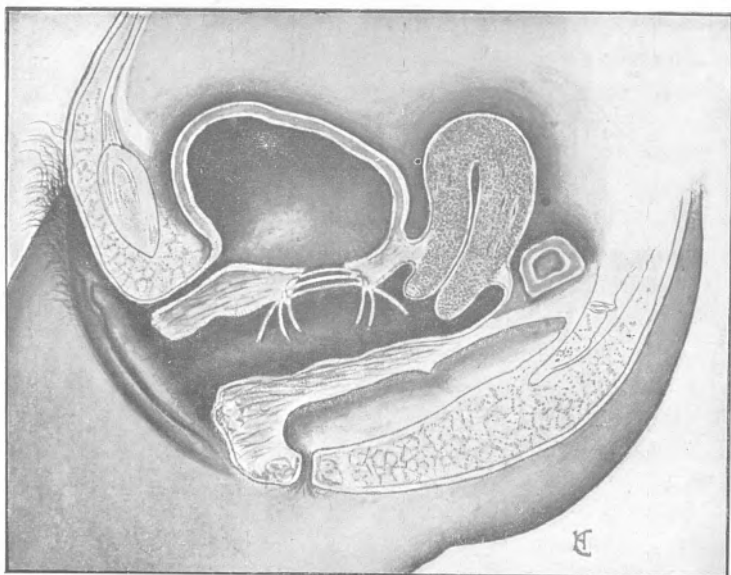


Fig. 186.—Modo como quedan colocados los puntos de sutura en la operación de la fístula vésico-vaginal por el método de amplio refrescamiento.

que es, en síntesis, el método aconsejado por Sims. 2.º Desdoblar el tabique vésico-vaginal y practicar las suturas aisladas de vejiga por un lado y de vagina por otro; este procedimiento de desdoblamiento, cuando se puede realizar, es el que mejores y mayores garantías de curación suministra.

Para practicar el procedimiento de Sims o de refrescamiento amplio, se dibuja con el bisturí, a la distancia de 7 u 8 milímetros del borde de la fístula, el contorno de la misma; y luego, con un bisturí de punta afilada y borde bien cortante, se introduce debajo de la mucosa vaginal y se escinde todo el contorno vaginal de la fístula en la extensión dicha. Si algún punto de mucosa no ha podido ser escindido, se completará la extirpación con unas tijeras curvas; es éste un detalle de la mayor importancia, pues si queda

algún punto del borde de la fístula sin refrescar, la oclusión de la misma no se realiza.

Una vez escindida la mucosa vaginal, queda el orificio fistuloso circundado por una extensa superficie cruenta, de forma algo infundibular, por debajo de la cual deben pasar los hilos de sutura, que deben, al anudarlos, coaptar exactamente los bordes del orificio.

La colocación de los hilos se realizará de modo que penetren a 2 milímetros del borde de refrescamiento y, pasando por debajo de toda la superficie

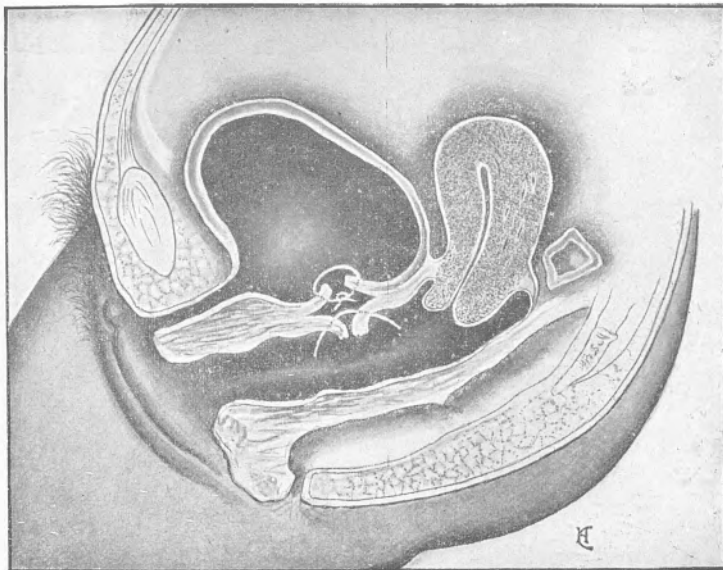


Fig. 187.—Operación de la fistula vésico-vaginal por el método de desdoblamiento.

cruenta, sin atravesar la mucosa vesical, vayan al lado opuesto para recorrer allí la misma trayectoria.

Pueden utilizarse para la sutura los hilos de plata o cobre, la crin de Florencia y la seda; el catgut se reabsorbe demasiado pronto o se afloja, por cuyo motivo no lo recomendamos en este procedimiento operatorio.

El procedimiento de desdoblamiento recomendado por Walcher, cuando la mucosa es flexible, puede aplicarse con grandes ventajas; la separación de la mucosa vesical de la vaginal se verifica en la extensión de un centímetro y, cuando ambas superficies se hallan separadas, se colocan en la vejiga unos puntos de sutura hechos con catgut, y otros en la vagina con seda, crin o hilo de plata.

Sea cualquiera el procedimiento que se emplee, es conveniente no

aplicar excesivo número de puntos de sutura, pues podrían ser obstáculo a la circulación sanguínea en los bordes de la herida y con ello malograrse la unión por esfacelarse el tejido aprisionado entre los mismos puntos.

Por lo general, no existe en los bordes de refrescamiento hemorragia de importancia; en caso de que sangren estas superficies, es preferible retorcer los vasos que aplicar ligaduras, pues constituyen obstáculo a la exacta coaptación de los bordes y pueden hacer fracasar la operación.

En casos de fístulas muy extensas no hay posibilidad de poner en contacto

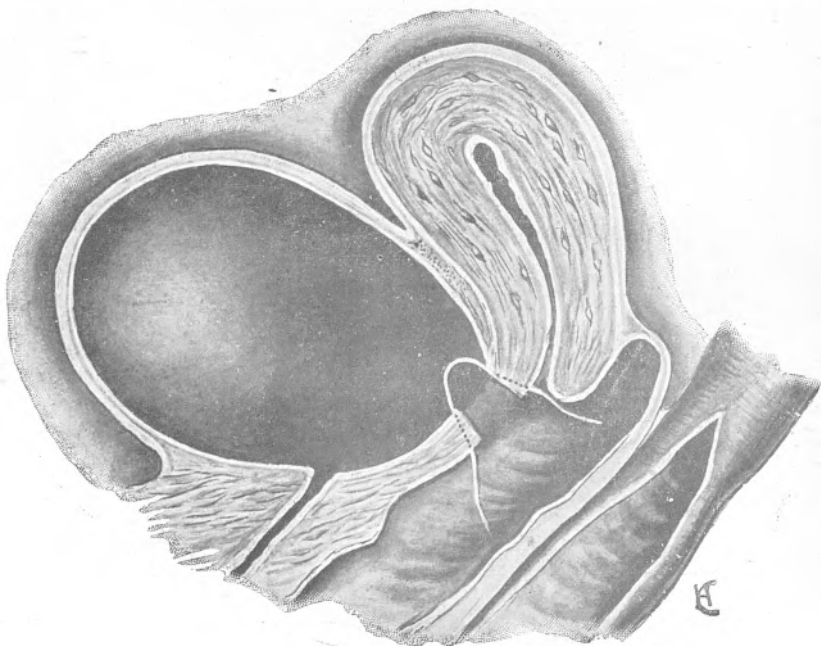


Fig. 188. - Fístula vesico-cérvico-vaginal.

los bordes refrescados, y para llegar a cubrir el orificio vesical se hace preciso movilizar colgajos laterales y con ellos constituir la pared vaginal anterior; la forma y disposición de estos colgajos varía según las condiciones de las paredes de la vagina, pero siempre resultan de muy difícil unión los colgajos ampliamente desplazados.

En los casos de fístulas yuxta-cervicales resulta muy difícil restaurar la pared de la vagina, porque la unión debe hacerse entre los tejidos del cuello y los de la mucosa vaginal; para estos casos puede resultar un buen medio de tratamiento el despegar, por medio de una incisión transversal, el útero de la cara anterior de la vejiga, haciendo, como en una colpomatía anterior, la

separación completa de ambos órganos, y luego con unas pinzas de garfio atraer hacia abajo el útero, de modo que la cara anterior de este órgano sirva como de tapón oclusor del orificio fistuloso; si el refrescamiento de la fístula se ha hecho de modo extenso, la unión del útero con vagina en la nueva posición que se ha colocado aquél se hace de modo completo y la continencia de orina es total; la situación baja en que queda la matriz después de la operación se corrige con el tiempo por las continuas tracciones que experimenta la vagina, que se alarga de modo suficiente.

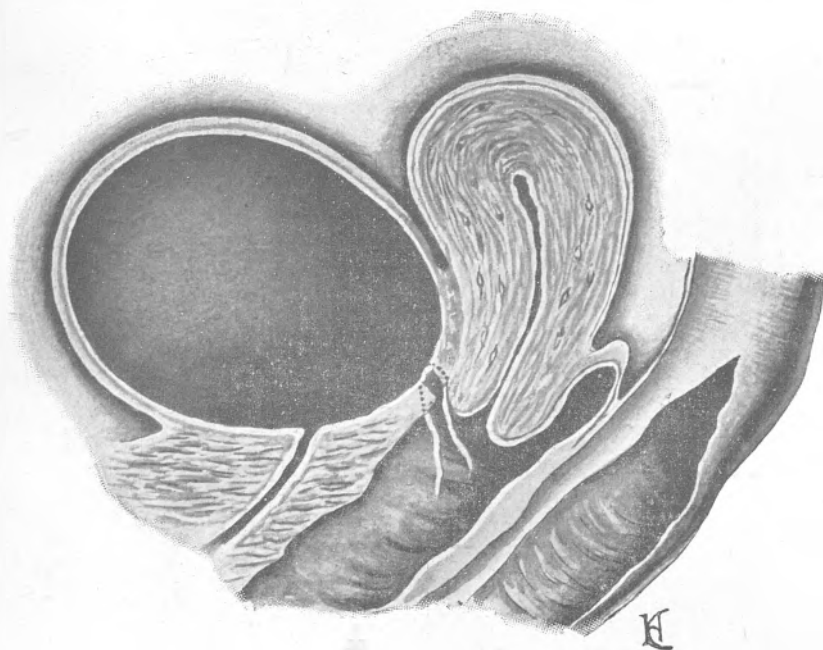


Fig. 189.—Refrescamiento y modo como quedan colocados los puntos en la operación de una fístula vesico-cervico-vaginal.

A pesar del sinnúmero de recursos de que dispone la técnica quirúrgica en estos tiempos, quedan todavía casos en los que la curación no puede obtenerse; Freund, para algunos casos de curación muy difícil, ha propuesto una operación que consiste en la basculación del útero hacia atrás, haciéndole salir por el orificio de una colpotomía posterior, para que aplicando su cara posterior del cuerpo a la anterior de la vagina, en la que se halla la fístula, le sirviera de obturador; como al suturar el útero en esta disposición no queda posibilidad de que los flujos menstruales puedan salir al exterior, se practica una abertura en el fondo invertido del útero para que por allí salgan los líquidos de procedencia uterina.

Es este un medio que no podemos aconsejar por los peligros que la retención menstrual puede representar en caso que no encuentre fácil salida por el orificio nuevamente formado; pero hemos practicado en alguna ocasión con éxito la basculación hacia adelante por el fondo de saco anterior. La figura 183 representa un caso de prolapso en el que un pesario de anillo produjo una extensa fístula vésico-vaginal que curamos haciendo la basculación hacia adelante y fijando el útero contra la pared de la vagina, con lo que se ocluyó por completo el orificio fistuloso.

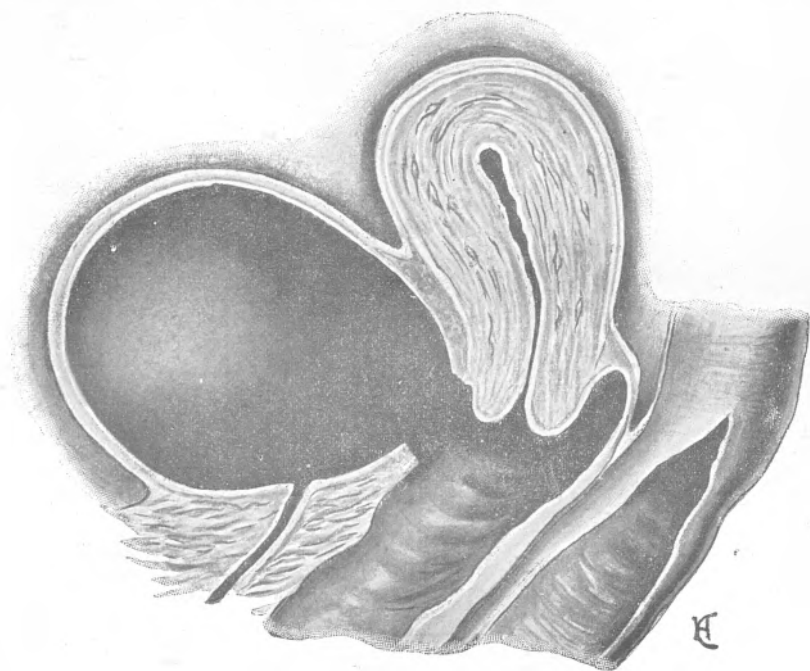


Fig. 190. —Modo como queda ocluida una fistula vesico-cérvico-vaginal.

En algunos casos en los que por estar la vagina convertida toda ella en un tubo rígido lleno de cicatrices, toda manipulación es imposible, Schuchardt aconseja practicar una incisión liberatriz, la misma que emplea para las extensas histerectomías vaginales con extirpación de parametrios, que se extiende desde un borde lateral de la vulva hasta más allá del ano, circundándole en parte. Con esta incisión el campo operatorio se agranda notablemente, y son factibles operaciones que de otro modo son completamente impracticables.

Las incisiones liberatrices de Dürhsen, que quedan dibujadas en la figura 193, cumplen idéntico objeto y son asimismo aplicables para aquellos casos de extensas formaciones cicatriciales que impiden maniobrar con libertad.

Estas incisiones liberatrices se pueden utilizar en todos los métodos operatorios; pero donde cumplen mejor su cometido es en aquellos casos en los que hay que recurrir al deslizamiento de extensos colgajos vaginales, como el que representa la figura 194; la colocación de los hilos vaginales está hecha de modo que al anudarse no coinciden los de la vejiga con los de la vagina.

Existen casos en que la vagina se halla tan íntimamente unida a los huesos de la pelvis por tejido de cicatriz muy denso, que no hay posibilidad de aplicar punto de sutura alguno sin antes despegar por medio del bisturí estos órganos; la vejiga se halla también en algunas ocasiones fuertemente pegada al pubis, y el primer tiempo de la operación debe consistir en movilizar los órganos; no

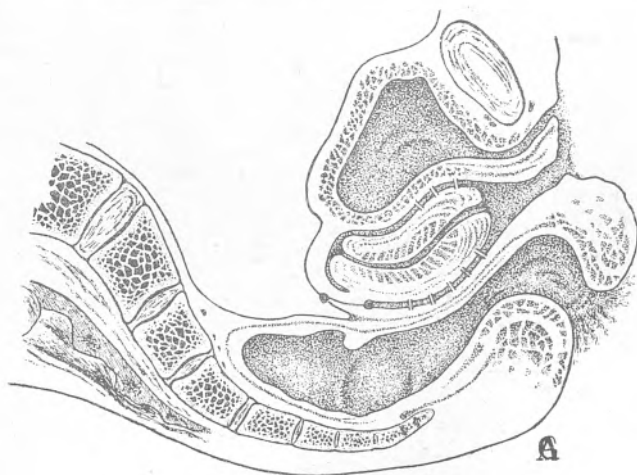


Fig. 191.

Esquema de la basculación del útero por el procedimiento de Freund.

hay posibilidad de curar esta clase de fistulas, si antes no se logra colocar la vejiga en condiciones de poder ser suturada.

Son tantas las dificultades que para lograr una curación se presentan en muchos casos, que hemos intentado realizar por vía supra-púbica la operación, abriendo la vejiga por su cara anterior, evitando penetrar en la cavidad peritoneal; la cantidad de dificultades que hemos hallado para abordar la fistula por esta vía ha sido tan enorme, que hemos desistido de ello. Marión en estos últimos tiempos ha erigido en método de elección esta vía, utilizando un separador especialmente construido para este objeto; le hemos visto practicar esta operación y nosotros también la hemos ejecutado y creemos que los casos fáciles son más fácilmente curables por vía vaginal y que los muy difíciles lo son aún más por la vía supra-sinfisaria que por la vaginal. En un caso, para facilitar el acceso hicimos la sinfisiotomía previa, sin lograr tampoco el poder

maniobrar fácilmente; las dificultades están en las cicatrices que fijan de modo muy íntimo la vejiga a los órganos vecinos, y todo cuanto se haga que no resuelva el movilizar aquélla resulta completamente inútil.

En los casos de amplio orificio fistuloso, en los que no son aplicables los procedimientos anteriormente mencionados o en aquellos en los que no pudo

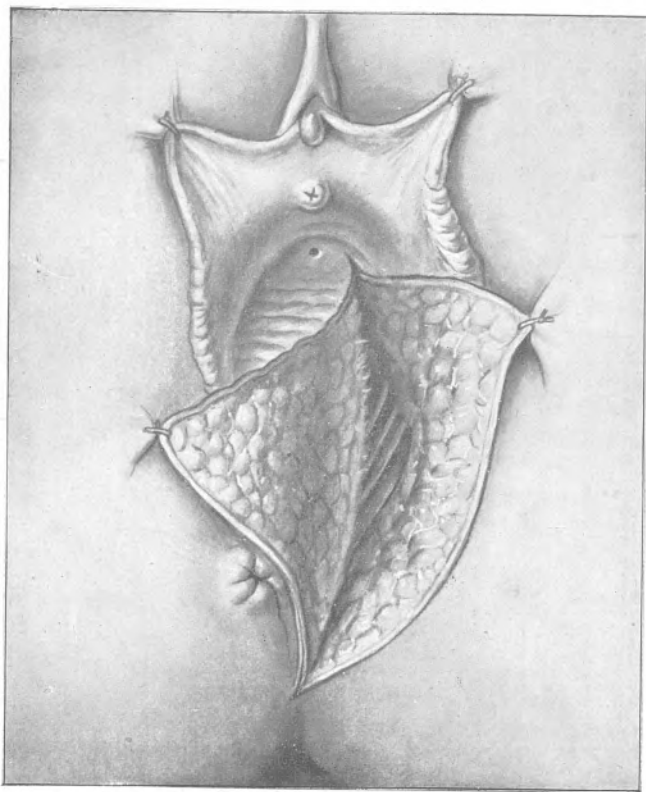


Fig. 192.—Incisión de Schuchardt para aumentar la extensión del campo operatorio (Gray-Ward).

obtenerse la curación a pesar de las diferentes tentativas realizadas, se puede practicar la operación puesta en práctica primeramente por Simon, y que hoy apenas si encuentra indicaciones. Esta operación, denominada colpocleisis, consiste en la oclusión de la vagina, para que lo mismo la menstruación que los flujos uterinos que pueden existir salgan al exterior por la uretra, convirtiendo en una sola cavidad la vaginal y la vesical.

La colpocleisis se practica siguiendo una técnica distinta en cada caso, según cual sea la pared de vagina más a propósito para realizar la oclusión de

su cavidad y la disposición que tenga la fístula; en las cérvico-uterinas puede servir de colgajo ocluidor el cuello del útero, denominándose entonces la operación histero-cleisis vesical.

Las operaciones de oclusión de la vagina no deben realizarse sin contar con la aquiescencia de la enferma, después de haberle explicado bien lo que significa para las funciones sexuales su realización; a pesar de ello, puede la

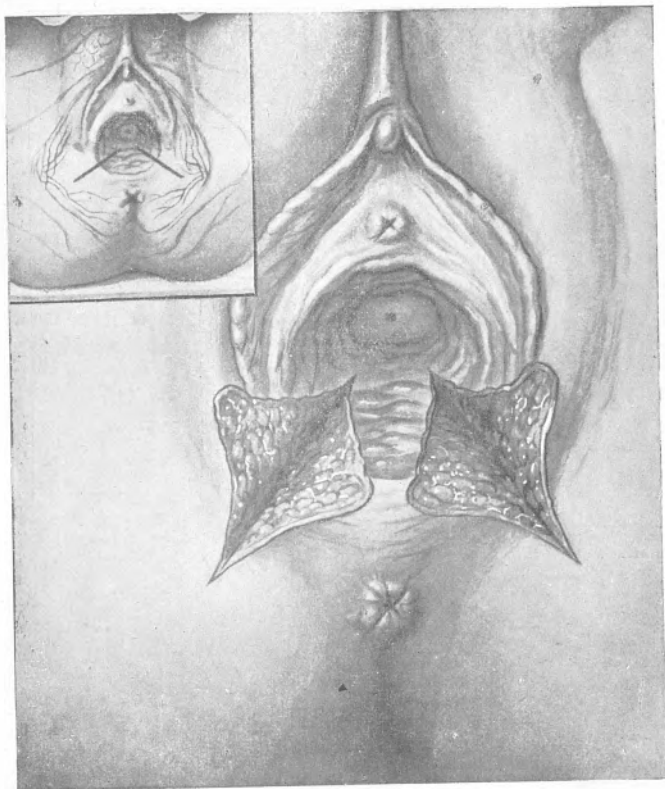


Fig. 193.

Incisiones de Dürhsen para aumentar la extensión del campo operatorio.

enferma reclamar algún tiempo después de curada, por haberle realizado una operación que la condena a la abstinencia sexual definitiva.

Cuando la abertura fistulosa es muy baja y más aun cuando existe una destrucción completa de la uretra acompañando a la fístula vesical, la oclusión no puede realizarse en el conducto de la vagina, y hay que practicarla en su entrada o en la vulva; esta última operación se denomina episiorrafia, y sus indicaciones son mucho más limitadas que las de histero y colpocleisis.

Fístulas vagino-uretrales.

Son aquellas que ponen en comunicación la ~~vejiga~~^{vagina} con el conducto de la uretra.

Rara vez existen solas; por lo general, son extensión de una fístula vésico-

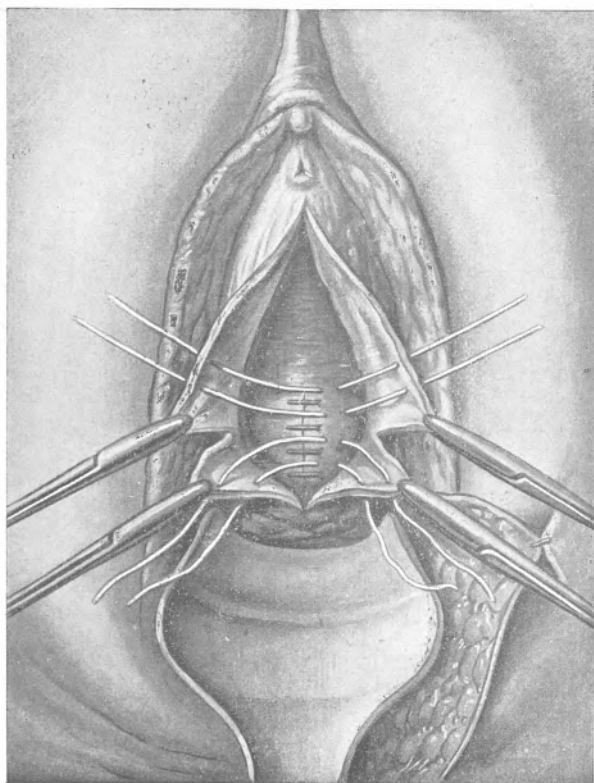


Fig. 194. - Operación a colgajos para la fístula vésico-vaginal, utilizando la incisión de Schuchardt (Gray-Ward).

vaginal; la parte del aparato urinario interesada en la destrucción es la cara posterior de la vejiga, el cuello de ésta y una porción mayor o menor de uretra.

La circunstancia de estar destruido el cuello de la vejiga tiene una importancia considerable, puesto que rotas las fibras del esfínter la incontinencia no se cura ni aun después de restaurar la mucosa y ocluir los orificios anormales; si no se logra restaurar la continuidad de las fibras del esfínter, cosa muy difícil, la incontinencia es definitiva.

En su origen hay que considerar a las fístulas uretrales casi siempre como secundarias; ocurre muy frecuentemente que al intentar la curación de una fístula vésico-vaginal se incide una gran cantidad de mucosa, y si no se adhiere y cierra la fístula de modo definitivo a la pérdida de substancia preexistente, hay que añadir la que sobreviene por efecto de la operación fracasada; inténtase posteriormente una nueva operación, y de una en otra, perdiendo cada vez mayor cantidad de mucosa, se llega a la uretra, y lo que en un tiempo era una fístula vésico-vaginal, se convierte en una uretro-vésico-vaginal.

En los casos en que la fístula uretral no va acompañada de otras vesicales o no hay continuidad con lesiones del cuello de la vejiga, no existe incontinencia, sólo en el acto de la micción sale la orina por el orificio fistuloso.

La operación para curar las fístulas uretrales es de éxito muy dudoso; se puede emplear el procedimiento de inversión del colgajo vaginal, al igual del recomendado por Tiersch para la curación del hipospadias del hombre; un colgajo de vagina sirve de trozo de uretra restaurado y los colgajos laterales cubren la superficie cruenta del colgajo invertido.

En toda restauración de uretra es preciso no solamente ocluir el conducto fistuloso, sino procurar que el colgajo que sirve para cerrar el orificio tenga una capa de epitelio que sirva de protección contra la retracción cicatricial, que dificultaría la emisión de orina; con el objeto de lograr esto se utiliza por todos los ginecólogos un trozo de mucosa vaginal, que se invierte. Kelly, después de refrescar de modo conveniente los bordes de orificio uretral, hace pasar un colgajo sacado de la pared anterior de la vagina a lo largo de un túnel, que sigue la dirección de la uretra, para de este modo asegurar la nutrición de los tejidos deslizados.

Cuando hay que reconstruir la totalidad de la uretra y las fibras contráctiles del esfínter vesical se hallan destruidas, aunque quede un trozo mayor o menor de uretra rehecha, no hay continencia de orina, y es preciso, por medio de un tapón de gasa o con un pesario especial, hacer compresión sobre el cuello de la vejiga para lograr alguna retención.

Tratamiento post-operatorio de las fístulas vesicales y uretrales.

Si una gran parte de operaciones para la curación de las fístulas urinarias no van seguidas de éxito por falta de una preparación conveniente, no es pequeño el número de los que fracasan por falta de cuidados post-operatorios.

Aun cuando ha sido muy discutida la conveniencia de utilizar la sonda permanente después de estas operaciones, como resultado de nuestra experiencia la creemos de gran utilidad, siempre y cuando se vigile bien su regular

funcionamiento; muy a menudo por quedar algún vaso-vesical sin cerrar se acumula una cantidad de sangre en el interior de la vejiga, y ésta responde a la excitación determinada por su presencia con contracciones enérgicas, que por sí solas son suficientes para romper los puntos de sutura; si fiados en que la sonda está colocada no se vigila de modo conveniente su buen funcionamiento, el tapón que la sangre ha formado dentro de ella hace que resulte perjudicial el mantenerla colocada, pues a las contracciones que provocan los coágulos vesicales se agrega todavía la que determina la orina retenida, por no correr la sonda.

Prescindimos de la sonda permanente sólo en aquellos casos en que por haberse puesto los puntos de sutura sin esfuerzos de tracción alguna, por ser



Fig. 195.—Orinal intra-vaginal de goma del Dr. M. Becerro de Bengoa (de Montevideo).

muy movibles y deslizables los bordes de la fistula, no hay cuidado alguno que la orina retenida en la vejiga pueda por su tensión malograr la sutura.

La sonda que comúnmente empleamos es la de Pezzer, en forma de hongo, que no tiene necesidad de fijación especial para que se mantenga en situación conveniente.

A los ocho días se puede quitar la sonda y los puntos de sutura; los lavados de vejiga con una solución de ácido bórico, así como el mantenimiento de la limpieza vaginal, es conveniente para mantener las partes en buenas condiciones para la cicatrización; puede suceder que algún punto falle y escape la orina nuevamente; si el orificio es pequeño, se puede con la cauterización lograr que se cierre; pero lo más frecuente es que, transcurrido algún tiempo, sea preciso recurrir a una nueva operación.

Quando ha fracasado una intervención de esta naturaleza, como no puede operarse otra vez de modo inmediato, sino que hay que esperar que los tejidos estén en buenas condiciones, conviene disminuir las molestias que representa el estar constantemente mojada la enferma por la orina. Los orinales de goma que para recoger la que continuamente se vierte, hasta hace poco tiempo

empleados como único medio, no se adaptan bien y macéranse grandemente los genitales externos.

El doctor Becerro de Bengoa, de Montevideo, ha ideado un orinal vaginal de goma, cuyo dibujo esquemático representa la figura 195, que sirve perfectamente para recoger toda la orina, impidiendo la maceración de la vulva.

Fístulas vagino-ureterales.

Son las que ponen en comunicación la cavidad del ureter con la vagina.

ETIOLOGÍA.—Las fistulas ureterales son casi siempre resultado de intervenciones quirúrgicas; en la histerectomía vaginal puede fácilmente producirse una lesión del ureter si no se tiene presente que este órgano cruza la arteria uterina a cosa de $1\frac{1}{2}$ a 2 centímetros de los bordes del istmo del útero. La colpotomía por los fondos de saco laterales puede producir la sección del ureter, pero es raro que ocurra este accidente a menos que se practiquen incisiones a ciegas y como consecuencia se establezca una fistula uretero-vaginal.

En las operaciones de extirpación abdominal de cáncer de útero por el procedimiento de Wertheim, en la que se extirpa el útero con los anejos y el tejido celular pelviano, y en que hay que separar los uréteres, puede suceder que, al denudarlos, quede un pequeño trozo, una zona de los mismos sin vasos nutricios, pues si bien desde la arteria renal descende una rama arterial que nutre la parte alta del ureter y de los vasos vaginales, va también alguna rama que asciende y proporciona elementos de nutrición a la parte baja del órgano, quedan zonas en el interior del ligamento ancho, en que los únicos vasos que van al ureter pasan a través del tejido celular que los envuelve; si se extirpa éste en su totalidad y el ureter queda muy denudado, puede quedar una zona sin nutrición y, a los cuatro, cinco, seis días de practicada la intervención, sobrevenir una escara, que al desprenderse da lugar a una fistula uretérica, y si la orina encuentra fácil salida por la vagina es uretero-vaginal, o si por el abdomen, uretero-abdominal. Lo más frecuente es que se infiltre de orina el tejido en que se ha practicado la operación, y al buscar la causa de los trastornos que presenta la enferma y al hacer un reconocimiento, sale la orina y queda establecida la fistula uretérica.

Puede ocurrir en la operación de Wertheim o en el curso de otra intervención quirúrgica, cual es la histerectomía vaginal o la ligadura de las arterias uterinas por la vagina, que se produzca una lesión doble de los uréteres; pero lo más frecuente es que la fistula uretérica sea unilateral. Son raras las fistulas uretéricas consecutivas al parto; pero cuando las lesiones gangrenosas han alcanzado gran extensión, pueden los uréteres desembocar directamente en la

vagina por haber experimentado la gangrena por compresión el fondo vesical y órganos vecinos.

SINTOMATOLOGÍA.—En la fístula uretérica, lo mismo que en la vésico-vaginal, la emisión de orina es constante; pero siendo generalmente la lesión unilateral, la mitad de la orina segregada por la enferma no se vierte involuntariamente, sino que va a parar al reservorio urinario y es expulsada en micciones regulares; el solo hecho de recoger en micciones espontáneas 600 ó 700 gramos de orina en un caso de fístula, hace pensar en lesión ureteral.

La situación de las fistulas uretéricas es generalmente algo lateral, aun cuando a consecuencia del proceso gangrenoso pueden existir retracciones cicatriciales que den lugar a que el orificio ureteral se halle bastante separado del sitio por el que normalmente pasa al ureter; lo más frecuente es que la fístula ureteral sea sumamente pequeña, situada en la parte lateral del fondo de la vagina o en ambos lados, si la lesión es doble.

El orificio es sumamente pequeño, como corresponde al calibre del órgano; en muchas ocasiones se ve sólo un pequeñísimo opérculo, por el que fluyen constantemente gotas de orina.

COMPLICACIONES.—En las fistulas ureterales son más frecuentes que en las vesicales las complicaciones por infección alta. Depende esto de las condiciones anatómicas de la vejiga en la desembocadura de los uréteres; en este punto existe una especie de repliegue de la mucosa que constituye una válvula que permite a la orina pasar del ureter a la vejiga y no de ésta a aquél, aun cuando se distienda por replección el reservorio urinario; las infecciones secundarias son más fáciles de producirse en el ureter fistuloso, ya que no presenta ninguna defensa para detener los agentes infectivos que ascienden hasta la pelvis del riñón.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.—En la inmensa mayoría de los casos no hay dificultad ninguna en establecer el diagnóstico entre la fístula uretérica y la vésico-vaginal. Esta se halla situada en la pared anterior; su tamaño permite introducir un cateter en la vejiga por la uretra y hacer salir su punta por el orificio de la fístula. En ocasiones pueden las vésico-vaginales, ya espontáneamente, ya a consecuencia de intervenciones, haber quedado reducidas a un punto tan pequeño como el que representa una fístula uretérica; puede también no ser central, estar lateralizada, y puede asimismo suceder que se vacíe involuntariamente toda la orina que esté por encima del orificio de la fístula, y que la enferma orine voluntariamente la cantidad que se halle situada a un nivel inferior a aquel en que se halle colocada la abertura vesical, y por ello puede ocurrir que, lo mismo que en las ureterales, haya salida por emisión

voluntaria de una cantidad de orina por la uretra y otra cantidad se escape involuntariamente por el orificio fistuloso.

Para averiguar si una fístula es vesical o ureteral, se inyecta dentro de la vejiga un líquido coloreado, azul de metileno, eosina, leche. Colóquese la mujer en posición dorso-sacra, con una valva que deprima bien la pared

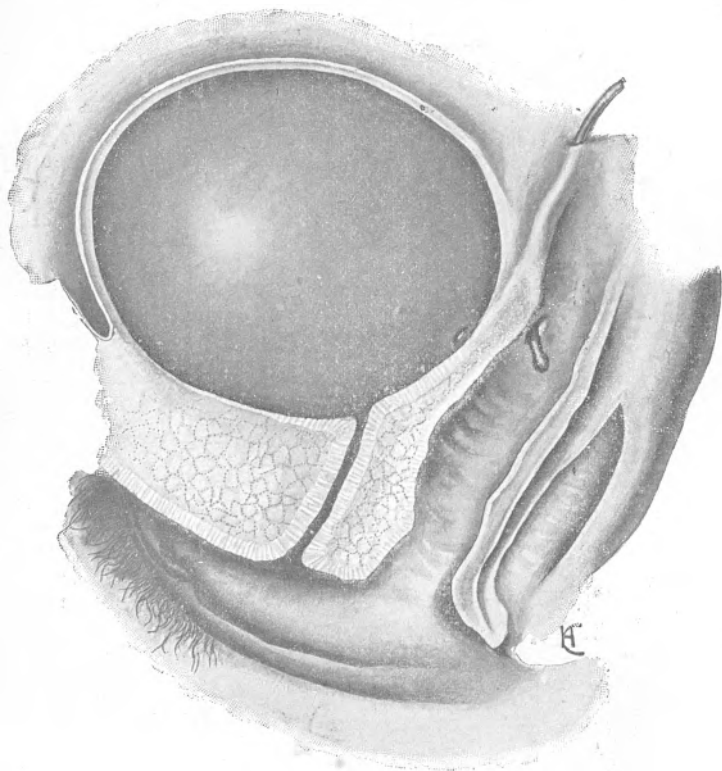


Fig. 196.—Fístula ureteral. Corte sagital medio.

posterior de la vagina, de modo que se vea perfectamente el orificio de la fístula; si el líquido coloreado sale por el orificio fistuloso, es señal que la vejiga es la que tiene la abertura fistulosa; por el contrario, si a pesar de rellenar aquélla no sale líquido coloreado por el orificio, demuéstrase que la fístula es ureteral.

TRATAMIENTO.—Las fístulas uretero-vaginales son aún más difíciles de curar que las vésico-vaginales. La disección del ureter en extensión suficiente para hacer un injerto directo en la vejiga, es procedimiento que no puede

practicarse más que en algún caso de vagina amplia, flexible y en el que el orificio fistuloso esté casi en contacto con la vejiga.

Lo mismo diremos de toda tentativa que pretenda injertar directamente los dos extremos seccionados de un uréter.

Hay que recurrir a procedimientos indirectos que tienen utilidad práctica y que pueden servir en muchos casos.

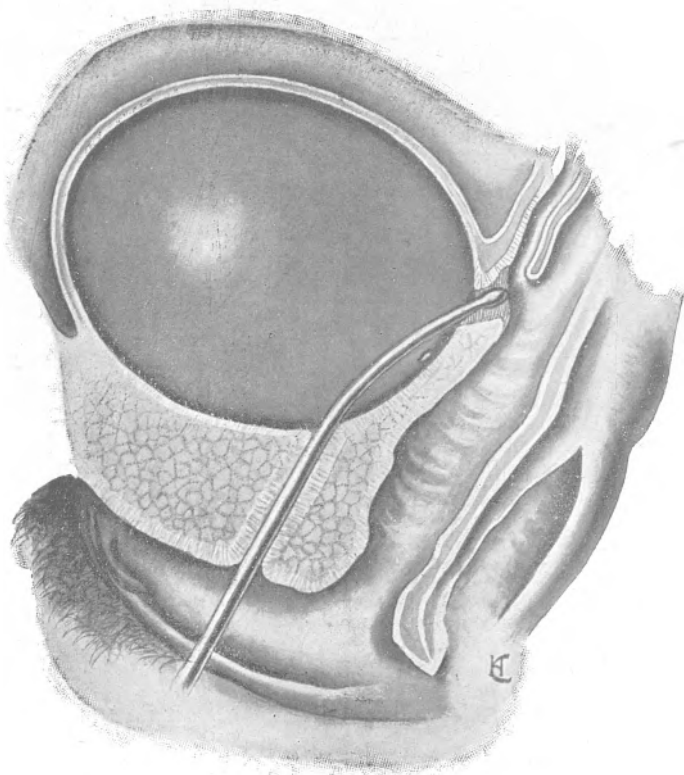


Fig. 197.—Fístula ureteral. Abierta la vejiga en la proximidad del orificio fistuloso, se hace pasar una sonda de la vejiga al uréter.

Entre ellos debemos citar los de Simon, Schede y Landau, que en sus líneas generales se diferencian poco. En todos hay que abrir la vejiga en un punto próximo al orificio fistuloso ureteral; una vez practicado esto, se hace un refrescamiento de toda la mucosa vaginal de manera que quede una gran extensión de superficie cruenta que al ponerse en contacto se reúna, no dejando otra vía a la orina que la que conduce a la vejiga.

Las figuras 196, 197 y 198 representan un corte sagital esquemático de la

disposición que ofrece la operación de Landau para la curación de las fístulas vagino-ureterales.

FÍSTULAS RECTO-VAGINALES

La comunicación de la vagina con el recto obedece casi siempre a traumatismos producidos durante el parto o a operaciones ginecológicas. Los des-

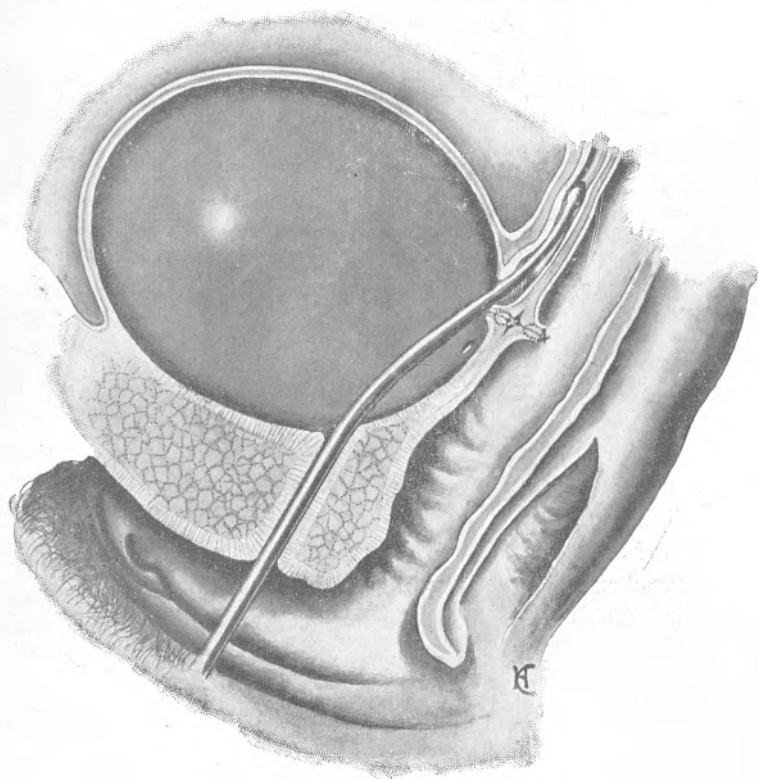


Fig. 198.—Fístula ureterica. Oclusión de la herida vaginal y abocamiento del orificio ureteral al interior de la vejiga.

garros extensos del periné, que alcanzan en una extensión mayor o menor el tabique recto-vaginal, establecen amplia comunicación de recto con vagina; cuando en estas circunstancias se verifica la cicatrización de la rasgadura en su porción baja, próxima al periné, queda en la parte superior una anormal comunicación, de diámetro variable, constituyendo una fístula recto-vaginal. Las aplicaciones de fórceps inhábilmente practicadas, así como la basiotripsia

y la embriotomía cervical, pueden ser causa, cuando se practican sin los cuidados necesarios, de fistulas de esta clase.

En los procesos supurados pelvianos la colección purulenta puede abrirse al mismo tiempo en vagina y en recto, y quedar a consecuencia de ello una comunicación persistente entre recto y vagina.

Más frecuentemente se producen fistulas recto-vaginales en el curso de colpotomías por procesos perímetro-anexiales; unas veces, las menos, con los instrumentos que practican la abertura del absceso, y en otras por dislaceración intestinal realizada con los dedos al introducirlos en la herida de colpotomía. Así como las que subsiguen al parto interesan, por lo general, la parte inferior de la vagina, las que suceden a la colpotomía, se hallan situadas en la porción más alta del órgano.

Es también común ver aparecer fistulas de esta clase a los ocho días de practicada una colpotomía por un proceso supurado; el mecanismo de producción es el siguiente: después de la intervención colpotómica se deja un tubo rígido, envuelto o no en gasa, para que por allí se efectúe bien el desagüe de la colección purulenta que se ha abierto; pues bien, la punta del tubo de desagüe se ha puesto en contacto con el intestino recto, y la presión sostenida determina un proceso gangrenoso de la pared intestinal, y cuando a los seis u ocho días se desprende la escara, se establece la comunicación vagino-rectal y queda la fistula formada.

Las comunicaciones anormales entre vagina y recto se producen muchas veces por la propagación al tabique recto-vaginal, de las neoplasias cancerosas del cuello del útero, así como en los casos en que se han tratado estos procesos, con dosis excesivas de sustancias radioactivas, en cuyo caso se producen las fistulas por el mecanismo apuntado en páginas anteriores; como quiera que esta clase de fistulas son sólo accidentes que acompañan a lesiones cuyo estudio se hace en otros capítulos, no hacemos en éste más que mencionarlas.

A consecuencia de una gestación ectópica, y también por infección de una colección hemática del Douglas, se producen en ocasiones comunicaciones anormales entre vagina y recto.

Aparte de los vicios de conformación que estudiamos en el capítulo correspondiente, en los que el intestino persiste comunicando con la extremidad inferior de la alantoides, existen casos en los que por no descender el espolón perineal y no reunirse los repliegues de Rathke, quedan como en el caso representado en la figura 203, una comunicación persistente entre vagina y recto, que en su disposición general se asemeja a la disposición que tienen las partes después de un parto en el que se desgarró muy extensamente el periné y el tabique recto-vaginal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Para que una lesión sea considerada como

fístula, es preciso que la comunicación anormal establecida entre unos órganos y otros sea persistente; así, pues, prescindiremos de las lesiones recientes que en curso de una colpotomía u otras operaciones vaginales se producen, cuya restauración se hace en el mismo acto operatorio, o que espontáneamente se cierran por el proceso general de cicatrización.

Hemos dicho ya que, por lo general, las fístulas de origen obstétrico asientan en la parte baja o media de la vagina, en tanto que las consecutivas a procesos ginecológicos o a intervenciones que por ellos se realizan, ocupan la parte alta del órgano. El diámetro de la fístula varía mucho en unos casos de otros, pero sea cual fuere su tamaño, los bordes se presentan callosos, duros y muy a menudo rodeados de tejido o bridas cicatriciales que forman sus contornos.

En las fístulas altas consecutivas a colpotomías, la abertura se halla por lo general en el fondo de saco vaginal posterior, y puede la vagina formar una especie de embudo, en cuyo fondo se encuentra el orificio fistuloso.

La salida de excrementos por la abertura de la fístula, mantiene alrededor de su orificio un estado de inflamación que se acompaña frecuentemente de erosión de la mucosa.

SINTOMATOLOGÍA.—La incontinencia de materias fecales es el signo más importante en las fístulas recto-vaginales. Cuando la comunicación recto-vaginal es muy extensa, las materias excrementicias salen todas ellas por la vagina, y de ésta a la vulva. En los casos de fístulas de pequeño diámetro no salen por el agujero fistuloso más que los gases.

Cuando la enferma tiene diarrea, la salida de materias fecales es continua y la enferma se halla constantemente sucia, produciéndola un estado de depresión de ánimo considerable.

El contacto de los excrementos con vagina y vulva determina un estado irritativo de las partes, que molesta extraordinariamente a la enferma. La involuntaria salida de gases, aun en las fístulas de muy pequeño diámetro, imposibilita a las enfermas la vida de sociedad.

En las fístulas consecutivas a las colpotomías se producen frecuentemente intermitencias en la salida de excrementos y aun de gases intestinales; después de unos días en que parece que la abertura fistulosa se ha ocluido, reaparece la incontinencia de gases y materias fecales; las bridas cicatriciales que contornean el orificio fistuloso obran a modo de válvulas, y a ellas son debidas estas variaciones.

La exploración realizada por medio del tacto vaginal o vagino-rectal es casi siempre suficiente, no sólo para diagnosticar la existencia de la fístula, sino sus caracteres especiales, tamaño, flexibilidad de sus bordes, condiciones del tejido cicatricial que le rodea, etc. En casos de orificio fistuloso muy

pequeño puede ser de utilidad el pasar una sonda o estilete por el mismo. La exploración con el espéculum se hace colocando a la enferma, bien en posición dorso-sacra o, lo que es mejor, en posición lateral de Sims, y por medio de una valva vaginal, si la fístula es baja, o con un juego de dos valvas, si es alta, se pone a la vista el punto de comunicación recto-vaginal.

PRONÓSTICO.—Las comunicaciones anormales entre recto y vagina que se producen en el acto de una operación, principalmente en la colpótomía posterior, curan muy a menudo de modo espontáneo; pero a ellas les falta el carácter



Fig. 199. —Fistula recto-vaginal con el contorno refrescoado ampliamente.

de permanencia para ser consideradas como fístulas, y, por lo tanto, deben ser excluidas de este capítulo. Las comunicaciones permanentes entre recto y vagina, es decir, las verdaderas fístulas de esta clase no curan de modo espontáneo; cuando los bordes del trayecto fistuloso se han cicatrizado y recubierto de tejido conjuntivo o epitelial, la curación espontánea no puede verificarse; es cierto que en algunos casos de fístulas muy pequeñas resultantes de colpótomías, la retracción cicatricial llegase casi a ocluir el orificio pero siempre resta un punto por el que la comunicación queda permanente y por el que, en circunstancias especiales, los gases en un momento dado salen por él.

TRATAMIENTO.—Las fístulas altas, pequeñas, rodeadas de tejido de cicatriz pueden ser tratadas por la cauterización de sus bordes, hecha con el

galvano o termocauterio y también con sustancias cáusticas, para que al desprenderse la escara el tejido de granulación que se forme pueda, ya directamente, ya por efecto de la retracción cicatricial, conducir a la oclusión de la comunicación anormal entre recto y vagina.

En las fístulas muy bajas, las que ocupan el tercio inferior de la vagina, si son pequeñas, puede intentarse el refrescamiento amplio de los bordes en toda la extensión que alcance la callosidad de los mismos y aplicar los puntos de sutura de modo análogo a como se hace para la curación de la fístula vésico-vaginal por el proceder de Sims.



Fig. 200.—La fístula del grabado anterior una vez suturada la superficie cruenta.

En estos mismos casos, y aun en aquellos que alcanzan el tercio medio de la vagina, puede utilizarse un procedimiento de desdoblamiento, haciendo una disección aislada de la mucosa vaginal y de las estructuras que constituyen el recto; puesto al descubierto el orificio fistuloso, en el punto correspondiente a éste se practica una sutura en forma de bolsa y se recubre nuevamente la superficie cruenta del recto con un colgajo de la mucosa vaginal, procurando que no coincidan los orificios suturados de recto y mucosa vaginal.

En las fístulas altas es muy difícil por vía vaginal realizar la oclusión; en estos casos puede utilizarse la vía rectal; colocada la mujer en posición de Sims o en la genu-pectoral, se introduce un espéculum de Sims u otro análogo de una sola valva en el recto y se pone al descubierto la mucosa rectal en una extensión suficiente para poder hacer una incisión alrededor de todo el orificio

fistuloso y aun escindir una porción de la mucosa vecina; se pasan los puntos de sutura de modo que, circunscribiendo un pequeño espacio del borde de la fistula, se haga salir el extremo de la seda por la vagina, para de este modo, al anudar los extremos, disminuir el contorno fistuloso, y repetido esto con todos los hilos colocados, se aproximan de tal modo que quedan en contacto todas las superficies cruentas. Es muy conveniente que se interponga colgajo alguno de mucosa entre las superficies desnudas, pues ello sería suficiente para que la oclusión no se verificara de modo completo.

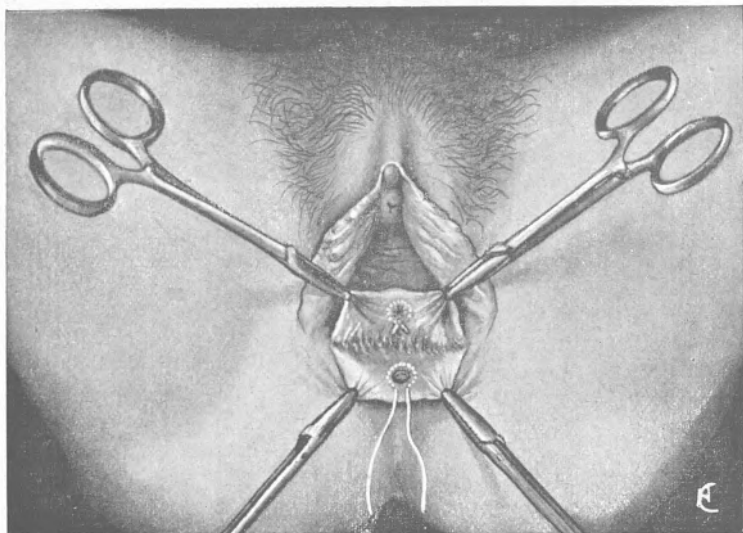


Fig. 201.
Procedimiento de desdoblamiento para la operación de la fistula recto-vaginal.

En los casos de extensa fistula situada en la parte baja de la vagina, y así son muchas de las que sobrevienen a causa de un parto distócico, el procedimiento que juzgamos preferible es el de destruir el puente que cicatrizó y dejar las cosas en el mismo estado en que se hallaban cuando se produjo el desgarro de periné. Una vez realizado esto, se aplican los puntos de sutura del mismo modo que se hace en los casos de rasgadura completa de periné, previo el desdoblamiento del trozo de tabique recto-vaginal que no quedó seccionado. En las figuras 202 y 203, que representan dos tiempos distintos de una operación realizada para un caso de comunicación congénita de vagina y recto, se ve cómo con la disección aislada de la parte correspondiente de la mucosa que pertenece a la vagina, se puede reconstruir el periné y cerrar la comunicación anormal.

FÍSTULAS ENTERO-VAGINALES

Señálanse con este nombre las comunicaciones anormales del intestino con la vagina, exclusión hecha del recto.

ETIOLOGÍA.—En el curso de diversas operaciones practicadas por vía vaginal puede herirse alguna asa del intestino delgado y dar ello lugar a la

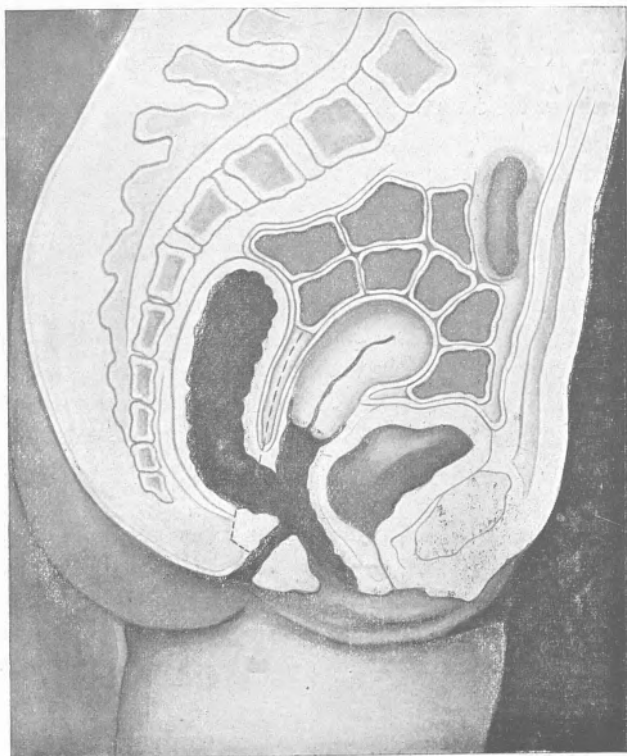


Fig. 202.—Comunicación anormal congénita entre vejiga y recto.

formación de una fístula entérica; la colocación de tubos de desagüe rígidos, así como el empleo de gasas, que sin esperar que se verifique la exudación que tiende a separarlas del intestino son separadas bruscamente a los pocos días de la operación, son causa de heridas intestinales que, cicatrizando mal, quedan convertidas en fístulas entero-vaginales.

La ruptura del cuello del útero en el momento del parto, corriéndose al fondo de Douglas, puede dar lugar a que una asa intestinal penetre por la

abertura del útero, se adhiera a ella y por efecto de la compresión de aquél al retraerse produzca un esfacelo de dicha asa, que más tarde da lugar a la formación de una fístula entérica; cuando es toda un asa intestinal la que se introduce en la abertura de la ruptura uterina, puede formarse un verdadero ano vaginal, por el que todas las materias fecales salgan al exterior.

Es posible también, aunque la cosa sea poco frecuente, que una colección hemática, procedente de un embarazo extrauterino o un quiste ovárico, se infecten y se abran al mismo tiempo en la cavidad de la vagina y en el interior de un intestino y que se constituya por este mecanismo una fístula entero-vaginal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las fístulas que sobrevienen por incluirse una asa de intestino entre los bordes de una ruptura de útero pueden presentar las mismas variedades que ofrecen los anos abdomino intestinales; cuando es toda el asa la que se ha introducido en el interior de la herida del útero, forma el acodamiento de aquélla un espolón que alcanza algunas veces toda la luz del intestino y sirve de válvula completa, que impide el paso de las materias fecales al tramo inferior del intestino; cuando el espolón no cierra por completo la luz del intestino, parte de las materias fecales pasan por la fístula y otra cantidad más o menos grande sigue su curso normal; en algunas ocasiones la fístula tiene un orificio tan pequeño y se halla tan profundamente situada en el fondo posterior de la vagina, que no hay medio de reconocer su presencia, y sólo detenidas investigaciones realizadas con un estilete permiten diagnosticarle.

En oposición a esto, se presentan fístulas entero-vaginales de diámetro tan considerable que permiten fácilmente el paso del dedo.

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO.—La salida de materias fecales por la vagina así como la de gases intestinales, bastan para establecer el diagnóstico de una fístula entero-vaginal, una vez excluida la existencia de la variedad recto-vaginal.

Los síntomas que proporciona la exploración se deducen de los caracteres anatómo-patológicos que acabamos de exponer: su diámetro, situación, caracteres de bordes, dirección, etc., son por lo general, fácilmente apreciables. Lo que interesa grandemente es el diagnóstico del tramo de intestino que forma la fístula; esto se aprecia principalmente por el carácter que tengan las materias fecales que salen por la vagina; por regla general, cuanto más cerca del intestino grueso se halla el orificio fistuloso tanto más espesa es la materia fecal que sale por él; en casos de duda, puede hacerse un lavado intestinal con algún líquido coloreado para ver si pertenece la lesión intestinal al colon o no; en caso que la irrigación alta intestinal dé lugar a la salida del líquido, debemos aceptar que la situación de la abertura intestinal se halla en el intestino grueso.

TRATAMIENTO.—No se puede contar más que de modo del todo excepcional con la curación espontánea de una fístula entérica, en los casos de abertura sumamente pequeña, la cauterización actual o potencial puede llevar a la oclusión del orificio fistuloso por unión secundaria o por la acción retráctil de las cicatrices que se forman.

Parra cerar por medios operatorios las fístulas entero-vaginales, es preciso

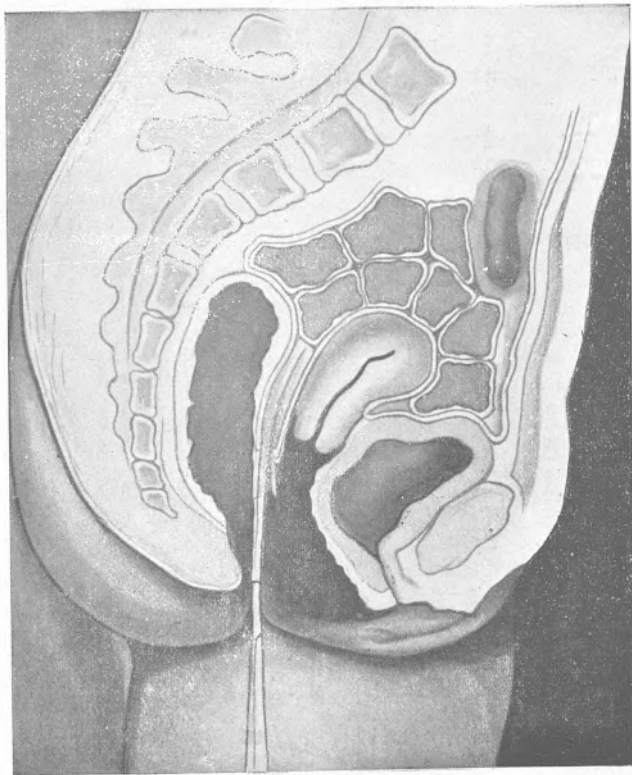


Fig. 203. —Desdoblamiento del trozo de tabique recto-vaginal con el que se reconstituyen las dos cavidades de modo aislado.

refrescar ampliamente los bordes en una extensión grande y aplicar luego los puntos de sutura de modo que las superficies cruentas se pongan en contacto de modo exacto; tanto el avivamiento como la colocación de los puntos de sutura, es cosa difícil y en muchas ocasiones imposible de realizar por la altura en que se halla el orificio fistuloso; hemos tenido casos en los que ni aun con incisiones liberatrices hemos logrado exponer la fístula de modo que el refrescamiento de sus bordes fuese posible.

Para estos casos, la única vía operatoria que se puede seguir es la

abdominal; por laparotomía media se llega al asa intestinal que está adherida a la vagina y entonces pueden seguirse dos técnicas, que aun siendo distintas, conducen al mismo objeto. Se puede despegar el asa adherida cuidando de colocar dos pinzas oclusoras para evitar que el contenido intestinal pueda verterse en la cavidad de la serosa peritoneal, haciendo luego una sutura cuidadosa seroserosa del orificio intestinal. Otro procedimiento que da más garantías de curación porque evita con seguridad la caída de substancia fecal en la cavidad del peritoneo, es la de dejar en su sitio el asa entérica adherida a la vagina, haciendo la exclusión de aquel trozo de intestino y practicando una anastomosis lateral para unir los extremos que quedaron libres al seccionar el asa adherida. Este método es más entretenido, pero como quiera que se puede maniobrar a bastante distancia del punto adherido y el reseca 30 centímetros de intestino no produce mayor gravedad ni dificultad que la extirpación de 10, las seguridades de obrar asépticamente son mucho mayores y por tanto lo son también las probabilidades de curación sin accidentes.

VICIOS DE CONFORMACIÓN DE LA VAGINA

Las detenciones en el desarrollo normal de la vagina son las causas de la mayor parte de deformidades que este órgano presenta. A las veinte semanas de vida intra-uterina el embrión presenta un desarrollo de los genitales tan avanzado, que es preciso atribuir a las semanas precedentes las anomalías de desarrollo de esta porción del aparato genital.

Los conductos de Müller, en su porción inferior, son los que fusionándose en la línea media forman la vagina; las causas íntimas de las detenciones de desarrollo no las copocemos; pero aparte de los casos en que pudiera atribuirse el proceso a regresiones ancestrales atávicas, parece influir en su aparición las alteraciones físicas y psíquicas que puede experimentar el organismo femenino en las primeras semanas de la gestación. Los vicios de conformación más frecuentemente observados en esta porción del aparato genital son: imperforación de himen, ausencia total o parcial de vagina, atresias vaginales, vagina doble o tabicada.

IMPERFORACIÓN DE HIMEN

No existe acuerdo entre los embriólogos para asignar la procedencia del himen, pues algunos, como Blandin y Henle, creen que no es más que un repliegue del seno uro-genital al abocar a él la extremidad inferior de los conductos de Müller ya soldados; otros, como O. Schaeffer, le consideran formado primitivamente por dos laminillas: la superior de procedencia mulle-riana y la inferior procedente de la parte superior del seno uro-genital; Pozzi decía que su origen es ectodérmico en su totalidad, formado por dos mamelones o repliegues laterales, que avanzando hacia la línea media se reúnen más o menos completamente con otro repliegue anterior o uretral.

Sea cual quiera la procedencia del himen, lo cierto es que en algunas ocasiones el orificio u orificios del mismo no existen, y a consecuencia de esta imperforación sobrevienen en la pubertad trastornos de importancia por la retención del flujo menstrual, que no pudiendo encontrar salida se acumula en la vagina primeramente y más tarde en la cavidad de la matriz y aun de las trompas, dando lugar a las enfermedades conocidas con el nombre de hemato-colpos, hematometra y hematosalpinx.

Es del todo excepcional que la imperforación del himen se reconozca antes de la pubertad; pero en la literatura médica se hallan algunos casos descubiertos en impúberes, pero en todos ellos la existencia de algún proceso infectivo de origen autógeno ha sido la causa de fenómenos de retención que condujeron al reconocimiento.

Hematocolpos.

En la pubertad, la imperforación himeneal da lugar a la retención men-

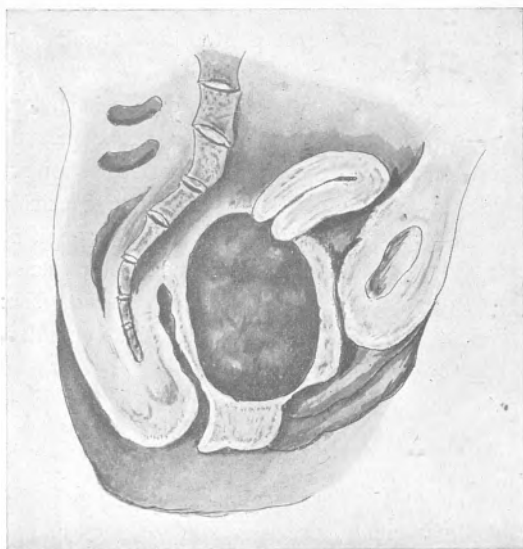


Fig. 204. - Hematocolpos por imperforación del himen.

trual, que se traduce por una distensión extraordinaria de la vagina, acompañada de los síntomas subjetivos propios de la existencia de la onda menstrual y de crisis dolorosas que alcanzan su máximo de intensidad a los dos o tres días, para ir decreciendo sucesivamente hasta dejar a la mujer en estado al parecer completamente bien.

Al examen físico se nota un abultamiento del himen que hace prominencia hacia fuera, muy parecido al que ofrecen todas las niñas en el acto del nacimiento; en algunas ocasiones la distensión himeneal

deja adivinar la colección líquida colocada detrás de ella; muy a menudo una coloración azulada, como equimótica, aclara completamente la causa del malestar.

Cada mes, en períodos regulares, se repiten las crisis dolorosas y las alteraciones debidas al molimen menstrual, aumentando por lo general de intensidad y duración. Los intermedios indoloros de los primeros meses van acortándose y llegan a desaparecer completamente y siente la enferma de modo constante una sensación de peso y malestar continuado.

En algunos casos, la colección de hematocolpos alcanza tal volumen, que puede ser apreciada por la palpación del hipogastrio; cuando al hematocolpos acompaña el hematometra o colección de sangre dentro de la matriz, la

tumoración hipogástrica es la regla; en algunas ocasiones, una vez repleta de sangre la cavidad de la matriz, refluye ésta a la cavidad de las trompas, y los tumores salpingianos, hematosalpinx, que se forman, pueden ser reconocidos por la palpación y tacto rectal, ocupando gran parte de las fosas ilíacas.

La imperforación de himen puede ser confundida con la atresia de la parte inferior de la vagina, tanto más cuanto que los síntomas de hematocolpos que produce y los trastornos que experimenta la mujer son exactamente los mismos. La ausencia de la parte inferior de la vagina y la falta de abertura de este órgano en el seno uro-genital se distinguen de la imperforación del himen en que aquélla se halla siempre en un punto más alto y que los rebordes de los pliegues del himen hacen ligero relieve en la región vestibular.

La unión de las ninfas puede llegar a producir asimismo un hematocolpos, pero es muy raro que la resistencia que ofrezcan a la distensión las ninfas adheridas sea tal que no se produzca en la primera o segunda menstruación la abertura espontánea de la vulva ocluida.

El tratamiento de la imperforación del himen es la incisión del abombamiento en la línea media, dejando que la sangre vaya fluyendo espontáneamente sin apresurar el vaciamiento; la posibilidad de que exista al mismo tiempo que un hematocolpos un hematometra y un hematosalpinx, debe hacernos prudentes en esta intervención; son muchos los casos en que la deplección rápida de un hematocolpos y hematometra ha determinado contracciones utero-anexiales que produjeron la ruptura de un hematosalpinx con graves complicaciones peritoneales.

En el capítulo correspondiente al hematometra nos ocuparemos de la conveniencia en algunos casos complicados de intervenir por vía abdominal.

La colección hemática del hematocolpos puede experimentar infecciones que la conviertan en purulenta, denominándose entonces piocolpos, cuyo tratamiento es el de las colecciones de pus pelvi-genitales.

AUSENCIA DE VAGINA

La vagina puede faltar completamente o sólo en su parte inferior; unas veces va acompañada la ausencia de vagina de falta también de útero y demás genitales internos y en otras ocasiones existe un desarrollo completamente regular de genitales externos e internos y sólo falta la vagina.

La ausencia de vulva coincidiendo con la de los genitales externos, se ha observado en muchas ocasiones en las que la vida del feto era imposible fuera del claustro materno.

En los casos de ausencia completa de vagina, el recto y la vejiga se hallan en íntimo contacto en toda extensión de la pared posterior de ésta; cuando la ausencia es parcial, puede remontar a altura diferente el contacto de ambos

órganos hasta que se interpone entre ellos el rudimento de vagina; en algunas ocasiones existen cordones fibrosos interpuestos entre recto y vagina, señal del rudimento de conducto mulleriano que no experimentó el debido desarrollo.

Al examen físico puede la ausencia total de vagina dar lugar a confusiones por estar muy desarrollado el seno uro-genital en su parte anterior o vestibular, que forma un fondo de saco que puede ser tomado como la parte inferior de la vagina; en ocasiones las tentativas de coito van empujando este fondo de saco y llega algunas veces a profundizar hasta 3 ó 4 centímetros; las tentativas de coito en un caso de esta naturaleza, pueden producir una dilatación considerable de la uretra; hemos tenido ocasión de ver un caso en que a pesar de realizarse el coito uretral con intromisión completa, no había incontinencia de orina.

En los casos de ausencia completa de vagina con desarrollo regular de los genitales internos se produce un hematometra, en tanto que cuando la ausencia no es total antes de acumularse la sangre en la cavidad del útero lo hace en el interior de la porción de vagina que existe, dando lugar a la formación de un hematocolpos.

En algunas ocasiones en lugar de vagina se encuentran dos cordones duros, fibrosos, rudimentos de los cordones de Müller antes de haber experimentado la fusión de sus elementos que los convierte en conductos.

Lo importante en un caso de ausencia de vagina es diagnosticar si existen o no genitales internos, ya que su ausencia completa no produce perturbación funcional si se exceptúa la que se refiere al acto material del coito, y esto podrá constituir una deformidad, pero no requiere intervención de ninguna especie, pues consideramos que no debiendo servir más que para la realización del coito no vale la pena de hacer una vagina artificial, y tal vez no se esté en conciencia autorizado a exponer a la enferma, a los riesgos de una operación que tiene relativa gravedad.

TRATAMIENTO.—En los casos que existan genitales internos es preciso recurrir a la operación quirúrgica para corregir los trastornos que la retención de sangre menstrual puede producir y, si es posible establecer una regular continuidad de órganos sexuales internos con los externos, se alcanzará el desideratum terapéutico.

Para hacer una vagina artificial, lo primero que se requiere es separar por medio de una cuidadosa disección el recto de la vejiga, valiéndose de una incisión transversal entre ambos órganos y por medio de una disección, que puede ir guiada por un dedo introducido en el recto y una sonda en la vejiga, alcanzar hasta 7 u 8 centímetros de profundidad, en cuyo punto se encuentra el orificio de la matriz; una vez alcanzada ésta, es conveniente revestir las superficies cruentas con una capa de epitelio para evitar que la retracción cicatricial vuelva a cerrar por completo el conducto nuevamente formado. Para lograr

revestir la superficie interna de la nueva vagina de una capa de epitelio, se pueden hacer injertos en el fondo de la misma o, lo que es mejor, practicar un deslizamiento de uno o dos colgajos cutáneos o bien partir los labios menores, dejándoles adheridos a la vulva y sujetándolos al fondo de la cavidad nuevamente formada, para que de ellos nazca el revestimiento epitélico, que ha de impedir la retracción cicatricial que ocluiría nuevamente la vagina.

Las tentativas para la formación de una vagina artificial fueron hechas ya por Amusat, siguiéndole en este camino Le Fort, Polaillon y gran número de ginecólogos de los diversos países.

La cutificación de la nueva vagina se realiza muy difícilmente, a pesar de los diversos medios arriba mencionados, por cuyo motivo Doyen, y después de él gran número de ginecólogos, han empleado para formar una vagina artificial un trozo de intestino, que se le excluye de la continuidad del tubo digestivo, logrando que quede una vagina amplia y flexible perfectamente utilizable para el coito.

La gravedad de este acto operatorio es grande, y no creo, como hemos dicho anteriormente, que se esté autorizado en conciencia a practicar una operación de tanta gravedad sin tener la seguridad absoluta de que los genitales internos no sólo existen, sino que tienen un desarrollo suficiente para que en caso de efectuarse la unión de la nueva vagina con el útero, la gestación pueda ser posible.

El sólo enunciado de esta intervención supone ya un considerable peligro, que sólo puede tener justificación de correrle cuando el deseo de concebir y la posibilidad de conseguirlo corren parejas.

VAGINA TABICADA

Es éste un vicio de conformación que se observa con relativa frecuencia; teniendo en cuenta el modo cómo se realiza la fusión de los dos conductos de Müller, se explica cómo en algunas ocasiones el tabicamiento de la vagina existe sólo en su parte inferior, pues la coalescencia sigue la dirección de arriba abajo. La falta de unión y coalescencia de los conductos de Müller en su porción vaginal va acompañada algunas veces de la tabicación del útero, y en este caso los extremos de las dos vaginas van a parar a los hocicos de tenca.

El desarrollo de las dos vaginas puede ser tan normal, que hemos tenido ocasión de ver enfermas que utilizaban ambas vaginas para el acto del coito, y en un caso la exploración realizada por dos alumnos situados a diferente lado de la enferma daba datos completamente distintos, que tuvieron su explicación al darse cuenta de que tactaban por distinta vagina.

Es posible que un conducto de Müller se desarrolle normalmente y aboque en el seno uro-genital, constituyendo una vagina al parecer normal, y

que el del otro lado no sólo no se fusione con el primero, sino que quede con desarrollo rudimentario, terminando en un fondo de saco situado al lado de la vagina bien desarrollada; si existe útero doble o tabicamiento del mismo, las secreciones del útero correspondientes a la vagina incompletamente desarrollada se acumularán en su cavidad, dando lugar a la formación de una colección quística de sangre (hematocolpos) o de pus (piocolpos) aun cuando no exista salida normal de sangre menstrual por el lado sano. La situación lateral del hemato o piocolpos, acompañados de una formación anormal de vagina, es suficiente para establecer el diagnóstico diferencial con otras colecciones quísticas de este órgano.

El tratamiento de estos vicios de conformación varía según las condiciones de la enferma; la existencia de una vagina doble puede no ser obstáculo a la progresión del parto; pero si por cualquier circunstancia, el borde superior de la vagina tabicada sirve de brida que impide la progresión fetal, se hace precisa la incisión del tabique a todo lo largo de su extensión.

En los casos de coleccionarse sangre en una vagina rudimentaria (hematocolpos lateral), la indicación de tratamiento es la misma que en el hematocolpos medio, seccionando después el tabique de separación entre la vagina bien desarrollada y la rudimentaria.

ATRESIAS VAGINALES

Unas veces por causa congénita, y más frecuentemente por efecto de traumatismos importantes sufridos en el acto del parto, prodúcense atresias vaginales que inutilizan o dificultan el funcionalismo de este órgano.

En un nivel distinto de la vagina se encuentran en ocasiones bridas fibrosas que pueden ser obstáculo al coito y, en caso de sobrevenir una gestación, ocasionar verdaderas dificultades a la progresión del feto. Cuando estas bridas son de origen congénito, pueden ser consideradas como resultantes de un desarrollo anormal de los conductos de Müller que quedan en estado algo rudimentario en algún sector de la vagina.

Las bridas transversales de origen congénito han sido atribuidas por Geigel a la persistencia parcial de la soldadura que une en cierto momento de la vida embrionaria las paredes de la vagina.

Las estenosis y atresias adquiridas pueden tener caracteres variables, según la naturaleza y extensión del traumatismo productor; desde la brida transversal única, que apenas modifica la configuración de la cavidad de la vagina, hasta aquella en que ha desaparecido por completo ésta por soldarse en toda la extensión las paredes de este órgano, pudiéndose hallar todas las modalidades.

Cuando la atresia es completa puede producirse, lo mismo que en los

casos de ausencia de vagina, un hematometra, y un hematocolpos si queda la parte alta de la vagina formando cavidad; en los casos que quede una cavidad estrecha, pero que ponga en comunicación la vulva con el útero, puede sobrevenir un embarazo que ofrecerá, en el momento del parto, serias dificultades; en estos casos, que muy a menudo van complicados por fístulas del aparato urinario, puede resultar indicada la práctica de una cesárea, si no se verifica la dilatación necesaria para el paso del feto, sin esperar a que, como muchas veces ha sucedido, la dilación en tomar la indicación pueda ser causa de una ruptura del útero.

Las bridas congénitas y las que son efecto de traumatismos deben ser tratadas por la extirpación; puédese asimismo emplear la electrolisis con resultados positivos, empleando el polo negativo colocado en las cicatrices para lograr la formación de una cicatriz blanda.

ENFERMEDADES DE LA MATRIZ

METRITIS

Llámase *metritis* a la inflamación de la matriz.

Se dividen, según su curso, en *agudas* y *crónicas*; según su localización, en metritis del *cuerpo* y metritis del *cuello*; según la parte del órgano en que asienta, en *endometritis* o inflamación de la mucosa y *metritis parenquimatosas* o inflamación del parénquima y, por último, por su etiología y patogenia se han dividido en *microbianas* y *amicrobianas*.

Sin perjuicio de ocuparnos más adelante de las diferentes divisiones que acabamos de mencionar, vamos a establecer una diferenciación absoluta entre las metritis agudas y las metritis crónicas, por constituir dos entidades completamente distintas, no solamente por su etiología y evolución, sino por sus caracteres y por los fenómenos que las acompañan.

Metritis agudas.

La metritis aguda casi siempre es de origen puerperal y sólo excepcionalmente obedece a causas traumáticas. Al decir «origen puerperal» entendemos con este nombre el estado en que se hallan los genitales de la mujer desde el momento en que anida un óvulo fecundado hasta que, realizada después del parto o del aborto la involución del útero, queda éste, en el estado de reposo fisiológico.

Las modificaciones que experimenta la mucosa del útero por el hecho de la gestación, que conduce a la transformación en caduca y a la eliminación de la misma cuando la gestación ha terminado, colocan al órgano en unas condiciones de receptividad microbiana tal, que si por cualquier circunstancia agentes sépticos penetran en el interior del órgano, encuentran terreno abonadísimo para su desarrollo, determinando los fenómenos de inflamación que les son propios.

Después del desprendimiento ovular, sea en el curso de la gestación sea terminada ésta, quedan en la superficie interna de la matriz una cantidad considerable de vasos abiertos, senos que contienen mayor o menor cantidad de sangre, que se coagula y que es eliminada normalmente en forma de loquios.

Las condiciones favorables en que se encuentra la superficie interna del útero en el estado puerperal, producen la metritis aguda con caracteres diversos, según cual sea el agente productor de la misma.

ETIOLOGÍA.—La primera división que debe hacerse de las metritis agudas, según su patogenia, es la de metritis resultantes de la acción de agentes microbianos saprofiticos, y debidas a la acción de agentes comunes de infección.

En la metritis aguda por agentes saprofiticos, como quiera que éstos no penetran en la profundidad del órgano más que avanzando capa por capa, a medida que la destrucción gangrenosa de los tejidos permite su multiplicación, el útero se defiende, poniendo una barrera, no sólo de elementos leucocitarios, sino también de otros celulares del tejido conjuntivo, formando una verdadera valla que impide la progresión; cuando la cantidad de estos agentes es considerable, y por las condiciones de retención de los productos esfacelados llegan a avanzar en profundidad, puede todo el órgano convertirse en una masa pútrida. Es esto, sin embargo, del todo excepcional.

En las formas comunes de infección, es decir, en las producidas por el estreptococo, estafilococo, bacilo coli, etc., el proceso de inflamación no es tan intenso; pero, en cambio, a lo largo de los vasos linfáticos o de los venosos los agentes determinantes de la inflamación uterina, penetran en el interior del organismo, y con síntomas locales, tal vez de menor intensidad, prodúcense fenómenos muy graves, en el estado general, por aparecer focos de igual naturaleza infectiva en órganos muy distantes del foco uterino.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las infecciones por agentes comunes, y en especial las estreptocócicas, producen en la superficie interna del útero una especie de manchas blanquecinas, como constituídas por neomembranas, más o menos parecidas a las que se producen en la difteria. Estas neomembranas son imposibles de desprender, y las tentativas que en este sentido se realicen, producen como único resultado el establecimiento de nuevas puertas de entrada a la infección.

Las metritis agudas de origen traumático pueden presentar en su anatomía patológica caracteres análogos a los de las de origen puerperal, pero teniendo en cuenta las diferentes condiciones en que se halla el útero puerperal de aquellas en que se halla en estado de vacuidad, compréndese perfectamente, no sólo la menor intensidad de los síntomas en un caso de otro, sino también la más difícil producción de propagaciones del proceso flogístico uterino.

En uno y otro caso, las inflamaciones agudas, fuera del estado puerperal, se acompañan siempre de estados perimetriticos graves que prontamente dominan la escena, mientras que en el estado puerperal puede hallarse durante

algún tiempo localizada la infección exclusivamente en el útero, produciendo fenómenos reaccionales locales y generales de gran importancia.

La penetración de gérmenes capaces de determinar la metritis aguda obedece, por lo general, a faltas de técnica en la asistencia a partos o a abortos, pero no puede negarse la posibilidad de una auto-infección o de la propagación de una infección gonocócica al interior de la cavidad del útero, determinando el proceso agudo de la metritis. Es este, sin embargo, un hecho

excepcional que debe tenerse presente, pero al que no se le puede atribuir más que una rara posibilidad.

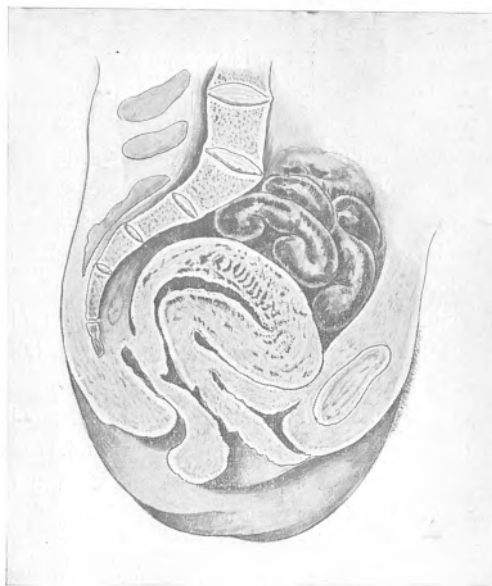


Fig. 205.

Metritis aguda puerperal con anteflexión exagerada.

SINTOMATOLOGÍA.—En la metritis aguda existen fenómenos locales y fenómenos generales, dominando muy frecuentemente éstos a los primeros.

La característica de la evolución normal del puerperio es la aparición de los loquios que, formados en un principio casi exclusivamente por sangre, van tomando luego caracteres menos sanguinolentos, hasta convertirse en mucosos. El primer fenómeno de la metritis aguda es el de la supresión de los loquios y el de modificar profundamente sus caracteres.

Al comenzar el estado de agudeza de la inflamación endometríca, es muy común que se produzcan por este hecho, bien una hipersecreción serosa muy abundante, bien una supresión casi absoluta de los loquios. La supresión obedece, en muchísimos casos, a un estado de flexión del cuerpo sobre el cuello del útero.

La lucha que se establece entre el tejido sano y los agentes microbianos, da lugar que gran número de elementos formes, acompañen a la exudación inflamatoria, y los loquios, que en un principio eran completamente serosos, conviértense más tarde en purulentos.

El olor varía asimismo: en las infecciones saprofíticas y en las colibacilares la fetidez es acentuadísima, olor de materias putrefactas. En cambio, en las infecciones estreptocócicas, estafilocócicas, etc., puede no existir fetidez y, en cambio, percibirse un olor ácido, característico de estas infecciones.

Como quiera que muy frecuentemente a la infección por agentes comunes se agrega la de agentes saprofiticos, por putrefacción de los loquios o de la sangre retenida, no es infrecuente hallar distintas modalidades en los caracteres físicos de los loquios.

Al reconocimiento encuéntrase en la metritis aguda un aumento de volumen del útero, aumento de volumen debido no solamente al hecho de la inflamación en sí, sino a la detención del proceso involutivo normal, de manera que a los cuatro, cinco o seis días del parto la mujer se halla con un útero en las mismas condiciones de volumen que al día siguiente de haber parido.

La presión del órgano es dolorosa, y al reconocimiento por el tacto se encuentra la matriz blanda, con un cuello entreabierto, por el que fácilmente penetra el dedo en el interior de la cavidad del útero. En las formas traumáticas de inflamación, estos fenómenos, si bien existen, tienen siempre una intensidad mucho menor.

Los fenómenos generales que acompañan a las metritis agudas pueden variar considerablemente en intensidad, según sea de naturaleza saprofítica, estreptocócica o estafilocócica. En las formas saprofíticas hay fiebre persistente que ha venido precedida de un escalofrío más o menos intenso, pero que presenta pocas oscilaciones. El pulso es frecuente, la temperatura remonta hasta 40°; preséntanse muy frecuentemente síntomas a distancia, resultantes de la misma toxemia que se va realizando. En las formas debidas a agentes comunes de infección varía la sintomatología, según tome una parte más o menos directa en la propagación del proceso metrítrico el elemento linfático o el venoso. Por lo general, los fríos se suceden con intervalos muy irregulares, tomando el sistema nervioso una parte activa en el proceso.

COMPLICACIONES.—Las complicaciones que aparecen en el curso de la metritis aguda son todas las que constituyen el cuadro de la patología puerperal: la flebitis, perimetritis, parametritis, perímetro-anexitis, flemón del ligamento ancho, etc.; todas ellas pueden sobrevenir a consecuencia de un proceso infectivo agudo del útero, que se propaga, ya por continuidad de tejido, ya por vía endovenosa o endolinfática.

PRONÓSTICO.—El pronóstico en las metritis agudas depende del estado del órgano en sí y de las complicaciones que puedan aparecer. En conjunto, debe ser reputada siempre una metritis aguda como un proceso de gravedad, no sólo por los fenómenos locales, sino por la facilidad con que se producen fenómenos a distancia, que forman, como hemos dicho, el proceso total de la patología del puerperio.

La gravedad de los estados metrítricos agudos depende principalmente del agotamiento de las defensas orgánicas que tiene la mujer en el estado puerperal;

el organismo de la mujer ha puesto en movimiento todas sus reservas defensivas contra las albúminas heterógenas, que de continuo durante el embarazo han penetrado en el torrente circulatorio, procedentes del organismo fetal y de la zona placentaria, actuando como antígenos, y por lo tanto, cuando por efecto del estado metrítrico agudo ingresan en la sangre nuevos elementos, de procedencia microbiana, que actúan también como antígenos, no existen defensas suficientes para contrarrestarlos y sobrevienen graves trastornos, que pueden llegar a producir la muerte de la enferma.

TRATAMIENTO.—Lo que hemos dicho de la dificultad que existe para extraer las capas blanquecinas que cubren la cara interna de la matriz en el caso de inflamación aguda de naturaleza estrepto o estafilocócica, nos indica la contraindicación absoluta que para el tratamiento de estos procesos tiene la legración uterina. Verificar el raspado de la matriz en un caso de metritis aguda de naturaleza estreptocócica o estafilocócica, es abrir nuevas puertas a la infección y favorecer la aparición de focos a distancia, del proceso infeccioso, que pueden ser de fatales consecuencias para la enferma.

Insistimos en la contraindicación de la legración uterina, por ser ésta operación que se ha realizado muchas veces, hace algunos años, en esta clase de procesos. Hoy los conocimientos bacteriológicos proscriben en absoluto el empleo de un procedimiento que, si en algún caso pudiera llegar a producir algún beneficio, son tantos los perjuicios que comúnmente proporciona, que debe ser rechazado en absoluto.

Otra cosa diremos de las endometritis de naturaleza saprofítica. En éstas, cuando existen sustancias muertas dentro del útero, sean coágulos, sea placenta, sean membranas, cuando estas sustancias están pudriéndose en el interior del útero, la limpieza con una cucharilla roma, el vaciado de la cavidad, el desagüe permanente por medio de un tubo de goma o de cristal, significa la curación rápida de un proceso que de otra manera pudiera terminar fatalmente.

Esta diferencia en el tratamiento entre las metritis agudas saprofíticas y las producidas por agentes comunes de infección, debe tenerse siempre presente cuando se trate de la indicación terapéutica.

En todos los casos de metritis aguda, el tratamiento de elección es el tratamiento por el frío. La vejiga de hielo colocada en el hipogastrio, de modo persistente, actúa de la doble manera con que actúan siempre las bajas temperaturas; por un lado, determinando una isquemia, y en segundo término, colocando a los agentes microbianos en malas condiciones de multiplicación, pues sabido es que por debajo de 34°, todos los agentes microbianos se desarrollan con dificultad.

No nos cansaremos de insistir en la conveniencia del tratamiento de la

metritis aguda por el hielo, ya que es, en nuestro sentir, el único tratamiento que siendo completamente inocuo reporta positivos beneficios.

Como coadyuvante del tratamiento por el hielo, podemos utilizar asimismo las irrigaciones vaginales, y sólo en contados casos, cuando existe la seguridad de retención de productos dentro de la cavidad uterina, las irrigaciones intra-uterinas a poca presión y a la temperatura del cuerpo, con sustancias ligeramente antisépticas, pueden estar indicadas.

Los toques intra-uterinos con tintura de yodo, con glicerina creosotada y las inyecciones de aceite yodofórmico, pueden ser coadyuvantes del tratamiento con el frío, siempre y cuando en la técnica de estas aplicaciones se evite en absoluto todo lo que pueda significar un traumatismo, que abriendo nuevas puertas de entrada a los elementos infectivos que en el útero existen, pueden ser llevados a distancia de los órganos genitales.

Dimitri d'Ott, valiéndose de las valvas con las que practica la metroscopea, ha extendido a los casos de metritis aguda las indicaciones de las curas directas de los puntos enfermos; colocada la enferma en posición dorso-sacra, introduce dentro del útero sus valvas provistas de la lámpara eléctrica de pequeño voltaje, y reconociendo la zona placentaria, practica toques directamente sobre las superficies recubiertas por el exudado inflamatorio con soluciones cáusticas enérgicas; la permeabilidad que ofrece el cuello del útero puerperal permite la fácil colocación de las valvas y la iluminación directa de la cavidad de la matriz.

Fabre, de Lyon, utilizaba con preferencia los toques con esencia de trementina, valiéndose de las valvas corrientes de cura; creemos que con las de Dimitri d'Ott pueden evitarse los graves inconvenientes que tiene la inyección en masa del aceite de trementina.

Metritis crónica.

Si bien en algunas ocasiones la *metritis crónica* es resultado de un proceso agudo preesistente, con mucha frecuencia comienza la enfermedad por un estado subagudo, o revistiendo los caracteres de cronicidad desde el primer momento.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.—Las causas son de naturaleza microbiana o amicrobiana.

Todos los agentes comunes de infección que desde la vagina remontan ala cavidad del útero, pueden ser causa de la inflamación crónica de este órgano, pero los agentes que más comúnmente la producen son el *gonococo* y el *estreptococo*.

La propagación de la inflamación vaginal por vía endo-cavitaria, obsérvase

muy a menudo en los procesos gonocócicos. Puede aparecer asimismo la inflamación por reconocimientos practicados sin las debidas condiciones de asepsia en el instrumental, o por introducir, empujados por un instrumento, los gérmenes de la vagina al interior de la cavidad del útero.

En las inflamaciones de origen puerperal, tanto en las producidas por agentes comunes de infección como en las que resultan de la acción de agentes anaerobios, es frecuente observar que después de un tiempo de agudeza queden persistentes bajo el estado de cronicidad.

Entre las causas microbianas, ocupan lugar preferente las que son resultado de congestiones crónicas determinadas por excesos en el coito y por anomalías en la realización de esta función. El onanismo y las prácticas anti-concepcionales, conducen muy frecuentemente a estados de inflamación crónica de la matriz, cuya etiología es, por lo menos en sus comienzos, completamente amicrobiana.

Aparecen también metritis crónicas debidas a *perturbaciones de la nutrición*, cuales son el *artritisismo*, la *diabetes* y las alteraciones neurotróficas de los ovarios.

Un lugar secundario en la etiología de estas inflamaciones debe reservarse a las causas puramente *mecánicas* y a las *químicas*, si bien las de origen diatésico deben, en su esencia, ser colocadas en esa última categoría.

Como causas predisponentes de las inflamaciones de la matriz, debemos colocar en primer término las anomalías, ya naturales, ya accidentales, del órgano que permitan el fácil acceso de los agentes microbianos. El descenso del útero, los desgarros del periné, y en general todas las lesiones de la vulva y de vagina que permitan el fácil acceso al cuello uterino, predisponen a las inflamaciones de este órgano.

Las congestiones resultantes de la dificultad en la salida de la sangre menstrual, por el hecho de estenosis o flexiones del órgano, son causa de algunas de las metritis crónicas que se observan en la adolescencia y en jóvenes que conservan todos los atributos de virginidad.

Los enfriamientos durante el período menstrual, las supresiones bruscas de esta función a consecuencia de emociones, etc., pueden ser determinantes de estados congestivos precursores de la metritis crónica.

Asimismo se observan en las proximidades de la menopausia, aparición de inflamaciones crónicas del útero que no pueden ser atribuidas más que a la repetición de estados congestivos que no sufren la deplección consiguiente a la salida regular de la sangre.

Los traumatismos que se producen en el cuello del útero en el acto del parto, son causa de cicatrizaciones viciosas que dejan el orificio de la matriz abierto en exceso, facilitándose por ello el acceso de los agentes microbianos,

que normalmente existen en la vagina, y, por tanto, deben ser considerados como causa predisponente de las inflamaciones del útero.

La subinvolución uterina es muchas veces consecuencia de la inflamación de este órgano; pero en otras ocasiones debe ser considerada como causa de ellas, ya por obedecer a falta de eliminación completa de la caduca o restos placentarios, ya por obedecer a una etiología de orden general. La retención de productos ovulares subsiguiente al aborto o al parto es una causa frecuente de alteraciones congestivas del órgano, que preparan la entrada de agentes microbianos causantes de la inflamación crónica de la matriz.

Las inflamaciones tubáricas pueden, excepcionalmente, ser causa de inflamaciones del útero por vía descendente; pero esto, aun cuando posible, resulta, como decimos, excepcional, y lo más frecuente es que la inflamación del útero sea el punto de origen de la inflamación tubárica; en algunos casos, cual en las salpingitis tuberculosas, no puede ponerse en duda el origen descendente de la infección.

Muy frecuentemente, los procesos de inflamación crónica de la matriz obedecen a procesos etiológicos múltiples. A las causas predisponentes relacionadas con la menstruación, coito y parturición, agréganse causas de origen microbiano, y en algunas ocasiones los procesos que en un principio fueron microbianos se convierten, por la conjunción del proceso etiológico, en enfermedades uterinas en que los gérmenes tienen una acción principalísima en su sostenimiento.

Laceración del cuello.

Emmet, el año 1869, presentó una comunicación a la Sociedad Médica de New-York sobre lo que denominaba *laceración del cuello*, a la cual atribuía una importancia considerable como causante de las metritis y de los síntomas reflejos que acompañan frecuentemente a éstas.

El trabajo de Emmet tuvo una boga tan enorme que al desgarro, o laceración del cuello, se atribuían toda clase de las manifestaciones genitales, que en realidad corresponden a las para y perimetritis y procesos salpingianos subsiguientes a las inflamaciones de la matriz.

En Europa asociáronse a la opinión de Emmet, Olshausen, Kaltenbach y gran número de ginecólogos, dándole algunos, como Bretzky, una importancia considerable como causa predisponente del carcinoma cervical.

Fueron innumerables las operaciones que en la primera época del furor operatorio ginecológico se hicieron para curar las laceraciones cervicales, y, sin negar la influencia etiológica que en algunos procesos crónicos de inflamación del útero puede tener esta lesión, creemos que la mayor parte de trastornos que a la misma se atribuyen, más que de la misma laceración cervical dependen de infecciones periuterinas y anexiales.

No puede negarse el papel predisponente que tiene la laceración en las inflamaciones crónicas de la matriz, como tampoco nos atreveríamos a negar que ciertas invasiones y englobamientos de filetes nerviosos en las masas cicatriciales, no puedan ser motivo de neuralgias y fenómenos reflejos de variable intensidad, pero en la actualidad, la mayoría de los ginecólogos, siguiendo las opiniones expuestas ya en 1887 por Nogherat, atribuyen al desgarrar del cuello un papel muy secundario y accidental en los trastornos de inflamación crónica de la matriz.

Es muy dudoso que las fiebres exantemáticas y las infecciones generales produzcan afecciones uterinas de carácter crónico. Sólo podemos aceptar en ellas el papel predisponente por la debilitación general que producen en el organismo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—En el estudio de las lesiones de la inflamación crónica del útero deben ser estudiadas por separado las correspondientes al cuerpo del órgano y las que pertenecen a la región cervical.

Ha sido motivo de grandes discusiones entre los ginecólogos, el problema de la independencia de las lesiones cervicales y corporales. Si tenemos en cuenta las condiciones anatómicas distintas que tienen el cuerpo y el cuello del útero, en relación también con la diversidad de función que posee la región cervical de la región corporal, tanto en los fenómenos de la parturición como en los de la menstruación, no sorprende que desde el punto de vista patológico, esta diversidad persista en muchas ocasiones.

Los procesos de inflamación limitados al cuello, obsérvanse muy frecuentemente. No de igual manera se puede demostrar la existencia de inflamaciones corporales sin que el cuello del órgano tome una parte más o menos importante en el proceso flogístico. Las inflamaciones del cuello del útero—*endocervicitis*—, pueden limitarse por completo a esta parte del órgano, produciéndose alteraciones que pueden tardar mucho tiempo en ascender a la mucosa del cuerpo, y aun llegar a su desaparición sin haberla invadido. Las endometritis corporales, por lo mismo que los productos de la inflamación deben pasar a lo largo de la cavidad cervical, ésta no puede escapar al proceso infectivo secundario, y en consecuencia, no puede admitirse la existencia de lesiones inflamatorias del cuerpo sin que exista al mismo tiempo un proceso análogo del cuello del útero.

Podría tal vez hacerse excepción de esta regla en los casos de inflamaciones uterinas de naturaleza amicrobiana, pero como quiera que en los casos de lesiones flogísticas en que los agentes microbianos no intervienen de modo primitivo, prodúcese de modo secundario infecciones por gérmenes que penetran accidentalmente en la cavidad del útero, la concepción teórica de metritis corporales sin cervicitis, no tiene una realidad clínica.

Las lesiones producidas por la inflamación en el cuello del útero, corres-

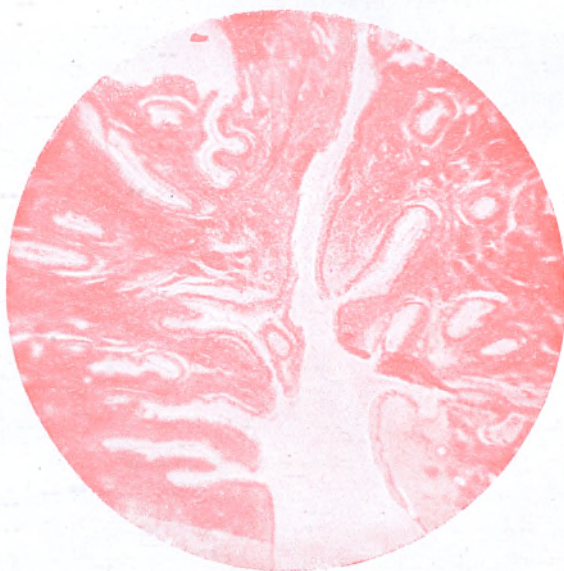


Fig. 206.—Sección transversal del cuello en un caso de endocervicitis

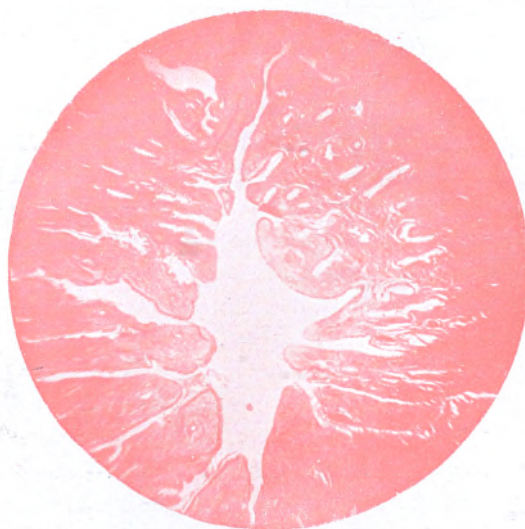


Fig. 207.—Hiperplasia conjuntiva en un caso de endometritis cervical.

ponden: unas, a la porción endo-cavitaria, o sea la parte que se extiende desde

el istmo hasta la abertura externa del hocico de tenca, y otras, interesan a la mucosa que reviste la porción vaginal de este órgano.

La mucosa endo-cervical, con el gran número de repliegues que forman el árbol de la vida, tanto en la pared anterior como en la pared posterior, representa una disposición anatómica muy favorable a la detención en aquellos de los agentes microbianos y de los productos de la inflamación de la mucosa. El epitelio caliciforme, de que está dotada la mucosa cervical, da un carácter especial al moco segregado por estas células. El aumento de volumen de las ramificaciones del árbol de la vida es causa en los casos de inflamación crónica de un engrosamiento persistente de la mucosa, en la que por descamaciones epiteliales llegan a producirse a veces fusión de unos repliegues con otros.

Estas mismas adherencias producen a veces oclusiones de los conductos excretores de las glándulas que en número tan considerable se hallan en esta porción del órgano, y dan lugar a la formación de pequeños quistes por retención, que son causa de pequeñas tumoraciones producidas por el acúmulo del moco segregado y que son conocidas con el nombre de «huevos de Nabot».

Alrededor de estas glándulas de conducto excretor ocluido, fórmase en el tejido conjuntivo un estado hiperplásico que hace aumentar la dureza de la región cervical.

El número de huevos de Nabot en algunas formas de endo-cervicitis es verdaderamente considerable, dando un aspecto alveolar al parénquima del órgano.

A los procesos endo-cervicales de carácter inflamatorio acompaña siempre una hiperfunción glandular y del epitelio caliciforme de la mucosa, que se traduce por la existencia dentro de la cavidad del cuello de una cantidad considerable de moco sumamente espeso, difícil de desprender, y que constituye, como veremos al ocuparnos del tratamiento, un verdadero obstáculo a la acción directa medicamentosa sobre las partes inflamadas, si no se tiene la precaución, con medios adecuados, de extraerlo, ya por aspiración, ya disolviéndolo con éter u otra sustancia análoga.

En la mucosa del hocico de tenca, la inflamación casi siempre comienza por los bordes del orificio externo del útero, en donde, al examen superficial, parece existir una pérdida de sustancia, que durante muchos años ha sido considerada como una verdadera úlcera de la matriz. Estudiadas histológicamente estas alteraciones del hocico de tenca no pueden ser consideradas como ulceraciones, sino como modificaciones del epitelio, ya que no existe pérdida de sustancia, que es el carácter fundamental de las úlceras.

Erosiones cervicales.

Conócese bajo el nombre de *erosiones* las modificaciones que experimenta el epitelio del hocico de tenca a partir del orificio externo del útero, alcanzando algunas veces toda la extensión del mismo.

Las erosiones se dividen en *simples*, *papilares* y *glandulares*. La *erosión simple* está constituida por una mancha de color rojo vivo, sin elevaciones ni depresiones, y parece como si fuese la continuación de la mucosa endo-cervical. En las formas *papilares* fórmanse verdaderas elevaciones, que constituyen como empalizadas, resultantes de la hiperplasia del tejido conjuntivo subepitelial, recubiertas en su totalidad por epitelio de forma cilíndrica, y en las formas *glandulares* hay gran número de invaginaciones de la mucosa, recubiertas de epitelio, constituyendo verdaderas glándulas tubulares en la superficie externa del hocico de tenca.

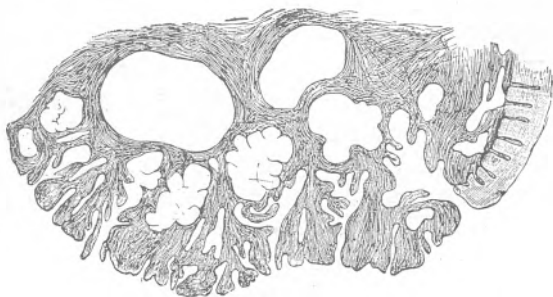


Fig. 208.—Erosión cervical de forma papilar.

Tanto en las formas papilares como en las formas glandulares, las modificaciones de los vasos son considerables. Producense neoformaciones vasculares, que se rompen con gran facilidad y ocasionan pequeñas pérdidas de sangre al menor contacto.

Las llamadas formas glandulares o foliculosas representan, casi siempre, un grado más avanzado de lesiones inflamatorias del cuello, en tanto que la erosión simple representa, por lo general, un proceso de menor intensidad y de menor duración.

Las erosiones del cuello acompañan, casi siempre, a las deformidades cervicales resultantes de los desgarros producidos en el acto del parto, y pueden ser punto de partida de formaciones neoplásicas de carácter maligno.

Estas modificaciones de la mucosa del hocico de tenca son consideradas como una vuelta al estado fetal, ya que en el acto de nacer, las niñas tienen el hocico de tenca cubierto por epitelio cilíndrico que va luego modificándose hasta tomar el carácter pavimentoso que se observa en la adolescencia.

Histológicamente consideradas, tanto la erosión simple como la papilar y la foliculosa o glandular, son transformaciones de epitelio y no pérdidas de substancias, y, por lo tanto, la palabra «úlcera del cuello», que durante muchos años

ha constituido la calificación diagnóstica de las lesiones uterinas, debe desaparecer para reservar solamente esta denominación a las pérdidas de sustancias producidas por agentes específicos, cuales son las que resultan de la acción del bacilo de Ducrey, las del espirochete pálido y también por las neoplasias destructivas del epitelio cervical.

ECTROPIÓN.—Algo parecido a estas lesiones erosivas, desde el punto de vista macroscópico, es lo que se ha denominado *ectropión* del cuello. En estos casos, la mucosa cervical, a consecuencia del proceso de inflamación, se prolapsa, desciende y aparece por el hocico de tenca, viéndose alrededor de su orificio una especie de collar completamente distinto del resto del hocico de tenca, y que no constituye más que la salida, fuera de la cavidad cervical, de una porción de mucosa evertida, que por lo mismo que se halla revestida de epitelio caliciforme, tiene los caracteres de coloración y aspecto que corresponden a la mucosa intracervical.

El ectropión ha sido confundido muy frecuentemente con las erosiones cervicales, y sin negar su existencia, debemos hacer constar, que la inmensa mayoría de las veces, el llamado prolapso de la mucosa cervical, no es más que una transformación del epitelio del hocico de tenca en forma de erosión simple. Son el ectropión y la erosión dos procesos completamente distintos, pero que al examen superficial pueden confundirse.

La concepción de Tyler-Smith y la de Rosser, al comparar el ectropión del útero con el ectropión de los párpados, está perfectamente comprobada. No así la gran frecuencia que a este proceso de descenso de la mucosa del cuello atribuyeron estos autores.

PÓLIPOS MUCOSOS.—Las oclusiones glandulares, acompañadas de hiperplasia de los tejidos que las rodean, determinan frecuentemente en las inflamaciones del hocico de tenca, la formación de los llamados *pólipos mucosos*, que en realidad, no son más que la transformación quística de glándulas cervicales, que al ser removidas hacia el exterior, se pediculizan, dándoles el aspecto de neoplasias, que se diferencian de las que son debidas a formaciones miomatosas en que se hallan constituidas por una cavidad que contiene un líquido viscoso, más o menos espeso, y que su volumen es siempre muy pequeño.

Los procesos de inflamación cervical que acompañan a los desgarros profundos del hocico de tenca, resultantes de la parturición, modifican de una manera tan notable el aspecto del hocico de tenca, que a poco que profundicen las lesiones erosivas, poliposas y de destrucción vascular permiten una fácil confusión al examen superficial, con las lesiones cancerosas del cuello, punto sumamente importante, ya que siendo dos procesos esencialmente distintos y de significación pronóstica tan diferente, es muy frecuente observar que el

neoplásico subsiga a la larga al proceso de inflamación crónica de carácter erosivo.

SINTOMATOLOGÍA DE LAS METRITIS CERVICALES. —Comúnmente, en los datos suministrados por la enferma no hay precisión respecto a la fecha en que comenzó el proceso; por lo general, menciona la existencia de un flujo leucorréico, más o menos abundante y de consistencia muy espesa; estas pérdidas leucorréicas no son modificadas por el ciclo menstrual, carácter que le diferencia de las metritis corporales, en que la hipersecreción glandular se acentúa de modo muy notable en los días que preceden y subsiguen a la menstruación.

A la exploración obsérvase la existencia de leucorrea, constituida por un líquido mucoso, espeso, de color blanco amarillento en unas ocasiones y en otras de aspecto francamente purulento.

Por el tacto reconoce el dedo experimentado la existencia de una superficie aterciopelada, que corresponde al hocico de tenca en toda la extensión, que se halla erosionada. El orificio externo de la matriz frecuentemente se halla entreabierto; sin embargo, en algunas nulíparas puede encontrarse aparentemente cerrado por la condensación de los flujos procedentes de la cavidad corporal.

Las desigualdades resultantes de la existencia en mayor o menor cantidad de huevos de Nabot, o la de pólipos mucosos, son perfectamente apreciadas por el dedo que realiza la exploración. En los casos de erosión foliculosa y en las papilares, el dedo que explora sale de la vagina manchado de sangre, resultado de pequeñas pérdidas hemáticas producidas por la rotura de las paredes muy friables, de los vasos que en la erosión existen.

La enferma manifiesta que con mucha frecuencia al acto del coito sucede alguna pérdida de sangre.

Es muy frecuente encontrar desviaciones del hocico de tenca en los casos en que han precedido a las lesiones cervicales, desgarros producidos en el acto del parto que han cicatrizado de modo anormal. En estos últimos casos es muchas veces posible la introducción del pulpejo del dedo que explora en el interior de la cavidad cervical.

A la exploración por el espéculum, se ve el hocico de tenca aumentado de volumen, y alrededor del orificio externo del mismo se nota una mancha rojiza, con mucha frecuencia sangrante, que se distingue perfectamente de la mucosa sana del resto del órgano.

Frecuentemente hállase un repliegue de la mucosa, procedente del interior de la cavidad del cuello, que se confunde con la erosión del hocico de tenca, y que es resultado del prolapso de la mucosa cervical, denominado ectropión.

Según sean las erosiones simples, papilares o glandulares, así el aspecto

de las mismas, tiene el carácter de lisura o desigualdad que corresponde a cada forma.

Del interior de la cavidad cervical sale por el orificio externo del hocico de tenca un moco sumamente espeso, gleroso, difícil de extraer, y que constituye un verdadero tapón gelatinoso de la cavidad cervical. El éter disuelve bastante bien este moco, condición que debe tenerse presente cuando se pretende realizar una cauterización eficaz de la mucosa endo-cervical.

CURSO.—La endocervicitis, así como las lesiones cervicales del cuello del útero, cuando no van acompañadas de lesiones de otra naturaleza o de localización de las mismas en el cuerpo del útero, ofrecen una marcha esencialmente crónica, pero pueden ser influídas de modo rápido por medio del tratamiento, abreviándose la duración del proceso.

La circunstancia de estar el proceso localizado en un punto completamente indoloro, de influir poquísimos sobre la función menstrual y la de no producir más molestias directamente atribuibles a las mismas que la aparición de leucorrea más o menos abundante, hace que las enfermas descuiden el proceso en esta fase de evolución y que la marcha de la enfermedad sea esencialmente crónica y de una duración indefinida.

PRONÓSTICO —Las lesiones metrícticas localizadas exclusivamente en la porción cervical, obedecen rápidamente al tratamiento curativo, y, por lo tanto, el pronóstico es completamente favorable.

Es excepcional que las enfermas acudan al ginecólogo en el período de lesión puramente cervical, y como quiera que a la larga casi siempre el proceso limitado al cuello asciende a la cavidad del útero, y en otras muchas ocasiones las lesiones cervicales no son más que manifestación de otras análogas de la mucosa del cuerpo, el pronóstico de las mismas se halla supeditado al que merezca la lesión corporal.

En los casos en que las lesiones cervicales se hallan sostenidas por afecciones de la misma naturaleza localizadas en el cuerpo del útero, el efecto curativo obtenido con muchos tratamientos establecidos para las lesiones cervicales es de cortísima duración. Se ven desaparecer las lesiones del cuello; pero al mes de haber dejado el tratamiento reaparecen nuevamente por hallarse provocadas y sostenidas por las lesiones altas. De ahí que para formular el pronóstico sea de todo punto preciso comprobar si las lesiones cervicales diagnosticadas van o no acompañadas de lesiones más altas.

En los procesos esencialmente crónicos no es frecuente que por ello se produzcan afecciones paramétricas; pero es muy común que las causas iniciales que determinaron la aparición de la metritis, se hayan propagado en su principio por los vasos linfáticos, tan numerosos en esta región, a los parametrios,

y vayan las lesiones cervicales acompañadas de procesos paramétríticos, que

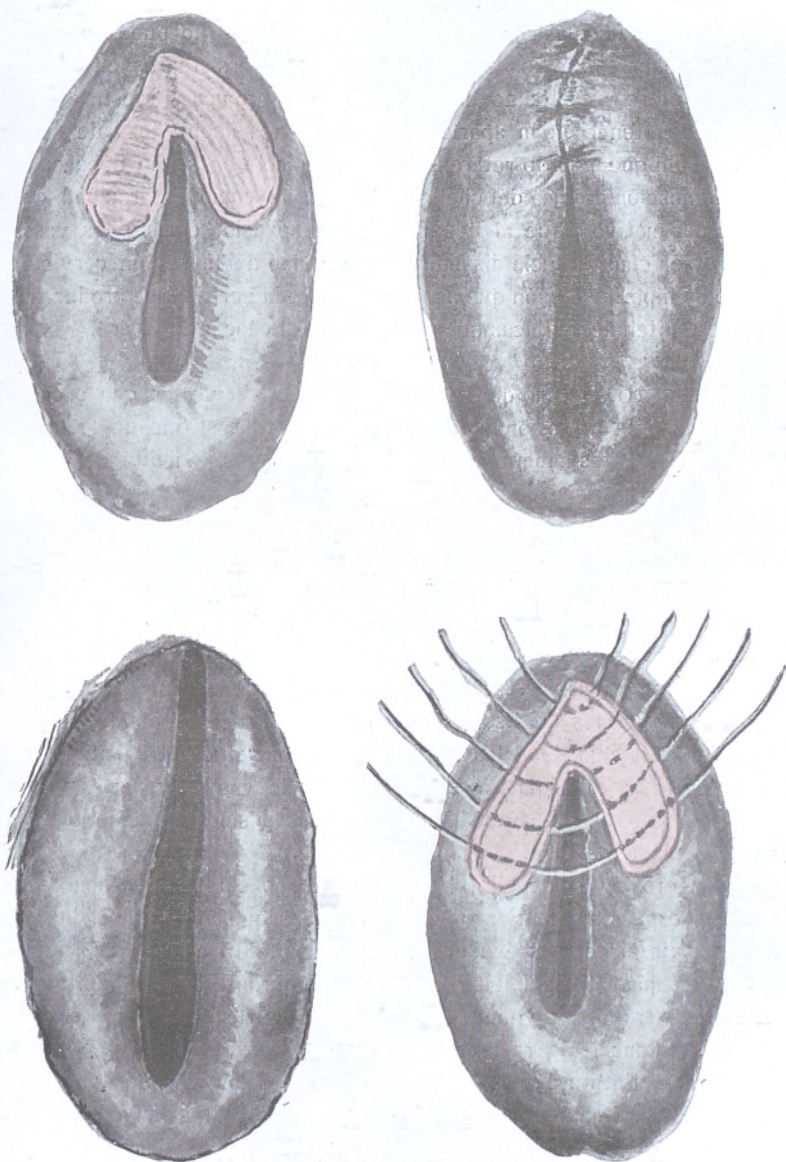


Fig. 200.—Modo de restaurar un desgarró profundo del cuello uterino—(Emmet modificado).

son los verdaderos determinantes de los trastornos generales que las enfermas presentan.

Las lesiones flogísticas del cuello pueden ser punto de partida de otras, neoplásicas de carácter epitelial. La relación directa causal tal vez no exista entre los procesos neoplásicos y los inflamatorios, pero no puede negarse el papel predisponente que los estímulos anormales persistentes en la región cervical del útero, resultando de la inflamación crónica de esta parte de órgano, pueden tener en la aparición de afecciones neoplásicas de carácter maligno. De ahí que si en lo referente al pronóstico *per se* no deba considerarse la inflamación crónica del cuello de la matriz como enfermedad grave, puede ella dar motivo a que al llegar a la menopausia, cuando los vasos se estenosan, y en consecuencia disminuye la vitalidad de la región cervical por el proceso de hiperinvolución que acompaña a la edad crítica, se produzcan las formaciones epiteliales atípicas que caracterizan el cáncer del útero.

TRATAMIENTO. — Como quiera que las lesiones cervicales van acompañadas ordinariamente de lesiones corporales, es inútil instituir un tratamiento para aquéllas sin antes haberse asegurado de que la porción alta del útero se halla libre de la enfermedad, o emplear medios adecuados para tratar su inflamación conjuntamente con la del cuello del útero. Por otra parte, las lesiones inflamatorias de la vagina se presentan muy frecuentemente en los casos de metritis, ya que por ella pasan constantemente los exudados producidos por la inflamación y, por consiguiente, se impone el empleo de irrigaciones antisépticas que limpien la cavidad de la vagina e impidan que los flujos uterinos sean causantes de nuevas manifestaciones de inflamación de la mucosa vaginal. El empleo de irrigaciones de lisol al $\frac{1}{2}$ por 100, de permanganato de potasa al $\frac{1}{2}$ por 1.000, sublimado al 1 por 4.000, las de cualquier otro antiséptico, y aun las de agua hervida sola, sirven para limpiar la vagina y para impedir la reproducción de gérmenes saprofíticos que en los mismos exudados retenidos en la vagina pueden existir.

Para la erosión del cuello, los baños de subacetato de plomo líquido, aplicando un espéculum de Fergusson, de manera que aparezca el hocico de tenca en el extremo del espéculum, y vertiendo de 15 a 25 gramos de esta substancia y dejándola en contacto con el mismo durante ocho o diez minutos, es un medio de tratamiento que produce excelentes resultados. Las cauterizaciones con substancias ligeramente cateréticas, cloruro de cinc al 1 por 100, nitrato de plata, tintura de yodo, etc., producen efectos modificadores de las lesiones que, cuando no están sostenidas por procesos altos, conducen rápidamente a la curación.

La insuflación de óxido de aluminio produce un efecto muy favorable para la desaparición de la leucorrea vaginal que acompaña siempre a estas lesiones.

Las inflamaciones endo-cervicales deben ser tratadas por medio de los cáusticos ligeros, pero antes de su aplicación es de todo punto preciso extraer

el moco que se halla relleno los distintos repliegues que forma la mucosa en este punto. El uso de una bomba aspirante de Bier, o bien la disolución del moco por medio de una torunda empapada en éter, es suficiente para que el moco salga de la cavidad cervical y se halle la mucosa en condiciones de ser modificada por los cáusticos o cateréticos que se empleen.

TRATAMIENTO OPERATORIO.—Cuando las lesiones son muy antiguas, cuando la existencia de considerable cantidad de huevos de Nabot o de pólipos mucosos, produce una rebeldía grande a la curación, se impone el tratamiento operatorio.

Por lo común, estos casos son sostenidos siempre por lesiones altas y, por lo tanto, al ir a practicar una operación para curar las lesiones cervicales, es preciso que vaya precedida de un legrado de la mucosa del cuerpo para curar las lesiones de éste que acompañan a las cervicales. Una vez practicado el legrado de la mucosa del cuerpo, podemos hacer la escisión de la mucosa cervical en ectropión o con alteraciones de carácter erosivo si aun presenta resistencia a los tratamientos anteriormente mencionados.

La operación de Schröder, que ha estado muy en boga hace algunos años, cumple en algunos casos verdaderas indicaciones curativas.

Consiste la técnica de esta operación, en los siguientes tiempos: Primero, incisión transversal bilateral del hocico de tenca, para convertir este órgano en dos valvas, una anterior y otra posterior. Practícase la incisión de la mucosa, de manera que comenzando unos milímetros más allá del punto donde termina la erosión, se dirija hacia arriba hasta encontrar en el conducto cervical la mucosa aparentemente sana.

Practicado este primer tiempo, lo mismo en la valva anterior que en la posterior, se practica la sutura, colocando los hilos de tal manera que, al anudarlos

no queden espacios muertos de ninguna especie por ponerse completamente en contacto toda la extensión de la superficie cruenta.

Realizado este segundo tiempo, la operación se termina con la sutura de las partes laterales de la incisión, o comisuras, de manera que quede reconstituido en su forma normal el orificio del hocico de tenca.

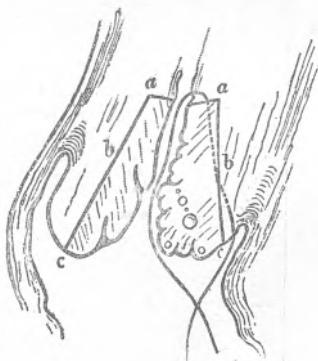


Fig. 210.—Operación de Schroeder



Fig. 211.—Amputación bicónica del cuello; procedimiento de Simon.

La extirpación de los pólipos mucosos, la punción de los huevos de Nabot, son medios obligados en el tratamiento de las lesiones cervicales.

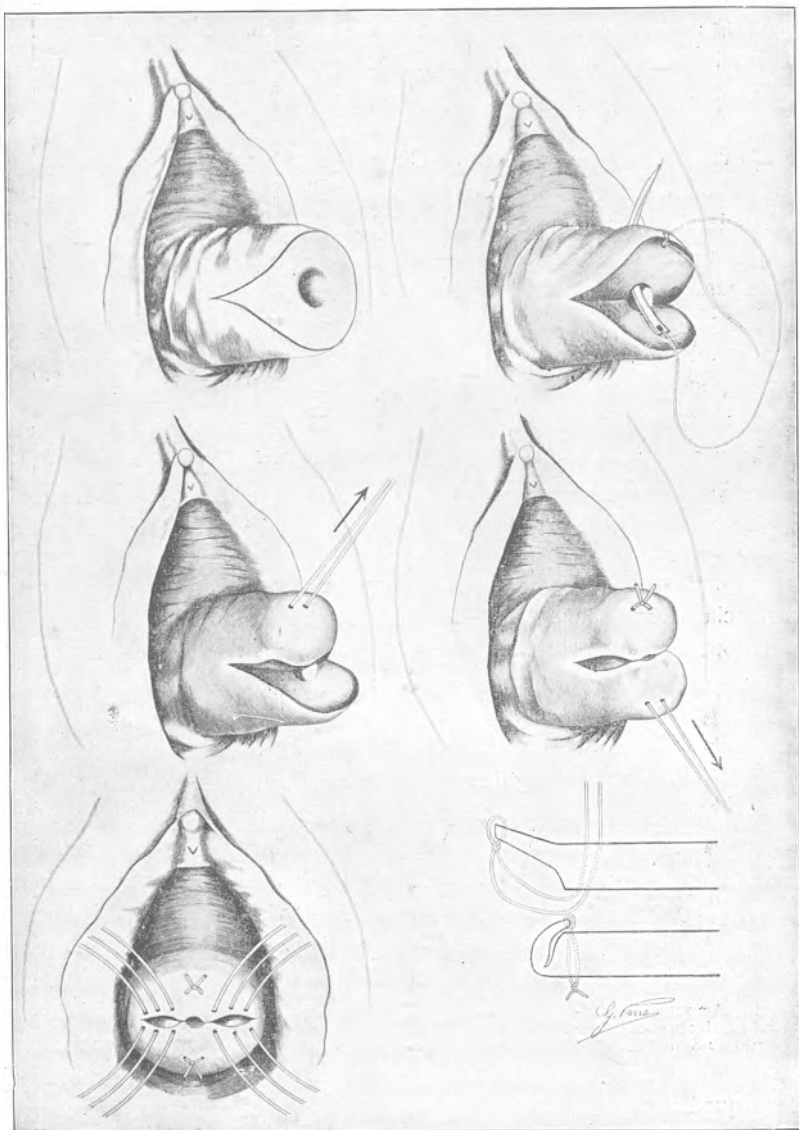


Fig. 212.—Amputación del cuello por el procedimiento a colgajos de V. Bonney.

Una operación muy en boga en otros tiempos y que hoy queda reducida a

un número muy limitado de casos, es la llamada *traquelorrafia* de Emmet. Esta operación puede realizarse en los casos de cicatrices muy deformes del hocico de tenca que acompañan por lo general a procesos endometriticos.

La restauración de la parte retraída puede ser unilateral o bilateral.

Sin negar la posibilidad de que sean las laceraciones del cuello causa en algunos casos de trastornos reflejos de gran importancia, creemos que se ha incurrido en gran exageración al atribuirles en muchos casos el origen de muchos trastornos que experimentan las mujeres; pero como la cicatriz deforme en sí puede ser causa predisponente de procesos de inflamación y aun de transformaciones epiteliales, de ahí que creamos indicada esta operación en los casos en que, por su profundidad y extensión, la laceración constituya una verdadera deformidad del hocico de tenca.

La operación consiste en la escisión, no sólo de la cicatriz deforme, sino también en las partes laterales, de manera que pueda después, al pasarse el hilo, reunirse por primera intención, reconstituyendo el hocico de tenca hasta tener aspecto completamente normal.

Esta operación, realizada en uno o en los dos lados, según sean las lesiones uni o bilaterales, produce efectos curativos en los casos en que no es la parametritis concomitante la productora de los trastornos que la enferma padece.

La amputación bicónica del cuello, recomendada por Simon, cuya descripción detallada daremos al hablar de la elongación hipertrófica del cuello, ha sido, lo mismo que la amputación circular de Brown, empleada en el tratamiento de las lesiones cervicales de la matriz.

En realidad, no encontramos indicación ninguna de este medio de tratamiento cuando se trata de procesos de inflamación. Creemos que se ha practicado muchas veces inútilmente, confundiendo los síntomas de las metritis cervicales con los de los procesos peri-metro-anexiales. Esta operación tiene indicación precisa en la elongación hipertrófica del cuello, en el prolapso y aun tal vez en algunas metritis crónicas corporales parenquimatosas, en que se busca el efecto de contragolpe al escindir una parte del órgano para influir directamente sobre la totalidad, pero insistimos en que no tiene indicación alguna para las lesiones puramente cervicales de la metritis.

La figura 212 representa un procedimiento sencillo y rápido de amputación de cuello, descrito por V. Bonney, que puede ser utilizado en los casos de elongación hipertrófica de cuello.

Metritis corporal.

Es la inflamación localizada en el cuerpo del útero. En ella debemos considerar dos partes principales, la mucosa y el parénquima.

En muchos casos, la inflamación se halla limitada a la mucosa, constituyendo la llamada *endometritis*; en casi todas las inflamaciones del cuerpo del útero comienza el proceso por la mucosa; pero es muy raro que en los estados agudos, no se interese también el parénquima y aun en los casos crónicos, a la larga, toma éste una parte más o menos importante en la inflamación.

Es, por lo tanto, muy difícil establecer una diferenciación absoluta entre la endometritis o inflamación de la mucosa y la metritis, en la que existe al propio tiempo una intervención del parénquima en el proceso patológico.

Como quiera que aun reconociendo lo difícil que resulta la separación del proceso metrítrico del endometrítrico, desde el punto de vista clínico ofrece diferencias muy notables la enfermedad en que domina el proceso de alteración del miometrio, de aquella en que sólo es el endometrio el que se halla afectado, y por lo tanto haremos estudio especial de estas dos formas, denominándolas, a la una *endometritis crónica*, y a la otra *metritis intersticial o parenquimatosa crónica*.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Desde los tiempos de Ruge y de Veit, se admitía como hecho perfectamente demostrado la existencia de dos formas típicas de inflamación del endometrio, la una llamada *glandular*, la otra *intersticial*, aceptándose además la forma mixta de la inflamación uterina en la que se combinan los dos procesos capitales de una y otra; los caracteres que los estudios de Hitschman y Adler, atribuyeron a las modificaciones que experimenta normalmente la mucosa en los días que preceden a la aparición del flujo menstrual, es lo que puede dar la clave de algunos fenómenos que parecen hallarse en oposición a los generales biológicos. En la forma glandular de la inflamación describíase la existencia de un considerable número de glándulas tubulares, muy alargadas, flexuosas, tomando algunas de ellas la forma de tirabuzón, y con abundancia tan considerable de elementos glandulares, que apenas si el tejido intersticial se hace aparente y se halla el endometrio todo él convertido en una especie de esponja. Este tipo anatómico de la mucosa del útero, que fué considerado como manifestación de la metritis glandular, va acompañado del fenómeno patológico de hiperfunción de estas glándulas, que se traduce, desde el punto de vista sintomático, en una abundancia de flujo de procedencia intrauterina, y, por lo tanto, es considerado como correspondiente a la forma clínica leucorréica.

No dejaba de llamar la atención el hecho de que un proceso de inflamación localizado en el útero, separándose de todo lo que ocurre en la economía, fuese capaz de dar nacimiento a órganos cuales son las glándulas, cuando la característica de los fenómenos flogísticos es la destrucción epitelial, y sólo la hiperplasia del tejido conjuntivo es la que se observa en los procesos de flogosis.



Fig. 213.—Estado premenstrual de la mucosa del útero.

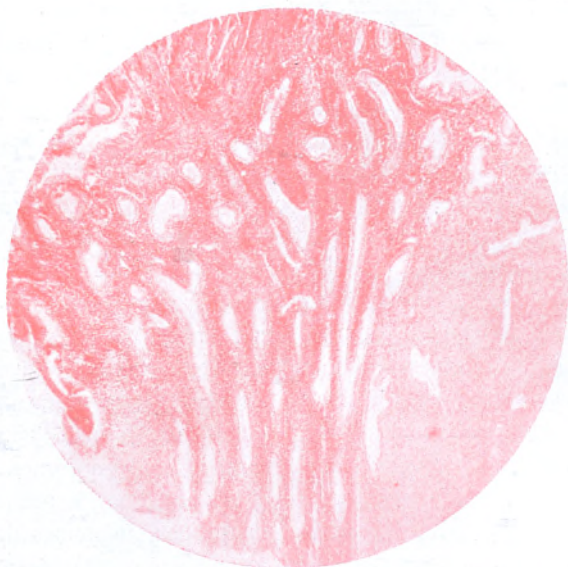


Fig. 214.—Endometritis glandular en la que persiste de modo constante el estado premenstrual.

Los numerosos trabajos histo-patológicos que hemos realizado en mucosas del útero, extraídas no sólo en procesos de inflamación, sino en algunos neoplásicos miomatosos en los que la inflamación del endometrio no existía, nos permite considerar el tipo de inflamación glandular de Ruge y Veit como un proceso no resultante de la inflamación y sí sólo una perturbación funcional de la mucosa, debida al estado endometritico. La presencia de glándulas flexuosas y su número considerable, así como el hallarse toda la mucosa uterina convertida en una especie de tejido esponjoso por el gran número de glándulas que contiene, es lo que en la actualidad es considerado por todos los ginecólogos como estado premenstrual de la mucosa, pero es un hecho de observación que en muchos casos de endometritis, el ciclo de evolución modifica sus caracteres en los días que preceden a la menstruación, así como en los que la pérdida de sangre se realiza y en aquellos que subsiguen a la función catamenial, quedando detenido aquél y persistiendo de modo definitivo el estado premenstrual.

De manera, que desde el punto de vista anatomo-patológico, no consideramos a la metritis glandular como causante de formaciones de glándulas, sino como perturbaciones funcionales ocasionadas por la inflamación, que alteran el ciclo de las modificaciones fisiológicas y dejan a la mucosa de modo permanente, en las mismas condiciones en que se halla en los días que preceden a la menstruación, es decir, que no es la inflamación del endometrio causa de formación de glándulas, sino de detención del ciclo menstrual.

El mecanismo íntimo que determina esta detención de la función especial de la mucosa uterina, haciendo que persista el estado premenstrual, no sabemos en realidad cuál es. Sólo debemos aceptar el hecho anatomo-patológico de la existencia de la metritis glandular, con los caracteres descritos por Ruge, pero atribuyéndoles una significación completamente distinta a la que aquél admitía, por lo que se refiere al proceso causal, y poniéndolo más en armonía con los fenómenos generales de la inflamación que se observa en todos los órganos de la economía.

Indudablemente, la función menstrual representa, no ya como en un tiempo se creía, la simple congestión del útero, con formación de hematomas subepiteliales, rotura de los mismos y salida de la sangre, sino una función compleja que viene preparada con modificaciones profundas de la mucosa, que le dan el carácter esponjoso que la multiplicación glandular determina y que sirven de preparación para la nidación del huevo cuando éste llega fecundado al útero. La persistencia del estado premenstrual es una perturbación grande de función, y por lo tanto, no sorprende en modo alguno que los síntomas de inflamación uterina en que se hallan estos caracteres anatomo-patológicos sean los que corresponden a los que preceden a la salida de la sangre menstrual. El hecho existe; lo que se ha debatido es la interpretación clínica.

El estado premenstrual permanente de la mucosa uterina ha de producir forzosamente manifestaciones de orden patológico, cuyos caracteres primordiales son la hipersecreción glandular y el adelantamiento de las épocas de la salida de la sangre menstrual.

La forma llamada metritis intersticial, es en el fondo exactamente igual a la que encontramos en aquellos órganos que sufren un proceso común de inflamación. Existen proliferaciones de tejido conjuntivo, en cantidad algunas veces considerable; al examen microscópico se reconoce aumento de células redondas, producto de la proliferación conjuntiva, que no representa más que la acción defensiva del órgano contra el agente determinante de la flogosis. Existen, asimismo, leucocitos extravasados y los vasos se hallan en un estado de distensión mayor o menor a consecuencia del proceso congestivo.

El corion mucoso y el epitelio presentan una resistencia muy distinta. En unos casos éste conserva su total integridad; en otras ocasiones se ha desprendido en algunos puntos y fórmanse verdaderas fungosidades en las que se hallan vasos de nueva formación dotados únicamente de su túnica endotelial.

Al examen macroscópico se nota en la cavidad del útero, en vez de la superficie lisa que existe normalmente, una serie de mamelones de tejido conjuntivo, cuya proliferación es en algunos casos tan considerable que ocupan gran parte de la cavidad del órgano. Este tejido de granulación se desmorona con gran facilidad, y como quiera que los vasos que contienen son muy friables, sangran muy fácilmente, y ello explica las menorragias y aun metrorragias que estas enfermas ofrecen como síntoma principal.

El proceso de inflamación crónica de tipo intersticial puede, después de un tiempo, sufrir un estado de regresión en el que los elementos celulares de tejido conjuntivo son sustituidos por fibras amorfas, que toman luego la forma retráctil, constituyendo un tejido análogo al de cicatriz. La retracción de estos elementos influye sobre las glándulas del órgano y puede producir la oclusión de las mismas y ser ello causa de la formación de quistes por retención, en la mucosa del útero, o la compresión uniforme de todas las glándulas puede dar lugar a la atrofia y desaparición de las mismas y, por lo tanto, a la larga, encontrarse la mucosa con una cantidad muy pequeña de elementos glandulares convertidos unos en verdaderas columnas fibrosas y en algunos puntos en cavidades quísticas por retención.

En algunas ocasiones, las formaciones quísticas próximas a la periferia de la mucosa crecen hacia el interior de la cavidad del útero y constituyen pólipos mucosos, que dan lugar a intensas hemorragias por efecto de las ulceraciones que se producen en la superficie misma del pólipo.

En un grado más avanzado de la inflamación, cuando toma el carácter esclerótico que mencionamos, puede toda la mucosa quedar convertida en un tejido muy semejante al de cicatriz, y por lo tanto, en estas condiciones hacerse



Fig. 215.—Metritis intersticial o fungosa.



Fig. 216.—Metritis mixta. Las alteraciones glandulares se hallan asociadas con las intersticiales.

completamente imposible la nidación del huevo, convirtiéndose, por este hecho, la mujer en estéril, así como puede resultar por la esclerosis, subsiguiente al estado de inflamación, imposible que se formen los hematomas subepiteliales, que al romperse determinan la aparición de la sangre menstrual.

METRITIS MIXTA.—Teniendo en cuenta que la inflamación llamada glandular por Ruge no es más que la persistencia del estado premenstrual, no es de extrañar que admitiera la llamada forma mixta desde el punto de vista anatómo-patológico, en la que coinciden las formaciones fungosas de las metritis intersticiales con las alteraciones esclerósicas y las glandulares



Fig. 217.—Endometritis decidual.

exuberantes que corresponden a la época premenstrual. La forma mixta de la inflamación debe ser aceptada, tanto más cuanto sólo en las épocas ya muy avanzadas de esclerosis uterina desaparecen las modificaciones de la mucosa que caracterizan el ciclo menstrual.

ENDOMETRITIS DECIDUAL.—Existe una forma de inflamación de la mucosa del útero, del todo diferente de la que venimos ocupándonos, que se halla caracterizada por la presencia de elementos celulares esencialmente distintos de los que se hallan en el estado normal.

La *endometritis decidual* representa un estado de persistencia de las modificaciones celulares que caracterizan a la mucosa del útero cuando se ha injertado un óvulo en ella. Es sabido que durante la gestación, la mucosa uterina se convierte en decidua, siendo los caracteres que marcan esa transformación el que las células del corion toman un aspecto especial epiteliforme. Su protoplasma es muy claro, y su tamaño, muy superior al que tienen

normalmente, llega a alcanzar 30 micras; esta transformación de las células de la mucosa uterina, que pertenece al estado de gestación, obsérvese en algunos casos de inflamación del endometrio como estado persistente. La transformación de las células conjuntivas en células deciduales es lo que marca el carácter de este proceso flogístico, que no debe confundirse con la inflamación común que acompaña frecuentemente a la retención de productos ovulares retenidos después de un aborto.

Así como la metritis glandular es la persistencia de modo patológico del estado premenstrual de la mucosa, la endometritis decidual es la persistencia del carácter de decida de la mucosa uterina.

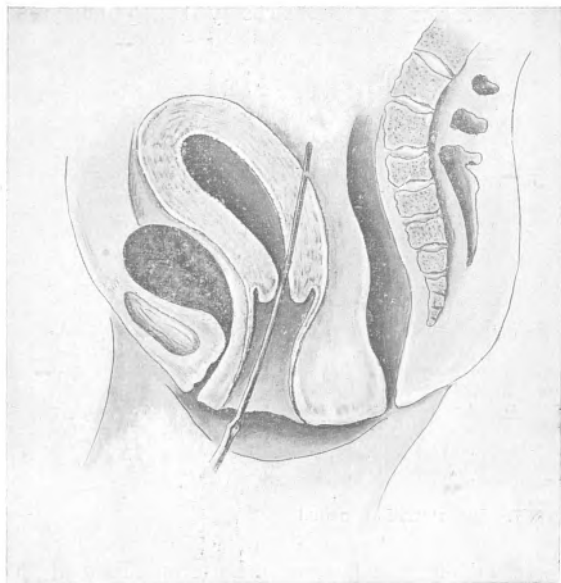


Fig. 218.—Estado anormal de blandura de la pared uterina que permite una fácil perforación.

Ello hace que en algunas ocasiones se encuentre el órgano tan sumamente blando, que basta la más pequeña presión realizada sobre él para atravesarlo de parte a parte. Es muy frecuente en los casos de infiltraciones y degeneraciones grasosas del parénquima que un histerómetro o un dilatador del cuello atravesase el órgano a la menor presión que se realice, dato que es muy conveniente tener en cuenta cuando se trata de intervenciones intra-uterinas, por la facilidad con que se pueden llegar a producir trastornos graves por una técnica defectuosa.

Raras veces se encuentra en la metritis parenquimatosa crónica un estado esclerótico retráctil de los elementos conjuntivos que conduzca a la disminución de volumen del órgano y un estado total de atrofia; pero es innegable que

LESIONES DEL PARÉNQUIMA.—La característica de las alteraciones del miometrio en los casos de metritis crónica de larga duración es la hiperplasia del tejido conjuntivo. El órgano, por lo general, se halla muy aumentado de volumen y es frecuente hallar infiltraciones de la masa total del parénquima, con degeneraciones grasosas de algunos de sus elementos.

en algunas ocasiones esta forma se presenta sobre todo después de estados de inflamación aguda de origen puerperal. La hiperinvolución uterina, en su esencia, no constituye más que la transformación fibrosa del órgano de la gestación, con pérdida de todos los caracteres propios de él, en estado fisiológico.

Los elementos musculares que componen el parénquima del órgano no toman parte en el proceso de hiperplasia; pero invadidos por los elementos conjuntivos, se disgregan y pierden gran parte de su tonicidad. En algunas ocasiones se encuentran cordones fibrosos de disposición perpendicular a los haces conjuntivos, que no son más que transformaciones degenerativas de los elementos vasculares, que, comenzando por una alteración ateromatosa, terminaron al ocluirse el vaso con la formación de estos cordones.

Las alteraciones vasculares que acompañan a la metritis parenquimatosa son, por lo general, atribuibles al éxtasis sanguíneo, que en el órgano se determina por el hecho de la inflamación. No es raro que la sección del útero en estas condiciones permita ver una cantidad considerable de vasos seccionados, de paredes no retráctiles por las alteraciones perivasculares que se produjeron en él y que explica el síntoma hemorragia, que con tanta frecuencia acompaña a las inflamaciones crónicas del parénquima.

La parte que el endometrio toma en esta clase de procesos se halla en relación directa con las alteraciones vasculares que en el órgano se encuentran.

El estado de infiltración y edema que acompaña a la metritis parenquimatosa crónica, obedece asimismo a las dificultades que a la circulación de retorno se producen por las modificaciones vasculares existentes.

La presencia de una dilatación considerable de las lagunas linfáticas, descrita por Sinety, se comprueba en gran número de ocasiones.

SINTOMATOLOGÍA.—Tres son los síntomas principales que se presentan en las metritis crónicas: *flujos anormales* de naturaleza leucorréica, *alteraciones de la menstruación* y manifestaciones *dolorosas*.

Además de ellos, debemos estudiar los que nos suministra el *examen físico* de la enferma y las manifestaciones sintomáticas a *distancia*.

Leucorrea.—Como quiera que la metritis corporal va acompañada siempre de endocervicitis, los caracteres del flujo leucorréico varían según cual sea la parte más o menos activa que en la producción del mismo tome la región cervical del útero.

Por lo general, la leucorrea en esta enfermedad es un flujo más o menos espeso, de color blanco o blanco amarillento, y excepcionalmente teñido con alguna estría sanguinolenta. La parte de flujo que procede por completo del cuerpo del útero, es generalmente flúido y la diferente consistencia de que venimos hablando, depende de su mezcla con la secreción de las células

caliciformes que revisten la mucosa cervical con la que tiene forzosamente que mezclarse.

El síntoma leucorrea es tan frecuente en la mujer, que muchas lo consideran como cosa del todo normal y no como manifestación de un estado patológico. El número considerable de glándulas tubulares que en la mucosa del cuerpo del útero existen y el incremento que en los períodos premenstruales experimentan, determinan en algunas mujeres la salida por sus genitales externos de una cantidad considerable de flujo mucoso en los días que preceden y en los que subsiguen a los períodos menstruales. Entre esta función normal, resultante de la actividad glandular, y la leucorrea producto de la inflamación, hay unos límites tan poco diferenciables que puede con facilidad pasarse del estado normal al patológico sin que la mujer se dé cuenta de esta transformación. Desde la hiperfunción fisiológica de las glándulas hasta la verdadera supuración que forma la leucorrea purulenta, existe una gama tan escalonada, que es muy difícil poder establecer límites precisos en cada una de las modificaciones que presentan los procesos leucorréicos.

En la hiperfunción glandular, apenas si existen elementos formes, mientras que en el extremo opuesto, o sea en el de la leucorrea de tipo purulento, la cantidad de leucocitos es tan considerable que forma la parte principal del flujo procedente de la cavidad del útero. Si a ello agregamos la variedad que en agentes microbianos, ya de naturaleza saprofítica, ya agentes comunes de infección, existen en la leucorrea, se comprenderá que las modalidades, no sólo de coloración, sino de olor y de consistencia, varían también de modo considerable.

Si bien la leucorrea es manifestación del proceso inflamatorio, siempre se agrega a la exudación de este origen el producto de la hiperfunción glandular que acompaña, por lo general, a la inflamación del endometrio, y esta función de las glándulas, exagerada, tomará una parte mayor o menor en el síntoma leucorrea, según cual sea el estado anatomo-patológico de la mucosa.

En el tipo descrito por Ruge y Veit de metritis glandular y que nosotros consideramos como persistencia del estado premestrua, la elongación, flexuosidad y aumento de número de las glándulas, determina forzosamente una secreción mucho más abundante de estos elementos que en las formas fungosas o intersticiales, y por tanto, el síntoma leucorrea, sin ser característico de esta endometritis será mucho más acentuado que en las otras formas anatomo-patológicas.

En las formas fungosas, en las que lo que predomina es el estado de hiperplasia conjuntiva, puede en las épocas premenstruales existir alteraciones de la mucosa que determinen también la hiperfunción, y por lo tanto, existir leucorrea abundante, aunque no de modo tan continuado como en la forma anterior.

La frecuencia de las llamadas endometritis mixtas, en las que a las formaciones conjuntivas y alteraciones de los vasos se agrega, en algunos puntos de la mucosa, la persistencia del estado premenstrual, determina la mezcla de los síntomas leucorrea y hemorragia, que frecuentemente constituye un síndrome complejo.

Alteraciones menstruales.—La forma *menorrágica* es la que acompaña más frecuentemente a la inflamación de la mucosa del útero. El hecho de la congestión que acompaña al proceso endometritico es suficiente para que las pérdidas menstruales sean muy abundantes y de mayor duración. A esto se agrega que por el hecho de la formación de fungosidades, granulaciones análogas a las que aparecen en cualquier punto de la economía afecto de inflamación crónica, en las que se forman vasos nuevos, provistos únicamente de su túnica interna y, por lo tanto, fácilmente desmoronables al producirse la congestión propia del período menstrual, la cantidad de sangre que se vierte es mayor y cuesta más el regreso al estado post-menstrual de la mucosa que marca la cesación del período catamenial.

El síntoma menorragia puede con el tiempo cambiar su carácter y tomar el tipo *metrorrágico*. Esto ocurre principalmente en las endometritis fungosas, en las que la característica del proceso es la formación abundante de granulaciones con vasos de nueva formación, que faltos de sostén resistente, se desmoronan por cualquier factor independiente del hecho congestivo menstrual. De ahí que en las mujeres afectas de endometritis fungosa antigua, no pueda precisarse la época de comienzo y finalización de los períodos menstruales, porque muy frecuentemente, entre período y período, aparecen pérdidas de sangre que pueden perfectamente, por su abundancia, ser confundidas con las que dependen de la menstruación.

La existencia de número considerable de capilares de nueva formación en la mucosa inflamada y los desprendimientos epiteliales producto de la misma inflamación, hacen que las heridas que ocasiona la salida de la sangre de los vasos cicatricen con dificultad, y de ahí que, aun después de terminada, la pérdida de sangre menstrual, persistan durante muchos días pequeñas manchas que, mezcladas al flujo leucorréico, hacen que la mujer no se vea por completo limpia durante mucho tiempo y que en algunas ocasiones llegue a confundirse la terminación de un período menstrual con la aparición del subsiguiente.

El hecho de la inflamación determina no solamente la mayor duración de los períodos, sino en muchas ocasiones el adelantamiento de la época menstrual. El estado persistente de congestión uterina hace que aparezca la sangre de la menstruación al iniciarse la onda menstrual que, como sabemos, precede algunos días a la aparición de la menstruación y en cuya etapa se forman los hematomas subepiteliales que, al romperse dan lugar a la salida de la sangre menstrual; en muchos casos de endometritis coexisten los dos fenómenos, de

formación de hematomas y de rotura de la pared epitelial y caída de la sangre dentro de la cavidad del útero.

Los caracteres de la sangre menstrual en los casos de metritis crónica, pueden variar según la cantidad de sangre que derrama y la parte más o menos importante que la hiperfunción glandular tome en el proceso patológico de la mucosa uterina. Cuando por el exceso de sangre derramada, la mezcla con los elementos procedentes de la secreción de las glándulas uterinas no se realiza íntimamente, aparece la sangre formando coágulos de mayor o menor tamaño y consistencia. Cuando a la aparición de la sangre acompaña la hiperfunción glandular y el moco resultante de esta hiperfunción se mezcla íntimamente con la sangre derramada, puede ésta no presentar caracteres de coagulabilidad, y por tanto, a pesar de fluir en cantidad considerable, no llegar a formar nunca coágulos voluminosos.

En resumen, podemos decir, referente a las perturbaciones menstruales que acompañan al proceso metrítrico, que lo más común es el tipo menorragico, que por su duración puede llegar a revestir los caracteres de la metrorragia, y que en las formas en que existe hiperfunción glandular considerable, debida a la persistencia del estado premenstrual de la mucosa, no se forman coágulos en la sangre menstrual, a menos que la cantidad derramada sea considerable.

Dolor.—El síntoma dolor en la metritis crónica puede estar *localizado* en el punto enfermo o bien hallarse a *distancia*.

Dolor localizado.—El dolor local generalmente es poco agudo. Raras veces la mujer lo acusa en el hipogastrio; más frecuentemente se queja de dolores lumbo-sacos, con irradiaciones muy frecuentes hacia las extremidades inferiores, siguiendo el curso de los nervios crurales.

El dolor localizado en la región lumbo-saca, llamado vulgarmente por las mujeres *dolor de riñones*, es generalmente el más persistente, tomando caracteres de mayor o menor intensidad, según cuál sea el estado de la congestión uterina. Así es que el cansancio, la permanencia de pie, durante muchas horas, los actos sexuales, y en general, todo cuanto determine un mayor aflujo de sangre en la pelvis, es determinante de una mayor intensidad del dolor lumbo-sacro.

Es muy frecuente que el síntoma dolor local se irradie hacia las fosas ilíacas, pero en estas ocasiones, más que fenómeno dependiente de la metritis en sí, lo es de propagaciones anexiales.

El dolor en el hipogastrio es sumamente raro en la metritis crónica. En cambio, no falta casi nunca el que corresponde a la unión de las articulaciones del sacro con los ilíacos.

El síntoma dolor en las metritis presenta caracteres muy dignos de ser tenidos en cuenta cuando se trata de la exploración digital. La palpación combinada con el tacto determina un aumento de dolor a la presión directa del

órgano, carácter que lo diferencia del dolor debido a un proceso anexial, en que es la movilización total uterina la que causa mayor molestia a la mujer que se reconoce. El síntoma dolor, provocado por la compresión entre la mano que palpa y el dedo que tacta, es característico del proceso metrítrico crónico. El dolor a la movilización total es síntoma de que los anejos toman parte más o menos importante en el proceso de la inflamación pelviana.

El dolor en los casos de metritis ofrece caracteres especiales al practicar el cateterismo intra-uterino. La mucosa del útero que se halla enteramente sana permite la exploración con el histerómetro sin provocar protesta ninguna por parte de la mujer; la mucosa afecta de inflamación, protesta con una manifestación dolorosa, aguda, intensa, a cada contacto que se realiza en ella. Así, pues, la histerometría, realizada en un útero afecto de inflamación de la mucosa, determina un dolor agudo que puede, en algunas ocasiones, localizarse de modo preciso y servirnos para indicarnos los puntos más directamente interesados por la inflamación.

El síntoma dolor, provocado por el cateterismo, es mucho más acentuado en la forma glandular que en las formas fungosas. En cambio, en la variedad glandular no va seguido de pérdida de sangre, en tanto que en las fungosas, muy frecuentemente, después de la exploración intrauterina queda durante algunas horas saliendo una pequeña cantidad de sangre del interior de la cavidad del útero.

La sensación dolorosa del endometrio al contacto de la sonda es tan acentuada, que puede en algunas ocasiones ser causa de fenómenos lipotímicos en la mujer que se reconoce; de ahí el cuidado exquisito que debe tenerse al practicar estos reconocimientos en enfermas afectas de procesos endometrítricos de tipo glandular. La acción dolorosa que determina los fenómenos reflejos lipotímicos, explica asimismo los accidentes que muy frecuentemente se observan al contacto de los cáusticos empleados en el tratamiento de estas lesiones.

Dolor a distancia.—Entre las manifestaciones dolorosas a distancia que se presentan en los casos de metritis crónica, debe considerarse como la más frecuente la *neuralgia intercostal*, que ocupa el 7.º u 8.º espacio, generalmente, del lado izquierdo. No hay aun ninguna explicación completamente satisfactoria del por qué de la frecuencia de la neuralgia entre el 7.º y 8.º espacio intercostal, y del por qué es mucho más frecuente en el lado izquierdo que en el derecho, pero es un hecho de observación clínica comprobada a diario que muchas veces la persistencia del mismo es lo que llama la atención hacia el aparato genital y permite hallar la endometritis causante de este dolor.

Los caracteres de estas manifestaciones dolorosas son variables, pero generalmente, es un dolor fijo que se extiende desde la región lateral hasta la porción anterior del pecho, que aumenta con la presión profunda realizada en la parte inferior de la costilla.

Manifestaciones dolorosas, ya en forma de *epigastralgia*, ya en forma de *cefalalgia* fronto-occipital, son frecuentemente observadas en casos de metritis crónica. El dolor *en la nuca* es asimismo fenómeno reflejo que se presenta a menudo en estos procesos.

La *neuralgia facial*, principalmente la de la rama frontal del trigémino, constituye uno de los síntomas dolorosos a distancia que más frecuentemente se observan en las metritis crónicas.

Perturbaciones digestivas.—No es raro encontrar en las metritis perturbaciones funcionales del estómago, sin que pueda asegurarse que sean resultado de una acción refleja, pero lo cierto es que muchas veces, con el tratamiento exclusivo de la afección uterina, desaparecen estados dispépticos que habían resistido a toda clase de tratamiento. Este hecho, ya de antiguo observado, ha motivado el que se calificara como dispepsia uterina, lo que en realidad tal vez no es más que una alteración funcional del carácter atónico por perturbación del sistema nervioso.

Las *paresias intestinales* de origen reflejo, causantes de timpanismo, son observadas muy frecuentemente en el curso de las metritis crónicas.

Perturbaciones respiratorias.—Por lo que se refiere al aparato respiratorio, ya desde mediados del siglo pasado Arane describió la *tos uterina*, cuya génesis hay que atribuir al acto reflejo únicamente, ya que la auscultación y la percusión no dan en algunos casos manifestación de lesión alguna del aparato respiratorio.

Gran parte de los fenómenos reflejos que en un tiempo se atribuían a la metritis crónica, han sido en estos últimos tiempos mejor colocados al considerarlos como consecuencia de procesos peri-metro anexiales. La compresión de los filetes nerviosos que rodean al útero es causa frecuente de síntomas que en un tiempo se atribuían a la inflamación crónica del útero, siendo en realidad consecuencia de procesos anexiales.

EXAMEN FÍSICO.—Por el examen físico, además de los síntomas que podemos apreciar objetivamente con el tacto, que se refieren a la movilidad del órgano, a su tamaño, dirección, etc., debemos tener presente los que puede suministrar el examen directo con el espéculum, ya que muy a menudo a las lesiones corporales se asocian lesiones cervicales, tales como el ectropión, la erosión simple, papilar, huevos de Nabot, etc.

Los síntomas que suministra la histerometría se refieren no solamente a la dirección del órgano sino a los distintos puntos hipersensibles que la mucosa del útero ofrece.

Los caracteres de la leucorrea que procede del interior del útero pueden suministrar asimismo datos de gran valor para conocer el punto principal del proceso metrítrico.

CURSO Y COMPLICACIONES.—La metritis crónica tiene, por lo general, un curso sumamente lento. Iniciado muchas veces el proceso de inflamación en forma crónica, sigue una evolución sumamente lenta, y a las lesiones corporales agréganse pronto las lesiones cervicales, y fórmanse las erosiones simples, papilares o foliculosas, el ectropión, los quistes cervicales, etc., conjunto de alteraciones que no pueden ser consideradas como complicación, sino como secuelas obligadas del proceso de inflamación del cuerpo del útero.

Dentro de la marcha crónica del proceso metrítrico existe siempre el peligro de la propagación del proceso, ya por vía linfática, ya por vía endocavitaria, determinando alteraciones salpingianas que, comenzando en la trompa, pueden llegar a interesar los anejos y el peritoneo pelviano. La *endosalpingitis* es complicación muy frecuente de la metritis crónica, y, en muchas ocasiones, los dolores agudos que de vez en cuando aquejan las enfermas en las fosas ilíacas, no obedecen más que a pequeños brotes de inflamación de la mucosa de la trompa.

En tanto el proceso de inflamación salpingiana interesa sólo la porción más próxima al útero, va su marcha asociada a la evolución del proceso metrítrico; pero no es infrecuente que el proceso salpingiano, localizado primeramente en las proximidades del útero, se generalice, y constituya la salpingitis la enfermedad dominante.

Debe ser considerado como una complicación del proceso metrítrico crónico, principalmente en los casos de metritis intersticial, el que se convierta la mucosa uterina en un tejido de cicatriz, en que los elementos glandulares desaparecen por completo, ahogados por la proliferación conjuntiva, y en los que la mucosa uterina se hace completamente inútil no sólo para la función menstrual, sino también para la nidación del huevo, resultando de este proceso esclerótico una esterilidad definitiva.

La terminación de la inflamación crónica del útero por la esclerosis del órgano, representa la anulación completa y definitiva de las funciones al útero encomendadas. No es frecuente que se produzca esta complicación de modo espontáneo, pero sí a consecuencia de legrados profundos del órgano o de la utilización de cáusticos muy enérgicos empleados en el tratamiento de las metritis.

A la esclerosis de la mucosa acompañan alteraciones vasculares del órgano que conducen a la insuficiencia del riego sanguíneo, y en definitiva, a una atrofia total.

No es frecuente que a la supresión de la menstruación, debida a las alteraciones de la mucosa menstrual, acompañen los fenómenos generales de la menopausia prematura, pero sí obsérvanse a menudo crisis dolorosas, porque el órgano congestionado al no poderse formar los hematomas que, al abrirse, dejan de fluir la sangre menstrual, queda en este estado, determinando una sensación de peso y en algunas acasiones dolores bastante acentuados.

En los casos de terminación de la metritis crónica por transformaciones esclerósicas, es en donde se observan más frecuentemente las formas neurálgicas a distancia, cuales son cefalalgias, epigastralgias, neuralgias faciales, etc.

En otros casos, el curso de la enfermedad es tan lento, que transcurren años y años sin notarse alteración de ninguna especie. Persisten las manifestaciones menorrágicas y la leucorrea; en épocas distintas aparecen fenómenos reflejos de mayor o menor intensidad, sin que la mujer llegue nunca a estar del todo bien, ni tampoco a considerarse como enferma que exija un tratamiento rápido.

En algunos casos, al llegar a las proximidades de la menopausia, las lesiones metrítricas se transforman en alteraciones neoplásicas, fenómeno muy digno de ser tenido en cuenta, ya que precisamente, por la larga duración de los fenómenos, es por lo que las enfermas no dan importancia a algunos de los síntomas que aparecen últimamente y que son manifestaciones del cambio de naturaleza de la enfermedad.

Si bien el estado local de la enferma puede permanecer en algunas ocasiones, varios años sin modificaciones, no ocurre lo mismo respecto a su estado general. Por lo común, las enfermas metrítricas crónicas se vuelven taciturnas, cambia completamente su carácter, sin que ellas mismas se den cuenta del por qué del cambio experimentado. Ello obedece, única y exclusivamente, a la protesta que realiza el organismo ante algo anormal que en él existe.

Por lo que se refiere a la reproducción, la metritis crónica, como no tome la forma esclerósica, no constituye obstáculo alguno para la nidación del huevo. Sin embargo, su existencia motiva inserciones anormales que se traducen, ya muy avanzada la gestación, en fenómenos hemorrágicos sintomáticos de la placenta previa.

La metritis crónica puede asimismo ser causa de aborto por ser arrastrado el huevo por el proceso menorrágico que con tanta facilidad se produce. No es infrecuente encontrar casos de hidrorrea decidua, que no obedecen más que a la persistencia de estados de inflamación crónica del útero.

DIAGNÓSTICO.—Los antecedentes por una parte, el examen cuidadoso de la función menstrual, los caracteres de la leucorrea que la enferma presenta, la exploración realizada principalmente por medio del tacto combinado con la palpación, y, por último, la exploración instrumental con el espéculum y el histerómetro, dan datos suficientes, no sólo para el diagnóstico del proceso metrítrico, sino también para distinguir la variedad del mismo.

En términos generales, puede afirmarse que la forma leucorréica representa la persistencia del estado premenstrual, en tanto que la forma hemorrágica es la que caracteriza el proceso de formaciones fungosas de la mucosa.

En algunos casos podrá existir duda diagnóstica entre un carcinoma y una metritis, principalmente al tratarse de procesos corporales. En estos casos, la escisión de prueba y el examen microscópico, servirán para dilucidar de modo completo el diagnóstico.

Los antecedentes sirven generalmente para diferenciar el proceso métrico común del que es resultado de un aborto. El examen microscópico de las partículas que se expulsan en los casos de aborto en que se comprueba la existencia de masas sincintiales o de vellosidades coriales, basta para imponer el diagnóstico.

Lo más importante, por lo que se refiere al diagnóstico de las metritis, es el apreciar si van o no acompañadas de un proceso salpingiano. El dolor a la movilización del órgano, es síntoma de proceso anexial, y precisamente en la apreciación exacta de este síntoma, así como el reconocimiento de la dirección del órgano, es en donde hallaremos los caracteres que establecen de modo preciso el diagnóstico.

PRONÓSTICO.—Dados los medios actuales de tratamiento de las inflamaciones uterinas, el pronóstico puede hacerse favorable en los casos en que no existe complicación anexial. Debe sin embargo tenerse presente, por lo que se refiere al pronóstico, la posibilidad de los trastornos que en las gestaciones pueden aparecer por el hecho de la existencia de la inflamación de la mucosa uterina y también el hecho que, en las épocas próximas a la menopausia, pueda verificarse la transformación neoplásica maligna de procesos antiguos de inflamación.

De la misma manera que la inflamación del píloro y las cicatrices que allí se producen son frecuentemente motivo de la transformación cancerosa del proceso, no es cosa que deba ser olvidada en la inflamación crónica del cuello, que las cicatrices existentes a consecuencia de partos que la mujer haya tenido, pueden obrar como causa predisponente del carcinoma del cuello.

TRATAMIENTO.—El tratamiento de las metritis se divide en *higiénico, general y local*.

Tratamiento higiénico.—La profilaxis de la metritis crónica se realiza mediante la cuidadosa asistencia a los partos y puerperios, y en las medidas de carácter social que importa establecer para evitar la propagación de las infecciones, en especial la gonocócica.

Como medida higiénica coadyuvante del tratamiento especial de las metritis, se impone el uso de fajas abdominales, que en los casos de vientre péndulo suministran un punto de apoyo al útero, que es fácilmente desplazable.

Es asimismo conveniente evitar los enfriamientos, principalmente en las épocas menstruales, así como es preciso también vigilar el funcionamiento

regular del tubo digestivo, empleando en caso necesario los purgantes o laxantes, para mantener vacuo el intestino grueso y con ello mantener la circulación pelviana en regularidad completa.

Los abusos sexuales y en especial las prácticas anticoncepcionales son causantes de metritis y por ello es conveniente, como medida higiénica, informar a las mujeres de los peligros de su empleo.

Tratamiento general.—De la medicación interna diremos que es escasísimo el valor que tiene para curar los procesos de inflamación de naturaleza microbiana; pero no puede negarse la eficacia que tiene el tratamiento interno de los procesos inflamatorios de la matriz cuando obedecen a causas generales y cuando el estado de cronicidad está sostenido por alteraciones nutritivas que afectan al organismo en general.

No es posible dejar en olvido el tratamiento general de las metritis crónicas cuando aparecen en mujeres que tienen perturbaciones generales de la nutrición. Sea o no de origen microbiano la metritis que padezca una enferma escrófulosa o linfática, el tratamiento general le producirá mayores beneficios que el exclusivamente local, porque aun siendo microbiana la metritis, está sostenida su cronicidad por un estado general; el aceite de hígado de bacalao, la administración al interior de yodo y sus diversos preparados, la permanencia al aire libre, los baños de sol, etc., producirán sus efectos beneficiosos y llegarán, si no a curar la metritis, a colocar la enfermedad en condiciones de obtener una curación persistente, cosa que no lograríamos si prescindieramos de tratar el estado general.

Creemos se olvida demasiadas veces que, si bien los órganos enferman por múltiples causas microbianas o amicrobianas, es la alteración del organismo la que sostiene generalmente la enfermedad; enfermas diabéticas, artríticas, linfáticas, con metritis de naturaleza microbiana, no curan definitivamente, ni con la intervención quirúrgica, ni por medios tópicos, cauterizaciones, etc., si no se atiende al estado general de su organismo, si no se procura por medios generales modificar la enfermedad general, etc.

Lo mismo decimos de aquellas que son nerviosas y que presentan alteraciones neurotróficas muy acentuadas; combatir por medios adecuados las perturbaciones nerviosas que acompañan al proceso metrítrico es el factor principal de la persistencia de la curación.

Los medios higiénicos de tratamiento de las metritis son los comunes a todos los órganos que se hallan inflamados. Necesitan éstos un cierto grado de reposo, compatible con las necesidades de la vida; no hay que pensar en que a la mujer que tiene una enfermedad crónica que le produce escasas o no muy intensas molestias, la podamos obligar a un reposo general absoluto, durante meses; esto es imposible, y el reposo general en la metritis crónica debe tender únicamente a evitar los ejercicios exagerados, como la equitación, la bicicleta,

el pasear en coche o en carro, como tampoco pueden aconsejarse los paseos a pie muy prolongados. Si el reposo absoluto es imposible hacérsele observar a una enferma que padezca una metritis crónica, sí puede privársele toda clase de ejercicios exagerados que, por otra parte, ella reconoce que la empeoran, pues se exageran las manifestaciones dolorosas, principalmente las lumbo-sacras.

Otra cosa debemos aconsejar, pero ya con más rigor, y es el reposo genital. Si la enferma está decidida a curarse, es necesario que evite todo lo que pueda significar motivo de congestiones de los órganos enfermos. La congestión uterina puede producir una ruptura de los vasos de la mucosa uterina y, en consecuencia, dar lugar a alteraciones meno o metrorrágicas que ejerzan una influencia desfavorable en el curso del proceso: el reposo genital, no ya solamente la supresión del coito, sino también de la excitación venérea, es imprescindible. Se debe recomendar la supresión del coito, pero aun más que éste, es perjudicial la excitación genésica que le precede.

Tratamiento local. —Para el tratamiento local debemos tener en cuenta, en primer término, la forma clínica que tenga la metritis.

En los casos de metritis fungosa, esté o no esté interesado el parénquima, el empleo de cáusticos intra-uterinos proporciona la curación, si se aplican en la forma debida. Hay que tener presente, para el empleo de los cáusticos, las condiciones que ofrezca el hocico de tenca; cuando los orificios del cuello de la matriz son perfectamente permeables y se puede penetrar en la cavidad del cuerpo con gran facilidad, débense emplear cáusticos líquidos de una concentración bastante elevada.

Las condiciones del cuello son tan importantes para la eficacia del tratamiento, que, por no tenerlas en cuenta, muchas veces sobrevienen trastornos de alguna consideración. El empleo de la jeringa de Braun no tiene grandes inconvenientes, si el líquido cáustico que se inyecta en el interior de la matriz encuentra gran facilidad para su salida; pero si se emplea la inyección intra-uterina en casos en que los orificios del cuello del útero no sean fácilmente permeables, se fuerza el ostium tubárico, penetra el líquido en el interior de las trompas, y en algunas ocasiones dentro de la cavidad peritoneal, y ocasiona fenómenos reflejos que pueden ser motivo de lipotimias y síncope de gran importancia.

Por este motivo ha sido eliminado casi de la práctica ginecológica el uso de las inyecciones de sustancias cáusticas o cateréticas en el interior del útero; pero si se tiene en cuenta la disposición del cuello que acabamos de mencionar, se puede impunemente utilizar este medio de tratamiento, sin temor a que sobrevengan los accidentes sincopales de que hablan los autores.

Las sustancias que pueden inyectarse en el interior de la cavidad del útero, como la tintura de yodo, solución de cloruro de cinc al 10 por 100, de nitrato de plata al 5 por 100, glicerina creosotada al 1 por 100, etc., sirven

como modificadoras de la mucosa. La cantidad inyectada no debe pasar nunca de 1 cent. cub.; pero como en algunas ocasiones, en presencia de las sustancias cateréticas o cáusticas, puede experimentar una retracción enérgica el orificio interno del cuello, y ser esto motivo de que no salga con facilidad el exceso de líquido que haya penetrado en la cavidad uterina, sin creer que sea tan perjudicial como algunos han supuesto el empleo de la jeringa de Braun, preferimos nosotros el empleo de los cáusticos utilizados de otra manera.

Cogiendo dos o tres tallos metálicos o de celuloide, en cuyo extremo se coloca una pequeña cantidad de algodón empapado en la substancia medicamentosa, se introduce en el interior de la cavidad uterina de manera que el cáustico se ponga en contacto con todos los puntos de la mucosa; pero es preciso tener muy presente que a poco estrecho que sea el conducto cervical, al pasar el tallo empapado en la substancia cáustica por él, se exprime, y lo que ocurre frecuentemente es una cauterización excesiva de la mucosa cervical, y nula de la mucosa del cuerpo. Teniendo presente esta circunstancia, debemos aconsejar la utilización de estos tallos, pero tomando la precaución de realizar previamente una dilatación del conducto cervical, utilizando las bujías de Hegar o cualquier otro dilatador metálico.

En vez de substancias líquidas, se ha utilizado asimismo la inyección de pomadas a base de vaselina y lanolina, llevando substancias estípticas o cateréticas incorporadas. Así las soluciones de adrenalina mezcladas en la proporción de 1 por 100 a la vaselina, la creosota, pueden servir como medios tópicos a emplear en distintos casos de metritis.

Döderlein aconseja el uso de la solución normal de formol al 40 por 100 para los casos de metritis fungosas. La introducción sucesiva de tres tallos, en cuyo extremo se halla el algodón empapado en la solución de formol, realizada una vez y repetida la cauterización a los quince días, es suficiente para alcanzar la curación de procesos metrítricos fungosos de larga fecha. Nosotros hemos utilizado frecuentemente este medio de tratamiento y hemos evitado con él, el empleo de las legraciones uterinas, que constituyan para estos casos hace algún tiempo el método de tratamiento de elección.

El inconveniente que tiene el empleo del formol en estas condiciones es que frecuentemente, durante diez minutos, la enferma se queja de dolores bastante pronunciados y a menudo viene un estado semilipotímico, que desaparece rápidamente, así como la sensación dolorosa. Los días que siguen a esta cauterización, la enferma presenta todavía una mayor cantidad de flujo sucio, manchado en sangre, que se va aclarando en los días sucesivos, hasta desaparecer por completo.

El uso de las irrigaciones intra-uterinas que en un tiempo se recomendó no tiene razón ninguna de empleo en los casos de metritis crónica, en que la cavidad del órgano no tiene más allá de 2 a 3 c. c. de cabida.

En las formas leucorréicas, en que persiste el estado premenstrual de la mucosa, las cauterizaciones con el formol no producen los brillantes resultados que en los casos de metritis fungosas. El hallarse frecuentemente en el fondo de las glándulas los agentes infectantes que producen la leucorrea abundante, impiden que el tratamiento arriba mencionado produzca los efectos beneficiosos que en las metritis intersticiales. Para estos casos se ha recomendado el uso de óvulos medicamentosos, a base de manteca de cacao o de otra substancia, que al calor del cuerpo va fundiéndose y que llevan incorporados antisépticos capaces de modificar el estado de la mucosa. Lo que interesa principalmente en estos casos es la perseverancia en el tratamiento, ya que a la larga se consigue la curación completa, pero es de absoluta necesidad no dejar que cuando el incendio se halla casi apagado, por descuido, vuelva el rescoldo a tomar incremento y a producir nuevos brotes de inflamación.

Al tratamiento por medio de los cáusticos, cateréticos, estípticos y, en general, todos los modificadores de la mucosa uterina, de que venimos hablando, es preciso asociar el uso de irrigaciones vaginales ligeramente antisépticas, que sirven, al tiempo que de desinfectantes de la vagina, de modificadores, por las condiciones físicas de temperatura del agua, de la circulación pelviana. En este sentido también pueden utilizarse los óvulos a base de glicerina e ictiol o thigenol, como modificadores de la circulación pelviana por el efecto descongestivo que pueden realizar, por un lado, la glicerina, determinando exudación abundante de la mucosa, y por otro, las substancias bituminosas de que hablamos, como modificadoras de la circulación alta.

El uso de tapones intra-uterinos empapados en substancias medicamentosas, puede tener su indicación en casos de retención de productos ovulares y también como tratamiento de momento en casos de meno o metrorragia muy abundantes; mas como quiera que el taponamiento intra-uterino puede ser motivo de retención de productos de exudación uterina, que quedan detrás del tapón, y en algunas ocasiones causa de dolores por contracciones del órgano, que intenta expulsar el tapón, dejamos este medio sólo como excepcional, para aconsejar los anteriormente mencionados.

Schneyer y Pinkus han preconizado el uso del vapor a presión para determinar una cauterización intra-uterina capaz de curar con ello el proceso metritico. Las comunicaciones de Pinkus al Congreso de Moscou, en el año 1897, indujeron a gran número de ginecólogos al empleo de este medio de tratamiento. Las ventajas del mismo no guardan relación alguna con los inconvenientes que tiene el empleo del vapor a la presión suficiente para que produzca la cauterización eficaz de la mucosa, sin sobrepasar los límites, especialmente en lo que se refiere a la acción cáustica.

Dentro de estos múltiples medios tópicos que pueden utilizarse, buscando

la acción estíptica, la caterética, cáustica o antiséptica de la mucosa, no hay que perder nunca de vista la posibilidad de sobrepasar los límites que se desean de la acción medicamentosa y de que la substancia empleada pueda enfiar los conductos tubáricos y ser causa de trastornos salpingianos o peritoneales.

El ácido nítrico, el ácido fénico, el nitrato ácido de mercurio, el ácido crómico, utilizados en substancia por algunos ginecólogos, merecen por nuestra parte la reprobación, por los múltiples inconvenientes que ofrece su uso, entre los cuales son muy dignos de ser tenidos en cuenta los que significan la destrucción completa de la mucosa y formación luego de un tejido inodular que sirve para producir de modo definitivo la amenorrea y la esterilidad.

Tratamiento operatorio.—El tratamiento operatorio de la metritis corporal está representado por la *legración uterina*.

Esta operación inventada por Recamier hace próximamente un siglo, olvidada después, tomó hace algunos años un incremento tan considerable que la cucharilla del ginecólogo estaba en uso casi tan corriente como el bisturí del cirujano. Todas las formas de metritis, simples unas y complicadas otras, fueron tratadas por la legración, y fué tal el abuso que de este medio de tratamiento operatorio se hizo, que la reacción vino de tal manera que llegó a ser por algunos rechazada en absoluto.

En realidad, para algunos casos, tiene la legración uterina utilidades indiscutibles e indicaciones precisas.

El objeto que se pretende con la legración puede ser, bien el de evacuación de los materiales que se hallen en el interior del útero, desprendidos o poco adherentes a la mucosa, cuales son restos ovulares, restos de neoplasias polipoides, etc., y en este caso se denomina *legración evacuadora* y se realiza con cucharilla no cortante, o bien la verdadera legración o extirpación de la mucosa uterina, que debe realizarse con cucharilla de bordes perfectamente cortantes.

El objeto de la legración, como decimos, es la extirpación de la mucosa del útero, dejando los fondos de saco glandulares para que ellos sirvan de punto de partida de las formaciones epiteliales que deben constituir la nueva mucosa del órgano, mucosa en condiciones de fisiologismo absoluto, tanto en lo que se refiere a la función menstrual como a la función de reproducción. Este mismo hecho de la necesidad de dejar los fondos de saco glandulares implica el peligro de si llega a la extirpación total de los mismos, en vez de formarse luego una mucosa sana, se quede constituyendo un tejido de cicatriz análogo al que se produce con el empleo de los cáusticos excesivamente enérgicos, y, por lo tanto, pueda, después de una legración realizada de modo excesivo, llegarse a producir la esterilidad y la amenorrea definitiva de la mujer.

En los casos de metritis fungosa, en que clínicamente el síntoma hemorragia es el que domina, la legración uterina produce excelentes resultados. No así en los casos de endometritis glandular de forma leucorréica, en la que la existencia del estado premenstrual no se modifica a pesar de la legración y la enferma continúa, después de esta operación, perdiendo igual cantidad de flujo leucorréico que antes de la misma.

La técnica de la operación es sumamente sencilla. Colocada la mujer en posición dorso-sacra, cogido el hocico de tenca con una pinza de Musseux de uno o dos garfios, se practica la dilatación del cuello uterino por medio de las bujías de Hegar o de otros dilatadores metálicos. No suscribimos de modo alguno la técnica de verificar la dilatación del cuello del útero el día antes por medio de tallos de laminaria, ya que el empleo de tapones cervicales, sean de la clase que se quiera, es siempre motivo de retención intra-uterina de flujos, y toda retención representa siempre el peligro de aumentar la virulencia de los gérmenes existentes. Preferimos la dilatación con los Hegar en el acto mismo de la intervención.

Realizada la dilatación del conducto cervical, se introduce la cucharilla cortante y comiéndase la legración de arriba abajo siguiendo un orden metódico para que toda la pared uterina quede perfectamente legrada. Merecen especial cuidado los ángulos del órgano en los que desembocan las trompas, ya que frecuentemente son estos puntos los que inician la reproducción del proceso metrítrico, por no haber sido cuidadosamente tratados.

Al legrar con la cucharilla la cavidad del útero, se siente un chirrido especial que demuestra que la porción de mucosa afecta del proceso de inflamación que produjo la formación de fungosidades, ha sido eliminada.

Una vez hecha la legración de toda la cavidad del útero, introdúcese un escobillón, o lo que es mejor, una tira de gasa aséptica para restregar por completo la pared interna del útero. A esto sigue la introducción de una gasa o un algodón empapado en tintura de yodo para actuar como modificador de la totalidad de la mucosa.

Prescindimos en absoluto de la irrigación intra-uterina que antes se utilizaba con frecuencia en esta operación, así como prescindimos también en absoluto del taponamiento dejado después de la intervención. Sólo en casos excepcionales en que la legración se realiza en un útero *post-abortum* con retención de grandes productos ovulares en que sangra en cantidad considerable el órgano, sólo en estos casos se debe emplear el tapón intra-uterino hecho con gasa perfectamente esterilizada, ya seca, ya empapada en solución antiséptica, dejando sólo doce horas el tapón colocado.

En los días sucesivos a la operación, al tercero o cuarto día, se practican algunos toques intra-uterinos con tintura de yodo o con alguna solución ligeramente caterética. A los diez o doce días, la enferma se halla completamente

bien, y si la indicación de la operación estaba bien tomada, la curación sobreviene sin accidente alguno.

En lo que se refiere a las indicaciones de la legración uterina, debemos hacer constar que frecuentemente, por no haberse diagnosticado procesos salpingianos que estaban dormidos, inflamaciones anexiales en estado latente, al segundo o tercer día de la intervención, se han agudizado estos procesos y la enferma, presa de elevaciones de temperatura que llegan frecuentemente a los 40° y aquejando dolor intensísimo en una o en las dos fosas ilíacas, inicia un proceso agudo de inflamación pelvi-anexial que ha sido despertado por el acto de la legración. De ahí que deba vigilarse bien el estado de los anejos antes de aceptar la indicación del tratamiento operatorio de la metritis por medio de la legración del útero.

Al hablar de la anatomía patológica de las metritis crónicas, hemos dicho que en algunas ocasiones es tal la blandura del órgano, que parece manteca. En estos casos es tan fácil que la cucharilla o el dilatador hagan falsa vía, que aun teniendo presente esta posibilidad, no hay operador al que no le haya ocurrido alguna vez este accidente.

Accidentes.—En el acto de la intervención operatoria pueden ocurrir algunos accidentes. El más importante de todos consiste en la perforación del útero, que puede ser hecha, bien con la cucharilla, bien con los dilatadores de Hegar, por no hacerles seguir la dirección exacta del órgano, que debe ser reconocida antes de comenzar la intervención quirúrgica.

Si se diagnostica a tiempo, este accidente no tiene gravedad alguna, porque al darse cuenta que el histerómetro, el dilatador o la cucharilla penetran en el parénquima del órgano, se deja aquel punto sin insistir en la legración y se evita el restregar la cuchara por el punto donde la perforación se ha realizado. Lo grave en estos casos es no darse cuenta del accidente y manejar la cucharilla después de haber atravesado el parénquima; las lesiones de carácter infectivo, y aun las traumáticas que pueden producirse, son grandes, si la mano que ejecuta no tiene conciencia absoluta del sitio en que está maniobrando.

En algunas ocasiones, la perforación es causa de un proceso hemorrágico; sangre que se acumula en el fondo de saco de Douglas y que puede ser motivo de un hematoma que si se infecta, da lugar a fenómenos pelvianos de gran importancia.

En los casos de metritis puerperal puede la perforación del útero tener una gravedad extraordinaria, porque las siembras peritoneales determinan fenómenos graves que pueden convertirse en mortales.

De ahí que en los casos de útero blando, y de esta naturaleza son todos los que se hallan afectados de inflamación de origen puerperal, las cucharas que se utilicen deben ser romas y de gran tamaño, para evitar que con facilidad pueda atravesarse el parénquima del órgano.

Para las metritis parenquimatosas crónicas utilízase con frecuencia la escarificación del cuello uterino como modificadora de la circulación total del órgano. Ha caído por completo en desuso el empleo de las sanguijuelas aplicadas al cuello del útero, pero las escarificaciones, ya simples, ya seguidas de la aplicación de un espéculum de Bier para hacer la aspiración, que actúa entonces como ventosa escarificada, producen fenómenos de descongestión del órgano, que sirven como modificadores del proceso de inflamación crónica del mismo.

Concomitante con el tratamiento enunciado más arriba, empléanse asimismo los que en el capítulo de las metritis cervicales aconsejamos, cuales son la escisión del cuello, su amputación, la curación de laceraciones, etc.

ALGUNAS FORMAS ESPECIALES DE METRITIS

METRITIS EXFOLIATRIZ

Dismenorrea membranosa.

Constituye ésta una forma especial de metritis que ha sido considerada por algunos como la agudización de un estado de metritis crónica, cuya característica es la expulsión de la totalidad o de parte de la mucosa uterina, realizada en las épocas menstruales.

La expulsión de estas membranas se verifica unas veces en todos los períodos menstruales; en otras ocasiones cada dos o tres menstruaciones aparece la expulsión de un trozo de mucosa, realizándose las otras menstruaciones de modo casi normal.

La expulsión de las membranas, que da nombre a la enfermedad, se produce acompañada de fuertes dolores de carácter intermitente, análogos en un todo a los que se sienten al producirse un aborto.

Desde el punto de vista anatomo-patológico, se reconocen en la mucosa del útero alteraciones análogas a las de la metritis intersticial, y la membrana expulsada, que unas veces tiene la forma de la superficie interna del útero, en otras se verifica en trozos que ofrecen los caracteres de tener una superficie lisa, que corresponde a la cara interna, y otra sembrada de pequeños puntos, que no son más que orificios de las glándulas tubulares de la mucosa.

En el intermedio de los períodos menstruales hállanse las enfermas generalmente completamente bien, sin aquejar dolor de ninguna especie; en algunas existe un pequeño flujo leucorréico.

La sangre que acompaña al período menstrual ordinariamente no es abundante, pero pueden aparecer variaciones considerables entre unas menstruaciones y otras, y en algunas llega a ser la cantidad de sangre expulsada tan abundante, que hace pensar que, en realidad, se trata más que de una menstruación dolorosa, de la expulsión de un huevo.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. —La naturaleza de la dismenorrea membranosa ha sido muy discutida. En realidad, no podemos aceptar por el examen de las lesiones más que la existencia de un proceso metrítrico crónico; pero tomando

como punto de comparación lo que ocurre con la colitis muco membranosa, con la que tiene algunos puntos de contacto, tal vez se encuentre su explicación en una génesis neurotrófica.

Aparece, la metritis muco-membranosa unas veces después de un aborto, y otras después de algunos años de verificarse la menstruación de modo normal; casi siempre recae en enfermas de temperamento nervioso, sumamente excitable, en las que las taras de perturbación neurótica se manifiestan con diversos caracteres. Por lo general, las enfermas afectas de esta enfermedad son estériles, si bien, antes de reconocerse el proceso metrítrico, han sido confundidas muchas veces sus crisis dolorosas con alteraciones atribuibles a un aborto, tanto más cuanto que, por lo general, éstas son mujeres que tienen grandes deseos de llegar a ser madres y a las que la esterilidad persistente les provoca una tristeza inmensa.

No es infrecuente que el proceso dismenorréico vaya acompañado de alteraciones neurotróficas de los ovarios y coincidan algunos casos con estados de hipoplasia genital, en los que la pared anterior del útero y la mucosa en su totalidad, se han detenido en su evolución de desarrollo.

Acompañan por lo general a la dismenorrea membranosa un cuello de útero pequeño, y no es raro encontrar un estenosis del cuello, que hace todavía más difícil la expulsión de las membranas que se verifica a fuerza de contracciones sumamente molestas.

Sin negar que frecuentemente, ya por las manipulaciones que se hayan hecho para el tratamiento, ya espontáneamente, haya tomado caracteres microbianos la inflamación crónica de la mucosa del útero en los casos de dismenorrea membranosa, en su origen reputamos a la enfermedad como amicrobiana, dato de gran importancia que conviene tener presente para ocuparnos de la cuestión del tratamiento.

PRONÓSTICO.—El pronóstico de esta forma de metritis no acusa gravedad para la existencia de la enferma, pero sí es motivo de perturbaciones psíquicas que obligan o ocuparse de modo serio del tratamiento de la misma.

CURSO.—La duración es indefinida. Su curso esencialmente crónico puede llegar a persistir durante toda la época de actividad genital de la mujer. Obedece por lo general, al tratamiento quirúrgico, y por lo tanto, puede pronosticarse en un sentido favorable por lo que se refiere a la curación, si la enferma se somete a un tratamiento adecuado.

En lo referente a la esterilidad, debemos ser muy parcos en la promesa de la curación absoluta de la misma, aun en las ocasiones en que desaparece el proceso dismenorréico, pero no es tampoco excepcional que pueda llegar a hacerse embarazada una enferma afecta de esta enfermedad.

TRATAMIENTO.—Es de todo punto conveniente mantener el cuello del útero lo suficientemente dilatado para evitar la retención de los productos membranosos y aun de la misma sangre menstrual. La dilatación por medio de las bujías de Hegar, los tallos de laminaria o cualquier otra clase de dilatadores, debe constituir el primer tiempo del tratamiento.

El uso de los cáusticos, antisépticos o cateréticos, no produce efectos favorables de ningún caso de esta enfermedad.

El tratamiento de elección es la legración uterina, procurando después de esta intervención, mantener el cuello dilatado, sosteniendo por la aplicación metódica durante cierto tiempo de las bujías de Hegar, el estado de gran permeabilidad del conducto cervical.

En algunos casos en que la dismenorrea membranosa va acompañada de un estado hipoplásico genital, hemos obtenido buenos resultados con el empleo de corrientes galvánicas de pequeña intensidad; 4 ó 5 miliamperios, repetidas dos veces por semana en un período de dos o tres meses.

Está indicada asimismo la d'arsonvalización como tratamiento coadyuvante de las perturbaciones generales de orden neurotrófico que sufren estas enfermas.

METRITIS CRÓNICA DOLOROSA

En algunas formas de metritis intersticial, en las que el síntoma físico dominante es el aumento del tamaño del útero, preséntanse manifestaciones dolorosas locales y a distancia, de tal intensidad, que han merecido de algunos ginecólogos formar con ellas una entidad clínica especial denominada *metritis dolorosa*.

En la mayoría de los casos de esta metritis, que fué en épocas anteriores descrita con la denominación de *infarto uterino*, no es el dolor de origen verdaderamente uterino, sino resultado de procesos perimetriticos o perímetro anexiales, pero en algunos casos no puede negarse que las alteraciones de la inflamación crónica pueden dar lugar a neuritis que se manifiestan con caracteres de tal intensidad, que merecen ocupar la atención de los ginecólogos.

Por lo común, van acompañadas estas formas de metritis dolorosas de menorragias, y resisten de tal manera al tratamiento, no ya solamente a las escarificaciones y cauterizaciones, sino incluso a los tratamientos generales más variados, que agotados todos estos medios de tratamiento, puede en algunas ocasiones hallarse indicada la histerectomía vaginal, y tenemos nosotros algunos casos de curación en los que, después de agotados todos los recursos, nos decidimos a este medio de tratamiento, presentando el útero tan escasas lesiones, que al tenerle en la mano nos dolía haber realizado operación de tal importancia; pero al ver el bienestar subsiguiente de la enferma nos

alegráramos de haberla realizado. Pueden asimismo ser tratadas estas enfermedades con las aplicaciones de Röntgen hasta llegar a la amenorrea definitiva.

METRITIS SIFILÍTICA

En el grupo de las metritis debemos estudiar una forma especial que por su sintomatología parece corresponder en absoluto a procesos de inflamación crónica, que es la llamada *metritis sifilítica*. En realidad, es esta enfermedad dependiente de la formación de pequeñísimas gomas que, al desmoronarse, producen síntomas en un todo análogos a los que resultan de la inflamación de la matriz por agentes comunes de infección.

Se presenta en las formas terciarias muy atenuadas de la sífilis, y tienen una resistencia muy notable a toda clase de tratamiento que no sea el específico.

METRITIS SAPROFÍTICA

A consecuencia de retenciones ovulares o por fenómenos de esfacelo de neoplasias intra-uterinas, determinase una forma especial de metritis, en que la característica es la existencia de flujos abundantes, de fetidez extraordinaria, acompañada de fenómenos metrorrágicos de mayor o menor intensidad. Lo especial de estas formas saprofíticas crónicas es la ausencia de fenómenos dolorosos y el estado de alteración hemática que se produce en la mujer por efecto de la reabsorción de las toxinas de los productos de putrefacción intra-uterina.

El tratamiento de estas formas consiste en la evacuación total de la cavidad del útero por medio de una legración, que debe realizarse con cucharilla no cortante, para evitar los peligros arriba enumerados, de la perforación de la matriz.

NEOPLASIAS DEL UTERO

En el útero asientan neoplasias de las más diversas especies. De ellas tienen unas, desde el punto de vista anatómo-patológico, una *benignidad* que algunas veces no guarda relación con la gravedad que significa su proceso evolutivo; otras son *malignas*, lo mismo desde el punto de vista anatómo-patológico que en el concepto clínico.

MIOMAS, FIBROMAS Y FIBROMIOMAS

Entre las neoplasias benignas que asientan en el útero ocupan el lugar preferente los denominados en un tiempo cuerpos fibrosos del útero y conocidos desde la época de Lawson-Tait, con el nombre de *miomas* y *fibromiomas*. Por tener su estructura parecida a la del tejido uterino, han merecido también el nombre de *histeromas* (Brocca).

Los miomas aparecen con una frecuencia considerable, si bien en muchas ocasiones, por el pequeño volumen que alcanzan y por la carencia absoluta de síntomas, pasa desapercibida su existencia. La raza negra parece más predispuesta todavía que la blanca a la aparición de estas neoplasias del útero, hasta el punto que Tydel cree que un tercio de las mujeres de color, en los Estados Unidos, padecen esta clase de neoplasias.

HISTOPATOLOGÍA.—En 1875, Lawson-Tait levantó su voz contra la denominación de tumores fibrosos con que generalmente se conocía a esas neoplasias uterinas, demostrando que la verdadera textura de los mismos la constituían fibras musculares lisas, y que sólo es el aspecto macroscópico el que había hecho que se colocaran entre los tumores de fibras conjuntivas estos procesos denominados hasta entonces fibromas del útero.

Efectivamente, el tipo de fibroma lo constituye una tumoración dura, que rechina muchas veces al cortarla con el bisturí, de aspecto blanquecino, de disposición fibrilar, más o menos flexuosa, de color blanco nacarado, con los caracteres físicos que se atribuyeron en todas las épocas a los cuerpos fibrosos.

El examen histológico, realizado cuidadosamente, demuestra que la casi totalidad de los elementos que integran la tumoración, son fibras musculares

lisas, en las que en algún punto se nota todavía un pequeño espesamiento, que no es otra cosa que el núcleo aplastado, y, por tanto, estas tumoraciones deben ser consideradas como *leiomiomas*.

No puede negarse que en algunos casos existen asimismo fascículos de tejido conjuntivo fibroso interpuestos entre los elementos musculares. De ahí la confusión que en la denominación se ha establecido, y a ello se debe que unos conozcan estas tumoraciones con el nombre de miomas, otros les llamen fibromiomas, y algunos, fijándose únicamente en el aspecto macroscópico, conserven el nombre de fibromas con que antes se les conocía.

En realidad, la significación es la misma. Ni puede negarse la existencia del fibroma puro, puesto que existe en otros puntos de la economía, ni puede ponerse en duda que en la inmensa mayoría de los casos las neoplasias son en su totalidad musculares y en otras ocasiones son mixtas de tejido conjuntivo y muscular, y, por lo tanto, el nombre de miomas o fibromiomas es el que con más justicia les corresponde.

CONCEPTO DE LA BENIGNIDAD DE LOS MIOMAS.—Desde el momento que no son estas neoplasias susceptibles de generalizarse, ni producir metástasis en diferentes puntos de la economía, hay que aceptar el concepto de benignidad desde el punto de vista anatómo-patológico; pero como quiera que a consecuencia del desarrollo que adquieren en algunas ocasiones y por la influencia que tienen sobre aparatos que desempeñan funciones esenciales a la vida, como son el corazón, el riñón, etc., pueden ser causa de perturbaciones graves que lleguen a ocasionar la muerte, el concepto de benignidad es sólo aceptable en el terreno de la anatomía patológica, pero en modo alguno en términos absolutos.

Por otra parte, estas neoplasias pueden experimentar degeneraciones que alteren profundamente el estado general de la enferma, y son a veces causa de compresiones de los órganos de la cavidad pelvi-abdominal que convierten en proceso de evolución funesta lo que desde el punto de vista de su estructura, parece no debiera influir sobre la totalidad de la economía.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Los fibromas del útero se desarrollan en el cuello o en el cuerpo del mismo.

División.—Según su implantación, se dividen en *submucosos*, *subperitoneales* e *intersticiales*. Los primeros, son los que se hallan inmediatamente por debajo de la mucosa del útero; los subperitoneales, los que se hallan inmediatamente por debajo del peritoneo, e intersticiales, los que se han desarrollado en el parénquima del órgano o miometrio.

Divídense también los tumores miomatosos, según su modo de implantación, en *sesiles* que tienen ancha base, y *pediculados* que se hallan adheridos al

útero por un pedículo más o menos estrecho. Los pediculados que se hallan dentro de la cavidad del útero o de la vagina, se denominan *pólipos*.

Los tumores intersticiales, a excepción de los que por tener elementos glandulares en su interior, han sido denominados *adenomiomas*, hállanse separados del tejido uterino normal por una cápsula conjuntiva, que permite la fácil enucleación de los mismos.

Tamaño y número.—El volumen es muy variable. Desde los pequeños

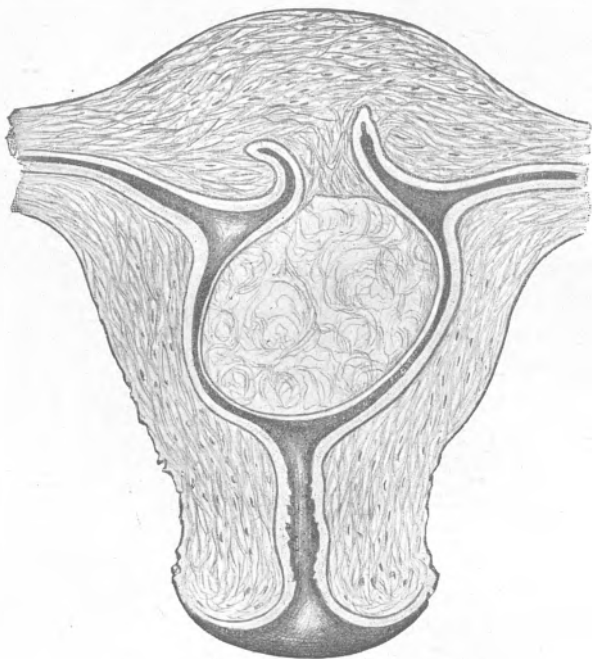


Fig. 219.—Fibromioma submucoso pediculado del fondo del útero (esquemático).

pólipos fibrosos, que no pasan del tamaño de una avellana y aquellos pequeños nódulos miomatosos intersticiales, que casi son indistinguibles por la exploración física y que no producen síntomas de ninguna especie, hasta los voluminosos tumores que llegan a alcanzar 20 y 30 kilos de peso, todas las variedades de tamaño pueden encontrarse.

En general, el mioma uterino es neoplasia que tiene tendencia al crecimiento gran-

de, sufriendo distintos impulsos con etapas de detención, lo que hace que no pueda predecirse, en términos generales, cuál es el volumen que un tumor determinado llegará a alcanzar.

Algunas veces los tumores fibromatosos son únicos, pero muy frecuentemente, al lado de un tumor de un volumen considerable, existen muchos otros en diferente estado de desarrollo.

Por lo general, los tumores fibromatosos del útero se hallan limitados a este órgano, pero no es infrecuente encontrar algunos que se desarrollan entre las hojas de los ligamentos anchos, y algunas veces hállanse masas neoplásicas

fibromiomas en los anejos, concomitando con las grandes formaciones uterinas.

Muy frecuentemente encontramos úteros miomatosos con varias producciones de esta naturaleza que le asemejan a los tubérculos de las patatas. Este hecho demuestra la actuación de una causa que obra al mismo tiempo sobre diversos puntos del parénquima uterino.

Por lo que se refiere a las alteraciones de la mucosa uterina, hallándose frecuentemente las modificaciones propias de la metritis fungosa, no es raro, sin embargo, hallar en muchos casos las alteraciones propias de la persistencia del estado premenstrual.

Tanto cuanto más próxima se halla a la mucosa uterina la formación miomatosa, tanto más acentuadas son las alteraciones que presenta aquélla. De ahí la diferencia que en algunos de los síntomas ofrecen los miomas, según su punto de implantación sea subperitoneal, intersticial o submucoso.

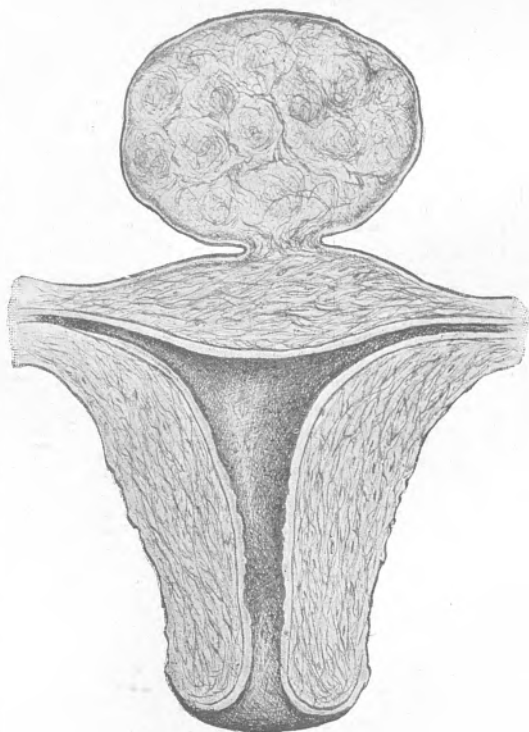


Fig 220 —Fibromioma subseroso pediculado del fondo del útero (esquemático).

PATOGENIA. —Si bien no podemos precisar cuál sea la causa determinante de la aparición de los fibromiomas, concurren en su desarrollo un conjunto de circunstancias que nos permiten asociar ciertas alteraciones funcionales a la existencia de las neoplasias que nos ocupan.

Una circunstancia, muy digna de ser tenida en cuenta, es que, por lo general, los miomas aparecen en el período de mayor actividad genital de la mujer, aun cuando existen algunos casos raros de fibromas aparecidos antes de la pubertad.

Las modificaciones que experimenta la textura uterina a consecuencia de la acción de las secreciones internas del ovario, la formación de los cuerpos amarillos en la gestación y la acción hipertrofiante de las fibras musculares, que experimenta el útero por efecto de la aparición de los mismos, inducen a buscar una relación patogénica entre las alteraciones de la función ovárica y la formación de tumores miomatosos del útero.

Por la actividad de las glándulas ováricas producen, mensualmente,

modificaciones estructurales de la mucosa del útero, del miometrio, y principalmente del aparato vascular sanguíneo de este órgano.

Dentro de la histopatología de los miomas encuéntrase fenómenos de hiperplasia muy parecidos, por lo que se refiere a las formaciones de vasos y de fibras musculares lisas, a lo que ocurre en el embarazo, y por lo tanto, es preciso reconocer una relación de causa a efecto en las perturbaciones de función de los elementos endocrinos.

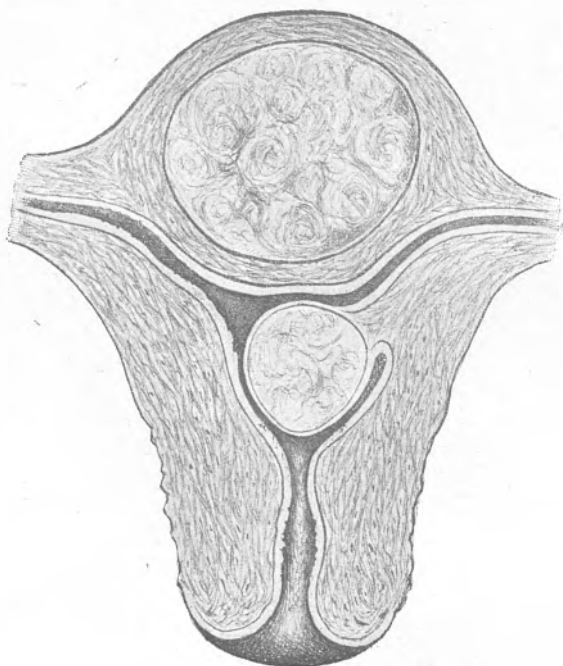


Fig. 221.—Fibromioma submucoso pediculado de la pared lateral del útero e intersticial del fondo del mismo (esquemático).

La circunstancia mencionada más arriba, de aparición de los miomas, generalmente en la época de la actividad genital, es un fenómeno que debe tenerse en cuenta, sobre todo si lo asociamos al hecho de la frecuente existencia de estos tumores en mujeres que por diversas circunstancias no llegan a poner su aparato genital en las condiciones del funcionalismo fisiológico. Por otra parte, si tenemos en cuenta el impulso de crecimiento que muy a menudo se observa en los fibromas al aproximarse la época de la menopausia, en la que los trastornos funcionales de las glándulas ováricas son manifiestos, esta relación de causa a efecto entre el funcionalismo ovárico y la formación neoplásica, se pone muy en evidencia.

La circunstancia de presentarse los fibromas del útero con una frecuencia considerablemente superior a los tumores de fibra muscular lisa, que en otros puntos pueden encontrarse, obliga asimismo a buscar dentro del propio funcionamiento del aparato genital, la causa íntima de la producción de los fibromiomas.

El punto por donde se inicia la formación miomatosa es la túnica media de los vasos. Esta fase vascular de la formación miomatosa puede observarse en los miomas jóvenes, persistiendo en algunos de modo definitivo la hiperformación vascular, constituyendo la variedad denominada miomas telangiectásicos; pero por lo común, a la fase hiperplásica vascular sustituye la hiperformación de fibro-células en grado tan considerable que la luz de los vasos llega casi a ocluirse a consecuencia de la transformación pseudo-fibrosa que experimentan aquellos elementos.

El período hiperformativo vascular es el que sirve de punto de partida de la formación miomatosa, guardando naturalmente una relación el proceso evolutivo del mioma con el tiempo de duración de la etapa vascular.

Gottschalk afirma que en el centro de todas las neoplasias miomatosas se encuentra una arteria que es el punto de partida de la misma. Nuestras investigaciones en este sentido (1), no nos permiten aceptar este origen único de la formación miomatosa, y creemos que si bien proceden los elementos musculares neoplásicos de la túnica media de los vasos, más que en un solo vaso, es en todo un territorio vascular, en donde se inicia el proceso formativo.

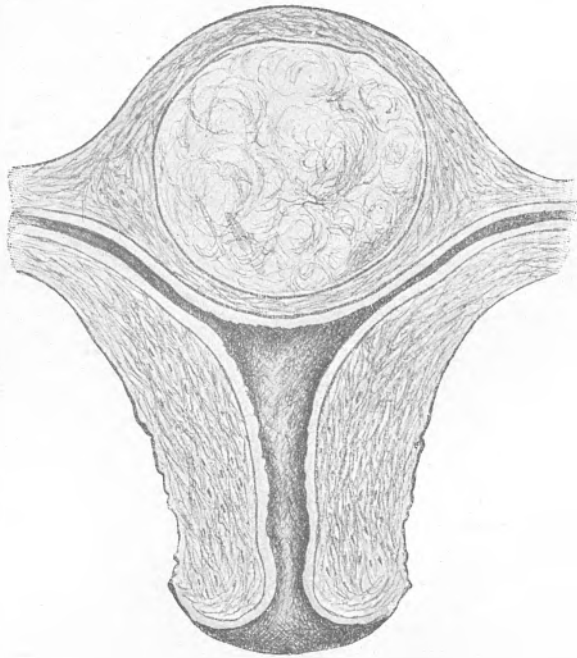


Fig. 222.
Fibromioma intersticial del fondo del útero (esquemático).

(1) *Revista de Especialidades Médicas*, pág. 122, 1904.

Si tenemos en cuenta la alteración cardio-vascular que tan frecuentemente se observa en las mujeres afectas de mioma, no podemos dejar en olvido la influencia que puede tener una perturbación trófica en la aparición de estas neoplasias. Si la relación de causa a efecto entre la secreción de las glándulas endocrinas y la aparición de los miomas la aceptamos como hecho fundamental, no podemos prescindir de las condiciones especiales de función del órgano ute-

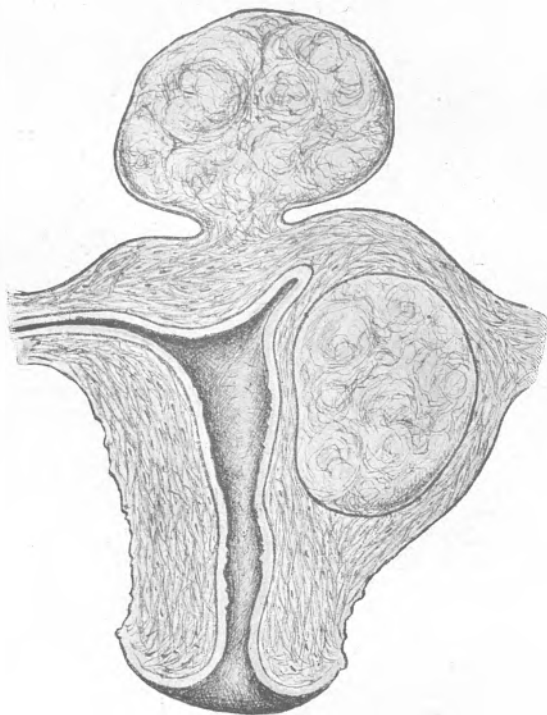


Fig. 223.—Fibromioma intersticial de la pared lateral del útero y subseroso pediculado del fondo del mismo (esquemático).

rino como predisponentes a la formación miomatosas. Las congestiones que experimentan los órganos genitales por el hecho de la menstruación, el coito y aun las simples excitaciones genésicas ocasionan cambios vasculares que predisponen a la formación neoplásica. La disposición anatómica de los vasos del útero, su abundancia, las múltiples fuentes de irrigación que le permiten subvenir a las necesidades que el estado de gestación implica, las flexuosidades de sus plexos venosos, etc., dan un sello anatómico a este órgano, que contribuye como factor patogenético a la aparición de las neoplasias que nos ocupan.

Veit atribuye un gran papel en la etiología de los miomas a la repetición exagerada de excitaciones genésicas. No está comprobada, sin embargo, una relación etiológica manifiesta formativa entre las anomalías del sentido genital y la aparición de los fibromiomas.

Por lo que se refiere a la formación de adenomiomas, o sea de los tumores miomatosos que contienen en su interior gran número de elementos glandulares, las opiniones de Ruge, Schottländer, de Gottschalk, Brauss, Nauser y Recklinhausen, vienen a coincidir en atribuir a los elementos epiteliales que se hallan en el interior de los mismos, unas veces a glándulas de la mucosa

uterina que han sido en una parte englobadas por las formaciones miomatosas, y en otras ocasiones a restos aberrantes de los conductos de Müller o del conducto de Gartner, que se extraviaron en el período embrionario.

Al ocuparnos de las degeneraciones que pueden experimentar los miomas, veremos que en estos elementos epiteliales aberrantes es en donde hay que buscar el origen de las transformaciones cancerosas de muchas de estas neoplasias, pasada la época de la menopausia.



Fig. 224.—Fibromioma subseroso pediculado, que por su situación permitía la fácil confusión diagnóstica con un fibroma de ovario.

En el fondo, la significación patogenética es la misma en los miomas que en los adenomiomas. Sólo el hecho circunstancial del englobamiento de los elementos epiteliales glandulares de la mucosa, o de restos de los conductos de Wolf o de Müller, es lo que constituye su diferenciación.

La circunstancia de presentarse en los casos de fibromiomas alteraciones ováricas muy manifestas, no de carácter flogístico, sino de carácter trófico formativo, es demostración de la acción patogenética que su función produce, y el hecho de la desaparición de los fibromiomas uterinos cuando se realiza la

castración quirúrgica, la röntgeniana o la atrofia ovárica fisiológica de la menopausia, demuestra asimismo esta relación de causa a efecto entre la hiperfunción ovárica y la aparición de los miomas.

SINTOMATOLOGÍA.—*Síntomas físicos.*—Los miomas uterinos producen síntomas dependientes de las modificaciones intrínsecas del útero y otros resultantes de los fenómenos de compresión sobre los órganos vecinos, además de los que son consecuencia de las condiciones físicas del tumor.

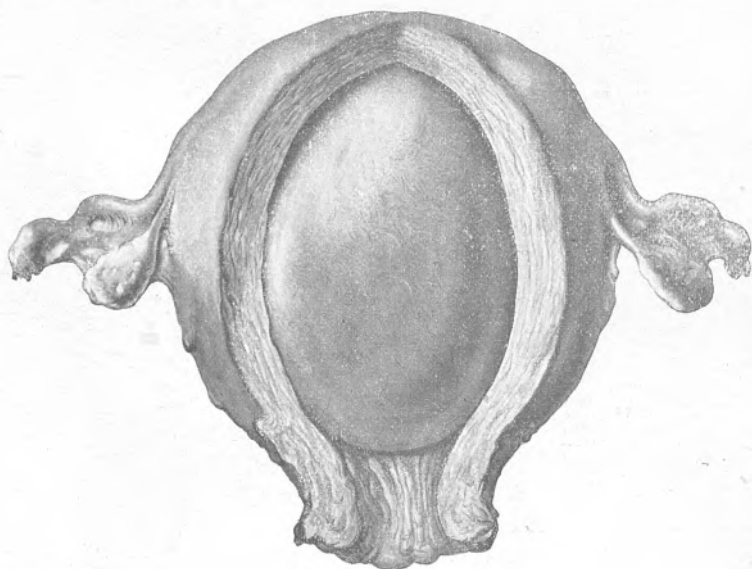


Fig. 225.—Voluminoso fibromioma submucoso.

Hemorragia.—La hemorragia es uno de los síntomas más constantes en los fibromiomas uterinos. No depende, como en el carcinoma, de la destrucción de los tejidos, sino de las alteraciones que experimenta la mucosa del útero por la existencia de la neoplasia.

Estas modificaciones de la mucosa son unas primitivas y resultan de la misma causa que ha determinado la formación del mioma; es decir, se halla relacionada con la hiperfunción ovárica, y otras veces la hemorragia resulta de la acción que el punto de implantación del mioma ejerce sobre la circulación de la mucosa.

Como regla general, puede afirmarse que cuanto más cerca se halla la neoplasia, de la mucosa uterina, tanto mayor es el síntoma hemorragia, y dentro de esta misma categoría, como a la acción formativa se unen las grandes alteraciones que la mucosa experimenta cuando es en ella donde se halla

implantada la tumoración, debemos afirmar que en los pólipos y en los tumores sesiles, que hacen gran prominencia en la cavidad del útero, es en donde el fenómeno hemorrágico se presenta con mayor intensidad.

El hecho de la hiperfunción ovárica, como determinante del fenómeno hemorrágico, produce la modalidad *menorrágica*. Las menstruaciones son abundantes, y muchas veces no es solamente la abundancia, sino la duración del flujo catamenial lo que llama poderosamente la atención de la enferma.

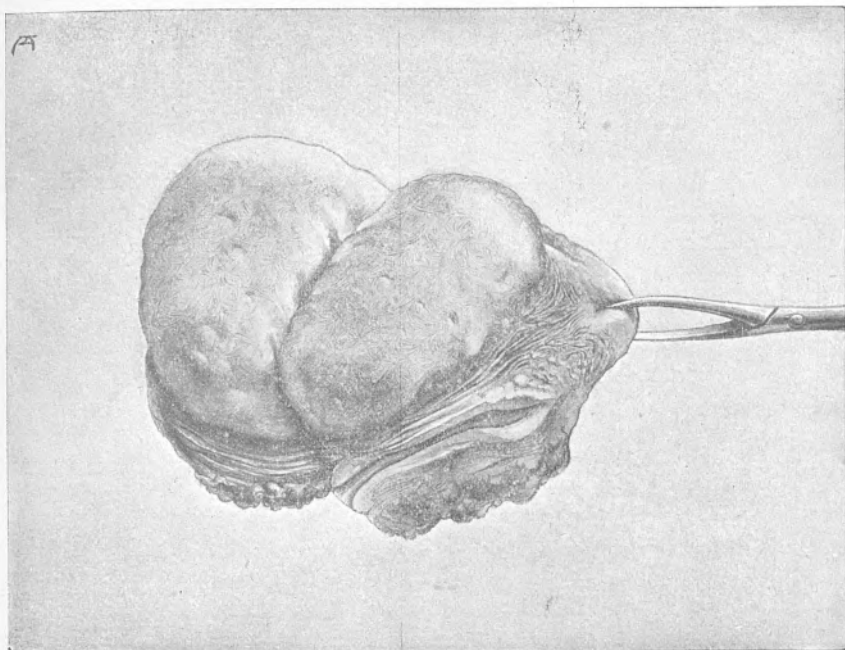


Fig. 226.
Voluminoso fibromioma intersticial que no modifica las dimensiones de la cavidad uterina.

Diez, doce, quince días de menstruación, acompañados de un adelanto de la época subsiguiente, hace que en algunos casos de mioma la mujer apenas se vea libre de sangre en ningún día del mes.

Las alteraciones vasculares que experimenta la mucosa, las nuevas formaciones de vasos que en la misma se producen a consecuencia de procesos endometrícticos secundarios que en los casos de existencia de miomas se presentan, pueden ser causa de que varíe el tipo menorrágico de la enfermedad y se presenten algunas veces verdaderas *metrorragias*.

La cantidad de sangre perdida puede ser considerable, y la repetición de estos fenómenos conduce muy frecuentemente a la enferma a un estado de

anemia acentuadísima, hasta el punto de que llevan marcada en la cara el sello de la pérdida hemática, y, aun antes de la exploración física, sólo por el aspecto y los datos que suministra del modo como se presentan las pérdidas de sangre, puede el ginecólogo hacer el diagnóstico de la enfermedad. La cantidad de sangre que se pierde puede llegar a poner en peligro la vida de la enferma, y si bien es muy raro que la muerte sobrevenga inmediatamente después de una hemorragia, son tales las perturbaciones que el estado hidrémico de la enferma produce en el estado general, que ellas por sí solas pueden ser causa de la muerte.

Las enfermas afectas de fibromioma uterino que han llegado a tener pérdidas hemáticas muy abundantes, se creen todas ellas cardíacas; fatiganse al menor movimiento, prodúcense palpitaciones, verdaderos ahogos, y, como quiera que muy frecuentemente el estado hidrémico, por sí, determina la aparición de edemas, el atribuirlo a un estado de afección orgánica del órgano central de la circulación, está perfectamente justificado. Si a esto se agrega que por el mismo estado hidrémico se percibe un soplo marcadísimo en la base del corazón y a lo largo de los grandes vasos que de él emergen, la confusión con las cardiopatías se hace muy fácil.

Si bien el síntoma hemorrágico falta pocas veces, hay localizaciones, cuales son las subperitoneales, principalmente las pediculadas, en que puede no existir pérdida hemática ninguna. Este hecho, sin embargo, no debe aceptarse de modo absoluto, ya que el factor hiperfunción ovárica que determina la aparición del tumor, puede por sí sólo ser causa de alteraciones congestivas de la mucosa del útero que son origen de fenómenos menorrágicos.

Los tumores intersticiales, por lo general, son causa de fenómenos menorrágicos bastante acentuados. No es, sin embargo, infrecuente encontrar tumores voluminosos desarrollados en el parénquima uterino, en que el fenómeno hemorragia no tiene importancia ninguna.

Este hecho se halla relacionado principalmente con el estado de la función ovárica. Es un hecho de observación clínica que los ovarios de las mujeres miomatosas de útero, se hallan aumentados de volumen, presentan gran número de vesículas de De Graaf en período de evolución formativa y que las modificaciones que experimenta la glándula intersticial se hallan tan acentuadas, que la relación de causa a efecto entre estas modificaciones de ovario y el fenómeno hemorrágico, son de toda evidencia.

Leucorrea.—El mioma *per se* no produce leucorrea, pero como quiera que las alteraciones de la mucosa revisten en muchas ocasiones el tipo de persistencia del estado premenstrual, de ahí que muy a menudo sobrevengan pérdidas leucorréicas muy abundantes, sobre todo en los días que preceden y en los que subsiguen a la menstruación. Estas pérdidas leucorréicas son en algunas ocasiones tan considerables, que sólo son explicables por la persistencia

indefinida de la hipertrofia e hiperplasia glandular, con los alargamientos y flexuosidades de los tubos glandulares que forman la característica del estado premenstrual.

En algunas ocasiones cesan las pérdidas hemáticas, sobre todo en el curso de los tratamientos radioactivos, y persiste durante un tiempo indefinido una pérdida leucorréica abundantísima que obliga a la mujer a llevar servilletas de aseo para no estar mojada constantemente.

En algunos casos la leucorrea es tan sumamente flúida, que sólo puede compararse a una hidrorrea decidual.

Dolores.—El fibromioma nunca es doloroso por sí. Como quiera que no produce infiltraciones celulares que determinen compresión de filetes nerviosos, el fenómeno dolor, en tanto el fibromioma no produce compresión en los órganos vecinos y en los plexos pelvianos, no aparece.

Este fenómeno es tan notable, que son muchas las mujeres que van al reconocimiento ginecológico y se descubre la existencia de un mioma voluminoso, sin que la enferma hubiese experimentado molestia ninguna en el sitio en que radica la tumoración.

Los fenómenos dolorosos que experimentan algunas veces las mujeres, obedecen a fenómenos de compresión, y mucho más frecuentemente a procesos anexiales de naturaleza flogística que se desarrollaron al mismo tiempo que la tumoración miomatosa. El hecho de las alteraciones de la mucosa resultantes del mismo mioma, pueden ser motivo de propagaciones endocavitarias hacia las trompas y ser causa de un proceso salpingítico; pero más frecuente que este hecho, es la coexistencia de un proceso ovárico completamente independiente de la formación tumoral.

Las enfermas afectas de salpingo-ovaritis, hállese su origen relacionado o no con la aparición de la tumoración, aquejan dolores cuya naturaleza no guarda relación ninguna con la formación neoplásica. El hecho de la concomitancia de lesiones anexiales con procesos neoplásicos de la naturaleza de los que nos ocupan, se pone de manifiesto en la actualidad en muchas pacientes, al tratar a éstas por los procedimientos röntgenianos. Algunas enfermas llegan a ver desaparecer completamente su tumoración miomatosa por efecto del tratamiento de los rayos X, en tanto que persisten los dolores en alguna de las fosas ilíacas, y la exploración física bien realizada, cuando el tumor ha desaparecido, permite reconocer la existencia de procesos salpingianos antiguos con adherencias a los órganos vecinos que explican perfectamente la persistencia y la duración del fenómeno doloroso.

Otra fuente de dolor en los fibromiomas es la compresión que experimentan algunos órganos pelvi-abdominales por acción de la tumoración. Cuando el fibromioma se desarrolla en la pared posterior del útero, no se hace francamente abdominal, determina fenómenos de compresión muy acentuados en los

plexos nerviosos pelvianos, y ello es causa de irradiaciones dolorosas a lo largo de los miembros inferiores que producen crisis al parecer neurálgicas, pero cuyo origen es puramente debido a la compresión.

Al desarrollarse en la cavidad pelviana los tumores miomatosos, producen en algunas ocasiones fenómenos de compresión de cuello de la vejiga, o un

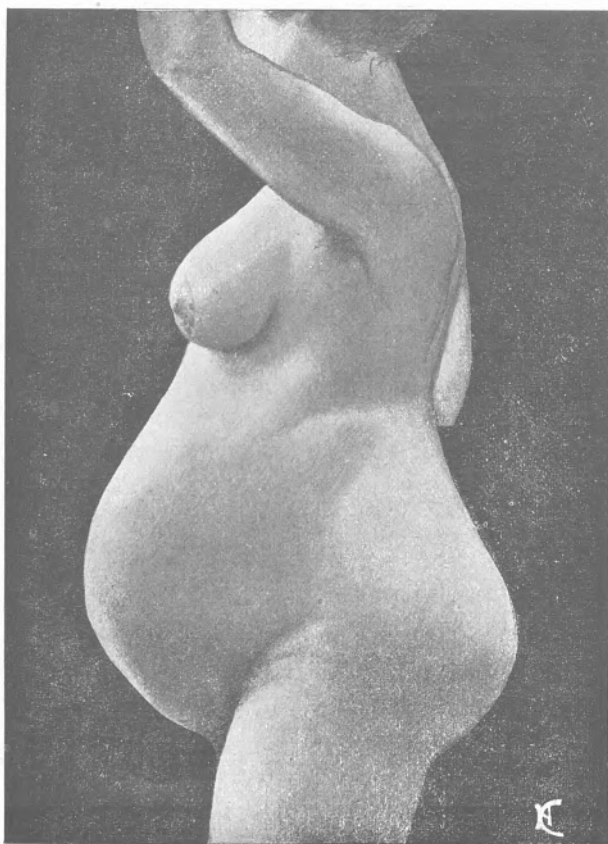


Fig. 277.—Mujer afecta de un voluminoso fibromioma uterino.

estiramiento de la porción de uretra más próxima a este órgano, que es causa de retención de orina. No son precisamente los tumores más voluminosos los que determinan los fenómenos de retención de orina; por el contrario, muy frecuentemente son tumores pequeños que, al no hacerse francamente abdominales, producen la compresión o el estiramiento que antes mencionamos, y son causa de que la enferma no pueda orinar, y si lo hace, es sólo adoptando las posiciones más raras: hay enfermas que no pueden orinar más que estando

completamente tendidas; otras, que necesitan colocarse arrodilladas; algunas, en la posición genu-pectoral; las enfermas adoptan las posiciones más raras para poder realizar el acto de la micción.

Este fenómeno, que se asemeja notablemente a la retención de orina en los casos de incarceration de un útero en retroversión, ofrece los mismos inconvenientes y peligros que aquélla cuando hay necesidad de recurrir con frecuencia al cateterismo vesical.

La compresión del recto puede ser motivo de estreñimiento persistente. No es raro que enfermas que se presentan con miomas que determinen fenómenos de compresión intestinal, ofrezcan los síntomas de las dispepsias y sean algunas de ellas tratadas como enfermas del aparato digestivo, ya que los síntomas dominantes, además de la constipación y estreñimiento pertinaz, son las alteraciones digestivas, frecuentemente acompañadas de vómitos; es muy raro que por el hecho de la compresión del recto aparezcan estados coprémicos acentuados, pero no puede negarse la posibilidad del fenómeno.

Otras compresiones pueden producir los miomas intrapélvicos, entre las cuales merece citarse la de los uréteres, así como también el fenómeno de desviación y alargamiento de los mismos, que ocasionan dificultades en la salida de la orina y que pueden ser causa de alteraciones renales secundarias.

La albuminuria y los fenómenos de pielitis supurada que se observan en algunos casos de fibromiomas, dependen, más que de fenómenos de compresión ureteral de infecciones ascendentes, ya producidas espontáneamente, ya por el hecho de cateterismos realizados en caso de retención de orina.

Además de los fenómenos de taquicardia que se observan resultantes de la hidremia de que antes hemos hecho mención, el mayor esfuerzo que el órgano cardíaco tiene que realizar en los casos de tumores de gran volumen, puede dar lugar a degeneraciones del miocardio, favorecidas, en gran parte, por las alteraciones hemáticas que existen por efecto de las hemorragias repetidas que tiene la enferma.

Síntomas objetivos.—Son muy variables los que por la exploración se pueden recoger en los casos de miomas, ya que dependen del tamaño, del punto de implantación, de las relaciones que tengan con los órganos vecinos, etc.

La exploración realizada por tacto combinado con palpación, permite reconocer la existencia de una tumoración dura, no dolorosa a la compresión, lisa en algunos puntos y en otros formando abolladuras de diferente tamaño.

La tumoración, que puede ser pequeña o llegar a alcanzar tamaño gigantesco, es, por lo general, movable, no dolorosa a la presión directa, y forma parte integrante del órgano uterino, de tal modo que el movimiento imprimido con el dedo que tacta en el hocico de tenca se trasmite de modo directo a la tumoración que toca la mano que practica la palpación abdominal.

Por lo que se refiere al tamaño, los hay que ocupan toda la cavidad del vientre, tumores verdaderamente gigantes, de 20 y 30 kilos, que empujan los intestinos hacia arriba y hacia atrás, por cuyo motivo la percusión de la porción baja y anterior del abdomen da un sonido completamente mate, hallándose sonoridad en los vacíos y aumentada muchas veces por timpanismo la sonoridad de la región epigástrica.

En otras ocasiones, los tumores son completamente intra-pélvicos, no hay posibilidad de movilizarlos; su dureza llega a ser pétrea, y por este hecho, apenas si por la exploración abdominal se halla la masa dura que constituye la

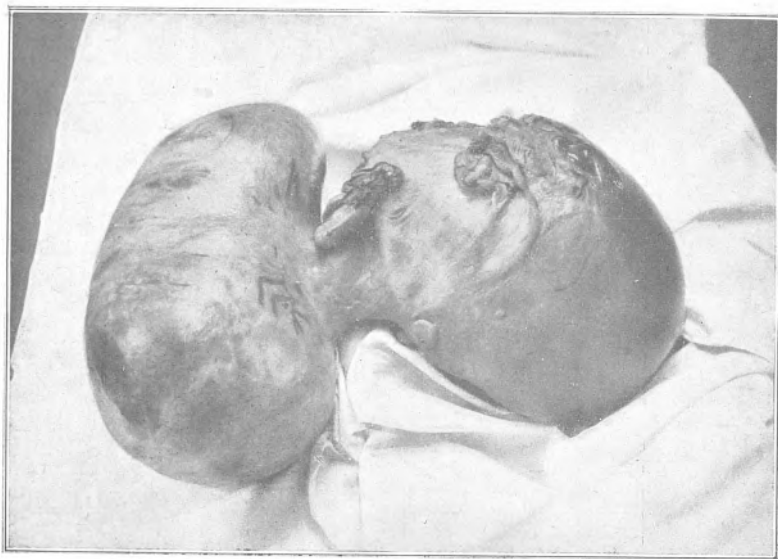


Fig. 228.—Fibromioma gigantesco bilobusado de 22 kilos de peso.

neoplasia, y en cambio, el dedo que tacta encuentra que todos los espacios de la cavidad pelviana se hallan ocupados por la masa del tumor.

El hocico de tenca, en los casos de tumor subperitoneal o intersticial del cuerpo del útero, puede hallarse completamente normal y cerrado su orificio, pero más comúnmente, no sólo en las formas poliposas y en los tumores seniles submucosos, sino también en algunas formas intersticiales en que existen grandes pérdidas de sangre, el orificio uterino y el conducto cervical son permeables al dedo, que puede reconocer el interior de la cavidad del útero con las diferentes elevaciones que la tumoración imprime a alguna de las caras del mismo.

Dentro de las líneas generales que acabamos de mencionar, hállese multitud de variantes que en la exploración física debemos reconocer, según se trate

de una tumoración papilosa, de otra cuyo principal desarrollo se realice en la porción cervical del útero o de aquellas formas intersticiales y subperitoneales, de desarrollo más o menos considerable.

Las alteraciones que en la micción se presentan pueden presumirse etiológicamente por la disposición de la tumoración. Los fenómenos de estiramiento de la porción alta de la uretra y los de compresión del cuello vesical, encuentran su explicación etiológica si se hace adoptar a la enferma posiciones diversas. El reconocimiento en posición genu-pectoral permite en muchas ocasiones diagnosticar la causa del fenómeno y aun lograr su corrección momentánea. Lo mismo se puede decir de las tumoraciones que producen compresiones del recto, que si en un comienzo son causa de tenesmo y de deseos frecuentes de defecar, en períodos más avanzados determinan fenómenos de constipación persistente, por anulación de la excitación refleja, reconocible en su etiología por la exploración directa.

La compresión del ciático puede ser causa de trastornos nerviosos, que se traducen por fenómenos dolorosos intensos a lo largo del miembro al que pertenece el nervio comprimido, y también por fenómenos de anestesia, que causan preocupaciones muy grandes a la enferma.

Diagnóstico diferencial.—Los miomas uterinos pueden confundirse con el embarazo en aquellos casos en que llegada la gestación al cuarto o quinto mes, por fenómenos patológicos del embarazo, se producen pérdidas constantes de sangre. La persistencia de las metrorragias, el aumento de volumen del útero y lo indoloro de la tumoración pueden confundir ambos procesos. El antecedente de una amenorrea de tres o cuatro meses, precediendo a la aparición de la metrorragia, es un diagnóstico de mucho valor, pero hay un síntoma que, bien apreciado, puede aclarar las dudas de modo definitivo, y éste es la contracción intermitente que presenta el útero en gestación, que cambia por completo la dureza de la tumoración que se palpa en ciertos momentos. Una tumoración abdominal que en unos momentos se percibe muy dura y en otros tan sumamente blanda, que parece como si desapareciera debajo de la mano, no puede ser más que un útero en gestación. Los fibromas presentan una dureza constante y siempre igual.

Los síntomas de reblandecimiento y permeabilidad del cuello, así como la coloración violácea de la vagina, propios del embarazo, pueden existir también en los casos de miomas cavitarios. En el cuarto o quinto mes los movimientos activos y los ruidos fetales pueden ser difícilmente apreciables y no pueden servir cuando negativos como elemento seguro de diagnóstico.

Con los *quistes del ovario* la confusión no es fácil; la renitencia que ofrecen las tumoraciones quísticas, la ausencia de menorragias, ya que en ellos se producen algunas veces amenorreas, y el hallarse la tumoración formando cuerpo independiente del órgano uterino, permite establecer fácilmente el

diagnóstico. Por otra parte, el cateterismo del útero acusa una longitud normal en los casos de quiste ovárico, que contrasta con el alargamiento de la cavidad, que se presenta en los casos de mioma uterino.

Los *quistes intraligamentarios* pueden ofrecer, en el sentido de la falta

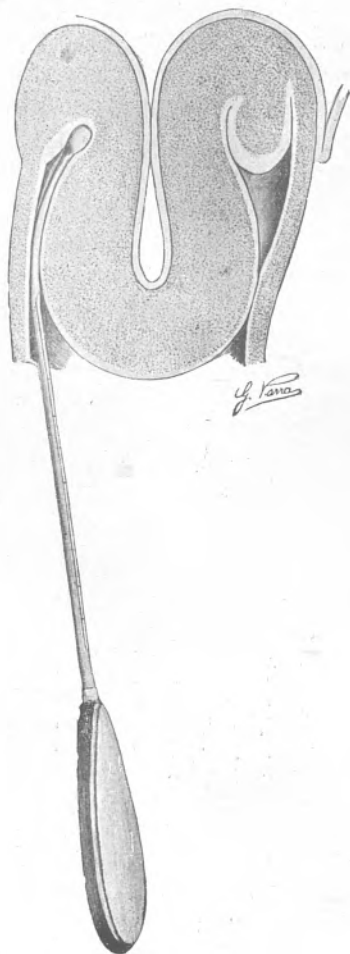


Fig. 229.—Histerometría de un caso de inversión de útero.



Fig. 230.—Histerometría de un caso de mioma polipoide.

de independencia entre la tumoración y el útero, motivo de dudas, pero la renitencia no permite la confusión.

No cabe posibilidad alguna de confundir un fibromioma de evolución abdominal con una *ascitis*, sea o no dependiente de tumoraciones malignas anexiales.

Las tumoraciones fibromatosas de evolución intrapelviana permiten la

confusión con *procesos salpingo-ovaríticos*, de naturaleza tumoral, tanto más cuanto en las inflamaciones anexiales es frecuente la existencia de procesos menorrágicos, al tiempo que las adherencias de los anejos con el útero, llegan a convertir todos los genitales en un bloc, o masa única, dura, resistente, que puede en algunos casos dar la sensación de un tumor fibroso, pero recordando que aun los fibromiomas de evolución abdominal que producen fenómenos de compresión son indolores *per se*, y si dan lugar a sensaciones dolorosas por parte de los nervios sensitivos, éstas son a distancia, y en modo alguno provocadas por la compresión directa o la movilización del órgano, el diagnóstico diferencial queda bien establecido con sólo buscar cuidadosamente la historia del fenómeno dolor y el que se produce por la exploración. En los procesos anexiales de naturaleza inflamatoria existe siempre dolor a la compresión directa, dolor espontáneo y dolor a la movilización, cosa que no ocurre en los fibromiomas de evolución pelviana.

Los tumores miomatosos de la cara posterior del útero permiten la fácil confusión con la *retrodesviación*, pero éste es un error fácilmente evitable con sólo practicar el cateterismo y reponer el órgano en su posición normal. Lo mismo podemos decir de los tumores de la cara anterior, que dan lugar a fenómenos de compresión de la vejiga, para diferenciarles de las ante flexiones exageradas.

El *hematocele* voluminoso que se halla en período avanzado de reabsorción puede confundirse con un fibromioma de la pared posterior. Los antecedentes de la enferma por un lado y la histerometría bastarán para aclarar por completo el diagnóstico.

La inversión del útero puede ser motivo de confusión con un tumor poliposo que hace su salida a través del orificio externo del útero. La superficie, lisa y roja, que ofrece el pólipo puede parecerse en un todo a la mucosa de un útero invertido; la confusión, sin embargo, no es posible si se practica la histerometría en las condiciones que señalan las figuras 229 y 230, ya que en los casos de tumoración poliposa el histerómetro penetra a una profundidad igual a la que penetraría en un útero normal, mientras que en los casos de inversión del útero no pasa la punta del histerómetro más que 2 ó 3 centímetros de la entrada de la matriz.

Evolución de los miomas.—Los fibromiomas uterinos experimentan un proceso de evolución muy diferente en unos casos de otros. Hay mioma que permanece durante muchos años sin experimentar crecimiento de ninguna especie. Otros, en cambio, crecen rápidamente, y después de un período de crecimiento, en que materialmente se les ve aumentar de volumen, se detienen allí y permanecen en estado quiescente durante meses y aun años, para después, al llegar a las proximidades de la menopausia, experimentar un nuevo impulso de crecimiento, dando lugar a un aumento considerable de todos los

síntomas, obligando en algunos casos a intervenir de modo rápido en su tratamiento a pesar de la edad de la enferma.

Por lo general, en los períodos menstruales aumenta el volumen de la tumoración, pero este aumento es sólo circunstancial, pues al desaparecer la congestión propia de la matriz, disminuye asimismo el tamaño del tumor.

Según que el crecimiento, sea de evolución abdominal o de evolución pelviana, la enferma se da o no cuenta de la presencia de su tumoración. En los de evolución abdominal puede la enferma no experimentar molestia de ninguna clase, pero sí notar cómo su vientre aumenta de volumen de un modo sensible. En cambio, en los de crecimiento pelviano, el hipogastrio puede hallarse completamente plano y, sin embargo, experimentar la enferma gran cantidad de molestias, debidas a la compresión de los órganos encerrados dentro del cinturón de la pelvis.

Al llegar las proximidades de la menopausia, casi todos los fibromiomas aumentan de volumen, y por su existencia, determinase un retardo considerable en la época de cesación de las reglas. La menopausia, que en nuestro país ordinariamente aparece entre los cuarenta y cinco y cincuenta años, en los casos de fibromioma se prolonga y se ven mujeres menstruando con regular periodicidad, si bien en forma menorrágica, a los cincuenta y dos, cincuenta y cuatro y cincuenta y seis años.

Cuando cesa de modo definitivo la menstruación, se detiene la evolución de los miomas. En la inmensa mayoría de los casos, a esta supresión de las reglas sigue una disminución considerable de la tumoración, hasta el punto de que pasados algunos meses, apenas se encuentra más que un núcleo duro, resto del tumor que había existido. No es infrecuente, sin embargo, que después de un período de dos o tres años de menopausia, reaparezcan las pérdidas de sangre y el tumor crezca de un modo considerable. Estos casos acusan siempre una transformación maligna de la neoplasia.

Consideramos nosotros como un axioma, que todo tumor miomatoso que después de unos años de ser menopáusica la mujer, experimenta un nuevo impulso de crecimiento, indica la transformación maligna de algunos de sus elementos.

El fenómeno de disminución considerable del tumor después de la menopausia, viene ya reconocido desde hace mucho tiempo, y en la época no lejana en que todo el tratamiento activo de los miomas consistía en la operación, se discutía por los ginecólogos si debían o no debían operarse las mujeres que se hallaban próximas a la edad crítica.

Las frecuentes transformaciones malignas de tumores miomatosos después de la menopausia, inducía a muchos ginecólogos a aceptar como necesaria la intervención operatoria, fuese cual fuese la edad de la enferma, en tanto que el número considerable de enfermas que curaban espontáneamente después de

la cesación de las reglas, inducía a otros ginecólogos a sostener el criterio no operatorio. En la actualidad este problema no existe, ya que la radioterapia ha resuelto de modo definitivo la conveniencia del tratamiento activo de los miomas, sea cual fuere la edad de la enferma.

Muchos de los fibromas submucosos y aun algunos de los intersticiales, que no están lejos de la mucosa del útero, experimentan un proceso de evolución hacia el interior de la cavidad convirtiéndose en tumoraciones polipoides, cuya base de implantación se va pediculizando y estrechando cada vez más hasta que haciendo salida por el orificio uterino, llegan a ocupar parcial o totalmente la vagina y se realiza por fin el proceso de expulsión.

Por lo general, este proceso evolutivo intracavitario va acompañado de grandes modificaciones de la mucosa, que son causa de hemorragias considerables.

En algunas ocasiones se produce un proceso necrobiótico parcial del mioma, que hace que el flujo que la mujer presenta, sea no solamente sanguíneo, sino icoroso. Casos de esta naturaleza han determinado frecuentemente la confusión con el cáncer.

La terminación de este proceso, si se realiza la eliminación espontánea, es la curación; pero los fenómenos de absorción de productos icorosos y las hemorragias pueden tener tanta intensidad, que lleguen a producir la muerte.

Complicaciones y alteraciones histológicas que pueden experimentar los miomas.

Inflamación.—Sea por vía endocavitaria o por penetración de gérmenes que sigan la vía vascular, linfática o sanguínea, se produce en algunas ocasiones la *inflamación* de un tumor fibromatoso. La proximidad del intestino puede ser también causa que motive una infección de la neoplasia, que se traduzca por inflamación.

Esta inflamación tiene, como síntomas primordiales, el aumento de volumen, la aparición de dolores espontáneos y la elevación general térmica con los fenómenos de frecuencia de pulso, inapetencia, alteraciones gástricas, etc., que acompañan a los procesos febriles.

La inflamación puede quedar limitada al mioma, dando lugar a un proceso de supuración con formación de absceso, que puede quedar incluido dentro de la tumoración hasta agotarse la acción virulenta del agente microbiano, o, lo que es más frecuente, abrirse paso al exterior, a través de los fondos de saco peritoneales, o producir fenómenos peritoníticos, de gran intensidad; en algunos casos se abre el absceso en la pared abdominal o en algún órgano vecino, cual es la vejiga o el intestino.

Por lo general, cuando aparece esta complicación, reviste caracteres de

gravedad, ya que la eliminación de los productos de desintegración celular y del pus se hace difícilmente, y no es raro que enfermas de esta naturaleza mueran por un proceso septicémico generalizado. Nosotros hemos operado varias enfermas en las que después de la extirpación del tumor, al abrirlo, hemos encontrado colecciones purulentas que no habían dado manifestación alguna que permitiera hacer un diagnóstico preciso, pero que justificaban los síntomas dolorosos y febriles que la enferma había acusado en diferentes épocas. El examen de la sangre y la determinación de la forma leucocitaria puede servir de coadyuvante diagnóstico.

Los fenómenos de inflamación del tumor son fácilmente confundibles con los de las flogosis anexas que muy frecuentemente acompañan y complican la evolución de los fibromiomas. Como quiera que el tratamiento es análogo en un caso que en otro, la confusión diagnóstica no reviste gran importancia.

Gangrena. — El proceso de inflamación puede llegar en algunas ocasiones a revestir una intensidad tal, que produzca la *gangrena*.

En los tumores subperitoneales pediculados y de base de implantación

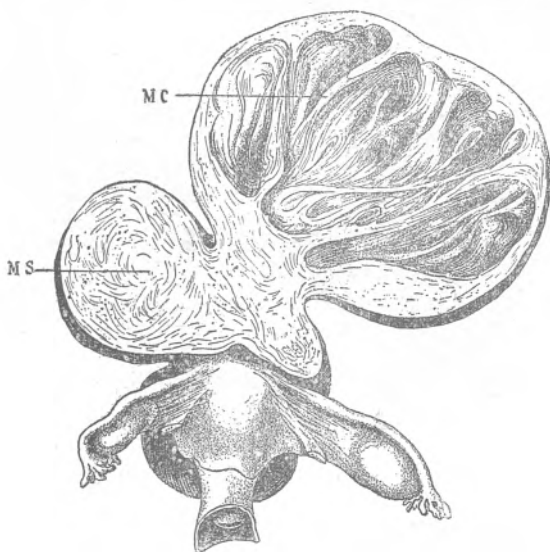


Fig. 231.
Degeneración quística de un fibroma uterino (Pozzi).

estrecha, obsérvase algunas veces, al igual que en los quistes del ovario, el fenómeno de torsión que conduce, cuando es muy pronunciado, al esfacelo de la tumoración en su totalidad, pero más frecuentemente a alteraciones de la periferia determinantes de procesos peritoníticos que al desaparecer la fase de agudez del proceso, terminan con la formación de íntimas adherencias de las asas intestinales con la masa tumoral.

Degeneración mixomatosa. — Se caracteriza por la aparición, entre los fascículos musculares, de una substancia mucosa que se distingue de los edemas simples por la cantidad de mucina que contiene. Existe asimismo en estos casos una proliferación de las células redondas del tejido conjuntivo que acompaña a los fascículos de fibrocélulas.

Reblandecimiento y edema.—Unas veces en los procesos de inflamación, otras en los períodos menstruales, y muy frecuentemente en el estado de gestación, el mioma experimenta un proceso de infiltración edematosa y de reblandecimiento que hace que el volumen aumente considerablemente. La mayor succulencia de los elementos que integran la neoplasia depende de las alteraciones circulatorias que acompañan a estos estados.

La degeneración grasosa, así como la degeneración amiloidea, son del todo excepcionales en esta clase de tumores.

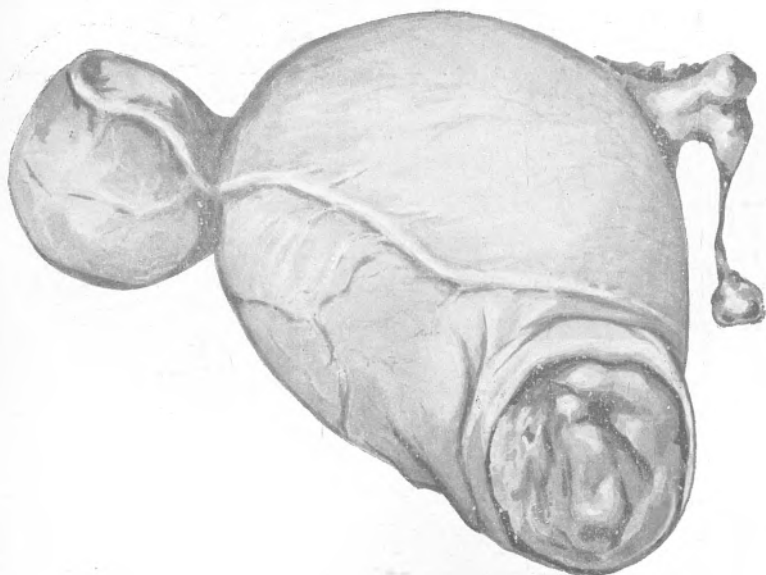


Fig. 232.—Carcinoma cervical coincidiendo con un mioma del cuerpo del útero.

Degeneración calcárea.—No es infrecuente encontrar tumoraciones fibromatosas que en el centro de la misma contienen depósitos de sales de cal, fosfatos y carbonatos.

El proceso degenerativo calcáreo se observa principalmente en los tumores que por ser pediculados experimentan defectos de nutrición. Cuando este proceso ocurre en un pólipo submucoso y la degeneración calcárea interesa toda la tumoración, puede llegar a ser expulsado en forma de una piedra, cosa que desde los tiempos antiguos está conocida con el nombre de *histerolitos* o *cálculos uterinos*.

Degeneración quística.—Un proceso degenerativo muy frecuente en tumoraciones miomatosas de gran volumen, es la formación de cavidades quísticas en el interior de las mismas. En realidad, el proceso no es más que un

estado de desintegración molecular granulo-grasosa, resultante de un proceso de insuficiencia nutritiva. Es un verdadero estado de gangrena molecular, en la que algunos de los elementos constitutivos del tumor, faltos de elementos de nutrición, mueren, se disgregan y licuan, quedando coleccionados en una cantidad mayor o menor dentro de la masa tumoral, y como quiera que no existen gérmenes que determinen la infección de estos focos necrobióticos, estas tumo-

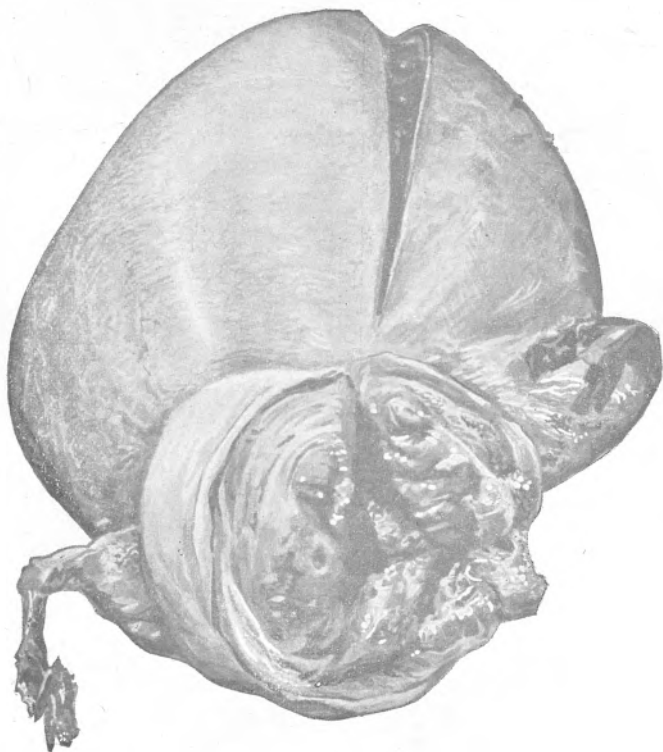


Fig. 233.—Degeneración carcinomatosa de un mioma de 16 kilos de peso.

raciones quísticas pueden pasar meses y aun años sin dar manifestación de su existencia.

El número de las cavidades quísticas que puede contener un tumor afecto de este proceso necrobiótico central puede ser tan considerable que al reconocimiento externo dé la impresión de una tumoración quística. Estos tumores han sido denominados como tumores *fibroquísticos*, pero en realidad no son más que fibromiomas con procesos degenerativos necrobióticos centrales resultantes de la falta de nutrición.

Köderle y Leopold suponan que algunas de estas cavidades de los tumores

fibroquísticos eran resultantes de dilataciones de los vasos linfáticos, verdaderas linfoectasias, a las que se agregaban focos de degeneración mixomatosa. En ninguno de los casos de fibroquistes que hemos tenido ocasión de examinar y cuyo análisis histológico hemos realizado, hemos encontrado elementos endoteliales de revestimiento de la cavidad quística que nos autoricen a admitir este origen linfoectásico.

Degeneración sarcomatosa.—Un proceso degenerativo, que se presenta generalmente después de la menopausia, es el sarcomatoso. Por lo general, las enfermas cuentan haber experimentado una disminución del tumor al sobrevenir la menopausia, y algún tiempo después, notaron que volvía la tumoración a crecer; en algunas ocasiones el impulso de crecimiento se realiza de modo tan

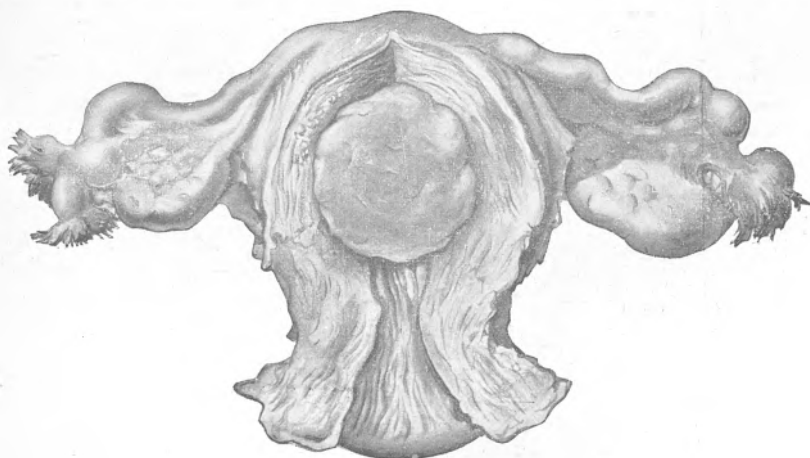


Fig. 234.—Degeneración sarcomatosa de un mioma cavitario de pequeño volumen.

extraordinario, que sólo este hecho indica la modificación profunda que experimentó la estructura del tumor.

El proceso íntimo etiológico de la transformación sarcomatosa no se conoce. Histológicamente se observa una proliferación considerable de elementos celulares, no miomatosos, sino del tejido conjuntivo, que van infiltrándose entre las fibrocélulas y cambiando por completo la textura histológica de la tumoración. Es muy común que la multiplicación conjuntiva celular revista la forma fusiforme, pero no es raro encontrar degeneraciones de esta naturaleza que pertenezcan al tipo globo-celular.

El punto por donde se inicia la transformación sarcomatosa es generalmente en las masas centrales de la tumoración. La cápsula de tejido conjuntivo que envuelve a los fibromiomas se rompe por algunos puntos y las proliferaciones celulares la invaden. La masa general del tumor es más blanda que en el

tipo del fibromioma puro, y las alteraciones que secundariamente experimenta la mucosa se acentúan, dando lugar a copiosas hemorragias, que más adelante se hacen muy repetidas por unirse a las alteraciones de la mucosa la disgregación y rotura de los vasos de la tumoración.

Degeneración carcinomatosa.—Más frecuente que la degeneración sarcomatosa es la transformación en cáncer de un fibromioma. Ocurre este hecho

también después de la menopausia; muy excepcionalmente antes de esta época.

El punto de partida de la degeneración epitelial se realiza una vez en la misma mucosa del útero. Las proliferaciones atípicas del epitelio que se inician en las glándulas de la mucosa uterina, van ganando en profundidad la masa tumoral, hasta convertir su mayor parte en un conjunto de elementos de esta naturaleza. En otras ocasiones, el punto de partida de la degeneración carcinomatosa está en los restos glandulares que han quedado englobados dentro del tumor, como restos aberrantes de los conductos de Wolf.

Lo mismo cuando toma origen en las glándulas de la mucosa que cuando procede de los restos epiteliales aberrantes del conducto de Wolf, el proceso de formación atípica puede revestir una intensidad muy notable, hasta el punto de que en el espacio de unos

cuantos meses, grandes masas neoplásicas de carácter fibromatoso se hallan todas ellas transformadas en masas carcinomatosas.

En realidad, no se trata de una verdadera transformación, sino de una sustitución de elementos; las fibrocélulas desaparecen, pero no se transforman; lo que ocurre es que entre ellas los elementos epiteliales que tomaron su origen en las células de esta clase que en el tumor existían han ido infiltrándose, tomando un crecimiento extraordinario y sustituyendo en su totalidad a las fibrocélulas.

Algunas veces las transformaciones carcinomatosas no interesan a la neoplasia en sí, sino que se trata de la coincidencia de un carcinoma corporal, adenocarcinoma, que se desarrolla en la mucosa del cuerpo de una matriz que se halla al mismo tiempo afecta de un proceso neoplásico fibromatoso. En estos

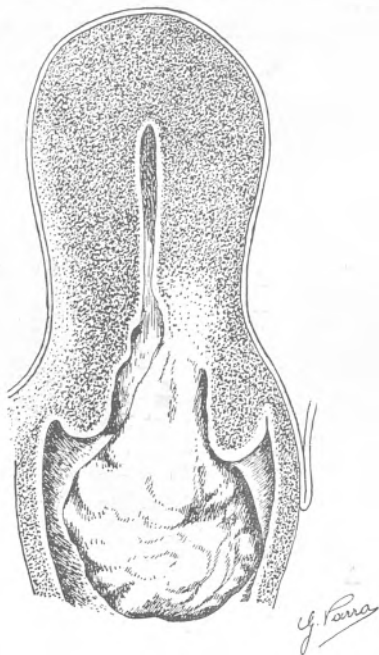


Fig. 235.—Degeneración sarcomatosa de un mioma cervical polipoide.

casos, los síntomas hemorragia, flujo leucorréico y la exploración histológica realizada con productos extraídos de la cavidad uterina marcan el tipo puro del carcinoma, pero las masas neoplásicas fibromatosas no presentan cambio notable en su consistencia y tamaño; pero cuando se trata de la invasión carcinomatosa, dentro de la masa tumoral del fibroma, el tumor entonces se hace muy blando; se producen propagaciones anexas que son causa de procesos ascíticos; el crecimiento del tumor se hace mucho más rápido, pero los fenómenos hemorrágicos y leucorréicos icorosos no tienen la intensidad que en el caso precedente.

El síntoma clínico patognomónico de la transformación maligna de las tumoraciones fibromatosas, es el reblandecimiento y crecimiento rápido, acompañado de hemorragias, de tumores que habían dejado de crecer y aun muchas veces a disminuir de modo muy apreciable durante los primeros años subsiguientes a la menopausia.

La facilidad de la transformación maligna

de las tumoraciones miomatosas se halla ordinariamente en relación directa con la cantidad de elementos epiteliales que en ellos existen. Dentro del tipo del adenomioma, es decir de aquellos tumores miomatosos que contienen en su interior una cantidad considerable de elementos glandulares procedentes de la mucosa del útero, la transformación epitelial tiene muchas más probabilidades de realizarse que en los que por su dureza se acercan más al tipo del fibroma puro. Por lo que se refiere a la estructura de estos adenomiomas, macroscópicamente no hay otro síntoma en el acto operatorio que el reconocimiento de lo incompleta que se halla la cápsula de tejido conjuntivo, que ordinariamente envuelve a los miomas puros.

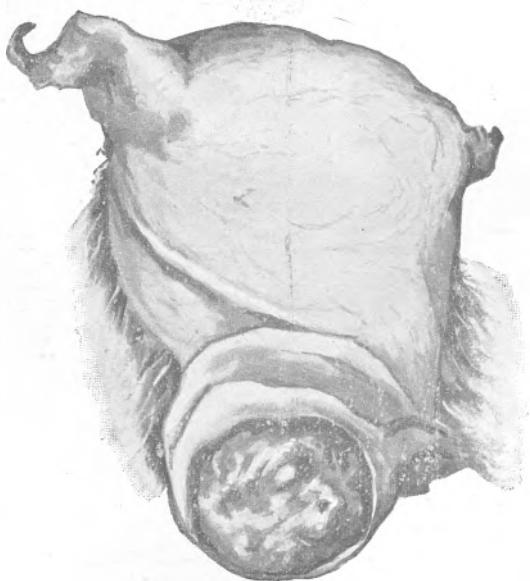


Fig. 236. - Carcinoma cervical coexistiendo con un mioma.

Miomas telangiectásicos.

No como una verdadera degeneración, pero sí como una variedad anatómo-patológica muy digna de ser tenida en cuenta por los síntomas especiales que puede determinar y por las dificultades operatorias que en algunas ocasiones se producen, se hallan los *miomas telangiectásicos*. Por lo general, los miomas y fibromiomas tienen muy pocos vasos en el centro de la tumoración, pero en cambio, en la periferia hállase una cantidad considerable de vasos, que en



Fig. 237.—Degeneración sarcomatosa de un mioma cavitario.

algunas ocasiones vienen a constituir un número de plexos venosos que pueden ser motivo de serias complicaciones. Hemos tenido ocasión de ver varios casos en los que la tumoración miomatosa se hallaba rodeada de un considerable número de venas, algunas de ellas del tamaño del dedo índice, que al continuarse con el plexo uterino y el pampiniforme, producen estados de verdadero varicocele pelviabdominal. En otras ocasiones, no es ya en la periferia del tumor en donde se halla este exceso de elementos vasculares, sino que se encuentra en el mismo estroma de la neoplasia y está constituido por vasos arteriales y venosos que dan a ciertas partes de la neoplasia, los caracteres de un tumor eréctil.

Estos casos de verdadera telangiectasia pueden ser motivo de grandes dificultades operatorias, y cuando se aproximan estas alteraciones vasculares a la superficie de la mucosa, pueden ser causa de hemorragias que lleguen a ser mortales.

Los tumores telangiectásicos son casi siempre diagnosticables por la auscultación; además de los síntomas propios de todas las neoplasias miomatosas, percíbese un soplo típico, confundible únicamente con el soplo uterino que se observa durante la gestación y que es dependiente únicamente de la diferencia de calibre que tienen los vasos arteriales y venosos.

Es muy posible que algunos de los casos de embolia que presentan enfermas miomatosas del útero, obedezcan en parte a las grandes alteraciones que en la circulación se producen por este estado de dilatación vascular.

Pronóstico de los miomas en general.

Al apreciar el pronóstico de los fibromiomas del útero, discrepan extraordinariamente las opiniones de los distintos ginecólogos. Enfrente de los que lo conceptúan siempre una enfermedad grave por la posibilidad que tiene de convertirse en un carcinoma o degenerar en sarcoma, que ven el peligro del crecimiento considerable del mismo con los fenómenos de compresión que le acompañan, que ven en las hemorragias un riesgo constante para la vida de la enferma, y que temen por el funcionalismo renal y cardíaco si se dejan las neoplasias a su evolución sin intervenir en su curso, se hallan los que le consideran de escasa gravedad reconociendo que existe gran número de casos en los que la tumoración no crece, en que no existe degeneración maligna de ninguna especie, en que las hemorragias revisten una forma moderada y en que la regresión se realiza al llegar a la época de la menopausia.

Entre los dos extremos, creemos nosotros que hay un justo medio y que no hay que hablar de la malignidad o benignidad de los miomas como entidad patológica, sino que precisa examinar las condiciones de cada caso y después de justipreciadas formular el pronóstico, ya que si bien es cierto que desde el punto de vista histológico no puede ser considerado maligno un fibromioma, no es menos cierto que por un proceso de degeneración puede convertirse la neoplasia en maligna, como es también cierto que el hecho de las hemorragias puede en algunos casos ser causa de la muerte, y puede en otros casos, aun tratándose de miomas algo voluminosos, no determinar más que ligeras hemorragias que no afecten al estado general de la enferma.

Teniendo presente lo que puede ocurrir, no solamente desde el punto de vista local, sino en los órganos situados a distancia, y examinando las condiciones individuales de la enferma, es como se puede formular un pronóstico para un caso determinado.

Creemos completamente exagerado el criterio de esperar a la menopausia para que surja la involución regresiva del tumor, pero consideramos asimismo exagerado prescindir de las condiciones de edad de la enferma para instituir el tratamiento apropiado.

En pocas enfermedades como en éstas debe el pronóstico formularse de modo individual, ya que las variedades de evolución y de curso son tantas, que desde la curación espontánea hasta la muerte, todas las modalidades existen.

Hablar de tumor benigno en el concepto histológico para reconocer que la enferma se puede morir por fenómenos de compresión, alteraciones renales, cardíacas, etc., es completamente absurdo; hablar en términos generales de malignidad de tumores que en un tanto por ciento considerable de casos curan espontáneamente al llegar la época de la menopausia, es tan exagerado como el extremo opuesto.

L. 65
TRATAMIENTO.—El capítulo del tratamiento de los fibromiomas del útero ha experimentado en estos últimos tiempos un cambio completo con la entrada de los rayos X en la terapéutica de los mismos.

Se puede dividir en *no operatorio* y *operatorio*.

Tratamiento medicamentoso.—Sólo mencionaremos las tentativas que en este sentido se han realizado para detener la evolución de los miomas con medicamentos administrados, ya por vía gástrica, ya por vía hipodérmica. La *ergotina* y todos los derivados del cornezuelo de centeno han sido usados a dosis masivas, con el objeto de detener las hemorragias, y aun había el supuesto de algunos ginecólogos, entre los cuales debemos mencionar a Tchoeder, Leopold, Winckel, que decían haber obtenido en algunos casos la disminución de la tumoración miomatosa con inyecciones hipodérmicas de ergotina, utilizadas durante algunos meses y en número de varios centenares. El extracto fluído de *hidratis canadiensis*, la *antipirina*, la *adrenalina* y, en conjunto, todos los hemostáticos, han sido utilizados y administrados por distintas vías, sin que su influencia sobre el crecimiento de la tumoración pueda decirse que se manifieste en ningún caso. Considéranse más como coincidencia los casos que se citan de disminución del tumor, que efectos directos de la acción medicamentosa.

Hay que tener en cuenta que la regresión espontánea de la neoplasia, al llegar a la época de la menopausia, puede coincidir con un tratamiento hemostático y atribuir a ésta la que depende de aquélla.

Opoterapia.—Los ensayos realizados en estos últimos tiempos con la *opoterapia* no han dado tampoco resultados que merezcan especial mención. No quiere esto, en modo alguno, significar que para casos de grandes hemorragias, debidas a alteraciones de la mucosa de los miomas, no puedan utilizarse los diversos hemostáticos que constituyen la base de la medicación de este nombre, y nosotros mismos, con gran frecuencia, utilizamos las pastillas de *tiro-proteína* al 5 por 100 y la *tiroidina*, como coadyuvantes de otros tratamientos.

Electrolisis.—Este método de tratamiento, ensayado por Tripiet y al que Apostoli dió gran impulso, no merece más que ligeras indicaciones, pues su desuso es casi completo.

En la electrolisis se buscan dos acciones: una, polar, por la que el electrodo positivo, introducido en el interior de la cavidad uterina, por el acúmulo que se hace de ácidos en aquel punto, produce un efecto cáustico que puede servir para disminuir las pérdidas de sangre resultantes de las alteraciones de la mucosa. La acción interpolar se produce en la masa misma de la tumoración, atravesada por la corriente; disgrega sus elementos y hace que desaparezca; requiere el empleo de dosis sumamente grandes, que representan una cantidad de peligros muy dignos de ser tenidos en cuenta. La dosis de 200 a 300 miliamperios, que se hace preciso utilizar para alcanzar una acción eficaz, ofrece serios inconvenientes que no han podido ser evitados ni aun por los que más dominio de este medio de tratamiento han llegado a tener.

Radioterapia.—Como quiera que los procedimientos röntgenterápicos dan resultados muy superiores a los que se podían alcanzar con la electrolisis, sin tener ninguno de los peligros que ésta ofrece, ha quedado el método de Apostoli, Cutter, Danion y Keith completamente relegado a un recuerdo histórico de las tentativas de tratamiento no operatorio de estas neoplasias uterinas.

El tratamiento por los rayos X significa un progreso considerable en la terapéutica de los miomas. Las discusiones, hasta hace poco tenidas y que llenaban los Tratados de Ginecología, sobre si debían o no operarse los fibromiomas, y en caso de operarse, si debía ser la vía vaginal o abdominal la que se siguiera, y si en caso de adoptar la vía abdominal era conveniente hacer la histerectomía total o la subtotal, o en precisar los casos en que se hallaba indicada la histerectomía y aquellos en que debía limitarse la intervención a la miomectomía, no tienen hoy justificación de ninguna especie y el problema que se presenta al ginecólogo es completamente distinto. La cuestión es resolver en un caso dado de mioma uterino si debe ser tratado por la operación o si debe serlo por medio de los rayos X.

Claro está que escapan por completo a estas consideraciones los miomas cavitarios pediculados, aquellos que presentan un estado de esfacelo más o menos acentuado y todos aquellos submucosos, cuya extirpación representa una operación sin importancia y sin peligro ninguno para la enferma.

Enfrente de los que continúan partidarios de la intervención operatoria en la inmensa mayoría de los casos, y que juzgan como casos de elección para ser sometidos a la röntgenterapia, sólo a los que se hallen en mujeres próximas a la edad de la menopausia, estimamos nosotros que la inmensa mayoría de los fibromiomas no deben operarse, y que la operación debe ser la indicación de excepción, ya que ni las limitaciones de edad, ni las de la blandura o dureza de la tumoración, implican contraindicación al empleo de la röntgenterapia.

Nosotros creemos que los fibromiomas uterinos deben ser sometidos a la röntgenterapia como método de elección, y que sólo hay que buscar las contraindicaciones de este método para sacar indicaciones de tratamiento operatorio.

La juventud de la enferma no contraindica en modo alguno la röntgenterapia; entre varios casos de curación que tenemos en nuestras historias clínicas, debemos citar uno muy especial de una enferma de Pinto, niña de trece años, con un tumor del tamaño de un melón con hemorragias considerables, tumoración que ocupaba toda la pelvis, produciendo fenómenos de compresión que imposibilitaban la micción y dificultaban la defecación, que con dos series de sesiones, disminuyó el tumor hasta alcanzar el tamaño de una manzana, desapareciendo por completo las hemorragias y logrando con el transcurso del tiempo que toda traza de tumoración desapareciera. Ante este hecho de observación, la limitación de la edad la consideramos completamente injustificada como indicación de tratamiento operatorio.

Juzgamos contraindicado el tratamiento por los rayos X en aquellos tumores que después de haber pasado la mujer un período de uno o dos o más años sin hemorragia catamenial crecen rápidamente. Consideramos estos crecimientos como manifestación de una transformación maligna de la neoplasia, y por lo tanto, preferimos en absoluto el tratamiento operatorio a la röntgenterapia.

En los casos de inflamaciones anexiales, si éstas revisten el carácter tumoral, es decir, si suponemos la existencia de alguna colección purulenta en los anejos, como quiera que con la röntgenterapia, aun cuando el mioma, persistiría el proceso anexial que produce las molestias, y si no por la neoplasia, por el proceso anexial persistiría la indicación operatoria, preferimos someter a la enferma a la operación, prescindiendo en absoluto de la radioterapia.

En los casos de compresión de la vejiga o estiramiento extraordinario de la uretra que ocasiona retención de orina, si con la posición genupectoral y con unas cuantas sesiones de tratamiento con rayos X no logramos corregir el fenómeno de retención, juzgamos también conveniente el empleo de los medios operatorios.

En los casos de inflamación del mioma, en los procesos peritoníticos concomitantes y también en los tumores que experimentaron degeneración necrobiótica intersticial que produce grandes cavidades quísticas convirtiendo el tumor fibromatoso en una masa fibroquística, preferimos también el tratamiento operatorio a la röntgenterapia.

Por último, en todos aquellos casos en que por las lesiones cervicales concomitantes con el fibromioma, podemos temer una transformación epitelial y la aparición de un carcinoma del cuello del útero, consideramos que da más garantías de curación completa y definitiva para la mujer, el tratamiento operatorio que la aplicación de los rayos de Röntgen.

El tratamiento por los rayos X tiene ventajas considerables sobre el tratamiento operatorio, no solamente porque evita en absoluto todo peligro para la mujer, sino que quitada a ésta la idea del peligro que toda operación entraña, se somete gustosa al tratamiento, sea cual fuere la edad y sus condiciones.

Dentro de las indicaciones generales, que son las que deben inducir al práctico a la elección del método operatorio o röntgeniano, existen indicaciones y contraindicaciones especiales que dependen única y exclusivamente de la mujer. En la enferma que por una polisarcia considerable, por ser diabética o por presentar alteraciones renales o cardíacas hemos de suponer aumentados considerablemente los riesgos operatorios, aun estando en las condiciones anteriormente expuestas, que indican preferencia de la operación a la röntgenterapia, cambia la indicación y deben ser sometidas al tratamiento no operatorio, ya que las menores probabilidades de éxito van con exceso compensadas con la supresión absoluta del peligro que el acto operatorio para ellas representa.

Es verdad que en el estado actual de la técnica ginecológica, la operación de los fibromiomas es operación de una lenidad casi absoluta, pero el poner este *casi*, indica asimismo que no se puede tener nunca la seguridad absoluta de la curación, ni aun en aquellos casos que parecen más sencillos y más fácilmente realizable el acto quirúrgico.

Es de todo punto preciso al hablar del tratamiento de los miomas del útero, sea por histerectomía, sea por castración röntgeniana, indicar los peligros que para el buen funcionalismo orgánico representa la pérdida del equilibrio endocrino que ambos métodos de tratamiento producen y por ello establecer la indicación de tratamiento cuando la salud general de la enferma así lo exija.

Técnica de la radioterapia.—Aceptada, pues, la radioterapia como método de elección curativo de los fibromiomas, vamos a estudiar la técnica que consideramos conveniente para estos casos.

Recordamos al lector las ideas expuestas en el capítulo de Radioterapia, de esta obra, y vamos a ocuparnos única y exclusivamente de la técnica especial que seguimos y aconsejamos nosotros en el tratamiento de los fibromiomas del útero.

En los procedimientos modernos de radioterapia se utilizan las dosis masivas aplicadas en el menor tiempo posible: la clínica y la experimentación biológica ha demostrado que los tejidos que se irradian con dosis pequeñas van perdiendo su sensibilidad a las radiaciones, es decir aumentan su resistencia y en consecuencia las dosis que se necesita dar para llegar a producir las destrucciones celulares deben ser mucho mayores. Pasa con los rayos X y con las radiaciones de las sustancias radioactivas lo que con ciertos medicamentos de la estrignina: una dosis que administrada de una vez es letal, se convierte

en tónica cuando se ha acostumbrado al organismo con dosis pequeñas a su acción. Cuál sea la causa que produce la pérdida de la sensibilidad para las radiaciones es hoy desconocida, pero no hay duda alguna que las dosis de radiación aplicadas en una sola vez son mucho menores que las que son administradas en días sucesivos. Kroenig modificó por completo la técnica que antes se usaba para el tratamiento de los miomas uterinos; las series de cinco o seis sesiones dadas en días sucesivos y repetidas al cabo de algún tiempo, han sido substituídas por la sesión única, en la que se administra de una vez la cantidad necesaria para producir la castración röntgeniana.

Tomando la unidad eritematosa cutánea como 100, para producir la castración es necesario administrar de una vez el 40 por 100 de la misma: la destrucción de los folículos de Graff se produce de modo seguro dada la gran sensibilidad que para las radiaciones tienen los ovarios. Dados los procedimientos de medición cuantimétrica que poseemos en la actualidad, podemos dar la cantidad precisa para obtener los efectos curativos que se desean. Los yontocuantímetros nos permiten establecer medidas exactas, y los conocimientos que poseemos sobre la acción biológica nos permiten administrar este medio terapéutico con una precisión que nos permite asegurar los resultados.

Para llegar a administrar la cantidad que se requiere para producir la castración, se pueden administrar las radiaciones, bien por campos grandes, de 20×20 o por campos de 9×9 : en el primer caso basta una aplicación por el abdomen que con las intensidades y tensiones con que actualmente se trabaja requieren a la distancia de 50 centímetros unos setenta minutos: cuando se utilizan campos pequeños pueden hacerse aplicaciones de 23 centímetros de distancia focal, bastando, si se dan cuatro campos sólo, diez minutos por campo para llegar a dar a los ovarios el 40×100 de la dosis de eritema cutáneo. Tanto si se usan campos pequeños como si se emplean campos grandes, es conveniente proteger la línea media del vientre que por cualquier causa tuviera que recurrirse a la laparotomía. Las heridas que se practican en la piel que ha sido fuertemente irradiada, tardan mucho tiempo en cicatrizar; las alteraciones que se producen en los vasos por efecto de los rayos X, son de tal naturaleza, que estando al parecer sus paredes íntegras, hállanse afectas de endarteritis que puede llegar hasta la oclusión, lo cual representa una gran dificultad para la cicatrización de las heridas practicadas en tejidos de estas condiciones.

Como hemos dicho en la parte general de esta obra, en la actualidad se han cambiado totalmente los procedimientos técnicos de tratamiento de los miomas, pues a la repetición de series de sesiones con intervalos de semanas o meses, ha sucedido la práctica de la castración en una sola sesión: con ello se han suprimido las hemorragias que presentaban generalmente después de las primeras irradiaciones, y que si bien eran después substituídas por amenorrea,

aquellas llegaban a tener una intensidad que debilitaba enormemente a la enferma y la hacían algunas veces abandonar el tratamiento por desconfianza en el éxito.

Como quiera que las hormonas determinantes de la menstruación van a parar al torrente circulatorio diez o doce días antes de la aparición del flujo menstrual si se irradia a la enferma en los días que preceden a la menstruación o durante la misma no se evita la hemorragia y aun en muchos casos se hace ésta mucho más intensa, ello obliga a dar la sesión o sesiones de rayos X en los días que siguen a la cesación de la menstruación para de este modo impedir una nueva pérdida de sangre, etc., etc.

Si bien la amenorrea es generalmente el fenómeno inicial de la curación de los miomas irradiados, en algunos casos la disminución del tumor es lo que se observa primeramente; esto ocurre en fibromiomas de gran succulencia y en los que el crecimiento pudo observarse se había realizado con gran rapidez. En algunos casos hemos asociado a la röntgenterapia la radiumterapia, pero el empleo de este medio mixto es cada día más raro desde que los aparatos que utilizamos y las mediciones exactas que se practican permiten asegurar el éxito del tratamiento por los rayos X exclusivamente. En caso de sospecha de una transformación adenomatosa maligna deben emplearse conjuntamente ambos medios de tratamiento.

La aplicación de la röntgenterapia por vagina, sobre estar repleta de dificultades no ofrece ventaja alguna, por cuyo motivo no hacemos nunca uso de ella.

Kelly, de Baltimore, está empleando, con resultados satisfactorios, grandes dosis de emanación aplicadas por el abdomen, colocando el tubo, conteniendo el equivalente de un gramo de radio, a una distancia de 12 centímetros de la superficie de la piel, para lo cual utiliza trozos de corcho de este espesor, y de este modo obtiene un haz homogéneo que, actuando de modo enérgico sobre los ovarios, produce una rápida amenorrea y consiguiente reducción de la tumoración miomatosa.

En cuanto a las precauciones que el operador debe tomar para sí y también en defensa de los aparatos que maneja, y para evitar los trastornos que pueden producir a la enferma, remitimos al lector a las obras que, en unión del Doctor Conill, publicamos sobre «Radioterapia profunda y Radiumterapia en Ginecología» y en la de «Fisioterapia Ginecológica».

Tratamiento operatorio.

Las operaciones que se practican para obtener la curación de los cuerpos fibrosos del útero son dos, que se diferencian fundamentalmente en que en un caso se dirigen única y exclusivamente a la extirpación del tumor y en otro al

tiempo que se realiza esto, exigen también la del órgano que lo sostiene. En el primer caso se llama la operación *miomectomía* y en el segundo *histerectomía por miomas*.

Como base general de tratamiento, debemos conservar el órgano todas las veces que esto sea posible, dejándole en buenas condiciones, y por lo tanto, la miomectomía debe ser la operación de elección. La inmensa mayoría de los tumores miomatosos presentan una cápsula completa que permite su total enucleación, pero como quiera que frecuentemente estas neoplasias son múltiples y en muchas ocasiones la extirpación de las mismas dejaría, en vez de un órgano apto para realizar una función, unas piltrafas de órgano que no sirven para las funciones que le están encomendadas, el dejarlas significaría un peligro de infección o de gangrena.

Aun cuando la miomectomía sea la operación de elección, nos vemos obligados en la inmensa mayoría de los casos a practicar la histerectomía.

Miomectomías e histerectomías vaginales y abdominales.

Las miomectomías e histerectomías se dividen en *vaginales* y *abdominales*, según la vía por donde se alcanza la neoplasia. Los progresos realizados en estos últimos años en Cirugía abdominal han disminuído considerablemente el número de las indicaciones de las operaciones que se practicaban por vía vaginal.

En principio se puede afirmar que en igualdad de condiciones es preferible la vía vaginal a la abdominal, porque representa una cantidad menor de peligros; pero entre una operación difícil por vía vaginal y otra fácil practicada por vía abdominal, dada la técnica actual de las operaciones de esta índole, es preferible elegir la facilidad operatoria, ya que ello representa mayor garantía de curación para la enferma.

La extirpación de pólipos, de tumores pediculados y aun la de neoplasias sesiles submucosas, se practica por vía vaginal y la técnica de la intervención es sumamente sencilla. Cuando se trata de tumores pediculados, después de expuestas bien las partes con la colocación de anchas valvas que permitan el fácil acceso al punto de implantación de la tumoración, se coge ésta con pinzas de garfios, se tira de ella para hacer accesible el punto de implantación y con el bisturí, las tijeras, el termo o galvano-cauterio se secciona el punto donde se inserta el tumor pediculado.

Es muy conveniente, después de la sección del pedículo, cauterizar la base de implantación, y como quiera que por la tracción es posible que se haya iniciado un primer grado de inversión uterina, es prudente, si la reducción de ésta no se ha hecho de modo completo, practicar un taponamiento intra-uterino que, empujando el fondo que comenzaba a evertirse, lo mantenga en su

situación normal. Este tapón debe ser extraído a las veinticuatro horas de colocado, sin necesidad de hacer nueva aplicación.

En los casos de tumores sesiles submucosos de tamaño pequeño, debe preferirse también la enucleación por vía vaginal. Bastará para esto seccionar en el punto más accesible la superficie del tumor y buscar con el dedo la zona de deslizamiento, cosa generalmente fácil, y entonces, por disección obtusa, y realizando enérgicas tracciones con pinzas de Musseux, se logra descapsular por completo la tumoración y con ello la total extirpación.

La indicación de esta intervención queda limitada por lo general a los casos de tumores únicos, pero en algunas ocasiones en que hay dos o tres neoplasias de la misma naturaleza, puede extenderse la indicación de la miomectomía vaginal y lograrse con ella la extirpación de todos los núcleos miomatosos.

Cuando los tumores son voluminosos, aun siendo submucosos, cabe practicar la miomectomía, utilizando el procedimiento de despedazamiento, cuya introducción en la técnica ginecológica hizo Pean, o empleando los tubos de Doyen o de Segnod para hacer la tumoración más blanda y lograr mayores facilidades de presión y alcanzar de este modo la enucleación. El procedimiento de extirpar por miomectomía grandes tumores abdominales, practicando la sección en forma de línea quebrada, o en escalera como la denominó Doyen, es por lo general de bastantes dificultades técnicas y creemos que en la inmensa mayoría de los casos es preferible la operación por vía abdominal que tener que vencer las dificultades que ofrece esta técnica.

Hace algunos años todos los ginecólogos practicaban operaciones de esta naturaleza por vía vaginal. En la actualidad se conceptúa una contraindicación de esta vía el volumen considerable de los miomas, aun de los submucosos a menos que estén infectados.

En los casos de tumoración miomatosa sesil enclavada en el fondo del útero, en los que el acceso resulta verdaderamente difícil, se ha practicado con éxito la histerotomía media anterior o posterior, siguiendo la técnica preconizada por Veit y Doyen o lo más extensa de Dührssen, con el objeto de llegar con mayor facilidad a la tumoración miomatosa. Para esto se incide transversalmente el fondo de saco anterior o posterior, despegando, en el primer caso, la vejiga; se introduce una valva entre ésta y el útero, y entonces, cogido este último con unas pinzas de Musseux, una a cada lado de la línea media, se secciona la pared uterina en una gran extensión, y de esta manera tanto los dedos como el instrumento que deben ir en busca del mioma cavitario, tienen más facilidades para realizar la enucleación de la neoplasia y su extirpación, ya en totalidad, ya despedazado, y una vez logrado esto se reconstituyen las partes colocando varios puntos de sutura en el útero y cerrando luego el fondo de saco vaginal que había sido abierto en el primer tiempo de la operación.

Mackenrodt prefería practicar la enucleación teniendo la neoplasia a la

vista; para ello se incide el fondo de saco de Douglas o el vaginal anterior, y con unas pinzas de garfio aplicadas lo más arriba posible, se bascula el cuerpo del útero haciéndole salir por la incisión vaginal y lo incide, buscando entonces la zona de deslizamiento del mioma; practicada la enucleación restáurase con una sutura exacta la mucosa y las demás partes uterinas y vaginales incindidas.

Las operaciones de miomectomía realizadas por vía vaginal, ofrecen por lo común muy escasos peligros; si la técnica es buena, es de todo punto excepcional que sobrevengan complicaciones de ninguna especie. Las heridas de los órganos pelvianos, entre las cuales debemos mencionar las del ureter, obedecen, por lo general, a defectos de técnica, ya en el acto de la extirpación, ya al practicar la restauración por medio de las partes seccionadas.

Contrasta de modo muy grande la facilidad con que se realizan las miomectomías vaginales, no sólo en los casos de tumores polipoides, sino en casos de tumores sesiles, con la intensidad de síntomas que algunas de las enfermas presentan. Muy a menudo, por el proceso gangrenoso, que en páginas anteriores hemos mencionado, o por las alteraciones primitivas profundas de la mucosa del útero, la leucorrea icorosa, las hemorragias, etc., parecen acusar tal gravedad que sorprende la facilidad con que todo desaparece después de una facilísima operación, que por sus brillantes resultados puede reputarse como de extraordinaria, ya que de un estado hidrémico febril pasa la enferma a una restauración rapidísima de sus fuerzas y de su salud.

El principio establecido de practicar la miomectomía como operación de elección, siempre y cuando pueda quedar un útero en regulares condiciones para su función, tiene en las operaciones por vía vaginal una extensión todavía mayor que en las que se realizan por vía abdominal. La miomectomía vaginal es la operación de elección, siendo su principal peligro el que se produzcan perforaciones del útero que no permitan un fácil desagüe y que representen un peligro de infección peritoneal.

La conservación del útero se impone aun en casos en que no parece que quede el órgano en muy buen estado, pero si por el hecho de la intervención ha tenido que entrarse en la cavidad del peritoneo y las piltrafas que resulten de la enucleación del tumor, pueden ser motivo de gangrena y consecutivamente de infecciones saprofiticas, hallándose el punto de aparición en comunicación con el peritoneo, debe terminarse la operación practicando la histerectomía total.

Histerectomía vaginal por miomas.—Todo cuanto queda dicho referente a las miomectomías vaginales en los casos de grandes tumores fibromatosos, lo repetimos para las histerectomías vaginales, con la particularidad de que si al tratar de conservar un órgano se puede llegar hasta vencer en cierto

grado las dificultades técnicas, tratándose de la extirpación, hay que elegir el procedimiento más fácil.

Antes de la época actual de la asepsia, los Tratados de Ginecología describían gran número de procedimientos de histerectomía por vía vaginal aplicables a los casos de fibromioma. En la actualidad esto no tiene razón de ser; la gravedad operatoria por vía abdominal es tan escasa, que no tiene justificación ninguna la práctica de las operaciones vaginales por despedazamiento (Pean), por sección en línea quebrada (Doyen) o por extirpación en diferentes tiempos, que en épocas anteriores merecían detalladas descripciones.

En términos generales puede decirse, que en Ginecología para la extirpación de órganos, la vía abdominal es siempre preferible; cuando se trata de operaciones cuya finalidad es la conservación del órgano, se prefiere casi

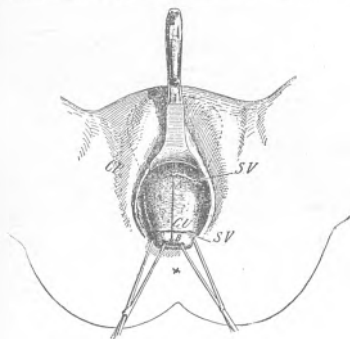


Fig. 238.
Histerotomía media anterior (Doyen).

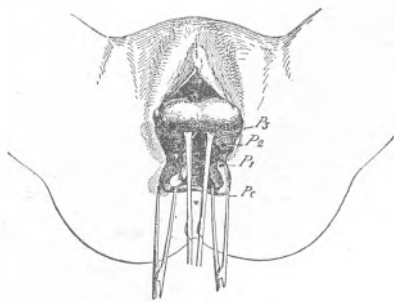


Fig. 239.—Colocación sucesiva de las pinzas de garfio en la histerotomía media anterior (Doyen).

siempre la vía vaginal. Por lo tanto, haciendo aplicación de este precepto a los casos de miomas, excluimos de la intervención por vía baja todas las enfermas en las que al tiempo que la extirpación del fibroma, tiene que practicarse la extirpación del útero.

Operaciones por vía abdominal.—Se dividen en *miomectomía* o extirpación única de la neoplasia, e *histerectomía* en que junto con la neoplasia hay que practicar la extirpación del útero.

Miomectomía abdominal.—La miomectomía se halla indicada en todos aquellos casos de tumores subperitoneales, pediculados o sesiles, en que la sección del pedículo o la enucleación es posible, dejando al órgano en buenas condiciones anatomo-fisiológicas. Cuando la multiplicidad de los fibromas, por la proximidad a la mucosa o por cualquier otra circunstancia no se puede dejar la matriz en buenas condiciones fisiológicas, debe prescindirse de la miomectomía para sustituirla por la histerectomía abdominal.

En los casos de tumores subperitoneales polipoides, o tumores de gran volumen con pedículo estrecho, a la sección de éste debe seguir la coaptación exacta de la pequeña superficie cruenta que queda, para recubrirla después de modo completo por el peritoneo. La peritoneización de la herida de sección es un punto fundamental de la intervención conservadora.

Es preciso, al tratarse de operaciones de esta naturaleza, hacer un reconocimiento muy detenido de la totalidad del órgano uterino, para ver si existen otros núcleos miomatosos que puedan ser punto de partida de nuevas tumores, porque de no hacerlo así, se expone a la enferma a que al experimentar crecimiento estas neoplasias apenas perceptibles o de poco volumen, tenga que recurrirse a nuevas operaciones.

Claro está que en la época actual, partiendo de la base que las operaciones por fibromas deben practicarse única y exclusivamente en los casos en que existe una indicación especial, puesto que con la radioterapia se logra la curación en la inmensa mayoría de los casos, pocas veces se verá el ginecólogo en el dilema de tener que elegir entre la histerectomía o la miectomía abdominal, ya que de no existir complicaciones que impidan el tratamiento por los rayos X no se realizará la laparotomía y, por lo tanto, la indicación de la extirpación radicarán, no en el tumor miomatoso, sino en el proceso que acompañe a esta neoplasia.

Cuando nos veamos precisados a realizar la miomectomía por vía abdominal, en casos de tumores sesiles, puede emplearse la siguiente técnica: incisión de la superficie externa del tumor en el punto más fácilmente accesible, hasta encontrar la zona de deslizamiento; luego, con disección obtusa, se va separando la tumoración hasta lograr la enucleación total de la misma, y entonces se practica una sutura cuidadosa, no sólo de los bordes, sino de modo que se pase la aguja por debajo de toda la superficie cruenta para que al unirse no queden espacios muertos de ninguna especie. Esta sutura, realizada con catgut y peritoneizando bien la superficie de sección, da una curación rápida y una restauración completa del útero.

Los peligros de la enucleación en esta forma realizada pueden ser, bien porque se haya perforado la mucosa y se produzca una infección de la herida procedente de la cavidad uterina, o porque no se haya realizado la hemostasia de modo completo y sobrevenga una hemorragia secundaria. Los dos accidentes son perfectamente reconocibles en el acto de la intervención, y para que no se presenten será conveniente no cerrar los puntos de sutura sin antes haberse asegurado de que la mucosa está íntegra o bien restaurada, y que las superficies cruentas resultantes de la enucleación no dan pérdida alguna de sangre.

En estas condiciones realizada, la miomectomía es operación de elección cuando existe indicación operatoria.

En algunos casos de adenomioma no es posible encontrar la zona de deslizamiento, y en estos casos, la enucleación resulta muy difícil y es muy posible que queden lesiones del parénquima uterino que no permitan la conservación del órgano. Para estos casos es preferible practicar la histerectomía total.

En los casos de miomas subperitoneales pediculados es en donde menos resultados se obtienen con el tratamiento por los rayos X. Estos tumores, que son fácilmente confundibles con los fibromiomas del ovario, representan como técnica operatoria una tan escasa gravedad, que conceptuamos preferible el tratamiento operatorio, con la técnica expuesta, a la röntgenterapia.

Histerectomía abdominal por fibromas.—Desde la época de Kimball (1844), en que éste practicó con diagnóstico previo la primera histerectomía por un tumor fibromatoso intersticial, hasta el día de hoy, ha realizado la Cirugía, y especialmente la técnica de las operaciones sobre el útero, una cantidad de progresos tal, que se considera en la actualidad la histerectomía por estas neoplasias como la operación abdominal que menos gravedad tiene, ya que son muchos los ginecólogos que pueden presentar estadísticas de un 96 a un 99 por 100 de curaciones.

La técnica de Köberle, de seccionar el pedículo de la tumoración, que en muchas ocasiones era el istmo del útero, por medio de una ligadura practicada con un aprieta-nudos, fué durante muchos años la técnica operatoria preferida para esta clase de tumores. Kleberg, de Odessa, fué el primero que hizo la sustitución por un tubo elástico, del hilo metálico utilizado por Köberle, y Hegar y Martin generalizaron el empleo del tubo de caoutchou, hasta el punto que constituyó durante varios lustros el procedimiento operatorio.

Schroeder sustituyó la amputación supra-vaginal extraperitoneal, que constituía el procedimiento operatorio de elección por el llamado procedimiento de *pedículo abandonado* o intraperitoneal, haciendo la sección cuneiforme del pedículo uterino, utilizado por la casi totalidad de los ginecólogos, suturando cuidadosamente, de manera que la superficie cruenta quedara cerrada y peritoneizada toda la superficie de sección.

La frecuencia con que se obtenía la curación practicando el método extraperitoneal y las dificultades que ofrecía el procedimiento de Schroeder, hicieron que éste no se generalizara hasta que los progresos en la técnica pudieron permitir la sustitución de la amputación supravaginal del útero por la histerectomía total, que Doyen introdujo en la práctica y que luego ha sido modificada por diferentes autores, entre los cuales debemos mencionar principalmente a Kelly, con su método anatómico, cambiando por completo el aspecto del problema operatorio, hasta el punto de que lo que constituía años atrás una operación de grandes dificultades técnicas, es hoy una operación que se halla al alcance de todos los operadores.

Los métodos de histerectomía total de Doyen y de Kelly, para los casos de fibromiomas, fueron sustituidos en muchos casos por la denominada histerectomía abdominal subtotal, que, en realidad, no es más que un perfeccionamiento de la primitiva operación de Schroeder, en la que, en vez de formar un pedículo intraperitoneal, es sólo la porción vaginal del cuello del útero lo que

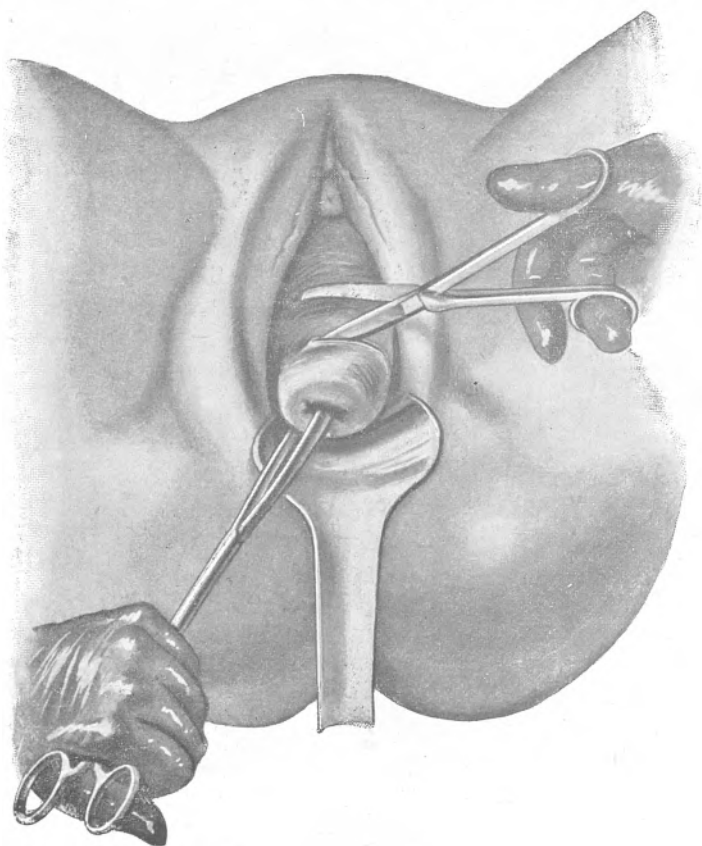


Fig. 240.—Histerectomía vaginal: cogido con una pinza de garfio el hocico de tenca, se incide con unas tijeras el collar vaginal en su cara anterior.

queda, con objeto de que la bóveda vaginal no sufra alteración en su arquitectura.

En la actualidad, pues, son dos métodos generales para la histerectomía abdominal, la total y la subtotal.

Durante muchos años ha sido un tema constante de discusión el si era preferible hacer la histerectomía total o subtotal. Los partidarios de la subtotal abogaban por ella, fundándose en la mayor facilidad de ejecución, en que

apenas se producen pérdidas de sangre y que en la bóveda vaginal no sufre alteración de ninguna especie en su estática. En cambio, los partidarios de la histerectomía total, fundándose en que en algunos casos en el cuello del útero de las operadas por el procedimiento subtotal, pueden desarrollarse neoplasias

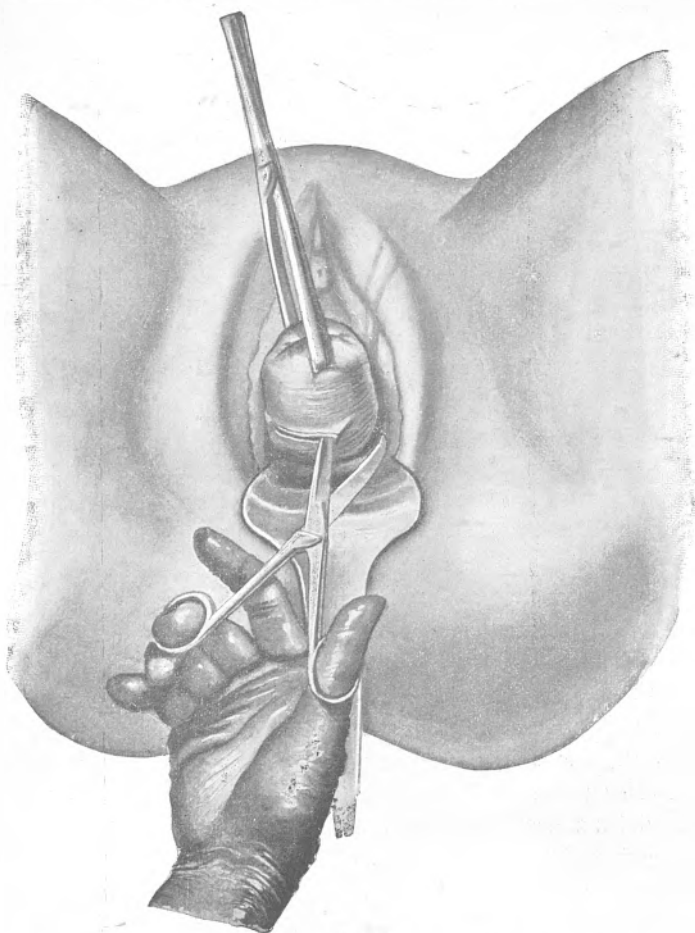


Fig. 241.

Histerectomía vaginal: sección de la parte posterior del collar vaginal.

malignas, especialmente el carcinoma, abogaban por la extirpación total del útero.

Estas discusiones han pasado por completo a la historia. Es indudable que es más fácil la operación subtotal que la total; es asimismo cierto que la vagina queda en condiciones de mayor normalidad en los casos de operación subtotal; pero no es menos cierto que en algunas ocasiones en el cuello del útero se

desarrollan lesiones de naturaleza maligna, tumores cancerosos, y por lo tanto, no cabe fundar una opinión general sobre hechos que tienen un tanto por ciento de probabilidades, y respetando en absoluto las opiniones de los demás, creemos y aconsejamos para los casos cada vez más raros en que se juzga precisa la intervención operatoria, hacer un reconocimiento previo de las condiciones en que se halla el hocico de tenca; si éste se halla aparentemente sano, si no presenta manifestaciones ningunas de proceso patológico, optamos por la histerectomía abdominal subtotal; pero cuando, por existir un proceso métrico antiguo, o por haber ectropión, erosión de cuello o induraciones que puedan hacernos sospechar que allí existe algo que no es del todo fisiológico, optamos por la histerectomía total.

Como procedimiento operatorio optamos en cada caso por el que nos parece más fácil, pero en cuanto puede haber la menor señal de peligro o inconveniente, lo sustituimos por el que a nuestro juicio, de momento, nos ofrece más garantías de éxito; creemos todos los procedimientos buenos y no hacemos de ninguno un exclusivismo.

Técnica de la histerectomía vaginal.—La técnica de la histerectomía vaginal por miomas no difiere, en sus líneas generales, de la que se realiza para otros procesos neoplásicos o flogísticos. Mas como quiera que por lo general en los miomas no existen los agentes de infección que en los procesos anexiales, ni tampoco las acumulaciones microbianas secundarias que en el cáncer y demás neoplasias ulcerosas, no hay inconveniente en el acto de la operación que impida hacer las prensiones y secciones que se juzgue oportuno para facilitar la extirpación del útero.

La operación se comienza con la liberación de las inserciones de la vagina al cuello del útero, despegamiento de la vagina y abertura del fondo de saco de Douglas. Es muy conveniente en este tiempo, antes de pasar adelante, practicar el pinzamiento de los vasos que sangran, principalmente los del parametrio, dejando las pinzas colocadas o bien sustituyéndolas inmediatamente por ligaduras hechas con catgut.

Por uno de los fondos de saco vaginales, por el que parezca más fácilmente basculable el útero, se introducen pinzas de garfio y se bascula el órgano hasta hacerle ocupar la cavidad de la vagina. Si el tamaño de la tumoración es algo grande, puede ser conveniente practicar de modo previo la enucleación de alguno de los tumores fibromatosos que por su tamaño impiden la basculación del órgano; esta enucleación se hará siguiendo los principios generales que para las mismas se han establecido, pudiendo facilitarse mediante el despedazamiento, al estilo de Pean, o con la extracción de algún cono o de algún trozo de tejido realizado por medio de los tubos de Doyen, u otro instrumento similar.

Basculado el útero, aplicanse las pinzas hemostáticas en los ligamentos infundíbulo-pelvianos, y si se quiere dejar un ovario, en el ligamento útero-ovárico, seccionándose luego estas partes; sigue a ésta la del ligamento ancho, cortando de arriba abajo para luego aplicar dos pinzas en los ligamentos redondos y otras dos en la base de los ligamentos anchos, terminando así la extirpación del órgano y quedando asegurada la hemostasia; sólo pueden

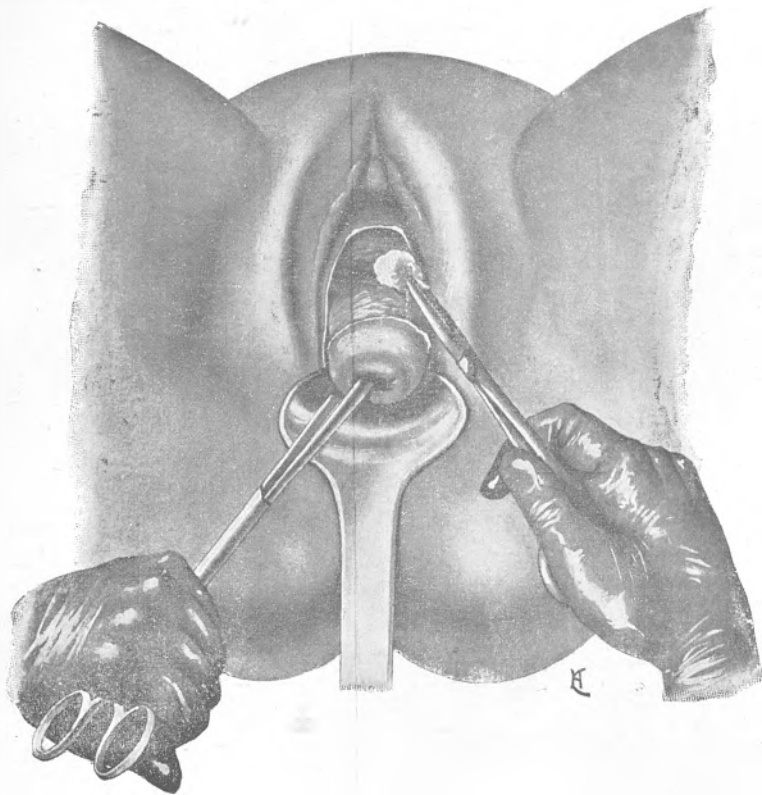


Fig. 242.—Histerectomía vaginal: despegamiento de la vejiga por medio de una compresa que la empuja hacia arriba.

quedar algunos pequeños puntos sangrantes, que son pequeños vasos correspondientes al punto de sección vaginal.

Döderlein prefiere el procedimiento de *hemisección* que, en realidad, en los casos de miomas, facilita grandemente el acto operatorio. Comienza la operación por el fondo de saco vaginal posterior; después de abierto el Douglas, bascula el útero previa incisión en la línea media, sigue seccionando toda la pared posterior hasta el fondo, secciona luego la pared anterior,

despega la vejiga y termina la operación con la separación completa de la vejiga y la sección total del rodete vaginal.

Este procedimiento tiene la ventaja, si es posible la basculación del útero, que las ligaduras, tanto de los ligamentos infundíbulo-pelvianos como de las arterias uterinas, se realizan con gran facilidad, pero al igual que en el procedimiento anteriormente descrito, cuando los tumores son algo volumi-

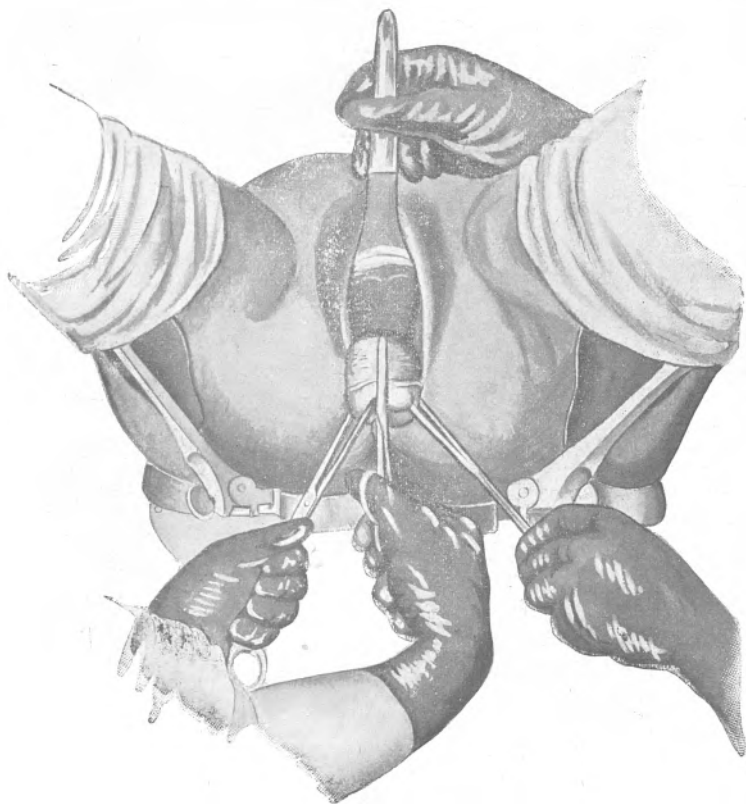


Fig. 243.—Histerectomía vaginal: hemisección anterior.

nosos, la dificultad se halla en realizar la basculación. Al igual que en aquéllos, hay necesidad en estos casos de hacer la enucleación de las masas tumorales más accesibles.

La hemostasia se practica en estos casos con la colocación de hilos de catgut en cada uno de los pedículos vasculares, procurando no soltar las pinzas hasta tanto que se tenga bien asegurado el primer nudo. Una vez hecha la hemostasia definitiva y terminada la operación con la colocación de las ligaduras,

conviene practicar la oclusión completa de la cavidad peritoneal mediante una sutura del peritoneo, uniendo el que recubre la cara superior de la vagina con el incindido del fondo de saco de Douglas. Hecha la sutura peritoneal, pónense dos o tres puntos de sutura entre el borde anterior de la vagina y el posterior, y queda la cavidad del vientre cerrada de modo tan completo como en una laparotomía.

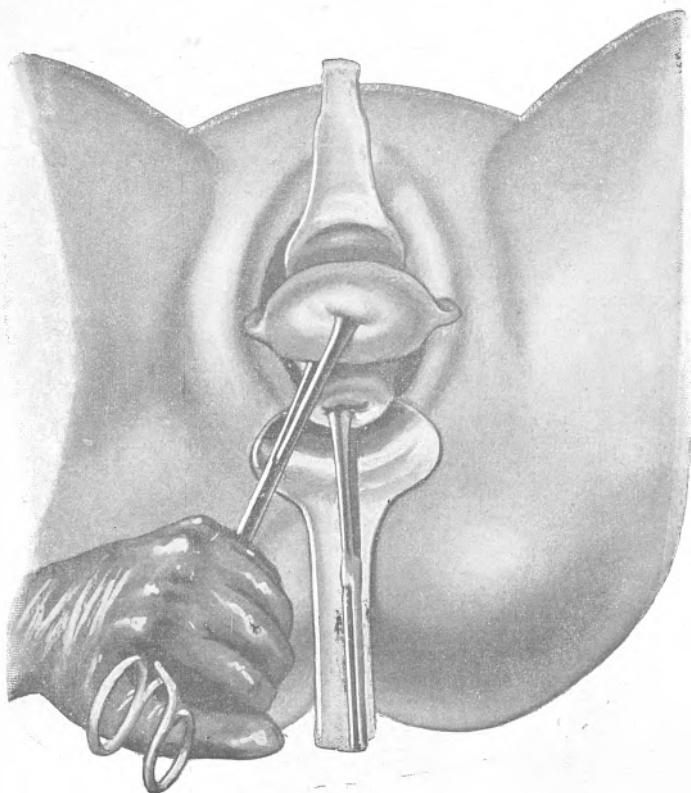


Fig. 244.—Histerectomía vaginal: basculación del útero hacia adelante hasta salir por el orificio vulvar.

Esta técnica produce, cuando se practica bien, una curación más rápida que la de la laparotomía.

Los inconvenientes de esta intervención dependen del volumen excesivo del tumor; en estos casos la basculación no se puede practicar; la enucleación tiene en muchas ocasiones grandes dificultades; un peligro real de este método es que por algún defecto de técnica puede sobrevenir alguna hemorragia muy difícil de cohibir, en tanto no se ha extirpado completamente el útero.

Este accidente es cada día más excepcional, dados los progresos de la

técnica, pero obliga a dar el consejo de no comenzar una operación de esta naturaleza sin estar preparado a terminarla con una laparotomía, si las condiciones del caso lo exigieran.

Cuando los ligamentos anchos son sumamente cortos por existir procesos paramétricos o por coexistencia de un fibromioma con procesos anexiales, la aplicación de las ligaduras en los pedículos vasculares puede ser muy difícil; para estos casos está recomendada la *forcipresión*, es decir, el dejar las pinzas colocadas durante veinticuatro o cuarenta y ocho horas, siguiendo la técnica recomendada primitivamente por Pean y seguida después por Doyen, y la mayor parte de los ginecólogos. Esta técnica, que fué en un tiempo empleada para casi todas las histerectomías vaginales, hoy constituye un procedimiento puramente de excepción, utilizable sólo cuando existen dificultades grandes para la buena aplicación de ligaduras.

Al igual que para la miomectomía vaginal, se ha aconsejado en los casos de tumores muy voluminosos, la histerectomía por fraccionamiento (*morcellement*). Ya hemos expuesto cuál era nuestra opinión en lo que se refiere a las operaciones de esta naturaleza, practicadas en los casos de grandes miomas.

Si circunstancias especiales inducen a preferir la técnica operatoria a la röntgenterápica en un caso determinado, no debe ser para practicar una histerectomía vaginal si se trata de tumores voluminosos que representan extraordinarias dificultades técnicas, y si lo hemos mencionado es sólo como recuerdo que marca una época que ha desaparecido por completo.

Técnica de la histerectomía abdominal.—Son tantos los progresos que se han alcanzado en la práctica de esta operación, que sólo como recuerdo histórico deben mencionarse los primitivos procedimientos de Hegar, Schroeder, Wölfler-Hacker, Schweifeld, Meynert, Hoffmayer, Segond, Richelot, Bardenhauer y Doyen. En la actualidad, conocida perfectamente como está la anatomía patológica de las distintas variedades de fibromiomas uterinos, de sus localizaciones y aun de las complicaciones que presentan, la técnica operatoria se reduce a seguir el procedimiento que para cada caso puede resultar más fácil, teniendo en cuenta los principios anatómicos que Kelly, al poner en práctica su procedimiento, puso de relieve.

Sea cualquiera la disposición del tumor, los elementos que constituyen sus fuentes de nutrición, son las dos arterias uterinas, que estando en la base del ligamento ancho, llegan al istmo del útero; las arterias ováricas que procedentes de la aorta llegan a los genitales por los ligamentos infundíbulo-pelvianos y las dos pequeñas arterias de los ligamentos redondos. Aseguradas por medio de pinzas o ligaduras las pérdidas de sangre que pueden dar estos vasos, está asegurada la hemostasia completa.

En los procesos de inflamación pueden haberse formado adherencias que

se hayan vascularizado y que, al despegarlas den lugar a hemorragias en sábana.

También en la región cervical, las anastomosis de los vasos uterinos con las ramas vaginales y las que con las hemorroidales y vesicales inferiores se establecen, pueden dar lugar a pérdidas de sangre, pero si la hemostasia de estas ramas vasculares debe cuidarse mucho antes de cerrar el vientre, durante el acto operatorio no constituyen nunca una pérdida que deba modificar el procedimiento a emplear.

Al hacer la histerectomía abdominal total, puede comenzarse por la cara anterior, separando la vagina, o por la cara posterior, seccionando el fondo de Douglas, como en el procedimiento de Doyen, o comenzando por el ligamento infundíbulo-pelviano de cada lado, arteria del ligamento redondo, sección del ligamento ancho y ligadura de la uterina, etc., como en el procedimiento de Kelly, llamado también americano.

Lo verdaderamente práctico consiste en comenzar por el punto más accesible, cosa que varía grandemente, no sólo según el punto de implantación de la tumoración y el desarrollo que la misma presenta, sino también por los procesos anexiales que tan frecuentemente acompañan a estas neoplasias.



Fig. 245.—Histerectomía abdominal (Doyen).

Procedimiento de Doyen.—Describimos este procedimiento por ser el que marcó una orientación completamente distinta en la técnica de la histerectomía abdominal. Para la ejecución de este procedimiento, lo primero que hay que hacer después de abierto el vientre es bascular fuertemente el útero hacia adelante, de tal manera, que se haga accesible el fondo de saco de Douglas. Incindido éste, con unas pinzas erinas fuertes, se coge el cuello del útero y se le hace salir por el ojal practicado en ese fondo de saco. Con tijeras curvas fuertes se corta a cada lado hasta seccionar por completo el collar vaginal; practícase luego la tracción del útero cogido por el hocico de tenca y se ponen al descubierto las arterias uterinas, que son pinzadas antes de seccionarlas o después de verificada la sección, como aconsejaba Doyen.

Procédese luego al despegamiento del tejido celular del ligamento ancho y se llega hasta los ligamentos redondos, que se pinzan y se ligan, quedando para lo último los infundíbulo-pelvianos, que se seccionan y ligan, quedando así asegurada la hemostasia de las arterias utero-ováricas.

En este procedimiento lo primero es la sección de la vagina y prehensión

del cuello del útero, ligadura de los pedículos vasculares a medida que se van seccionando o descubriendo, y termina la extirpación con la sección y ligadura de los ligamentos útero-ováricos.

Una vez extirpado el útero y anejos, es preciso practicar la reconstitución de las partes, cuidando previamente de hacer la hemostasia definitiva, y con la

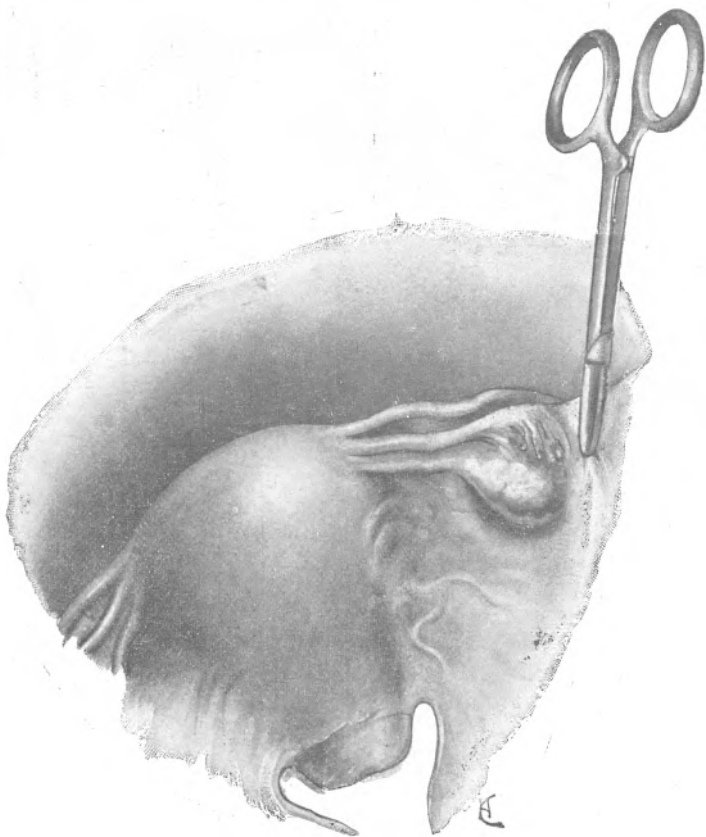


Fig. 246.—Histerectomía abdominal subtotal por el procedimiento anatómico: pinzamiento del ligamento infundíbulo-pelviano.

sutura cuidadosa dejar todas las superficies cruentas completamente recubiertas de peritoneo.

Esta operación marcó un progreso considerable en la técnica ginecológica.

Cesó con ella el período de discusión del problema técnico, sobre si había que dejar el pedículo intraperitoneal, como Schroeder practicaba, o si era preferible hacer la histerectomía con el pedículo extraperitoneal, a la manera Hegar y Kaltembach.

No puede negarse que Doyen, al establecer este procedimiento, hizo avanzar grandemente la técnica ginecológica hacia lo que llamamos nosotros *método anatómico*, *procedimiento americano* otros, y que va asociada al nombre del eminente ginecólogo norteamericano Kelly. Este procedimiento marcó una perfección definitiva de técnica, ya que sus fundamentos se basan en los datos anatómicos.

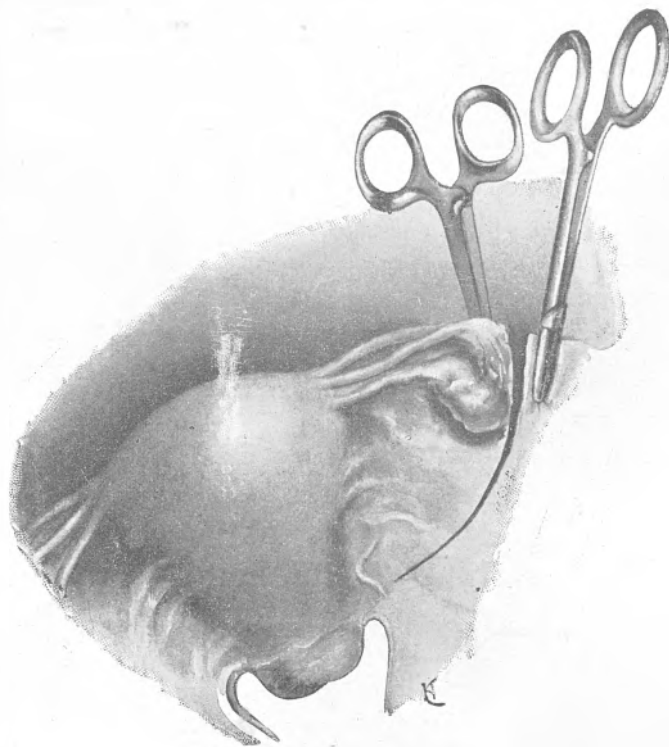


Fig. 247.—Histerectomía abdominal subtotal: sección del ligamento ancho.

Procedimiento de Kelly.—En éste se comienza la operación con los tiempos preliminares de todas las intervenciones de esta naturaleza, esto es, con la sección del ligamento infundíbulo-pelviano del lado que más accesible se halla. Una vez pinzado el ligamento se secciona y liga, pasando a hacer lo mismo con el ligamento redondo del mismo lado; después de esto se abre ampliamente el ligamento ancho, hasta llegar a su base, en donde se encuentra la arteria uterina; colócanse dos pinzas o ligaduras en ella, y se secciona entre las dos, acabando de despegar el tejido celular y llegando a la inserción de la vagina con el útero. Ábrese aquélla por este lado, y con la tijera, de la misma

manera que se hace en el procedimiento de Doyen por la cara posterior, incíndese todo el collar vaginal, comenzando por la abertura lateral, y cogiendo el hocico de tenca con unas pinzas de garfio fuertes, bascúlase hacia un lado. Se despegar el tejido celular del lado opuesto, se pone al descubierto la arteria uterina, se pinza o liga esta arteria, y continuando la sección obtusa del tejido celular del ligamento ancho, se llega al ligamento redondo, que es pinzado, y como último tiempo, se practica la sección del ligamento infundíbulo-pelviano, con lo cual queda verificada la extirpación total del útero y anejos.

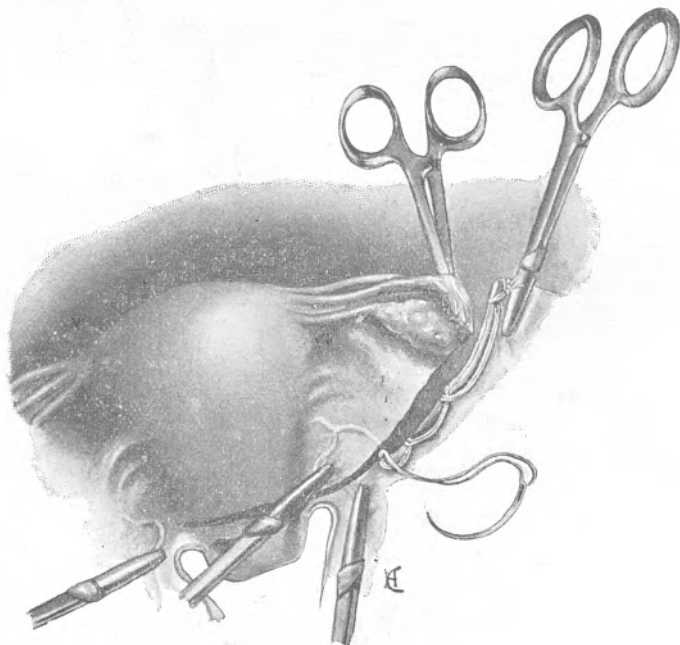


Fig. 248.—Histerectomía subtotal por el procedimiento anatómico: pinzamiento de la arteria uterina y sutura del ligamento ancho, comprendiendo los vasos arteriales (Dickenson).

Sustituídas las pinzas por ligaduras, se practica, con catgut, una sutura cuidadosa de las superficies peritoneales, y en el punto correspondiente de la vagina se cierra ésta con tres o cuatro puntos de sutura, de manera que quede completamente aislada la cavidad vaginal de la del peritoneo.

Bumm ha mejorado la técnica en un detalle de gran importancia para evitar las infecciones que pueden ascender desde la vagina; después de verificada la sutura de la vagina con el peritoneo y ocluida la cavidad de aquélla, colócase por encima, a la manera de puntos de Lembert, tres o cuatro hebras de catgut haciendo una sutura sero-serosa, con lo que se alcanza la seguridad de que antes de veinticuatro horas estará cerrada por completo la cavidad del peritoneo;

puédese hacer con sutura continua, siguiendo con la misma hebra con que se ha cerrado la vagina y peritoneo.

Dentro de la técnica general de este procedimiento caben una serie de modificaciones; lo mismo en lo referente a la colocación de los puntos de sutura, que en lo que atañe a las ligaduras en masa o a las ligaduras aisladas de cada uno de los vasos, puédense hacer muchas modificaciones que, dados los conocimientos actuales de la Cirugía, no merecen particular mención, si bien

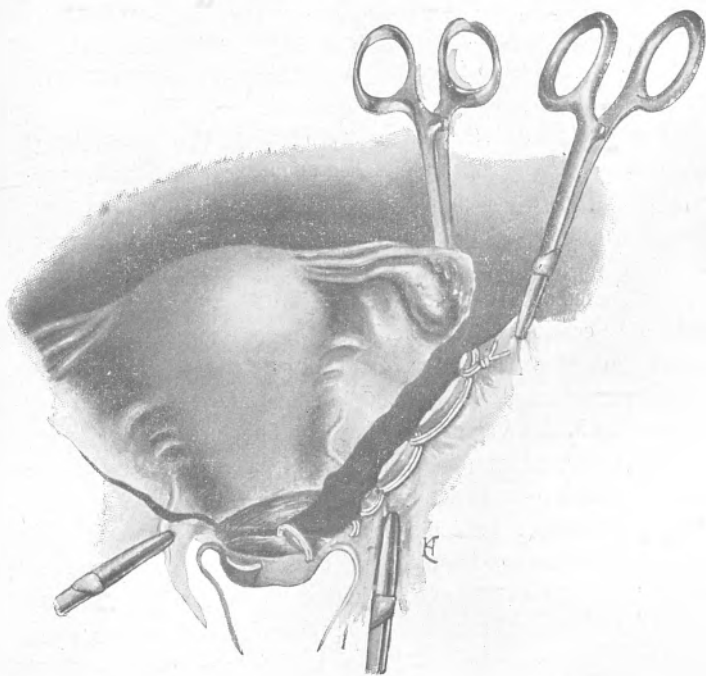


Fig. 249.—Pinzamiento de la arteria uterina izquierda después de seccionado el cuello del útero (Kelly).

por las condiciones de los órganos vecinos, representan cambios, si no fundamentales, de bastante importancia en la marcha ulterior de la operación.

Para los casos de fibromiomas no complicados, la oclusión de la vagina debe ser completa y la peritoneización tan absoluta, que no debe verse, antes de cerrar el vientre, superficie cruenta de ninguna especie en el fondo de la pelvis.

El desagüe tanto vaginal como abdominal no se emplea nunca en esta clase de operaciones, porque aun en los casos en que existen colecciones purulentas que se abren en el acto de la operación, como no tengan una probable septicidad, puesta de manifiesto por la preexistencia de estados febriles, se cierra completamente el abdomen y la cavidad vaginal.

En la técnica de todas las intervenciones laparotómicas seguimos el principio de colocar gasa o tubos de desagüe inmediatamente que creemos que se inicia un foco de inflamación pelvi-peritoneal; pero como medio preventivo de la inflamación no lo utilizamos nunca.

La sección del collar vaginal en la histerectomía total da en algunas ocasiones lugar a pérdidas de sangre que, si no muy abundantes, son lo suficientemente grandes para que si no se hace una hemostasia perfecta, pueden ser fuente de infección y, por lo tanto, hay que hacer las ligaduras precisas para que cese por completo la hemorragia, de modo que no pueda quedar ningún coágulo que sirva de medio de cultivo a los gérmenes de infección.

Histerectomía subtotal.—Para evitar las dificultades que en algunas ocasiones ofrece la técnica de la histerectomía total, principalmente en lo que se refiere a la hemostasia del collar vaginal, se ha sustituido el procedimiento de histerectomía total por el llamado *subtotal*, que, en realidad, no es más que una modificación o, mejor dicho, un perfeccionamiento de la técnica de la operación de pedículo intra-peritoneal de Schroeder.

Tanto si se comienza la operación por la cara anterior como por la posterior, o se sigue el procedimiento de Kelly o anatómico, los tiempos de la operación son exactamente los mismos; la única diferencia consiste, que en vez de seccionar los fondos vaginales y desde la abertura del fondo vaginal todo el collar que une el útero a la vagina, hacer la sección del istmo inmediatamente por encima del punto donde queda inserta aquélla. Con esto se simplifica extraordinariamente la técnica, porque no se opera a tanta profundidad y hay menos peligro que pueda producirse una infección por gérmenes que procedan de la vagina; los tiempos consecutivos de la operación son exactamente los mismos; sólo al hacer la sutura, en vez de unir los bordes del collar vaginal seccionado, se reúne la parte del cuello que fué seccionada en forma de cuña, de manera que se adapten de modo exacto las dos superficies cruentas que constituyen el muñón cervical.

En lo demás, la operación no se diferencia en nada de la histerectomía total, y aun el procedimiento de la sutura sero-serosa, aconsejada por Bumm, para las histerectomías totales, es también aplicable en estos casos para garantía de una más rápida cicatrización.

Accidentes y complicaciones.—En algunos casos de mioma, la vejiga asciende tanto por la cara anterior de la matriz, que son muchas las veces que por no explorar cuidadosamente esta parte se ha herido aquel órgano. Teniendo en cuenta la posibilidad de este accidente, es sumamente fácil el evitarlo, no incindiendo el fondo de saco anterior sin haber hecho el despegamiento completo de la vejiga de la cara anterior del mioma.

Las heridas del intestino, las del ureter, los desgarros que pueden sufrir

los vasos pélvicos en casos de fibromiomas incluidos en el espesor de los ligamentos anchos, son accidentes que, dada la técnica actual y los conocimientos quirúrgicos que poseen todos los ginecólogos, se producen poquísimas veces, y en caso de suceder, se remedian en cada caso haciendo una sutura intestinal, una uretero-neocistostomía, una ligadura alta de los vasos, etc., siendo muy raro que los accidentes o complicaciones no puedan ser soluciona-

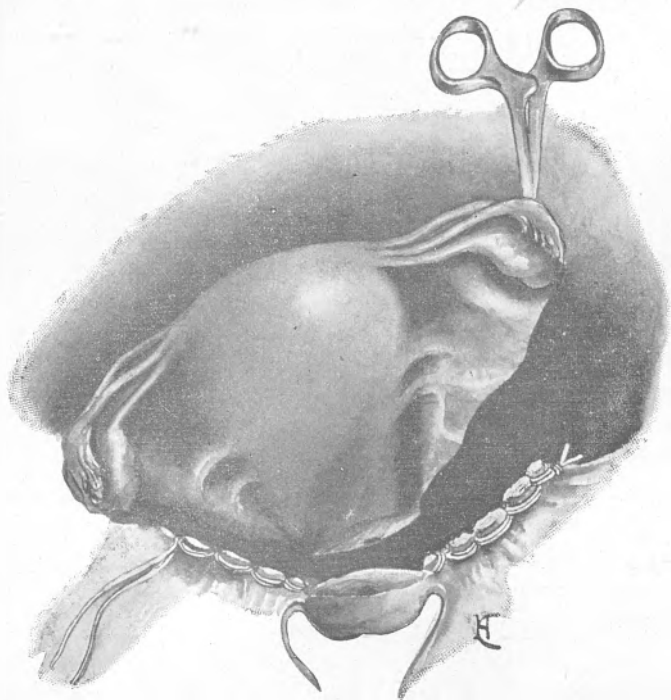


Fig. 250.—Histerectomía subtotal por el procedimiento anatómico: sutura del ligamento ancho izqueado.

dos por el ginecólogo de modo inmediato siguiendo las reglas de la técnica quirúrgica general.

Gravedad de la operación.—Al ocuparnos del tratamiento radioactivo, dijimos ya que la técnica actual había llegado a un grado tal de perfección, que puede calcularse en un 98 por 100 los casos de curación por los medios operatorios. ¡Cuán distantes nos hallamos de las estadísticas de hace treinta años, en que la mejor ofrecía una mortalidad de un 18 a un 25 por 100! Pero esto no implica que a pesar de la escasa gravedad, siempre resulta la laparotomía una operación en que el más ligero accidente séptico, encontrando un terreno preparado, pueda ser causa de la muerte de la enferma, y por ello, insistimos

en nuestras apreciaciones anteriores al afirmar que aun ofreciendo tan escasa gravedad, debe el ginecólogo esforzarse en curar sin operación cuando puede lograr igual resultado que con los medios quirúrgicos.

De la castración como medio de tratamiento de los fibromiomas uterinos.—La denominación de castración röntgenológica que algunos han dado al tratamiento de los fibromiomas por medio de los rayos X, procede de la técnica, en un tiempo seguida para los casos que se juzgaban inoperables, ya por el volumen del tumor, ya por sus adherencias, ya por sus complicaciones, en que se hacía única y exclusivamente la extirpación de los ovarios con el objeto de lograr una menopausia artificial que influyera de modo favorable en la disminución de la tumoración fibromatosa.

Esta operación, practicada el año 1876 por Treuholme y que fué seguida luego por gran número de ginecólogos, hace tiempo está completamente dejada de lado, porque la técnica operatoria, con sus perfeccionamientos, ha llegado al punto de no considerar inopinable ningún caso de fibromioma, sean cuales fueran sus condiciones de desarrollo y las complicaciones que le acompañen. Así, pues, al mencionar esta operación, lo hacemos sólo para recordar una orientación pasada, perteneciente a la época en que todos los esfuerzos de la Ginecología se dirigían a seguir operando.

Tratamiento paliativo.—Igual concepto que la castración nos merece en la actualidad el tratamiento paliativo que de las hemorragias uterinas, en casos de mioma, se hacía por medio de la legración. Tenemos hoy en el tratamiento radioactivo, sea röntgeniano, sea por el radio o mesotorio, medios para detener las hemorragias, de un valor muy superior a lo que significa un acto quirúrgico, que precisamente, por no ser curativo, puede revestir algunos serios inconvenientes si existen concomitantes con el tumor uterino, procesos de inflamación anexial.

El tratamiento termal, aconsejado para los casos de menorragias de origen fibromatoso, lo conceptuamos de escasísimo valor. Las aguas de Medina del Campo, de Salies de Bearn, las de La Muera, y en general todas las aguas clorurado-sódicas, se han aconsejado para el tratamiento paliativo del síntoma hemorragia en los fibromiomas. Como decimos, su valor es escasísimo, y dadas las posibilidades de obtener la curación por medios incruentos, no merecen ocupar un lugar en la terapéutica de estos procesos.

MIOMAS Y EMBARAZO

Influencia que ejercen sobre la fecundación.—Son muchas las mujeres afectas de mioma uterino que son estériles, unas veces porque la fecundación no se realiza, otras porque las condiciones en que se halla la mucosa uterina no permiten la nidación del huevo, o porque, habiéndose fijado éste en tejidos modificados por procesos patológicos, no sigue adelante la gestación, y poco tiempo después de la implantación del huevo fecundado, en la mucosa uterina, se desprende por no hallar condiciones a propósito para su ulterior desarrollo.

Las flexiones y versiones que la presencia de tumoraciones miomatosas imprimen al útero, son causa en algunas ocasiones, de que los espermatozoos no puedan realizar su progresión al interior de la cavidad uterina y consecutivamente a la cavidad tubárica.

La leucorrea, que tan abundantemente se presenta en las mujeres enfermas de estos procesos neoplásicos, consecuencia de la persistencia en la mucosa del estado premenstrual, impide también la progresión del espermatozoide, que es muchas veces arrastrado hacia afuera por la corriente leucorréica.

Las alteraciones vasculares que experimenta la mucosa del útero son asimismo causa de esterilidad por la abundancia de sangre que se vierte en cada menstruación, que arrastra no sólo al espermatozoide, sino al óvulo, que llega a la cavidad de la matriz, fecundado o no.

Aun cuando se verifique la fecundación por haberse encontrado los elementos macho y hembra, no es ello suficiente para que la gestación continúe; es necesario que las condiciones de la mucosa sean las que se precisan para que la nidación se pueda realizar de modo normal; el estado premenstrual de la mucosa prepara la nidación del huevo, pero favorece asimismo la formación de abundantes hematomas subepiteliales, que, al romperse y dar salida a la sangre que les forma, son causa de que sea arrastrado al óvulo, que había comenzado su trabajo de implantación.

En el sentido literal de la palabra, no puede decirse que el mioma impida en estos casos la fecundación; pero como quiera que la consecuencia de la misma no se realiza, pues la gestación no continúa, hemos de aceptar en el sentido práctico la decisiva influencia que ejercen en muchas ocasiones los fibromiomas uterinos para producir la esterilidad. En realidad, son abortos de

muy poco tiempo, de unas horas o unos días lo que tiene lugar; pero en la imposibilidad de separar prácticamente unos casos de otros, englobamos en la misma categoría las dos clases de procesos.

La acción mecánica oclusora de un fibromioma del cuello impidiendo el paso del espermatozoide es posible, pero no es éste el mecanismo más frecuente determinante de la esterilidad, sino los cambios de dirección y posición que anteriormente mencionamos.

A pesar de la reunión de muchas de estas causas, se verifican en algunas circunstancias no sólo la fecundación, sino la completa nidación del huevo, y en consecuencia la gestación sigue su curso, llegando unas veces hasta el final de la época normal de la misma e interrumpiéndose otras antes de llegar a aquel período, dando lugar a un aborto de más o menos tiempo o a un parto prematuro.

Influencia que ejercen sobre el embarazo.—La nidación normal del huevo fecundado se realiza en los dos tercios superiores de la matriz; cuando la inserción se realiza en el tercio inferior, se considera patológica; pues bien, la existencia de fibromiomas es causa frecuente de la inserción viciosa o patológica de la placenta; la causa de ello se halla en las alteraciones que en los casos de mioma presenta la mucosa del útero; unas veces de modo primitivo, por no encontrar terreno favorable a su implantación en los dos tercios superiores, el huevo se inserta en el tercio medio del útero, y en otras ocasiones como inserción secundaria por haberse desprendido del primer punto en que se implantó, se hace la inserción en las proximidades del cuello, lo que se traduce en los últimos meses de la gestación por pérdidas de sangre más o menos abundantes y por adelantamientos de la fecha normal del parto.

Son varios los casos de placenta previa que hemos tenido ocasión de ver en nuestra práctica, cuya patogenia se halla exclusivamente en las alteraciones de la mucosa uterina, de carácter flogístico o premenstrual, que acompañan a las neoplasias fibromatosas del útero.

Los miomas son frecuentemente causa de abortos por la hiperfunción ovárica que les acompaña, y que tal vez sea también su causa; la hiperactividad funcional del ovario es origen de congestiones uterinas muy importantes que por sí solas predisponen al aborto, bastando la más insignificante causa para que éste tenga lugar.

Las actitudes del feto son modificadas profundamente en algunas ocasiones por efecto de la presencia de una neoplasia miomatosa; la presencia de un mioma pélvico de gran tamaño impide, con seguridad, la buena colocación del feto, y las actitudes viciosas son, en muchos casos, consecuencia obligada de la existencia del tumor. Los tumores intersticiales que ocupan el fondo o las paredes laterales de la matriz, impiden que el feto adopte la actitud longitudinal, que es su característica de normalidad; las actitudes transversales, las

presentaciones oblicuas y pelvianas, son frecuentemente observadas como consecuencia de la anormalidad de forma, que por el hecho del mioma ha adquirido la cavidad del útero.

En los casos de grandes tumores miomatosos de desarrollo abdominal, puede la hiperdistensión ser causa de profundas alteraciones funcionales cardíacas y renales que influyan de modo desfavorable para la terminación normal de la gestación.

Influencia que ejercen sobre el parto.—La situación y el volumen de la neoplasia, son factores que hemos de tener muy en cuenta para precisar la influencia que en el desarrollo del parto puede tener la tumoración; un tumor de pequeño volumen desarrollado en el cuerpo del útero, no ejerce influencia apreciable en el curso del parto, pero los de gran tamaño ejercen una acción sobre las contracciones uterinas debilitándolas por una parte, y por otra, haciendo cambiar la dirección del esfuerzo, acción que perturba de modo grande el curso fisiológico del parto.

Cambia asimismo la influencia que sobre este acto ejercen los grandes tumores corporales según su situación; así los subperitoneales pueden no modificar en absoluto las contracciones, y en consecuencia, la evolución del parto realizarse dentro del tipo de la mayor normalidad; en cambio, los de desarrollo cavitario pueden ocasionar cambios profundos en la dirección del cilindro fetal y ser por este mecanismo causa de distocia.

Los tumores de implantación pelviana, principalmente los que se desarrollan en la región infraístmica, producen en muchas ocasiones insuperables dificultades para la parturición y dan lugar a gravísimas distocias; no debe, sin embargo, la situación completamente pelviana de un mioma hacer pronosticar de modo seguro una distocia, pues frecuentemente en el acto del parto experimentan estas neoplasias un grado tal de reblandecimiento que disminuyen de modo considerable las dificultades que para la expulsión del feto se suponían *a priori*; en algunas ocasiones experimentan estas tumoraciones un desplazamiento considerable y hácese en el acto del parto extrapelvianas por remontar a la cavidad abdominal y se realiza normalmente un parto que en los primeros momentos parecía imposible que pudiera terminar sin recurrir a intervenciones operatorias de gran importancia.

En la producción de presentaciones anormales influyen considerablemente las neoplasias miomatosas de inserción cervical; hallándose la entrada de la pelvis o la excavación ocupada por un tumor miomatoso, la cabeza fetal no puede presentarse en la disposición fisiológica y se producen deflexiones que hacen cambiar la presentación fetal o inclinaciones que conducen al patologismo; las presentaciones de cara y frente, así como las de tronco, son consecuencia algunas veces de las dificultades que ocasiona la presencia de un mioma en la excavación pelviana para la acomodación fetal.

Las procidencias de algún miembro y la de cordón, son también observadas en estas circunstancias por no ocupar la presentación fetal toda el área del estrecho superior de la pelvis.

La influencia que sobre el acto del parto ejercen las neoplasias miomatosas varía, no sólo por el hecho de su situación y tamaño, sino también por otras varias circunstancias dependientes del número de las mismas, blandura, infiltración que experimentan durante el acto del parto, cantidad de tejidos de fibra normal que le quedan al útero para ejercer la acción contráctil necesaria para la expulsión fetal, etc.

La existencia de tumores uterinos miomatosos no debe servir para establecer pronóstico desfavorable por su sola presencia, pero sí debe servir para justipreciar las modificaciones que pueden presentarse en el acto del parto y para inducir a una terapéutica oportuna.

En el alumbramiento pueden sobrevenir hemorragias de alguna importancia por verificarse de modo deficiente o anormal la retracción y contracción uterina que realiza la hemostasia; la presencia de tumores uterinos puede no haber dificultado la salida del feto, y en cambio, ser causa de una inercia parcial que ocasione hemorragias gravísimas en el tiempo del alumbramiento.

No es hecho raro que después de la expulsión del feto y al esperar la salida de las secundinas, asome por la vulva una tumoración carnosa que examinada resulta ser un tumor miomatoso, que espontáneamente se elimina por efecto de las contracciones; éstas, llamadas en un tiempo molas carnosas, no son otra cosa que miomas submucosos que han experimentado durante las contracciones del parto un comienzo de enucleación de cápsula, que se ha completado al hacerse la retracción fisiológica subsiguiente a la expulsión fetal; el parto de tumores miomatosos coincidiendo con la expulsión placentaria puede dar lugar a mayores pérdidas de sangre que las que normalmente tienen lugar en este período.

Influencia que ejercen sobre el puerperio.—Si no existe infección, no se modifica absolutamente en nada el puerperio por la existencia de fibromiomas; pero en los casos de infección pueden los tumores submucosos complicar el curso de la involución uterina y dar lugar a graves hemorragias.

La frecuencia con que se esfacelan los miomas submucosos cuando a la acción contráctil y retráctil del puerperio se añade un proceso infectivo intracavitario, es causa de retenciones loquiales que se asocian a las icorosas de la neoplasia y producen estados toxémicos graves.

Influencia que ejercen el embarazo, parto y puerperio sobre la evolución de los miomas.—La gestación determina un impulso considerable en el crecimiento de los tumores miomatosos, hasta el punto de que neoplasias que habían pasado desapercibidas estando el útero en estado de vacuidad, en

cuanto se inicia una gestación adquieren volumen considerable; la influencia que la gestación ejerce sobre los elementos constitutivos del útero, especialmente sobre los musculares, ya por efecto del huevo fecundado, ya por lo que parece más probable, por la función especial del cuerpo lúteo del embarazo, actúa también sobre las fibrocélulas constitutivas del tumor, y en consecuencia, el aumento de volumen es considerable.

El crecimiento extraordinario que experimenta la neoplasia, así como su mayor succulencia y vascularización, se producen principalmente durante los



Fig. 251.—Voluminoso fibromioma uterino coincidiendo con una gestación de 3 meses, interrumpido espontáneamente.

primeros meses de la gestación, cuando el cuerpo amarillo de la gestación presenta mayor actividad, que se manifiesta asimismo sobre el útero en el sentido de hiperplasia, cosa enteramente distinta de lo que ocurre en los últimos meses, en los que el crecimiento de la matriz se debe principalmente al fenómeno de distensión.

En términos generales puede afirmarse que el aumento en el impulso de crecimiento que experimentan las neoplasias durante el embarazo tiene un límite o por lo menos sufre una detención al llegar la gestación al quinto mes, y que sólo de modo excepcional llegan a adquirir mayor volumen en los tres últimos meses del embarazo. Este hecho tiene un valor práctico extraordinario,

pues permite pronosticar favorablemente algunos casos, en los que por lo rápido del crecimiento en los primeros meses se podía presumir la necesidad de una intervención operatoria.

Cuando comienza el parto se produce, por lo general, en los miomas, un reblandecimiento muy marcado que obra de modo favorable, permitiendo en muchos casos la acomodación fetal; no es raro observar cómo tumores intra-pélvicos se hacen francamente abdominales en el curso del parto, y en algunas ocasiones se nota un estado de reblandecimiento tal, que pueden quedar casi completamente aplastados contra las paredes pelvianas, haciendo posible el paso del feto.

Ya hemos mencionado más arriba el fenómeno que algunas veces se produce al terminar la expulsión fetal, de ser asimismo expulsado un mioma submucoso en forma de mola carnosa, por efecto de las contracciones y retracción de la fibra muscular uterina.

Así como el proceso de impulsión en el crecimiento sigue en el tumor una marcha paralela al que experimenta el órgano uterino, una cosa completamente análoga ocurre en el puerperio al verificarse el proceso regresivo. Después del parto, el órgano de la gestación sufre un trabajo regresivo que le conduce, en un período de seis a siete semanas, al estado en que se hallaba antes de comenzar la gestación; pues bien, este trabajo lo experimenta asimismo la fibra muscular que forma las neoplasias miomatosas de la matriz, y en consecuencia disminuye de volumen la tumoración; su endurecimiento y atrofia se realizan paralelamente a la involución uterina, y no es raro encontrar mujeres en las que durante la gestación se diagnosticaron voluminosos tumores uterinos, que a los dos o tres meses de paridas apenas si se encuentran nódulos o vestigios de aquella tumoración, que permanece a veces en estado quiescente para volver a crecer al realizarse una nueva gestación.

Conducta del ginecólogo ante un caso de mioma y embarazo coexistentes.—Sea cual fuere la situación, tamaño y condiciones de la neoplasia, la röntgenterapia está contraindicada en el estado de gestación; la acción letal que tienen sobre el feto excluye las aplicaciones de rayos X, así como también las de radio y demás substancias radio-activas.

No se puede en líneas absolutas señalar una conducta general, pues son tan diversas las condiciones de las neoplasias miomatosas y su significación pronóstica para el acto del parto, que es preciso en cada caso particular hacer el análisis de todas ellas para resolver en definitiva la línea de conducta a seguir. Como factor con quien hay que contar para tomar una resolución, se halla la viabilidad del feto, que tiene un derecho a la vida que hay que respetar, ya que, afortunadamente, es excepcional que se presenten conflictos que obliguen a elegir entre la vida de la madre y la del feto.

Por lo general, los tumores del cuerpo del útero permiten esperar el acto

del parto sin que se presenten indicaciones de actuación urgente; excepcionalmente se halla algún caso en el que neoplasias desarrolladas en la cara anterior de la matriz producen fenómenos de compresión urinaria que pueden obligar, si con la posición genupectoral no se corrigen, a practicar el acortamiento de los ligamentos redondos, ya por medio de la operación de Alexander Adams, ya por medio de laparotomía; en este último caso es de todo punto preciso manejar el útero con gran cuidado para evitar el desprendimiento del óvulo y el aborto consecutivo; si el mioma es único cabe practicar la enucleación y cuidadosa sutura de las paredes del útero.

Es frecuente en casos de miomas uterinos, en los que una gestación ha sobrevenido, que la placenta se inserte en el segmento inferior del útero, y como consecuencia de ello se presenten hemorragias de gran intensidad en los últimos meses de embarazo; en estas condiciones la hemorragia producida por la inserción viciosa de la placenta puede prolongarse por la falta de retracción de la fibra muscular y ocasionar la muerte de la enferma después de la expulsión del feto al cesar la compresión que éste ejercía sobre los vasos abiertos.

Para estos casos, creemos indicada la operación cesárea seguida o no de histerectomía, según cuales sean las condiciones en que se halle la enferma; en los casos en que las pérdidas de sangre han llevado a la enferma a un grado muy acentuado de anemia, es muy conveniente abreviar el acto operatorio, y por tanto, una vez reconstituida la pared uterina, se cerrará el vientre, dejando para la radioterapia consecutiva la resolución del problema de modo definitivo.

Cuando se trate de grandes tumores que ocupen la excavación, sean de implantación cervical o corporal, puede asimismo resultar indicada la cesárea, si el área de los estrechos pelvianos no queda libre a pesar de existir un reblandecimiento marcado de la tumoración y ser potentes las contracciones uterinas. La cesárea, para que dé grandes garantías de éxito, exige que no se hayan practicado tactos vaginales, y en consecuencia, cuando se trate de una enferma de esta categoría, debe prescindirse de hacer esta clase de exploraciones y sólo hacerlas cuando estando todo preparado, se pueda practicar la cesárea inmediata en el caso que se compruebe que no deja el tumor libre la excavación.

Dada la escasa gravedad que ofrece una histerectomía por fibromas cuando se realiza la operación en buenas condiciones, puede ser conveniente no esperar el momento del parto para practicarla, en aquellos casos en los que no existe apenas probabilidad alguna que durante el acto del parto quede libre la excavación y los estrechos de la pelvis.

La castración quirúrgica practicada en el acto de la cesárea, no tiene más justificación que la existencia de grandes dificultades técnicas para la histerectomía en relación con el estado de debilitación general de la enferma.

En los casos de parto avanzado en los que el ginecólogo es llamado para asistir a una enferma después que se han practicado múltiples maniobras, y en los que la infección existe ya o por lo menos se supone que ha de sobrevenir, la vía abdominal debe proscribirse en absoluto; ni la cesárea extraperitoneal ni la subperitoneal dan probabilidades de curación, y por tanto, hay que esforzarse en resolver el problema a pesar de las dificultades que entraña, por vía vaginal; el despedazamiento del tumor para hacer paso a los instrumentos embriotómicos, es de todo punto necesario. Si el feto está vivo, cosa del todo excepcional en estas condiciones, hay que forzar las indicaciones conservadoras y no intentar operación de extracción hasta tanto que la mayor parte de la tumoración haya sido extirpada y se pueda, con la versión o el fórceps, extraer con vida el feto; pero si, como ocurre casi siempre, cuando se llama tarde al ginecólogo el feto ha dejado de existir, es de todo punto preciso no intentar la extracción sin antes haber reducido, por alguna operación embriotómica, el volumen fetal.

Las hemorragias del alumbramiento, tan frecuentes en casos de esta naturaleza, exigen además de los medios que comúnmente se emplean para corregirlas, el rápido empleo del taponamiento intrauterino hecho *ad hoc*, empleando una tira de gasa de 10 o más metros de larga con 8 o más dobleces y de 10 centímetros de ancha y perfectamente esterilizada, que a prevención debe el ginecólogo tener preparada para todos los casos de esta naturaleza, dada la frecuencia con que se puede presentar este accidente.

NEOPLASIAS MALIGNAS DEL ÚTERO

Denominanse así aquellas neoplasias que dotadas de gran vitalidad y considerable energía genética, son capaces de vivir vida independiente en el seno de los tejidos, infiltrándose en ellos y determinando metástasis a distancia.

El carcinoma, el sarcoma y el corio-epitelioma, son las tres modalidades anatomo-patológicas que pertenecientes a esta categoría se desarrollan en la matriz. El endotelioma es tan sumamente raro, que no le dedicaremos capítulo especial a pesar de existir en la literatura médica algunas observaciones indudables.

Carcinoma del útero.

Las neoplasias de naturaleza epitelial que asientan en la matriz, se dividen, según su localización, en cervicales y corporales; subdividiéndose las primeras en cavitarias y del hocico de tenca.

Histopatología.—Las agrupaciones celulares que constituyen el cáncer del útero, presentan dos formas esencialmente distintas, según procedan del epitelio pavimentoso o del cilíndrico que reviste la mucosa cavitaria y las glándulas tubulares que en número tan considerable se hallan en la mucosa de la matriz.

Las células cancerosas se hallan en contacto directo unas con otras; pero el modo de agruparse es muy diferente en una forma de la otra. En el carcinoma cilíndrico se halla muy frecuentemente el tipo de adenocarcinoma, constituido por una proliferación abundantísima del epitelio glandular que toma la poli-estratificación como carácter fundamental de su ilimitado poder genético y un aumento considerable del número de glándulas existentes en la mucosa normal; por otra parte, se nota en diversos puntos de las paredes glandulares reventamientos del estroma de sostén, y las células epiteliales se escapan de la pared glandular formando cordones que infiltrándose en los tejidos vecinos forman nidos independientes de la proliferación de la glándula.

Las neoformaciones epiteliales se agrupan generalmente en nidos circundados más o menos completamente por un estroma de elementos conjuntivos, formando especie de alvéolos; cuando el poder genético de las células epiteliales es muy grande, la cantidad de estroma es insignificante y toma el carcinoma

la llamada forma coloide, en la que la disgregación celular sigue inmediatamente

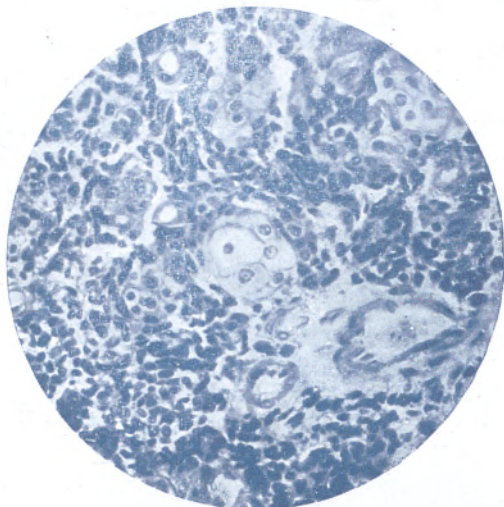


Fig. 253.—Nidos epiteliales infiltrados en el tejido conjuntivo inter-glandular.

al proceso formativo. En otros casos domina la formación conjuntiva a la epitelial

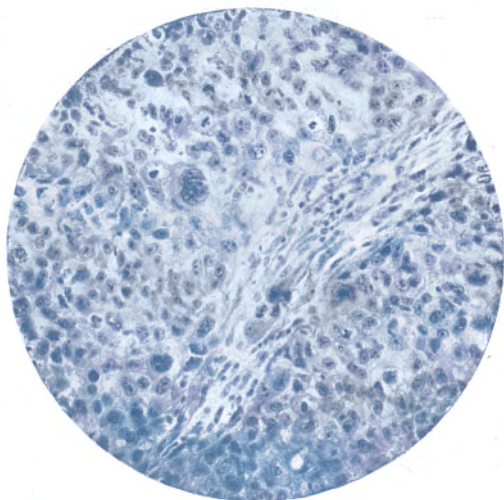


Fig. 254.—Mitosis abundantes en las células neoplásicas; haz conjuntivo atravesando el tejido epitelial.

y la abundancia de estroma da una dureza especial a la neoplasia, constituyendo el llamado escirro.

En el carcinoma de células pavimentosas no es raro encontrar globos epidérmicos diseminados entre las agrupaciones celulares epiteliales.

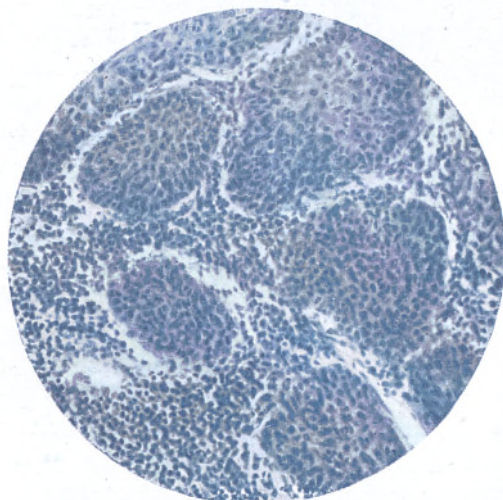


Fig. 255.
Nidos epiteliales rodeados por elementos conjuntivos.

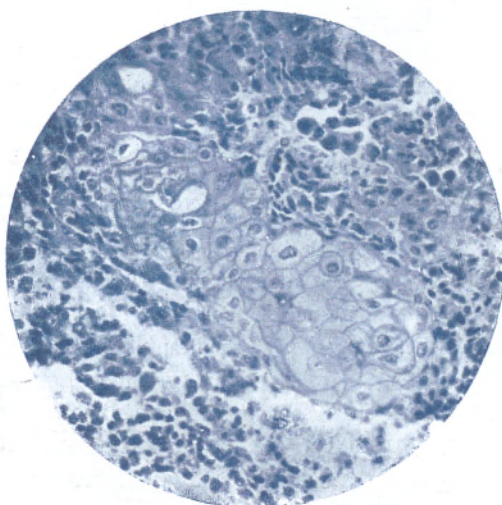


Fig. 256. —Elementos epiteliales pavimentosos infiltrados
en el tejido conjuntivo.

Las células cancerosas no se diferencian esencialmente de las epiteliales sanas más que en lo imperfecto de su forma, dependiente de la rapidez con que

se desenvuelve el proceso vital de las mismas; nacer, crecer y morir son las tres fases de la existencia celular que en el carcinoma se suceden con tal rapidez que no llega la célula en su período álgido de desarrollo a parecerse completamente a sus progenitoras; tanto mayor es la rapidez del ciclo vital de los elementos constitutivos de la neoplasia epitelial, tanto menor es su semejanza con la célula normal y mayor es la gravedad global del proceso neofor-mativo. La célula cancerosa no es una célula distinta de la epitelial, sino una célula deformada por la rapidez conque se desenvuelven sus fases de crecimiento, reproducción y muerte.

Las divisiones carioquinéticas se producen en el carcinoma con tal rapidez, que en el campo microscópico se ven multitud de células en pleno período de división mitótica; la asimetría de la segmentación celular, así como la mitosis multipolar, es observada frecuentemente; pero no han sido comprobadas formas carioquinéticas especiales de las neoformaciones malignas, como han supuesto Moore y Walker.

La pignosis se encuentra algunas veces en neoplasias cancerosas del útero que no han estado sometidas a tratamiento alguno; pero en donde se halla en considerable cantidad es en las que han estado sometidas a tratamientos radio-activos.

El estroma conjuntivo que sostiene a los elementos epiteliales toma algunas veces un notable impulso de crecimiento y adquiere la forma de vellosidad polipoide, que por hallarse recubierta de gran número de elementos epiteliales que se desmoronan rápidamente, da lugar a mortificaciones de tejidos que son invadidos del proceso de putrefacción. La escasez de vasos que provean de elementos nutritivos de modo suficiente a estos epitelios conduce al desmoronamiento, y muy frecuentemente en las formas coloides se hallan alvéolos vacíos, resultantes de la disgregación de la casi totalidad de las células que formaban nidos epiteliales.

La característica de las neoformaciones epiteliales es su limitadísima vida celular; el proceso de muerte se realiza por coagulación, fragmentación nuclear y degeneraciones, cuya primera manifestación es la vacuolización protoplas-mática. Las acumulaciones pigmentarias resultantes de la disgregación nuclear toman en algunos casos proporciones muy grandes. Los detritus celulares permiten la actuación de agentes saprofíticos y sépticos y la entrada en el torrente circulatorio de los productos de la desintegración celular, y la de las toxinas y leucomafnas de origen microbiano, conduce de modo rápido a la caquexia.

El proceso destructivo que alcanza el grado máximo en las formas coloides del carcinoma uterino, ofrece las mínimas en los adeno-carcinomas, y sólo cuando se han formado de modo secundario grandes acumulaciones que han dejado de ofrecer el tipo adenomatoso, es cuando se producen

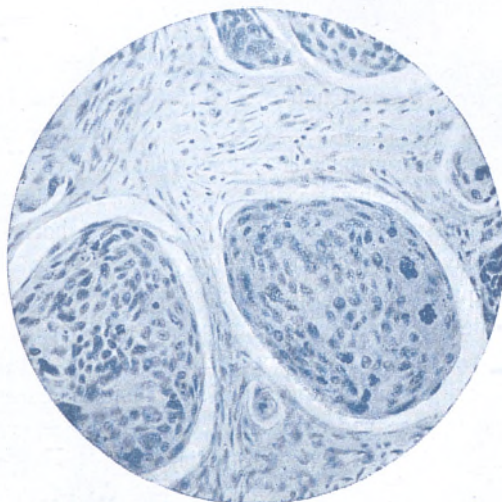


Fig. 257.
Carcinoma uterino con nidos de epitelio cilíndrico.

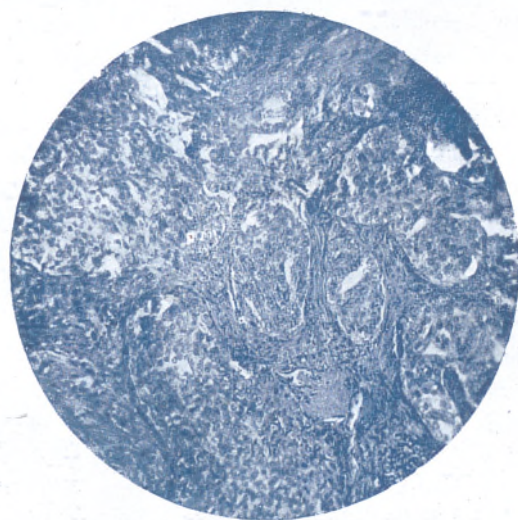


Fig. 258.—Metástasis ganglionar de un epiteloma cervical
de forma infiltrada.

las putrefacciones que dan lugar a la aparición de los síntomas de la caquexia.

Carcinoma cervical.

Anatomía patológica.—Cuatro son las formas clínicas que ofrece el carcinoma que asienta en el cuello del útero, y aun cuando en el concepto histopatológico pertenecen a la misma clase de neoplasias, ofrecen algunos caracteres especiales que merecen ser conocidos. El comienzo de la neoformación epitelial se inicia una vez en la porción vaginal del hocico de tenca, y en otras dentro de la cavidad del cuello, constituyendo la variedad llamada intracavitaria cervical, que afecta diversas formas.

El carcinoma del hocico de tenca comienza casi siempre por la mucosa que circunda el orificio externo, siendo muy frecuente que asiente en la superficie de una erosión de origen inflamatorio, que se transforma lentamente en neoplasia. Este hecho merece ser recordado, por ser considerada por muchos ginecólogos la erosión cervical como predisponente para la aparición del cáncer.

En el carcinoma del hocico de tenca hállase muy a menudo la llamada forma excrecente o vegetante, en la que existen masas papilares asentando sobre una zona hiperemiada, que le da un aspecto rojo vivo, que sangra con gran facilidad; el número de estas masas vellosas es, en ocasiones, considerable, llegando a llenar toda la parte alta de la cavidad vaginal; en el punto de implantación de las masas papilares carcinomatosas existe una infiltración celular de elementos de tejido conjuntivo, en el que penetran a mayor o menor profundidad cordones epiteliales, dotados del poder exuberante mitótico, que caracteriza a las células cancerosas. Las masas papilares del carcinoma se desmoronan con gran facilidad y sangran al menor contacto, hallándose constituidas por una serie de finos filamentos conjuntivos que contienen algún vaso neoformado y cubiertas por varias capas de epitelio, dotado de poder genético considerable, que conduce a la falta de ordenación celular y a las metaplasias características de estas neoformaciones.

En algunos casos, masas considerables de vegetaciones cancerosas tienen una muy reducida zona de implantación y penetran a escasa profundidad del tejido de sostén, por cuyo motivo se puede afirmar en términos generales que la rapidez en las propagaciones parametrales guarda una proporción inversa con la exuberancia de las vegetaciones epiteliales.

Una segunda forma de cáncer cervical es la llamada ulcerosa; en ésta la formación epitelial atípica se desmorona rápidamente y deja una pérdida de substancia de bordes desiguales que profundiza de modo continuo, destruyendo los tejidos sobre los que se desarrolla; las infiltraciones epiteliales siguen igual proceso destructivo rápido, y como consecuencia de ello el hocico de tenca desaparece, ya un solo labio, corriéndose el proceso

ulcerativo a los fondos de saco vaginales; cuando lleva algún tiempo de existencia el carcinoma cervical ulceroso, el fondo de la vagina parece terminar en embudo, habiendo desaparecido todo rastro de hocico de tenca; el proceso de ulceración invade con gran facilidad los parametrios y su desmoronamiento da lugar a destrucciones vasculares, que por tratarse de vasos importantes pueden ocasionar hemorragias de gran intensidad en casos en que parecen las lesiones muy limitadas.

Otra forma de agrupación epitelial atípica se produce en el cuello del útero, que se denomina infiltrante; en ésta ni se producen las excrecencias conjuntivas que, revestidas de varias capas de epitelio, forman la variedad vegetante, ni tampoco ocurre el desmoronamiento celular, que conduce a la ulceración de los tejidos invadidos; en esta forma las agrupaciones epiteliales

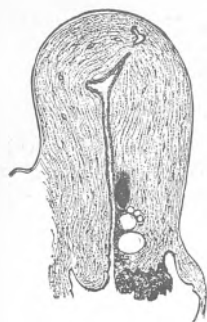


Fig. 259. — Carcinoma del labio posterior aparecido en una erosión endometríca en la que se observan huevos de Naboth.

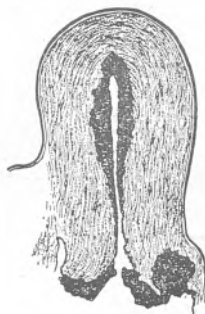


Fig. 260. — Carcinoma vegetante de hocico de tenca con propagación al fondo de saco posterior.

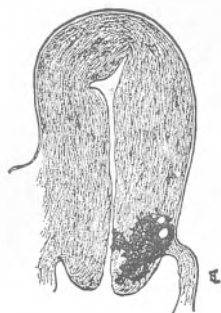


Fig. 261. — Carcinoma cervical infiltrado del labio posterior.

ocupan el espesor del estroma y dan lugar a induraciones constituidas por acúmulos celulares que, dotados del mismo vigor genético y de la brevedad de su vida, tardan un tiempo más o menos largo a manifestarse en sus etapas degenerativas y de destrucción. Las formas infiltrantes de la carcinomatosis cervical conducen a la larga a la ulceración y desmoronamiento de la forma ulcerosa, pero pasan por un período en la que sólo el proceso de infiltración y endurecimiento de las partes acusa la anormalidad de la formación celular.

Estas formas infiltradas al desmoronarse, dando lugar a la ulceración destructiva, lo hacen unas veces en la superficie vaginal y otras dentro del conducto cervical, resultando en muchas ocasiones que con un hocico de tenca, al parecer sano, existen destrucciones extensísimas del mismo, que dan lugar a síntomas de lesión avanzada, cuales son los flujos icorosos y grandes hemorragias.

La cuarta forma de cáncer del cuello del útero, por su rápida propagación en superficie a la vagina, debiera denominarse útero-vaginal; en esta forma la destrucción celular es pequeña, como es escasa la profundidad de las lesiones; se forman en ella pequeñas masas excrecentes que se desmoronan fácilmente, dando lugar a pérdidas de sangre; en cambio, del escaso poder destructivo se produce una rápida extensión en superficie y sin gran masa de induración y con escaso número de vegetaciones epiteliales se halla gran parte de la pared vaginal invadida del mismo proceso úlcero-vegetante, de naturaleza epitelial, que invadió primeramente al hocico de tenca.

Las cuatro formas que enumeramos, vegetante, ulcerosa, infiltrante y laminar, se presentan unas veces acusando el tipo único de su variedad, pero

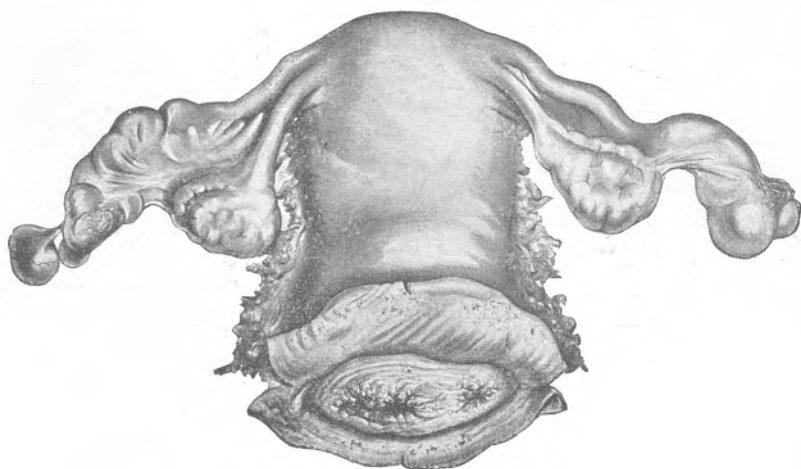


Fig. 262.—Carcinoma cervical de forma infiltrada en el que se inician ulceraciones destructivas (extirpado con operación de Wertheim).

otras veces se hallan mezcladas dos o más formas; así se ven frecuentemente asociadas las formas vegetante e infiltrada, y en otras la laminar y vegetante; estas variedades complejas se encuentran muy a menudo en los cánceres avanzados, en los que el proceso destructivo ha alcanzado grandes proporciones.

Si bien lo más frecuentemente observado en clínica es que el carcinoma del cuello del útero comience por la superficie vaginal del mismo, en los bordes del orificio externo, en algunas ocasiones las producciones epiteliales atípicas comienzan por la mucosa endocervical y con un hocico de tenca, al parecer sano, se forman dentro de la cavidad del cuello las masas neoplásicas que hacen irrupción vaginal cuando se halla muy avanzado el proceso; en las formas infiltradas ocurre esto con relativa frecuencia, pero no es raro en las formas ulcerosas el comienzo endocavitario de la neoplasia.

En algunos casos de carcinoma cervical cavitario se producen estenosis del orificio externo del útero y entonces la cavidad del cuello se va relleno de productos de desintegración celular, dilatándose y llegando a constituir grandes colecciones de detritus orgánicos.

Por lo general, el carcinoma cervical no se corre hacia la mucosa del cuerpo del útero; el istmo forma muy a menudo una barrera que no traspasa, pero no es esto un hecho que no se produzca alguna vez. Así como la propagación endocorporal no se realiza casi nunca, no ocurre lo mismo con la producción de lesiones cancerosas endocavitarias de cuello en los carcinomas de cuerpo; en éstos la propagación cervical es frecuentísima, unas veces por

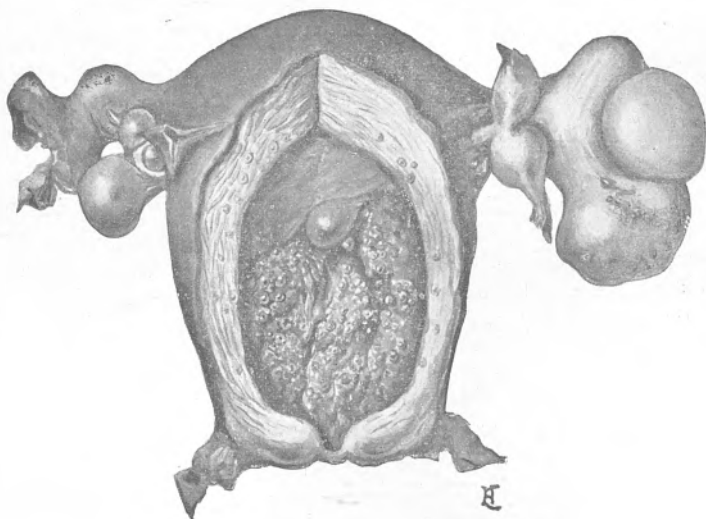


Fig. 263.—Carcinoma difuso cérvico-corporal.

continuidad de tejido y otras por injertos que se producen en el cuello con las células caídas de la neoplasia corporal.

Los cánceres de útero que invaden todo el órgano son consecuencia de propagaciones cervicales de uno corporal; sólo de modo excepcional se puede admitir un curso inverso.

Las causas que determinan la producción de una u otra forma de cáncer, nos son desconocidas; Gebhard lo relaciona con la cantidad de vascularización que posee el tejido sobre el que asienta la neoplasia; a vascularización abundante corresponde una forma vegetante, y a una vascularización pobre, la aparición de las formas ulcerosas rápidamente destructivas.

El carácter invasor de la neoplasia epitelial y las relaciones que el útero tiene con la vejiga y con el recto, da una gran facilidad a las propagaciones a

estos órganos; las paredes, así de la vejiga como las del recto, son invadidas muy frecuentemente por el proceso neoplásico que al desmoronarse da lugar a pérdidas de substancia que son causa de fístulas vésico y recto-vaginales.

Las infiltraciones parametrales dan lugar muy a menudo a compresiones de los uréteres, que se estrechan en la porción próxima a la vejiga hasta llegar a ocluir la luz del órgano y a distensiones considerables de la porción situada por encima del punto comprimido; en algunas ocasiones llega la distensión a alcanzar el diámetro del dedo pulgar.

ETIOLOGÍA.—La edad de los cuarenta a los cincuenta y cinco años es la más favorable para el desarrollo del carcinoma cervical; no son, sin embargo, raros los casos que aparecen en edad más avanzada y son innumerables los que se presentan en mujeres por debajo de los treinta años. Hemos tenido ocasión de observar algunos en mujeres entre los veinte y treinta años y en dos ocasiones hemos hallado comprobados por análisis histológicos cánceres en púberes por debajo de los veinte.

En mujeres jóvenes hemos visto coincidir varias veces el carcinoma cervical con lesiones tuberculosas del hocico de tenca.

Los carcinomas que aparecen en mujeres jóvenes tienen por lo general una evolución mucho más rápida que la que ofrecen los carcinomas de las viejas; por este hecho puede reputarse de una malignidad tanto mayor cuanto más joven es la enferma.

Las causas que explican la mayor frecuencia del carcinoma cervical del útero son las mismas que se consideran como predisponentes en cualquier otra parte del organismo; en el cuello del útero se verifica el cambio del epitelio cilíndrico cavitario, en pavimentoso del hocico de tenca y sabida es la favorable condición que ello representa para la aparición de neoplasias epiteliales.

Las cicatrices que existen en los alrededores del orificio externo del útero por efecto de los partos habidos, representa asimismo un papel predisponente para la aparición de estas neoplasias.

Las erosiones crónicas del cuello, principalmente las de forma papilar, tienen un papel predisponente; son muchas las veces en que se ha podido observar la transformación neoplásica de una erosión de origen inflamatorio; este hecho ha inducido a muchos ginecólogos a practicar siempre, como medida preventiva, la extirpación de la mucosa cervical erosionada por efecto de inflamaciones crónicas.

La disminución de resistencia de los elementos celulares que constituyen la zona de implantación del neoplasma, parece jugar un importante papel etiológico, pero no es posible hasta la fecha precisar las condiciones que favorecen la modificación del poder genético celular, que convierte la célula normal en cancerosa. Teilhaber atribuye un papel etiológico importante a la disminución

de resistencia de la zona basal, y fundándose en este hecho atribuye a la diatermia local una acción muy favorable como coadyuvante del tratamiento radio-activo. Kok, en una serie de observaciones practicadas con los cánceres del ratón, ha podido comprobar que cuando por un exceso de irradiación se disminuía la vitalidad del tejido conjuntivo basal de la neoplasia, ésta no solamente no se modificaba de modo favorable, sino que empeoraba la situación.

SINTOMATOLOGÍA.—Tres son los síntomas capitales del carcinoma cervical: metrorragias, leucorrea y dolor.

Las hemorragias se presentan de modo primitivo en la mayor parte de ocasiones, lo mismo en la forma ulcerosa que en las vegetantes y laminares.

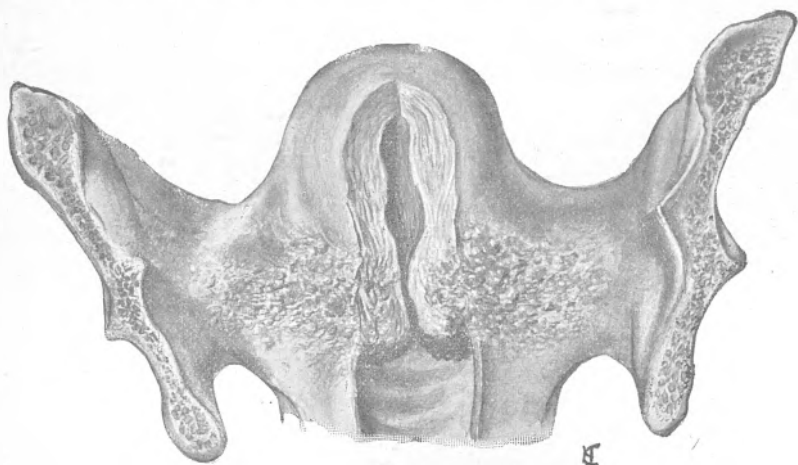


Fig. 264.—Corte frontal esquemático de propagación carcinomatosa a los parametrios.

Desde el momento que se inician las grandes formaciones epiteliales, los vasos de nueva formación se desmoronan y los ya existentes, invadidos por el proceso de infiltración epitelial, se rompen y la sangre aparece como fenómeno primitivo; la intensidad de la pérdida sanguínea varía según el calibre del vaso o vasos que se destruyen; por lo general, al comienzo las pérdidas son escasas y van aumentando en cantidad a medida que la infiltración del epitelio neoplásico invade zonas más profundas; pero en ocasiones aparece una pérdida de sangre formidable sin haber existido antes fenómenos que llamaran la atención hacia estos órganos.

Así como en el mioma las pérdidas hemáticas toman la forma menorragica y sólo en casos muy avanzados de lesiones de mucosa toman el tipo metrorragico, en el carcinoma es la metrorragia el tipo inicial; las destrucciones vasculares productoras de las hemorragias no tienen nada o poco que ver con la

aparición de las reglas; lo mismo en los períodos menstruales que en los intermenstruales, pueden aparecer pérdidas sanguíneas de origen neoplásico, hasta constituir un estado en el que la mujer no sabe decir cuándo le corresponde la menstruación.

En las formas infiltradas puede el fenómeno hemorrágico aparecer más tardíamente, pero en ellas es muy frecuente que la primera metrorragia revista caracteres de extraordinaria violencia.

Las formas vegetante y laminar se caracterizan por lo general por pérdidas pequeñas y muy repetidas, y sólo cuando el proceso está muy avanzado es cuando adquieren gran intensidad las hemorragias.

En las formas endocavitarias las pérdidas acostumbra a ser las más copiosas, ya que en la región cervical ístmica es donde se hallan los vasos más importantes, hasta el punto que puede ser comparada esta parte con el hilio del órgano y como consecuencia de ello, cuando la infiltración neoplásica llega a destruir algún vaso de gran calibre, la hemorragia es intensísima; nosotros hemos tenido ocasión de ver un caso en el que la primera pérdida sanguínea que se presentó fué por destrucción de una arteria uterina y produjo la muerte de la enferma en breve plazo. Es de todos modos excepcional este hecho y por lo general a estas pérdidas considerables por rotura de vasos importantes, preceden pequeñas pérdidas hemáticas resultantes de la destrucción de capilares y vasos de pequeño calibre.

En casos muy avanzados las lesiones vasculares pueden interesar a grandes vasos, venosos y arteriales; en una necropsia practicada en una mujer que falleció a consecuencia de un proceso hemorrágico violentísimo, por un carcinoma que habiendo comenzado en el útero se extendió a toda la pelvis, pudimos comprobar una extensa perforación de la arteria hipogástrica, que es lo que produjo la muerte.

La frecuencia y la intensidad del síntoma hemorragia, varía considerablemente en unas enfermas de otras; la dirección que siguen las infiltraciones epiteliales y el que invadan más o menos prontamente las paredes vasculares es la causa determinante de esta variabilidad en el síntoma hemorragia y en su época de aparición.

La leucorrea es otro de los síntomas iniciales de la enfermedad que nos ocupa; la época de su aparición, la intensidad, sus caracteres y aun su génesis es variable en unos casos de otros.

Cuando el carcinoma del cuello del útero aparece como enfermedad primitiva, la leucorrea es escasa en los comienzos, sin olor, de color blanco sucio o ligeramente teñida por estrías sanguinolentas. Muy frecuentemente el carcinoma hace su aparición sobre estados metrícos crónicos, en los que el síntoma leucorrea preexistía, y por consiguiente, no puede precisarse cuando el flujo anormal comenzó a ser manifestación de un proceso neoplásico más o menos

mezclado con el de origen inflamatorio; la transformación de las erosiones cervicales en carcinomas es tan frecuente, que en muchas ocasiones la historia de pérdidas leucorréicas antiguas confunde al clínico respecto a la época en que comenzó el proceso neoplásico.

La leucorrea tiene un origen múltiple: por un lado, la disgregación celular característica de los procesos epiteliales contribuye a su aparición; por otro, el carácter flogístico que adquieren los tejidos invadidos, por la acción de los agentes saprofíticos, que, siendo huéspedes habituales de la vagina al encontrar materia muerta, desarrollan una acción patógena; en tercer lugar, los procesos inflamatorios preexistentes y los que de modo secundario producen los agentes microbianos que accidentalmente penetraron en la masa neoplásica, forman un conjunto de causas de flujos leucorréicos con caracteres distintos, según predominen unos u otros elementos productores y según las condiciones de propagación neoplásica.

Por lo general, en los primeros tiempos la leucorrea es serosa, ligeramente teñida en sangre, lo que da a la pérdida una coloración sonrosada que las mujeres comparan al agua después de haber lavado carne; su abundancia es asimismo variable; escasa en un principio, va aumentando a medida que los síntomas del carcinoma toman mayor complejidad.

En un principio no existe fetidez en la leucorrea, ya que ella depende de la putrefacción de los elementos muertos, sobre los cuales se desarrollan los agentes saprofíticos; a medida que va aumentando la cantidad de tejidos necrosados, la fetidez aumenta, hasta llegar a producir un olor tan repugnante y penetrante, que a distancia se reconoce la naturaleza del proceso.

El dolor es un síntoma que aparece tardíamente en el carcinoma cervical; la escasa cantidad de elementos nerviosos sensitivos que posee el hocio de tenca, permite que la neoplasia epitelial alcance grados avanzados de desarrollo, sin que la enferma se dé cuenta de su existencia; este hecho es tal vez el que conduce a la cifra tan elevada de inoperabilidad que presenta esta localización cancerosa; las enfermas no se preocupan, por lo general, por tener pérdidas de sangre por sus genitales, a menos que no alcancen una intensidad muy grande; tampoco hacen gran caso a la leucorrea, más o menos sucia, que expelen por sus genitales, pues son muchas las mujeres que antes de ser cancerosas de matriz fueron métricas y estaban habituadas a las pérdidas blancas, y como quiera que el síntoma que más prontamente las obligaría a consultar al ginecólogo, que es el dolor, aparece de modo muy tardío, cuando lo hacen es cuando el mal ha alcanzado ya extraordinaria extensión.

Así como en los primeros tiempos el síntoma dolor es nulo o muy poco importante, cuando la neoplasia ha alcanzado a los parametrios, este síntoma reviste una intensidad grandísima; los dolores lancinantes acompañan de modo constante a las invasiones parametrales; localizados muchas veces en las fosas

ilíacas, se extienden considerablemente a los muslos, a las regiones sacras e isquiáticas y a la región lumbar.

La causa del dolor es distinta en unos casos de otros; en ocasiones, la compresión que experimentan los filetes nerviosos por los acúmulos epiteliales de nueva formación es la que determina el dolor, pero no es raro que éste se presente y sostenga por fenómenos neuríticos que comenzaron en los filetes nerviosos puestos al descubierto por el desmoronamiento celular, que acompaña a la neoplasia cervical. En otros casos, los dolores obedecen a procesos de inflamación anexial, que aparecieron consecutivamente a infecciones cervicales, y más excepcionalmente a flogosis independientes del proceso epitelial.

Cuando el síntoma dolor intenso lancinante es debido al proceso canceroso en sí, la inoperabilidad es la regla; las invasiones parametrales y anexiales de carácter neoplásico maligno son siempre dolorosas y contrastan con la ausencia de sensaciones de esta naturaleza, que se observa en los casos de neoplasia limitada al hocico de tenca.

A la exploración, los síntomas que se aprecian son muy distintos en unos casos de otros; cuando se trata de formas vegetantes, el dedo que explora encuentra una cantidad de masas fungosas en las que penetra y que se desmoronan con gran facilidad, dando lugar a pérdidas de sangre; con el espéculum se aprecia la existencia de masas rojizas que sangran al menor contacto.

En la forma ulcerosa puede el dedo hallar por completo desaparecido el hocico de tenca y la vagina terminar en un fondo de saco, en cuyo vértice se halla el orificio externo del útero; en otras ocasiones sólo el labio posterior o el anterior ha desaparecido total o parcialmente, y se puede, con el espéculum, reconocer una pérdida de substancia de bordes desiguales que sangra con gran facilidad y de profundidad variable.

En las formas infiltradas percíbese una dureza del hocico de tenca, pero sin que se note deformación ni ulceración de ninguna especie. En algunos de estos casos el aspecto de la porción cervical del útero mirado en el fondo del espéculum parece de una normalidad completa.

En los casos de carcinoma cavitario puede el hocico de tenca presentarse sano al parecer, pero cuando se introduce en la cavidad del útero un histerómetro, se halla el pico de éste con una cavidad, en la que se mueve muy libremente, lo que demuestra que las paredes de la misma no son lisas sino que forman diversas elevaciones y depresiones resultantes de las rugosidades que existen.

Diagnóstico diferencial.—Las erosiones del cuello, resultantes de la metritis crónica, pueden dar lugar a dudas diagnósticas; el aspecto de la ulceración carcinomatosa no puede confundirse con la erosión, pues que los bordes desiguales e indurados de aquélla y la coloración amarillenta de las granulaciones que existen en el fondo de la pérdida de substancia no tiene similitud

alguna con las transformaciones de epitelio que caracterizan la erosión, pero en los casos de carcinoma no ulcerado la duda puede establecerse y se necesita recurrir a la escisión de prueba para afirmarse en el diagnóstico.

Los miomas de asiento cervical y aun los de cuerpo que hacen salida a través del orificio externo, pueden dar lugar a dudas diagnósticas, cuando por estar afectos de un proceso necrobiótico dan lugar a flujos icorosos y a hemorragias de cierta intensidad; la confusión no es, sin embargo, posible si se practica el reconocimiento de modo muy cuidadoso, ya que en el carcinoma la neoplasia se halla infiltrada en los tejidos y no se percibe el límite exacto de la misma, en tanto que en los tumores fibro-miomatosos, siempre puede alcanzarse con la exploración el límite entre el proceso tumoral y los tejidos sanos; el reconocimiento de un borde liso circundando a la tumoración demuestra la naturaleza no maligna de la tumoración que se examina.

En algunas formas vegetantes de carcinoma cervical, el error en sentido inverso puede cometerse, tomando por mioma lo que en realidad es epitelial; el aspecto polipoide que adquieren ciertos cánceres cilíndricos, puede inducir a error, pero practicando el tacto intra-uterino se reconoce la falta de limitación neoplásica; en casos muy difíciles se debe recurrir a la escisión de prueba que aclarará por completo el problema.

La ulceración sifilítica chancrosa y las destrucciones gomosas del tercer período pueden inducir a error cuando localizadas en el hocico de tenca dan lugar a leucorreas y hemorragias; la historia de la enfermedad y las modificaciones que en el curso se presentan inmediatamente después de un tratamiento oportuno, aclaran rápidamente la duda que puede aún abreviarse en su duración con la escisión de prueba.

Con el sarcoma, mixosarcoma, adenomixosarcoma que asientan en la región cervical, y cuyas manifestaciones sintomáticas y aun de evolución guardan una similitud grande con el cáncer de cuello, no cabe más diagnóstico diferencial que el que resulta del examen microscópico, ya que el aspecto macroscópico, y la evolución, ofrece un parecido muy grande con las diversas modalidades del carcinoma vegetante. Los casos publicados por Winckel, Mundée y Spiegelberg hace años como rarezas clínicas, se han multiplicado hasta el punto de contar en la actualidad todos los ginecólogos casos parecidos. La edad de las enfermas permite suponer, en muchos de estos casos, la naturaleza conjuntiva y no epitelial de la neoplasia.

Evolución.—Varía mucho en unos casos de otros; la propagación en dirección a los parametrios, es lo más comúnmente observado; la invasión de los fondos de saco vaginales, y con mayor frecuencia el del fondo posterior, conduce a los elementos cancerosos, siguiendo la vía linfática, a los ganglios hipogástricos y a los presacros. La rapidez con que se produce la propagación

linfática es en muchas ocasiones muy grande, hasta el punto de que en muchos casos de cánceres, al parecer incipientes, se encuentran los ganglios ilíacos con nidos epiteliales resultantes de rápidas propagaciones realizadas.

Las formas infiltradas y las ulcerosas conducen más rápidamente a las propagaciones a distancia que las laminares y vegetantes; como quiera que la infiltración neoplásica epitelial alcanza muy prontamente la zona periureteral, prodúcese en muchos casos compresión de uno o de los dos uréteres, cuya consecuencia inmediata es la dilatación de este órgano por encima del punto comprimido, y más tarde la hidronefrosis.

Los infartos ganglionares del grupo ilíaco externo son fácilmente apreciables en el curso de las histerectomías que se practican para combatir esta neoplasia; no es lo mismo en los del grupo ilíaco interno y en el grupo presacro; aun buscándoles de modo metódico, pueden escapar a la exploración los situados en el fondo de la fosita lumbosacra.

Las propagaciones del cáncer cervical a los órganos vecinos, se producen con relativa frecuencia en el recto, siendo causa de fistulas vésico-vaginales, vésico-uterinas y vésico-útero-vaginales.

Las compresiones de los ganglios prevenosos infartados por el proceso canceroso, pueden ser causa de hinchazones de los miembros inferiores, análogas a las que resultan de la acción de neoplasias primitivas que comprimen los vasos ilíacos externos y las que aparecen por efecto de oclusiones venosas dependientes de infecciones puerperales.

Las hemorragias repetidas, por una parte, y la reabsorción de toxinas procedentes de la disgregación, celular, conduce a estados de debilitación orgánica que se traducen por palidez térrica de los tegumentos, enflaquecimiento, alteraciones digestivas, estados subfebriles, que, al llegar a un grado avanzado, se denomina caquexia cancerosa.

La rapidez con que se presenta el estado caquético varía según la cantidad de sangre que la enferma pierda, la abundancia de flujo leucorréico y la mayor o menor absorción de toxinas de origen neoplásico que tenga lugar. Por regla general, cuando el estado caquético sobreviene precedido de grandes pérdidas de sangre, la terminación es más rápida que cuando son sólo las toxinas celulares las que conducen a un estado de gran depauperación orgánica. Es raro que la muerte sobrevenga por el hecho de una hemorragia, pero la repetición de la misma, aun siendo pequeña la cantidad de sangre perdida de cada vez, conduce rápidamente a la caquexia.

Las metástasis a distancia se presentan con relativa frecuencia: focos carcinomatosos en pulmones, pleura, cerebro, hígado, se observan muy a menudo en enfermas cuya localización neoplásica inicial se hallaba en el útero; en enfermas tratadas por radio o histerectomizadas no es raro ver aparecer metástasis múltiples a gran distancia del punto inicial; en algunos casos son

tantos los puntos de reproducción neoplásica, que merece ser calificado su estado como de carcinomatosis generalizada.

Aparte de los procesos de propagación neoplásica, complícase muchas veces la enfermedad con estados de flogosis dependientes de la acción de agentes microbianos; es muy común que en los parametrios invadidos por el carcinoma, se hallen agentes de infección que llegaron allí siguiendo la vía vascular linfática o venosa, dando lugar, con su presencia, a complicaciones sépticas post-operatorias que agravan considerablemente el pronóstico de la intervención quirúrgica.

Bumm en estos últimos tiempos tomaba como base para la decisión operatoria o de tratamiento radioactivos la determinación por hemolisis de la virulencia de los estreptococos, absteniéndose de operar en aquellos casos en los que era muy marcada la virulencia de dichos gérmenes.

Los infartos ganglionares que acompañan a las localizaciones cervicales del cáncer del útero hállanse algunas veces afectos, más que de infiltración epitelial, de proliferaciones conjuntivas dependientes de estados de inflamación, por cuyo motivo no debe bastar el examen macroscópico de un ganglio para afirmar la propagación neoplásica.

Es muy frecuente en el carcinoma cervical encontrar lesiones renales de carácter infectivo; la nefritis ascendente, descrita hace más de cuarenta años por Lancereaux, ha sido comprobada por todos los clínicos; en nuestras investigaciones personales practicadas hace 23 años en mujeres fallecidas por cáncer, en las que toda tentativa de tratamiento curativo era impracticable por el estado avanzado de las lesiones, comprobamos siempre la existencia de lesiones renales de carácter crónico; la nefritis intersticial, con destrucción esclerósica del parénquima, se observa frecuentemente; los abscesos miliars y las pielitis, los hallamos en algunas ocasiones, pero en proporción mucho menor que las lesiones de carácter esclerósico.

En cadáveres de mujeres muertas con caquexia cancerosa no es raro encontrar lesiones cardíacas ligadas probablemente con los estados de alteración renal; pero es raro que en los casos de localización cervical de la neoplasia se manifiesten lesiones de corazón directamente relacionadas con el proceso carcinomatoso, mientras que el hecho es relativamente frecuente en las localizaciones corporales de esta neoplasia, en las que la infiltración grasosa y las miocarditis preceden en muchos casos al proceso canceroso; la causa de esta coexistencia no se halla bien establecida, pero la frecuencia con que en mujeres obesas aparece el carcinoma de cuerpo, es un hecho observado por todos los ginecólogos.

Pronóstico.—Hasta hace muy poco tiempo la palabra curabilidad y operabilidad eran consideradas como sinónimas en el cáncer; en la actualidad los

términos no son idénticos, pues con la entrada de los medios radio-activos en la terapéutica del cáncer son muchos los cánceres que pueden alcanzar la curación, aun habiendo pasado los límites que eran señalados para la operabilidad. De todos modos, el pronóstico de esta neoplasia, cuando se halla situada en el cuello del útero, depende no sólo de la forma anatómo-patológica, sino, principalmente, de la extensión que haya alcanzado la neoplasia. La curación espontánea de la neoplasia no puede ser hoy esperada; nunca hemos visto retrogradar espontáneamente el proceso, y, aun cuando, por tratarse de un fenómeno biológico, no debe ser reputado como imposible, lo cierto es que la observación no permite aceptar la curación espontánea del cáncer.

La curabilidad de esta enfermedad depende de su extensión, trátase con medios radio-activos, trátase con operaciones; lo interesante para la curación es llegar antes que haya sobrepasado la extensión de la neoplasia los límites a que pueda alcanzar la acción biológica de las sustancias radio-activas o la acción de la cirugía.

Diagnosticar el límite de la neoplasia es lo que más interesa en el sentido pronóstico. En tanto la neoplasia se halla circunscrita al útero, la curación puede obtenerse lo mismo por medios radio-activos que por procedimientos operatorios; cuando se ha extendido la enfermedad a los parametrios o a los ganglios pelvianos, el pronóstico entraña suma gravedad, y, como quiera que prácticamente hemos de suponer siempre la existencia de propagaciones a estos puntos, debe hacerse el pronóstico reservado, sea cual fuera el tratamiento que vayamos a emplear.

Tratamiento del cáncer uterino cervical.—Dos grandes medios de tratamiento pueden emplearse en esta enfermedad: el operatorio y el radio-activo; con ambos puede obtenerse la curación, y con los dos se puede llegar al fracaso terapéutico; de ahí que, en general, no pueda hablarse de tal o cual indicación de tratamiento, sino que, conocidos ambos métodos, se aplicará uno u otro, según cuales sean las condiciones del proceso local en su relación con el estado general de la enferma.

Tratamiento operatorio.—Dos vías pueden seguirse para practicar la extirpación del carcinoma cervical: la vaginal y la abdominal.

Por vía vaginal se pueden practicar operaciones de exéresis uterina parcial o extirpación total del órgano. Las primeras consisten en amputaciones más o menos extensas de la porción infra-ístmica de la matriz, empleadas en un tiempo cuando se trataba de cánceres muy limitados: la amputación supravaginal del cuello del útero tuvo hace 30 años una boga considerable. Los nombres de Verneuil, Gusserow, Hofmeier, Spencer Wells, Koeberle, etc., van asociados a distintos métodos operatorios de amputación supravaginal del

cuello, por cáncer. En la actualidad esta operación se halla por completo abandonada para combatir esta neoplasia, pues los estudios anatómo-patológicos han demostrado la existencia de nidos epiteliales a distancia en casos que a primera vista parecían del todo incipientes.

Histerectomía vaginal.—Dos métodos pueden emplearse para la extirpación por vagina del útero afecto de carcinoma cervical, según la finalidad que se proponga el ginecólogo: 1.º, limitarse a la extracción a los genitales internos; 2.º, actuar a la manera de la operación de Wertheim, que se practica por vía abdominal, es decir, extirpar el útero y los parametrios, con el objeto de llevarse con los genitales los elementos linfáticos que pueden estar invadidos por el proceso canceroso.

Sea el que fuere el procedimiento de colpohisterectomía que se emplee, hay que tener presente que las células cancerosas pueden ser injertadas en las superficies de sección que se practican para la exéresis del útero, y con ello dar lugar a reproducciones neoplásicas; es de todo punto preciso evitar, por cuidados técnicos, esta desagradable eventualidad y todo cuanto en este sentido se haga sirve para disminuir las probabilidades de reproducción neoplásica.

Otro hecho que es preciso recordar en el curso de toda histerectomía por cáncer cervical, es la frecuencia con que las lesiones neoplásicas están complicadas con procesos infectivos y, por tanto, la gran facilidad con que se pueden producir siembras microbianas en el peritoneo, al bascular el útero para realizar la extracción.

La colpohisterectomía simple en el tratamiento del cáncer del útero es operación que, si bien desde que Czerny la reintrodujo en la técnica quirúrgica ginecológica ha gozado de gran predicamento, por la facilidad con que se presentan recidivas locales y a distancia, unido a los grandes progresos que en Cirugía abdominal se han alcanzado gracias a los perfeccionamientos técnicos y de asepsia, se ha relegado casi por completo al olvido; son hoy muy pocos los ginecólogos que recomiendan esta vía operatoria en el tratamiento del cáncer de cuello, porque las garantías de curación definitiva son mucho menores que las que se obtienen con el empleo de los procedimientos abdominales. La rapidez con que se presentan las infiltraciones neoplásicas en los parametrios, da tan pocas garantías de curación definitiva con este método operatorio, que sólo extendiendo la exéresis al tejido celular peri-uterino, siguiendo el método recomendado por Schautta, es como se pueden obtener muchas probabilidades de persistente curación.

Técnica de la colpohisterectomía simple.—Para evitar los peligros de infección que procedentes del neoplasma pueden complicar el curso post-operatorio, es conveniente, al hacer la preparación de la enferma, usar la cauterización

ígneas de toda la porción ulcerada de la tumoración; para ello, colócase la enferma en posición dorso-sacra y se aplican dos valvas que permitan descubrir toda la extensión de la neoplasia; con el termocauterio, o mejor con un cauterio actual, puesto al rojo, se destruyen todas las fungosidades carcinomatosas y las superficies ulceradas del carcinoma; el resto de la vagina se desinfecta con unas embrocaciones de tintura de yodo, de modo que no quede ningún repliegue vaginal en el que no haya penetrado esta substancia.

Hecho esto, es buena práctica para evitar los injertos hacer una incisión circular a 3 centímetros por debajo de la inserción útero-vaginal y disecar un colgajo circular, cuyos bordes se suturan entre sí para formar una especie de capuchón que envuelve toda la región invadida por la neoplasia, con lo que se logra que las pinzas de garfio que cogen el útero, el bisturí, tijeras, etc., puedan injertar en la superficie de sección células cancerosas que puedan ser origen de reproducciones; el aislamiento de la porción invadida por la neoplasia es precaución que en la actualidad no debe descuidarse nunca, cuando se trata de procesos de esta naturaleza.

Una vez realizado este primer tiempo, se sigue el despegamiento de la cara anterior del útero, de la vejiga urinaria y la sección del fondo de saco de Douglas, penetrando en la cavidad del peritoneo, practicase a continuación la sección de la parte inferior de los ligamentos anchos, ligando, previa su prensión con pinzas hemostáticas, los vasos que sangran, entre los cuales merece especial atención la rama anastomótica de la vaginal con la descendente de la uterina.

Ábrese entonces el fondo de saco vésico-uterino, y libre del todo el útero por las caras anterior y posterior, se bascula, bien por el fondo de saco anterior, bien por el posterior. Una vez hecho esto, se ponen de manifiesto los ligamentos anchos, los redondos y los infundíbulo-pelvianos.

Al llegar a este punto dos procedimientos pueden emplearse: el de la forcipresión, que consiste en la colocación de dos o más pinzas hemostáticas, de ramas largas, que comprendan los ligamentos de cada lado y que se dejan de modo permanente hasta pasadas las veinticuatro o cuarenta y ocho horas y el procedimiento, que es un poco más largo, pero mucho más seguro, ya que con ello se evitan infecciones, que consiste en colocar en la misma sesión operatoria tres ligaduras aisladas en cada lado para coger los ligamentos infundíbulo-pelvianos, los anchos en su parte inferior y los redondos. El procedimiento de ligadura es hoy el único recomendable; sólo como procedimiento de excepción debe emplearse en la actualidad el procedimiento de dejar pinzas permanentes para realizar la hemostasia; en el caso completamente excepcional, en que por condiciones especiales de la enferma no sea posible aplicar las ligaduras, es cuando podemos emplear la forcipresión.

Colocadas las ligaduras en los grandes pedículos vasculares, se completa

la hemostasia, si es preciso, con la aplicación de algunas otras ligaduras en el collar vaginal si hay algún vaso que sangre, y es práctica recomendable el reconocimiento de las superficies cruentas por medio de la aplicación de las valvas iluminadoras de Dimitri d'Ott para comprobar que la hemostasia está asegurada.

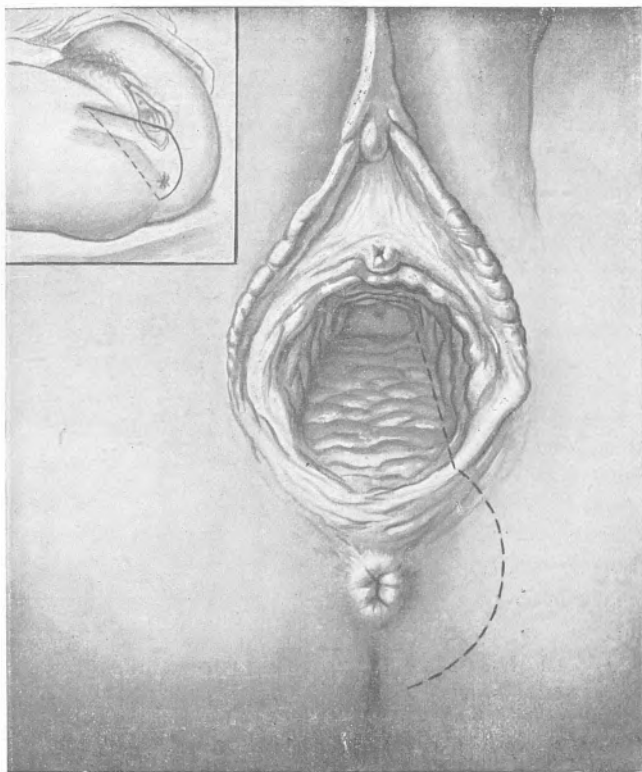


Fig. 265.—Incisión de Schuchard-Schautta para la histerectomía vaginal con escisión de parametrios.

Con la sección de los ligamentos anchos, redondos e infundíbulo-pelvianos, el útero quedó libre de toda sujeción y, por consiguiente, extirpado; el último tiempo de la operación consiste en la oclusión de la herida vagino-peritoneal si se emplea el procedimiento de ligadura o la colocación de gasas que envuelvan las pinzas que se dejaron permanentes en caso de utilizar el procedimiento de forcipresión.

La sutura cuidadosa de la superficie anterior de sección vaginal con el peritoneo de la cara superior de la vagina y la del labio posterior con el del

Douglas, deben preceder a la aplicación de tres o cuatro puntos de sutura, que deben colocarse para cerrar por completo la cavidad pelvi-peritoneal; cuando la operación se ha practicado sin contratiempo alguno siguiendo este método, la oclusión de la vagina y del peritoneo deben ser tan completas como las de una laparotomía.

Cuando por circunstancias especiales se ha empleado el procedimiento de forcipresión, es conveniente rodear las pinzas con tiras de gasa, y sólo a los cuatro o cinco días de practicada la extracción de las pinzas debe realizarse la extracción de estas gasas para evitar que pudiera lesionarse, por arrancamiento, alguna asa intestinal que se hubiese puesto en contacto con aquéllas; es conveniente, antes de dejar a la enferma después de una operación en que se utiliza la forcipresión, examinar cuidadosamente si el pico de unas pinzas no puede, por su colocación profunda, herir alguna asa intestinal y ser motivo de serias complicaciones, como ha ocurrido algunas veces cuando éste era el procedimiento de elección en la colpohisterectomía.

Histerectomía vaginal con extirpación de parametrios. — Con el objeto de dar mayores garantías de curación definitiva del cáncer cervical, Schautta extendió la exéresis a los parametrios, siguiendo por vía vaginal los mismos principios que indujeron a Wertheim a recomendar su procedimiento de histerectomía abdominal.

Para ello se comienza haciendo una incisión a un lado de la vagina, como la que se halla dibujada en la figura 265, para con ella ensanchar el campo operatorio y poder de este modo operar a la vista de todas las estructuras en las que deba maniobrase; debe cuidarse, antes de pasar adelante, hacer una completa hemostasia, aplicando las pinzas y ligaduras que sean necesarias. Después de ello, al nivel de la mitad próximamente de la longitud de la vagina, se hace una incisión circular para poder por medio de la disección y sutura recubrir toda la superficie del hocico de tenca y llevarse en la exéresis la porción superior de aquel órgano, con lo que al tiempo que se evita que se hagan injertos de células cancerosas en la superficie de sección, se asegura con la extirpación del collar vaginal superior que no queden en este órgano partes ya invadidas por el proceso neoplásico.

Signe a este tiempo la disección del tejido celular de los parametrios y se pone al descubierto la arteria uterina, que se liga aisladamente lo más lejos posible del útero y del ureter, que es separado cuidadosamente del tejido celular que le rodea, el cual es extirpado en la mayor extensión posible; hecho esto en un lado, se procede a igual técnica en el otro, y se logra de este modo la exéresis de una cantidad considerable de tejido celular pelviano, principalmente del de la base de los ligamentos anchos, que es por donde pasan los vasos linfáticos que salen de la porción cervical de la matriz.

Los últimos tiempos de la operación son análogos a los de la histerectomía vaginal simple; la sección de los ligamentos redondos y la de los infundíbulo-pelvianos con la aplicación de ligaduras correspondientes; la hemostasia completa de los vasos sangrantes, el examen de las superficies incididas por medio de un espéculum de iluminación y, por último, la sutura de los bordes del peritoneo y de los de la vagina no se diferencian en sus líneas generales de los anteriormente descritos. El complemento de esta variedad de histerectomía vaginal está en la sutura de la incisión vagino-perineal que se practicó al principio para ensanchar el campo operatorio.

Esta técnica, que hemos visto emplear a Schautta y a sus discípulos, y que en sus manos constituye un verdadero alarde de habilidad operatoria, no ha entrado en la práctica corriente de los ginecólogos, porque representa una gran dificultad sin ventaja alguna sobre la técnica de extirpación de los parametrios por vía abdominal a la manera de Wertheim; las ventajas de la menor gravedad, que para muchos representa la vía vaginal sobre la abdominal, no existe ya para una exéresis tan amplia como la que con esta técnica se realiza, y en cambio los peligros, duración de la operación y dificultades, son muy superiores; es hacer con dificultad extrema lo que puede hacerse con relativa facilidad.

Accidentes inmediatos y tardíos que pueden sobrevenir en la histerectomía vaginal por cáncer cervical.—En el curso de la intervención vaginal que nos ocupa pueden herirse los uréteres y aun seccionarse del todo; la importancia de este accidente no necesita ponerse de relieve; la producción de una fístula ureteral puede ser causa de grandes amarguras para la operada. Para evitar este accidente basta en la histerectomía simple, no incidir el ligamento ancho más que rozando el borde del útero; pero como en el cáncer esto se pone al criterio que debe presidir, de hacer una exéresis amplia, es conveniente verificar una gran tracción del hocico de tenca hacia abajo para de este modo aumentar la distancia que existe entre la matriz y el ureter.

En la operación de Schautta es de todo punto preciso no hacer incisión alguna sin antes poner bien al descubierto el tejido que se va a incidir; en esta operación se debe, como tiempo preliminar de la escisión, practicar el aislamiento del ureter, y, separándole por medio de un gancho, se evita con seguridad el lesionarle.

Las heridas de vejiga y recto se han producido muchas veces en el curso de la histerectomía vaginal; para evitarlas es preciso seguir el mismo principio quirúrgico que acabamos de mencionar: antes de cortar es preciso asegurarse de lo que se va a cortar. En caso que se produzca este accidente es de todo punto preciso hacer la restauración inmediata por medio de la sutura; pero si no fuese posible, en un caso de sección completa del ureter, hacer su injerto en la

vejiga, puédesse practicar la ligadura del mismo para que se produzca la inhabilitación de función del riñón correspondiente; para esto es preciso estar seguro de que el otro riñón funciona normalmente.

La hemorragia es otro de los accidentes que se producen en el curso de esta operación; el pinzamiento incompleto de un ligamento ancho o, lo que es más fácil, el desprenderse una seda o un catgut después de ligado un vaso, por haber comprendido en la ligadura excesiva cantidad de tejidos, son causa de hemorragias que pueden revestir gran importancia; para evitar este accidente, aconsejamos aplicar ligaduras dobles en cada pedículo vascular, y no soltar la pinza hasta tanto que las dos ligaduras estén colocadas y comprobada su buena colocación; si se ven las boquillas vasculares es preferible aplicar un hilo de

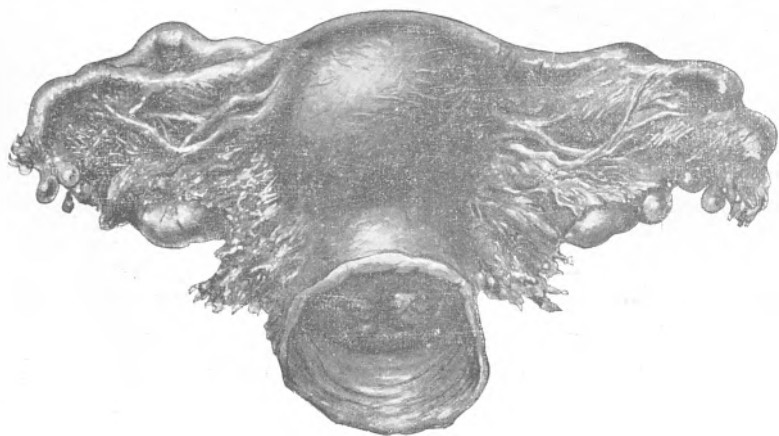


Fig. 266.—Útero extirpado por el procedimiento de Wertheim.

ligadura aislado e independiente del que coge todo el pedículo vascular, para cada vaso importante.

Si, una vez sueltas todas las pinzas, se ve que existe hemorragia, aun cuando no parezca copiosa, conviene aplicar las valvas de iluminación de Dimitri d'Ott y buscar el vaso que sangra; no se debe, en modo alguno, taponar la vagina sin antes haberse cerciorado de que la hemorragia cesó; de lo contrario, lo que se debe hacer es convertir en interna una pérdida de sangre que antes era externa; es muy raro que, procediendo con serenidad, no pueda lograrse alcanzar al vaso que sangra, aplicar una pinza y luego la ligadura correspondiente; pero, si ello ocurriera, antes que dejar oculto dentro del vientre un vaso sangrante, es preferible abrir el vientre y buscar por vía abdominal el vaso que sangra y asegurar la hemostasia. Es esta operación de extraordinaria gravedad en estas circunstancias, y hay que evitarla en lo posible. Hemorragia secundaria puédesse presentar en el acto de extraer las

pinzas cuando se ha utilizado el procedimiento de forcipresión; la conducta a seguir en estos casos es análoga a la que acabamos de exponer, pero debiendo tener presente que los tejidos esfacelados que la presión de las pinzas ha producido, pueden ser causa de infecciones peritoneales a poco que se introduzcan en la cavidad, todavía abierta, del peritoneo.

Hemos tenido ocasión de ver un caso con hemorragia secundaria a los diez y ocho días de practicada la histerectomía, cuya causa obedeció a una perforación de la uterina izquierda, resultante de una infiltración cancerosa de sus paredes; se trataba de un caso de cáncer cérvico-corporal con mucosa del hocico de tenca, al parecer sana, y en la que la movilidad del útero parecía dar alguna garantía de estar todavía en el órgano la lesión y no en los parametrios.

La peritonitis es la complicación post-operatoria más frecuente en esta clase de operaciones; la facilidad con que al bascular el útero se pueden producir siembras en la serosa peritoneal es causa de inflamaciones de esta serosa, que, localizadas primeramente en la pelvis, se extienden rápidamente a la totalidad de la cavidad abdominal. La precaución de recubrir con un capuchón de vagina el hocico de tenca evita, en muchos casos, el que se produzcan estas siembras microbianas; pero, a pesar de ello, puede suceder que los gérmenes existentes en el parametrio encuentren, con motivo de la intervención, fácil medio de difundirse y den lugar a infecciones de mayor o menor gravedad.

Todo cuanto se haga para evitar el contacto de las superficies ulceradas del carcinoma y las superficies cruentas, resulta de gran eficacia preventiva; cuando aparecen los primeros síntomas de pelvipertonitis en un caso de esta naturaleza, es conveniente verificar la sección de los puntos de sutura de la vagina para que puedan salir libremente los exudados y ordenar la aplicación de bolsas de hielo sobre el vientre, de modo constante.

Las complicaciones vesicales post-operatorias no son raras y en muchas ocasiones son causa de lesiones renales secundarias; lo mismo ocurre en los casos de fistulas vésico-vaginales o ureterales. Las lesiones del riñón, más que a la histerectomía vaginal, deben atribuirse a las complicaciones operatorias o post-operatorias.

Recidivas.—Los resultados de la histerectomía vaginal simple, en el cáncer cervical, son muy poco alentadores a seguir esta vía; la reproducción tiene lugar con tanta frecuencia, que son hoy contadísimos los ginecólogos que ponen en práctica este método operatorio; otra cosa ocurre en los casos de cáncer corporal; las estadísticas de los primeros años se han modificado tan profundamente con el aumento de las cifras de recidivas, que no pueden ser tomadas en consideración como fundamento para la elección de vía operatoria.

La histerectomía a lo Schautta da otros resultados por lo que se refiere

a las recidivas; éstas son menos, pero, en cambio, la mortalidad operatoria, que es pequeñísima en la simple, resulta en ella considerable.

Sólo como recuerdo histórico mencionamos los procedimientos de histerectomía por vía sacra que C. A. Herzfeld y Hochenegg pusieron en práctica para extirpar el útero canceroso, siguiendo el método que Kraske recomendó para los cánceres altos de recto; lo mismo hacemos con los procedimientos parasacros de Hegar y Roux, en que sólo se practicaba la resección temporal de la coxis y de la extremidad inferior del sacro.

Los progresos que la técnica laparotómica general y la especial empleada en el tratamiento del cáncer, han mejorado de tal modo los resultados, no sólo operatorios inmediatos, sino los definitivos, que ha dejado de ser casi materia de discusión cuál vía es la preferible.

Histerectomía abdominal.—Desde la primera histerectomía abdominal practicada por Freund, en un carcinoma, en 30 de Enero de 1878, hasta la época actual, en la que los perfeccionamientos de Wertheim y Bumm, han cambiado por completo los resultados de la extirpación por vía abdominal, han transcurrido cuarenta y siete años, en los que, tanto el concepto quirúrgico como la técnica operatoria, ha sufrido una serie de modificaciones en las que los entusiasmos y las decepciones, por un método u otro, llenaban continuamente las páginas de las revistas dedicadas a Ginecología.

Los términos han cambiado hoy por completo; las discusiones han dejado de existir por lo que a los métodos operatorios se refiere, quedando, en cambio, con todo vigor en lo referente a decidir si es preferible la operación o los medios radio-activos para el tratamiento del cáncer cervical. Como quiera que esta discusión se halla establecida entre los métodos de operación amplia y el radio, es preciso, para poder juzgar con pleno conocimiento de causa, conocer la técnica operatoria actual con todos los perfeccionamientos a ella aportados en estos últimos tiempos.

La primitiva operación de Freund, seguida por buen número de ginecólogos, tuvo que ceder su lugar a la histerectomía vaginal recomendada por Czerny, ya que los resultados con ella obtenidos eran muy superiores a los que se obtenían por vía abdominal; la cifra de 30 por 100 de mortalidad que en su principio tenía la operación de Czerny, descendió prontamente a la de 10 por 100, cifra esta tan inferior a la de 30 y 40 por 100 que daba la abdominal, que durante bastantes años fué la histerectomía vaginal la que se empleaba por casi todos los ginecólogos.

Los resultados definitivos que con ella se obtenían dejaban tan poco satisfecho, ya que sólo un 12 ó 14 por 100 sobrevivían dos años sin reproducción, que se imponía la necesidad de practicar una operación más extensa, y aprovechando los mejoramientos que en la técnica general de las laparotomías se iban

introduciendo, Rump, en 1895, introdujo en la técnica la extirpación de los ganglios ilíacos y gran parte del tejido celular de los ligamentos anchos; en esta vía le siguieron Kelly y Ries, dando éste una importancia considerable a la extirpación de los ganglios linfáticos por considerar que en ellos es en donde residía principalmente la causa de las recidivas. En este mismo sentido dirigió Joanesco su procedimiento operatorio, y no contentándose con la extirpación de los ganglios ilíacos, seguía hacia arriba su busca hasta llegar a los preaórticos y a los renales. Wertheim, en 1903, mejorando los procedimientos de extirpación hasta la fecha empleados e insistiendo en la necesidad de extirpar el tejido celular que forma el parametrio, así como los ganglios linfáticos muy precozmente infartados, ha dado la orientación definitiva a los métodos operatorios a emplear en los casos de cáncer del cuello del útero.

Bumm, Kroenig, Döderlein, han vulgarizado el procedimiento de Wertheim, imprimiéndole algunas modificaciones para facilitar su ejecución.

Preparación de la enferma.—Antes de decidirse a la práctica de esta operación, es preciso examinar si el estado local de la lesión permite su ejecución; el estado avanzadísimo de las lesiones limita extraordinariamente el número de las enfermas que pueden ser sometidas a ella; las invasiones extensas de los parametrios son muy a menudo causa de inoperabilidad; las infiltraciones carcinomatosas de vejiga y recto marcan asimismo una contraindicación operatoria; Kelly recomienda con su insistencia el examen cistoscópico de la vejiga para diagnosticar la operabilidad; nosotros, sin rechazar este medio de exploración, creemos que el examen cuidadoso por palpación y tacto vaginal combinados permite, en la inmensa mayoría de casos, la apreciación de la propagación vesical de la neoplasia.

Considerada una enferma operable, es conveniente someterla a los cuidados preparatorios propios a todas las grandes intervenciones, pero exígesse además, una preparación local que puede hacerse días antes de la operación, aunque nosotros juzgamos preferible hacerla como primer tiempo del acto operatorio fundamental. La legración de las fungosidades y la cauterización profunda de las superficies que han sido legradas debe verificarse siempre, ya que ello representa un gran número de probabilidades de curación, puesto que evita los accidentes sépticos que pueden sobrevenir por las siembras producidas durante el acto operatorio.

No encontramos ventaja alguna, y sí muchos inconvenientes, en hacer la legración y cauterización del carcinoma en días anteriores a la operación, pues en el cáncer toda dilación en la extirpación puede significar un aumento de peligros de propagación o de reproducción.

La posición de Trendelenburg, es de todo punto precisa para la ejecución de esta operación; ya Freund la utilizó desde sus primeras operaciones de

histerectomía abdominal. Con ella los intestinos quedan ocultos en la región supraumbilical del abdomen.

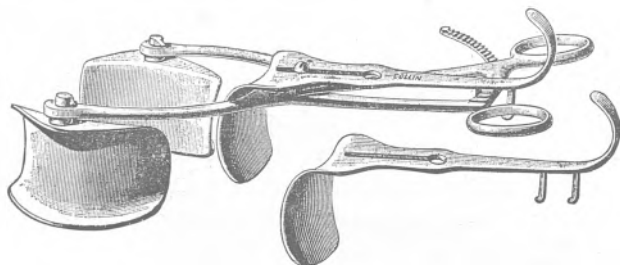


Fig. 267.—Valvas y separadores abdominales

Técnica de la operación.—En las mujeres de paredes de vientre delgadas la incisión de Pfannenstiel es recomendable; pero en las de gran panículo adiposo es preferible la incisión media longitudinal. Cuando se trate de mujeres muy obesas, la posición de Trendelenburg produce frecuentemente síncope respiratorios o cardíacos, y en ellas hay que establecer, previamente si se deben o no operar, ya que los riesgos que la operación representa, se hallan tan aumentados por los peligros de la anestesia en posición de Trendelenburg, que pueden por sí solos constituir una contraindicación de la operación.

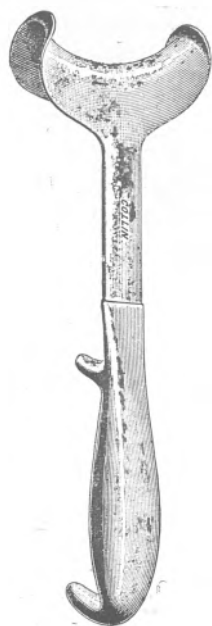


Fig. 268.
Valva de Doyen.

Abierta la cavidad del peritoneo, es conveniente colocar las valvas separadoras de Doyen, Fritch u otras análogas para que todo el campo operatorio, completamente libre de asas intestinales, se halle a la vista. Una vez las valvas colocadas, se coge el cuerpo del útero por medio de unas pinzas de anillos fuertes o con unas de Musseux de cuatro garfios y se bascula fuertemente hacia adelante, de manera que los ligamentos útero-sacros queden bien tensos y a la vista; pinzados, seccionados y luego ligados estos ligamentos, se incide el fondo peritoneal recto vaginal y se corre la línea de incisión hasta el ligamento infundíbulo-pelviano de un lado, que es ligado y cortado. Ábrese entonces el ligamento ancho en toda su extensión y se aísla el ureter, que queda

siempre adherido a la hoja interna del ligamento mismo, en tanto que quedan a la vista los vasos ilíacos pegados a la pared de la pelvis. Una vez aislado el ureter de un lado y pasada una hebra de seda por debajo para poderle

tener siempre a la vista, se hace lo propio en el otro lado, cuidando de poner bien a la vista las arterias uterinas que lo cruzan para colocar una ligadura en el punto más próximo posible de su emergencia de la hipogástrica. Las ligaduras de las hipogástricas las consideramos innecesarias; pero en caso de existir muchos pequeños vasos sangrantes, puédesse ejecutar como medida para ganar tiempo y ahorrar sangre.

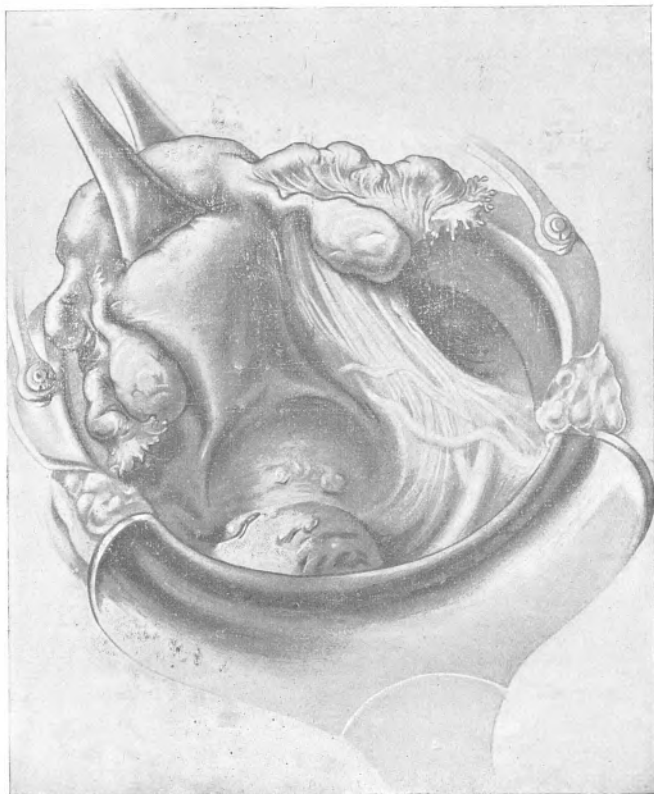


Fig. 269.—Operación de Wertheim. Primer tiempo; basculación del útero hacia adelante para poner tensos los ligamentos útero-sacos.

Bumm prefería comenzar la operación por la sección del ligamento infundíbulo-pelviano, y después de ligar la arteria ovárica abrir ampliamente el ligamento, y de este modo poner al descubierto la parte inferior de la arteria ilíaca primitiva y su división en ilíaca externa e hipogástrica, en cuyo punto existe siempre el ganglio hipogástrico, que es el que más precozmente se halla invadido por propagaciones cancerosas y procede a su extirpación; abierto el ligamento ancho en toda su extensión, se reconoce por transparencia el ureter,

que, como dijimos, se halla siempre adherido a la hoja interna del ligamento ancho, y aplícase un hilo de seda para poder tener siempre a la vista aquel órgano y evitar su lesión; explorados los ganglios del grupo ilíaco externo, se procede a su extirpación, procurando extraerles tirando de ellos hacia adentro y ayudándose por disección obtusa, para que con ellos se extirpe el tejido celular, que contiene los vasos linfáticos eferentes de los mismos.

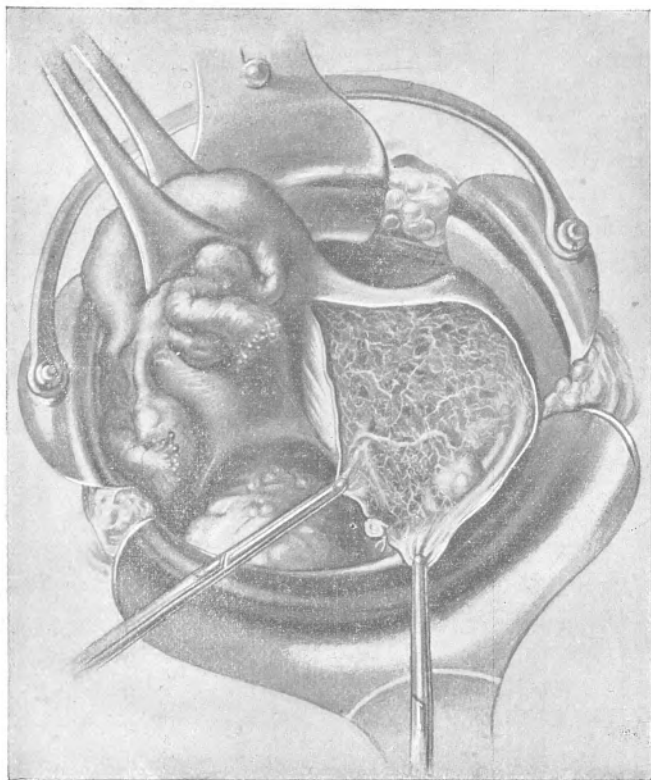


Fig. 270.—Operación de Wertheim. Apertura del ligamento ancho y aislamiento del ureter.

Disecando cuidadosamente el ureter, se llega al punto donde la uterina le cruza, se levanta con el dedo y se aplica una ligadura lo más cerca que se pueda de su origen; una vez esto realizado en un lado, se procede de igual suerte en el otro lado; córtanse los ligamentos redondos a unos 3 centímetros de los cuernos uterinos y se incinde el peritoneo, que une la vejiga al útero; si no existe infiltración de la pared vesical, la disección se hace con facilidad, pero muy a menudo, ya por procesos de propagación carcinomatosa, ya por

fenómenos de inflamación que preceden muchas veces a la invasión del neoplasma, la separación es difícil y se hiere la vejiga; en este caso es preferible hacer una resección de la parte al parecer enferma y practicar su sutura, que proceder a la reunión de paredes vesicales, que tal vez se hallan invadidas por el carcinoma.

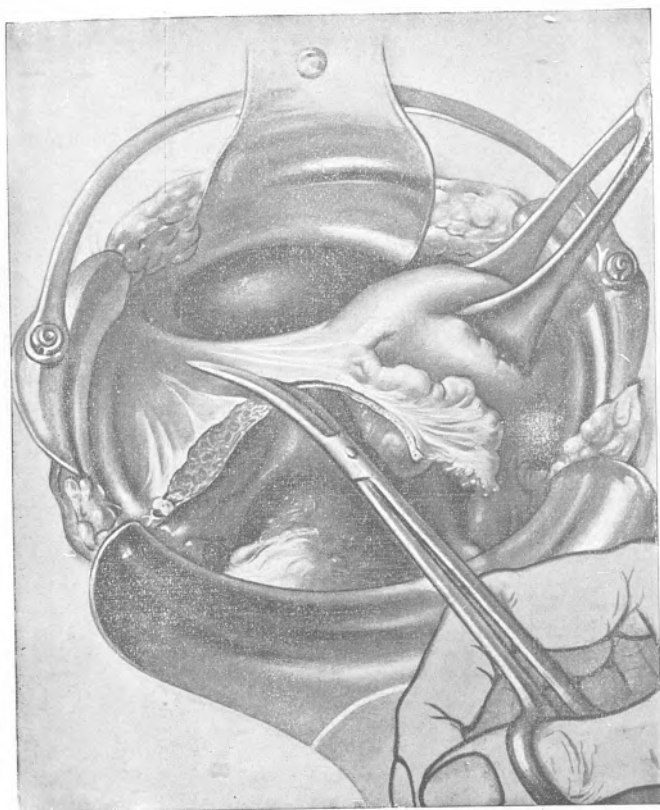


Fig. 271.—Operación de Wertheim. Sección del ligamento ancho.

Si no se ha practicado la sección de los ligamentos útero-sacos como primer tiempo de la operación, se procede ahora a hacerlo, reuniendo con una línea transversal los extremos de la incisión de los ligamentos anchos, siguiendo el repliegue útero-rectal; libre el útero de los ligamentos útero-sacos, redondos y anchos, y separado el tejido celular parametral, vésico-uterino y útero-rectal, puédese realizar la tracción de la vagina en gran extensión y formarse un cilindro de este órgano, al que pueden aplicarse dos pinzas acodadas de Wertheim, para evitar que puedan manchar la serosa peritoneal los jugos

procedentes del carcinoma; este tiempo de la operación amplia de extirpación del útero canceroso es de gran importancia, hasta el punto que una gran parte del mejoramiento de las estadísticas de mortalidad operatoria se debe al cuidado con que se practica esta parte de la operación.

Una vez colocadas las pinzas de Wertheim se procede a la sección del collar vaginal, que puede hacerse con tijeras, bisturí o, lo que es mejor, con

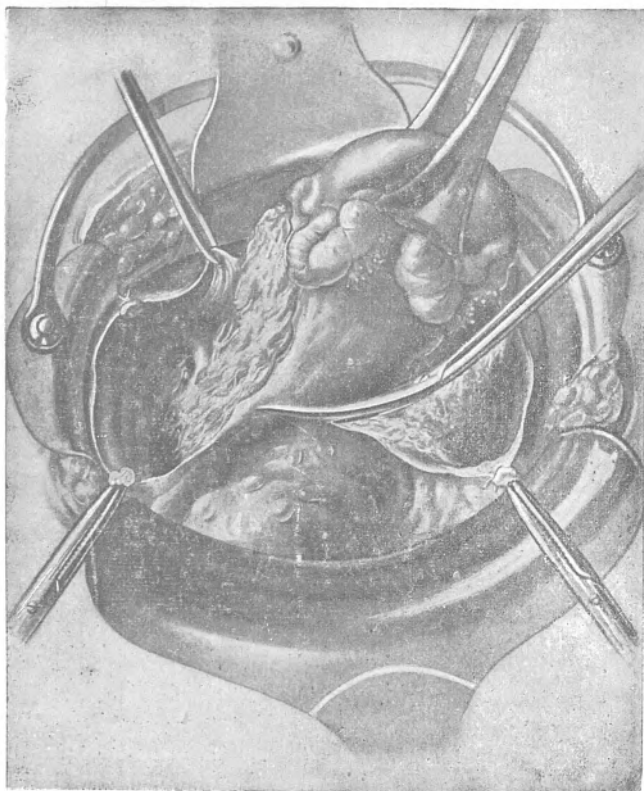


Fig. 272.—Sección del peritoneo de la cara posterior del útero

galvano o termocauterio, para evitar injertos de células cancerosas en la superficie de sección.

Las maniobras todas de esta operación se dirigen a extirpar, junto con el útero, los ganglios que pudieran estar afectos de metástasis y la mayor cantidad posible de tejido celular, que es por donde pasan los vasos linfáticos y en los que se hallan pequeñísimos ganglios que pueden ser punto de partida de recidivas.

Practicada la extirpación amplia del útero y anejos, se procede a la sutura del collar vaginal, bien aisladamente primero de vagina y contorno peritoneal, al modo de Bumm, ya haciendo la unión en un solo plano, de peritoneo, pared posterior de vagina, pared anterior, y por último peritoneo de la cara superior de la vejiga. Sígase cualquiera de estos procedimientos, es muy buena práctica seguir el consejo de Bumm de hacer luego una sutura sero-serosa, al modo de

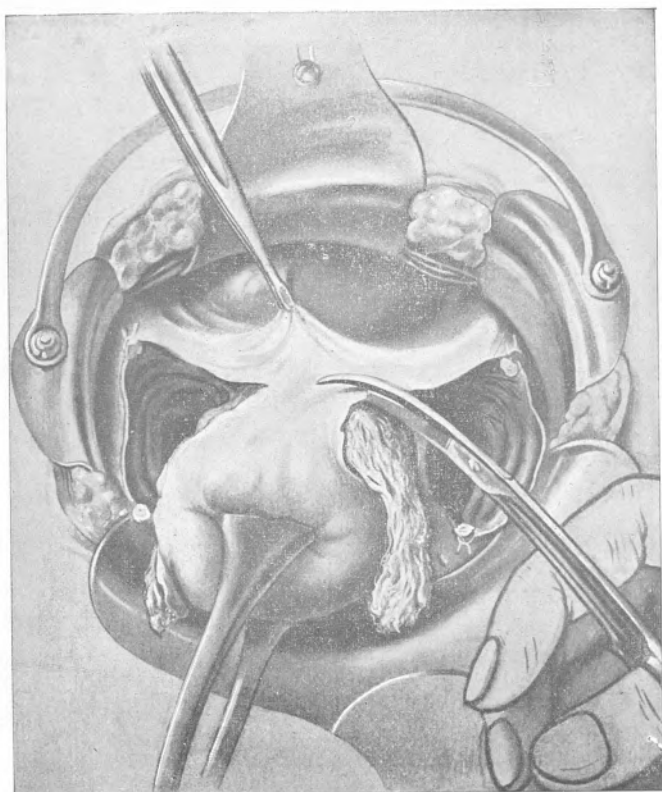


Fig. 273.—Sección del peritoneo de la cara anterior del útero para separar la vejiga.

Lembert, para que la unión se haga de modo completo en brevísimo espacio de tiempo.

El desagüe, que en un tiempo se recomendaba en esta operación, no sólo es inútil sino perjudicial; gran número de los accidentes fistulosos de ureter que en un tiempo sucedían a la práctica de esta operación eran debidos al empleo del desagüe. Cuando se practica la operación de Wertheim siguiendo los principios establecidos y adoptando las precauciones de aislar completamente la

superficie ulcerada de la cavidad peritoneal, no hay necesidad alguna de desagüe; la oclusión de la cavidad vaginal, lo mismo que la de las paredes del vientre, debe ser absoluta, para poder obtener un curso post-operatorio sin accidentes.

Si, en el curso de la operación, alguna de las precauciones para evitar la sepsis no ha logrado alcanzar el objeto apetecido y se tiene alguna probabi-

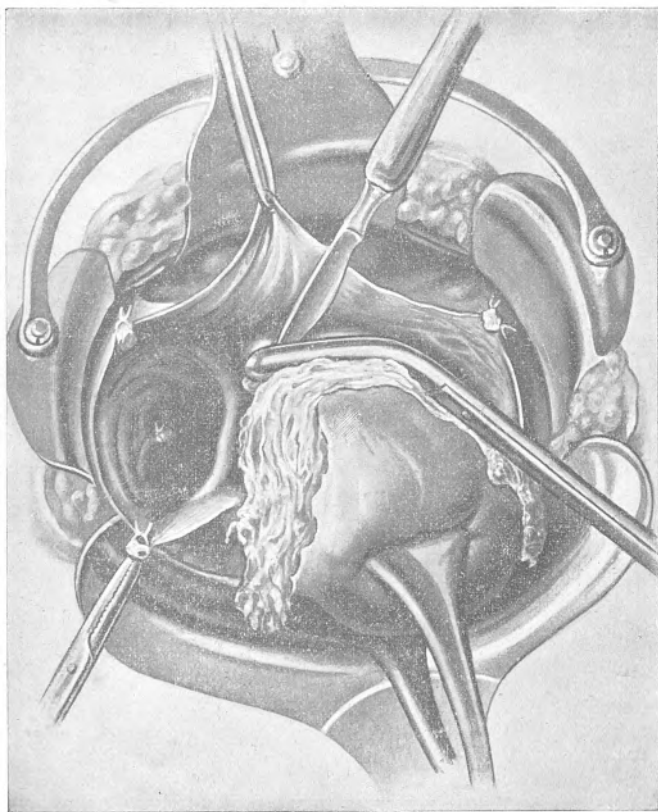


Fig. 274.—Sección de la vagina después de aplicadas las pinzas acodadas de Wertheim.

lidad de que pueda haberse infectado el campo operatorio, es conveniente aplicar un desagüe, con gasa yodofórmica, en el espacio subperitoneal, que, saliendo por la vagina, que no se ocluye completamente, asegure la salida de los exudados. Si se utiliza el desagüe, hay que tener mucho cuidado en los días sucesivos, no tirando fuertemente de la gasa para no producir lesiones uretéricas y evitando que, por excesiva compresión, en vez de servir para facilitar la salida de los exudados, obre como tapón obturante.

Procedimientos excepcionales de histerectomía abdominal por cáncer.—Mackenrodt, en 1894, puso en práctica un procedimiento de histerectomía mixta vaginal y abdominal; después de cauterizar las fungosidades cancerosas, seccionaba un collar vaginal, que cosía formando como un casquete que recubría el hocico de tenca para aislar por completo la parte invadida por el carcinoma; abría luego el fondo de saco de Douglas y lo taponaba fuertemente para luego terminar la operación por el abdomen, cuyos tiempos eran

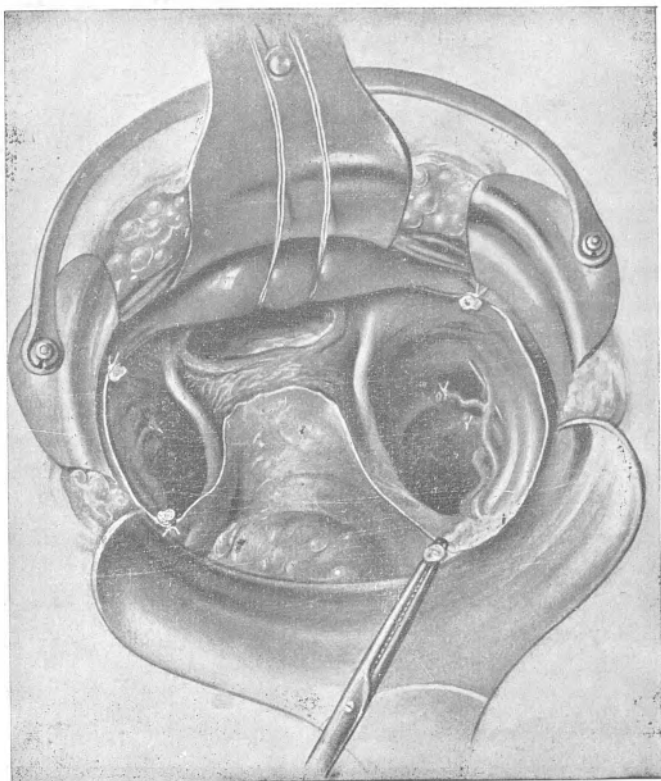


Fig. 275.—Aplicación de puntos de sutura en el collar vaginal y peritoneo.

los comunes de la histerectomía por esta vía, pero procurando la extirpación de la mayor cantidad posible de parametrios.

Esta operación, abandonada por completo durante algunos años, ha vuelto a ser preconizada por Imbert, Duval y Slawoski, especialmente para los casos en que por obesidad de la enferma la técnica de Wertheim resulta muy difícil; la sección de la vagina y formación del capuchón que recubre al hocico de tenca facilita grandemente la movilización del útero por el abdomen, pudiéndose

desde el primer momento ir a la sección de los ligamentos útero-sacros, con lo que se facilita la extracción total del útero y del tejido celular pelviano con los ganglios linfáticos, tan frecuentemente interesados por el proceso neoplásico.

Como técnica corriente no le encontramos ventaja alguna sobre la operación de Wertheim y sobre esta misma modificada por Bumm; pero en casos

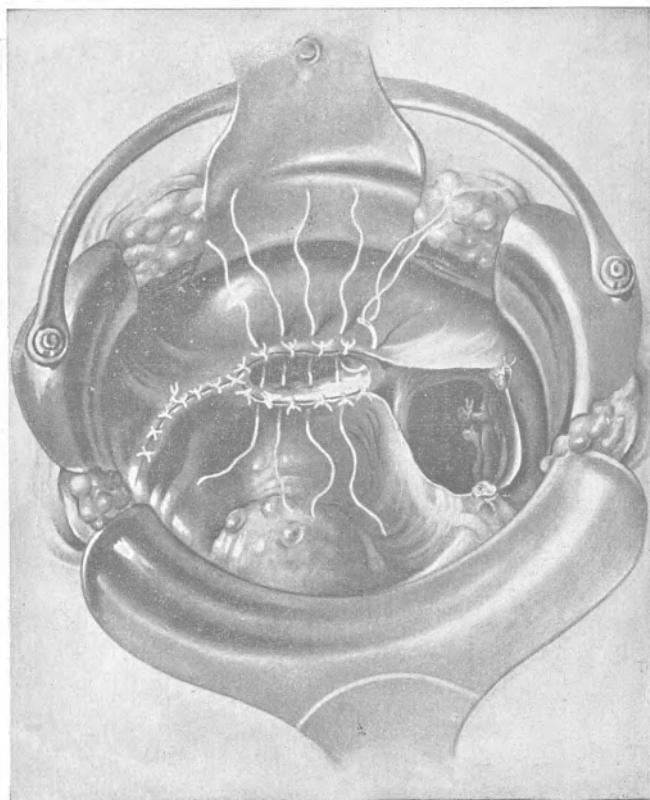


Fig. 276.—Reconstituídas por puntos de sutura las superficies de sección pelviana, oclúyese la vagina con cuatro puntos de sutura entrecortada.

excepcionales puede servirnos, principalmente cuando *a priori* podamos presumir serias dificultades para la movilización del útero por el abdomen.

Zweifel recomendó un procedimiento también vagino-abdominal, pero con los tiempos invertidos: comenzaba con la laparotomía y, después de ligados los pedículos vasculares y aislados los uréteres, suturaba el peritoneo rectal al vesical, pasando por encima del útero que debía ser extirpado, y de este modo quedaba excluido todo el campo operatorio de la gran cavidad de la serosa

abdominal; cerraba el vientre y terminaba la operación con la extirpación del útero, anejos y tejido celular y ganglios pelvianos por la vagina que suturaba luego, ya aisladamente, ya procurando coger en la línea de sutura la línea de unión peritoneal, que por abdomen se había hecho entre el del recto y el de la vejiga.

El procedimiento de Zweifel tiene la ventaja sobre el de Mackenrodt, de que puede ser practicado como recurso en los casos en que, por existir extensa

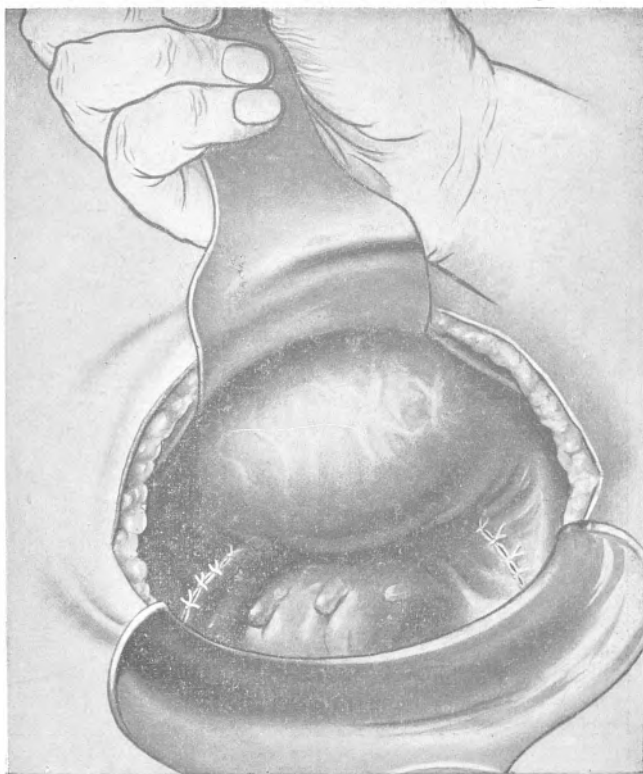


Fig. 277.—Aspecto del plano pelviano una vez reconstituido por la sutura

infiltración parametral, resulte muy difícil terminar la operación en buenas condiciones por vía alta; lo consideramos, sin embargo, método de excepción y de limitadísimas indicaciones.

Como quiera que en las grandes operaciones abdominales por cáncer cervical la gravedad depende, en primer término, de la peritonitis consecutiva a la operación, se ha procurado por diversos medios excluir la cavidad de la gran serosa de la zona en que se opera. Mackenrodt ideó hace muchos años

realizar esto mediante una incisión transversal de todas las cubiertas abdominales y practicar la sutura del peritoneo de la cara anterior del abdomen con el fondo de Douglas, logrando con ello que la operación quedara realizada en su totalidad por fuera de la cavidad de la serosa; Kroenig modificó esta técnica agregando el plano aponeurótico profundo a la capa serosa de la pared anterior del abdomen, para de este modo encontrar un refuerzo a la lámina que excluye

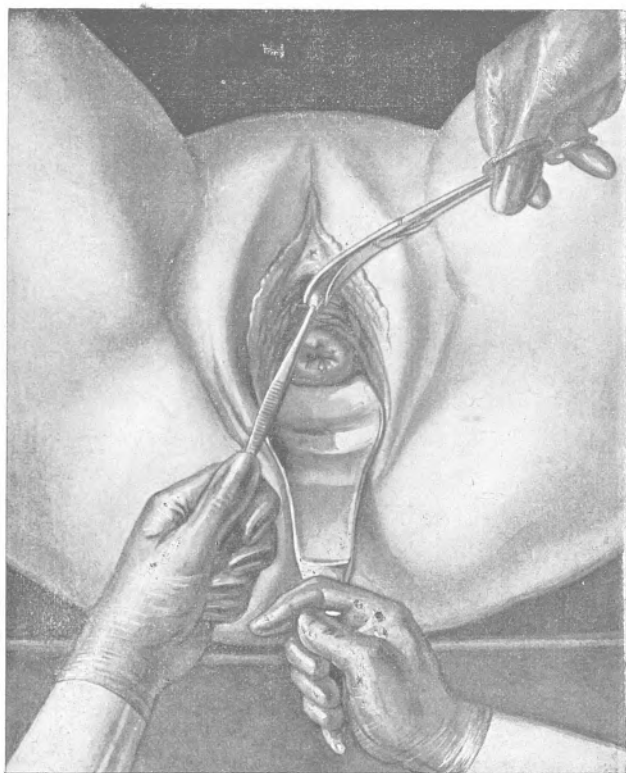


Fig. 278.—Histerectomía vagino-abdominal. Primer tiempo: sección del collarete vaginal.

a los genitales, que, con frecuencia, notaba se desgarraba cuando se practicaba su sutura.

Esta técnica, modificada, utilizando la incisión curvilínea de Bardenhauer, en vez de la transversal, ha sido practicada numerosas veces; por lo que a nosotros se refiere debemos decir que, si bien con ella puede disminuir el peligro de la peritonitis primitiva, en algunos casos las dificultades técnicas favorecen la infección del tejido celular de la pelvis, y ello, dadas las condiciones rígidas de las paredes pelvianas, representa un peligro casi de tanta

gravedad como el de la peritonitis. El espacio que queda entre el plano peritoneal que forma el tabique de separación y el diafragma pelviano no se rellena fácilmente y coloca a las partes en favorables condiciones para que los procesos sépticos se extiendan y perduren hasta producir la muerte en algunas ocasiones.

Para evitar la retención en el espacio vacío que queda después de la

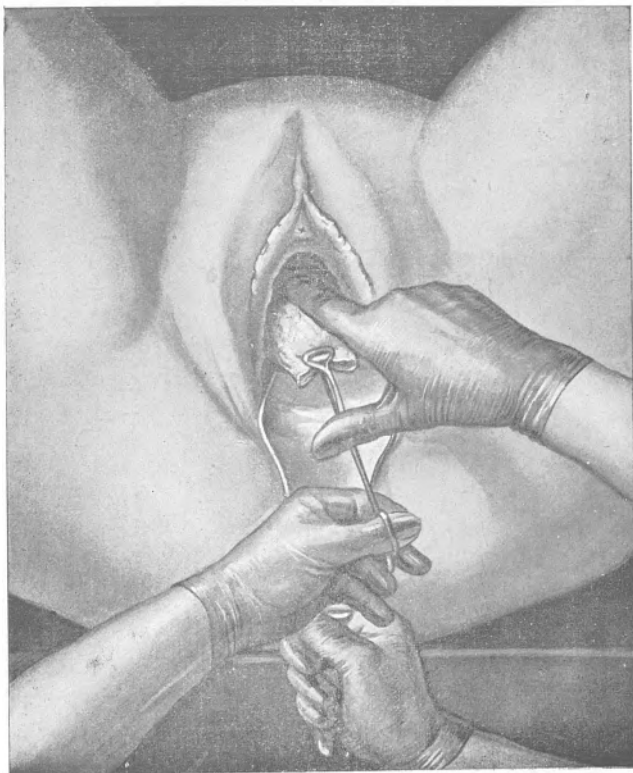


Fig. 279.—Segundo tiempo: separación de la vejiga y parametrios.

extirpación del útero han aconsejado algunos ginecólogos dejar dos tiras de gasa de desagüe que permitan la salida de exudados, la experiencia de la mayoría de ginecólogos que han practicado esta operación coincide con la nuestra al rechazar el empleo de este medio que resulta perjudicial en muchas ocasiones y ha quedado relegada al olvido esta técnica que, si tenía alguna justificación años atrás, los perfeccionamientos aportados por Wertheim y Bumm a la extirpación extensa del útero por vía abdominal y la entrada de la medicación radioactiva en el tratamiento del cáncer extendido, la excluye en absoluto.

Pronóstico de la histerectomía abdominal extensa en el cáncer cervical.—A pesar de los grandes perfeccionamientos de técnica, resulta aún hoy día una operación de considerable gravedad, no sólo por los resultados inmediatos, sino también por el número de reproducciones que después de algún tiempo sobrevienen. Las cifras de 30 por 100 de mortalidad que alcanzaban las primeras estadísticas de esta operación han descendido a un 10 por 100, y aun

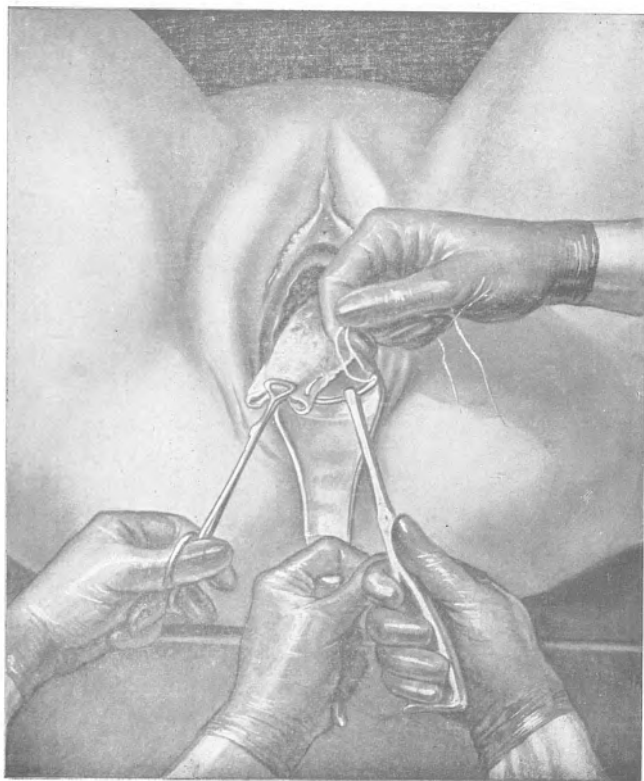


Fig. 280. — Tercer tiempo: sutura del capuchón vaginal que envuelve el hocico de tenca.

menos en las últimamente publicadas; esta cifra tan elevada de mortalidad inmediata a la operación, contrasta con la de 2 y 3 por 100, que acusan las estadísticas de histerectomías practicadas por miomas o procesos flogísticos anexiales; ello es debido al hecho ya mencionado anteriormente de existir agentes patógenos infiltrados en los parametrios que, al hallar al organismo debilitado localmente y también en el estado general por el acto operatorio, determinan procesos de inflamación que se generalizan y dan lugar a la muerte de la enferma.

Las reproducciones alcanzan también una proporción considerable; las últimas estadísticas de Wertheim acusaban un 60 por 100 de curaciones persistentes después de cinco años; esta cifra verdaderamente halagüeña no podemos nosotros alcanzarla, porque nos vemos obligados a extender de modo considerable la cifra de la operabilidad, por venir al ginecólogo la inmensa mayoría de casos en un estado tan avanzado de lesiones que sólo un 8 ó 10 por 100 se pueden colocar con justicia dentro de las operables.

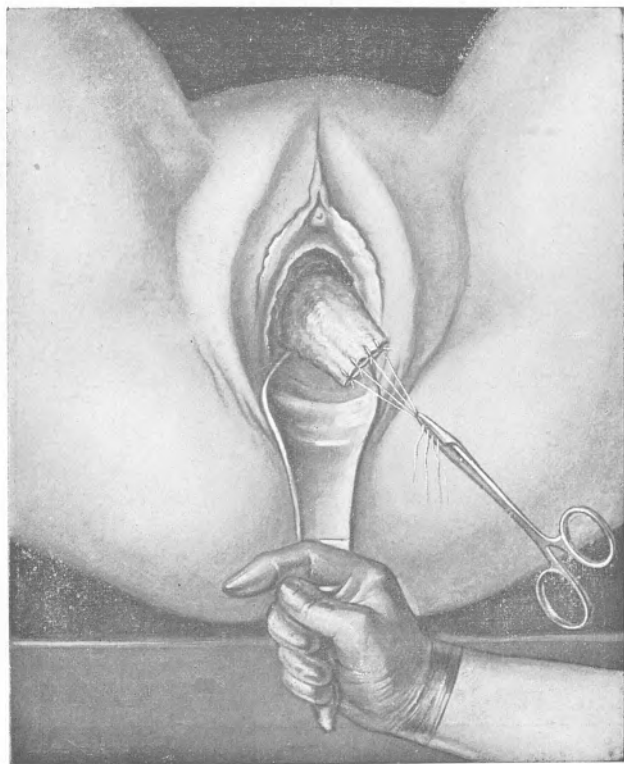


Fig. 281.
Cuarto tiempo: liberación de todo el segmento inferior del útero.

La entrada del radio en la terapéutica del cáncer del útero modificará las cifras estadísticas, así de la operabilidad como de las reproducciones post-operatorias; la mayor gravedad de la operación la produce con seguridad el extender la acción quirúrgica a casos que presentan gran invasión neoplásica de los tejidos parametrales, y como en estos casos es en los que con mayor claridad existe la indicación de tratamiento radioactivo, si se excluyen del censo operatorio, los resultados curativos de la histerectomía abdominal

extensa, mejorará notablemente, así como el tanto por ciento de curaciones definitivas.

Carcinoma del cuerpo del útero.

Se ha denominado cáncer de la menopausia porque aparece casi siempre en

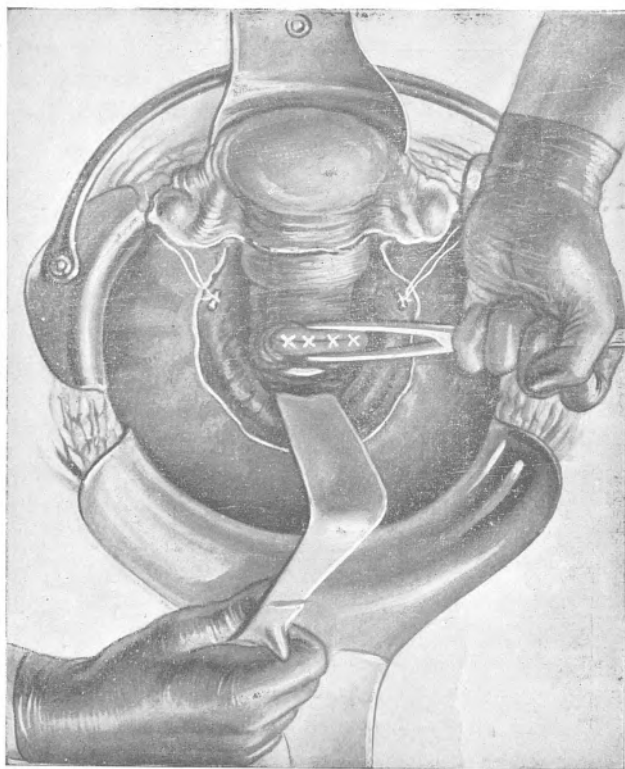


Fig. 282.—Quinto tiempo: sección de los ligamentos redondos e infundíbulo-pelvianos y extracción del útero por laparotomía.

mujeres que han alcanzado edad avanzada y, por lo general, después de haber estado algunos años sin menstruación.

Comienza por lo general, por la mucosa del útero, ya por el epitelio de cubierta, ya en las paredes de las innumerables glándulas tubulares existentes en la mucosa del cuerpo del útero.

Anatomía patológica.—En algunos casos, la transformación epitelial maligna se verifica en una extensión grande del útero alcanzando escasa

profundidad y el aspecto del carcinoma es el de una superficie rugosa, desigual, ulcerada, sembrada de puntos blanco-amarillentos, resultantes de la degeneración de algunos elementos celulares; más frecuentemente se inicia tomando la forma de una tumoración desigual abollonada que se ulcera parcialmente y que ocupa el fondo o las paredes del órgano; muy a menudo toma la neoplasia la forma poliposa asentando en una de las paredes del útero o en un ostium tubárico. Raras veces la tumoración corporal se extiende a la región del cuello, pero en algunos casos toda la superficie interna del útero, cuerpo y cuello se halla invadida por el proceso neoplásico.

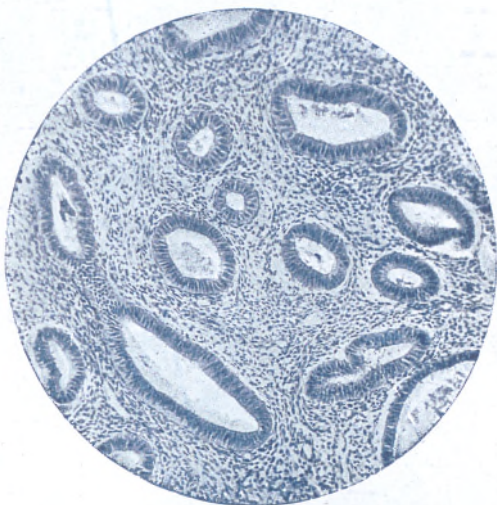


Fig. 283.—Adenoma benigno.

Por lo general, sólo en casos muy avanzados, toma parte el parénquima del órgano en el proceso neoplásico epitelial, siendo, por el contrario, la localización mucosa y el crecimiento cavitario la característica de esta localización. En sus comienzos, y aun frecuentemente muchos meses después de haber aparecido los síntomas de la neoplasia corporal, la enfermedad se halla localizada en la mucosa; las infiltraciones neoplásicas y las metástasis se producen de modo tardío, por ello las garantías de curación que ofrece la localización corporal del cáncer son mucho mayores que las de la región cervical.

Histopatología.—La forma histológica más frecuentemente observada de cáncer de cuerpo es la de adeno-carcinoma; la multiplicación de los elementos glandulares que constituye el estado premenstrual se mantiene muchas veces de modo persistente, constituyendo el tipo de metritis glandular descrita por Ruge y Veit; este mismo tipo se mantiene de modo indefinido en muchas ocasiones,

constituyendo el llamado adenoma benigno. La característica histológica de las

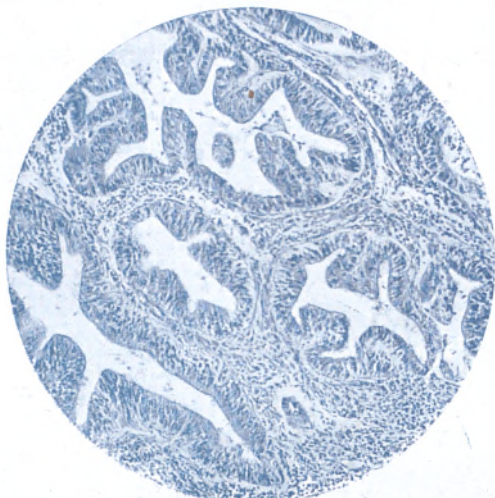


Fig. 284.
Adeno-carcinoma: poliestratificación del epitelio.

glándulas en estado premenstrual y en el adenoma benigno es estar constituida

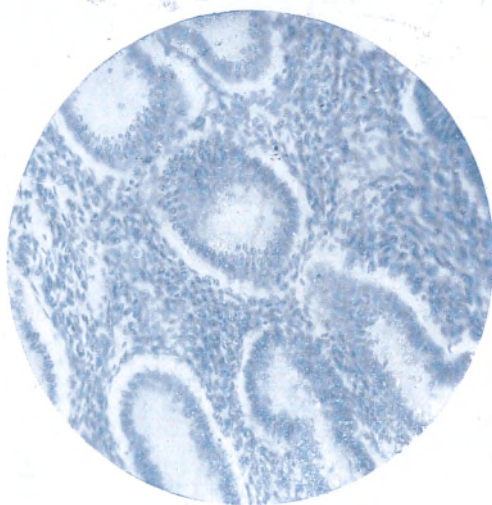


Fig. 285.—Adeno-carcinoma del útero: poliestratificación
y nidos epiteliales.

por una sola capa de células epiteliales en la disposición señalada en la

figura 283. Ahora bien, en el adenoma maligno, la proliferación glandular existe del mismo modo, pero aquella capa única de células epiteliales de revestimiento se ha multiplicado; fórmanse varias capas epitelicas, es decir, se presenta la poliestratificación epitelial. Más adelante, las capas conjuntivas



Fig. 286.—Adeno-carcinoma de la mucosa del cuerpo de forma laminar.

de sostén se rompen y los elementos epiteliales que penetraron en el tejido conjuntivo o en el muscular van formando nidos que se hallan en relación directa con el punto de la glándula que estalló o forman núcleos celulares indepen-

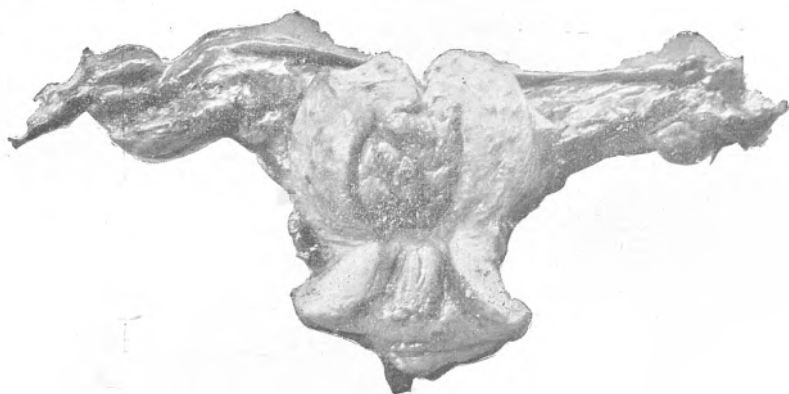


Fig. 287.—Carcinoma ocupando la totalidad de la cavidad del cuerpo del útero.

dientes, del cual parten numerosas células dotadas de gran poder genético, que se extienden en profundidad y en extensión, constituyendo el tipo de transición entre el adeno-carcinoma y el epiteloma.

La variedad que toma origen en el epitelio cilíndrico de revestimiento de

la mucosa, adopta muy a menudo la forma de tubos epiteliales que van penetrando en el interior del parénquima, formando nidos celulares separados por haces de tejido conjuntivo que aísla unos de otros.

El carcinoma corporal se halla constituido por células cilíndricas, pero no es excepcional hallar en las capas profundas formas poliédricas, y aun muy aplanadas, que lleguen a tomar el aspecto del epitelio estratificado. Una forma poco frecuente de carcinoma corporal es aquel que por hallarse formado por pequeñísimas células algo redondeadas dan más la impresión de sarcoma que de epitelioma, pero que en realidad son epiteliales, aunque su apariencia sea conjuntiva, y que por no hallarse rodeado de haces conjuntivos no forman nidos epiteliales; estas formas revisten extraordinaria gravedad por la rapidez con que se producen propagaciones y metástasis.

En los casos avanzados puede el parénquima ser invadido, y las células epiteliales se mezclan con los haces conjuntivos y musculares de fibra lisa, desmoronándose con rapidez y constituyendo el tipo clínico de cáncer encefaloideo, cuya malignidad es mayor dentro del grave pronóstico que todo tumor epitelial debe merecer.

En algunos casos el cáncer de cuerpo es secundario a procesos miomatosos antiguos; las glándulas que pueden quedar incluidas entre las fibro-células del mioma, dan lugar en ocasiones a crecimientos neoplásicos o epiteliales que, invadiendo sucesivamente todos los planos del tumor, le convierten en su totalidad en un proceso de manifiesta malignidad. Esta transformación epitelial maligna, si bien en la mayoría de ocasiones toma origen en glándulas incluidas en el mioma, pueden proceder asimismo de células aberrantes procedentes de la extremidad inferior del conducto de Wolf.

Es raro que los cánceres primitivos del cuerpo del útero lleguen a adquirir grandes volúmenes; pero es frecuentísimo hallar voluminosos tumores, que en su totalidad deben ser considerados como cancerosos, cuyo origen es la transformación o degeneración maligna de una tumoración miomatosa. En estos casos no existe transformación celular, sino una sustitución de los elementos fibro-celulares por otros de naturaleza epitelial.

Sintomatología.—La leucorrea y la hemorragia son los dos síntomas primordiales; como quiera que en el estado normal no existen agentes microbianos en la cavidad de la matriz, aun cuando se ulcere el carcinoma, no aparece la fetidez hasta que por circunstancias especiales, entre las que debemos mencionar la exploración del útero practicada en malas condiciones, penetran gérmenes saprofitos que, apoderándose de la substancia muerta que se desmorona, producen el proceso de la putrefacción; no es raro encontrar enfermas con un historial de muchos meses de hemorragias y leucorrea, en que ésta no presenta fetidez alguna.

El síntoma hemorragia es el más importante: desde la ligera coloración

rosada de la leucorrea hasta la más copiosa hemorragia, existe una gama de intensidad muy variable; como quiera que el mecanismo de la producción de la hemorragia es la destrucción de los vasos del neoplasma y de los tejidos en



Fig. 288.—Nódulo carcinomatoso en un cuerno uterino.

que asienta, no guarda ésta, periodicidad alguna. La intensidad de la hemorragia es tal en algunas ocasiones, que puede poner en peligro la vida de la enferma. Muy frecuentemente no guarda relación el síntoma hemorragia con la

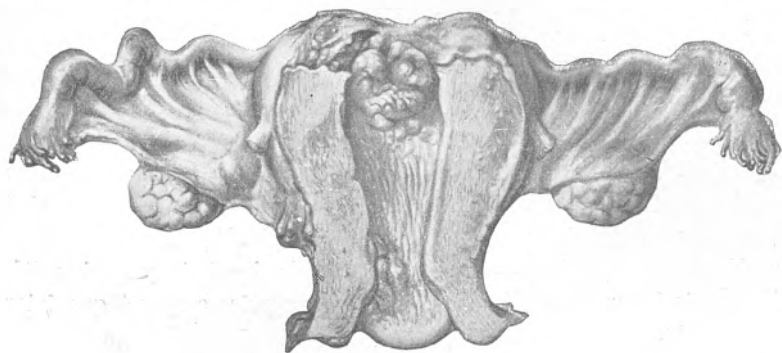


Fig. 289.—Carcinoma del fondo de la cavidad uterina.

extensión de las lesiones; los casos de las figuras 289 y 290 produjeron, a pesar del escaso tamaño del tumor, pérdidas de sangre tan considerables que hubo necesidad de practicar la operación sin dilación alguna.

El dolor aparece de modo tardío en forma lancinante; pero en cambio las

molestias lumbo-sacras, muy parecidas a las que acompañan a las metritis, aparecen de modo precoz y se mantienen con tal persistencia que la mayor parte de las enfermas acuden al ginecólogo, más que por las pérdidas de sangre, a las que dan poca importancia, por el dolor lumbo-sacro, que no las deja reposar ni en la cama.

Los dolores en fosas ilíacas e hipogastrio hacen su aparición de modo tardío y son, por lo general, manifestación de extensas propagaciones.

Los dolores a distancia, en sus más variadas manifestaciones, se presentan con frecuencia mayor que en las metritis, y probablemente son debidos más a las modificaciones de carácter flogístico existente en el útero que a la propia neoplasia.

Metástasis.—Las invasiones ganglionares y las propagaciones por conti-



Fig. 290.—Carcinoma corporal polipoide.

nidad de tejido se producen, por lo general, de modo lento; los ganglios que recogen la corriente de la región superior del útero se hallan en la parte alta del ligamento ancho y van a parar sus vasos eferentes a los situados en la región renal. Las lesiones cancerosas tubo-ováricas, que en algunos casos se encuentran, más que por continuidad de tejidos, son resultantes de metástasis ganglionares que adquirieron considerable desarrollo. En muy pocos casos la extensión de la neoplasia del cuerpo se realiza hacia abajo y es invadida la región cervical, constituyéndose un carcinoma cérvico-corporal que interesa toda la matriz.

En casos excepcionales pueden grandes masas de tejido canceroso, cuyo punto de origen se halla en la mucosa del cuerpo, salir a través del orificio cervical externo, relleno la vagina y dando la impresión al examen superficial de un mioma esfacelado, que hace irrupción hacia la vulva.

Diagnóstico.—Muy frecuentemente el carcinoma corporal aparece en

mujeres muy obesas, en las que la exploración se verifica de modo muy difícil; la edad avanzada de la enferma, la aparición de los flujos de sangre después de un período más o menos largo de menopausia y la existencia de un flujo leucorréico no fétido, teñido frecuentemente en rosa, debe hacer pensar en el carcinoma corporal; pero como éste puede presentarse asimismo, aunque menos frecuentemente, en mujeres que no alcanzaron la menopausia, exige una exploración detenida para poder afirmar el diagnóstico.

El tamaño del útero puede no estar modificado por la presencia de un carcinoma corporal, en especial en los primarios de la mucosa; en los secundarios, consecutivos a degeneraciones de miomas, el aumento de volumen puede alcanzar grandes proporciones.

La histerometría, y a ser posible por el estado de permeabilidad del cuello, el tacto intrauterino, son los medios de exploración física que mejores datos proporciona; el reconocimiento de superficies abolladas, sobre las que salta el histerómetro, en enfermas de edad avanzada, que presentan continuas pérdidas de sangre, es un dato de considerable valor diagnóstico; la facilidad con que el pico del histerómetro produce aumento en la pérdida de sangre, es dato que debe recordarse como elemento de juicio; la circunstancia de haber estado la mujer meses o años sin haber visto salir sangre por sus genitales es dato también de gran valor; pero todos ellos deben hoy supeditarse al que resulta del examen histológico, que tiene que practicarse con dos trocitos de tejido extraídos de las partes interiores del útero, en donde la histerometría ha demostrado mayor irregularidad de superficie; el reconocimiento histológico de una porción de tejido intrauterino se puede hacer con tanta facilidad e inocuidad, que no debe el práctico prescindir de este medio exploratorio para llegar a un diagnóstico preciso.

En los casos de tumoración voluminosa, en que se sospecha la degeneración carcinomatosa de un mioma, el reconocimiento histológico de un trozo de mucosa puede no ser demostrativo, ya que, si bien muy frecuentemente, el proceso epitelial comienza o se propaga a la mucosa, puede haberse iniciado en glándulas intra-miomatosas y no encontrar en la mucosa más que las alteraciones endometríicas que acompañan casi siempre a las producciones neoplásicas de fibras musculares lisas. En estos casos conviene tener presente que casi siempre las transformaciones carcinomatosas de los miomas aparecen después de la menopausia, y cuando en una mujer, que ha estado uno o dos años sin reglas, se nota un crecimiento insólito de un mioma, hay muy fundados motivos para creer que la neoplasia miomatosa se halla afectada de un proceso degenerativo maligno.

El diagnóstico diferencial del cáncer corporal con la endometritis fungosa, la retención de trozos placentarios o restos ovulares de un aborto se hace por lo general, recogiendo cuidadosamente los datos anamnéicos suministrados por

la enferma; en caso de persistencia de duda, el examen histológico aclarará el diagnóstico.

La diferenciación entre el deciduoma, sarcoma y carcinoma tiene escaso valor clínico, y como quiera que los síntomas iniciales son análogos, sólo el examen histológico permitirá establecer el diagnóstico; la historia de un aborto, de una mola vesiculosa o de un parto reciente podrán inclinar el ánimo al diagnóstico de un corioma, y si a esto se agrega una evolución rapidísima, las presunciones se convierten en certeza de la naturaleza corial del proceso.

Pronóstico.—La sola palabra cáncer implica por sí una gravedad grande, pero tomándola no en los términos absolutos sino en el comparativo, debemos decir que en términos generales, la localización corporal del cáncer es de menor gravedad que la cervical; lo más común, es que la evolución del mismo sea más lenta, y como por otra parte las metástasis se verifican también de modo tardío, hay muchos más medios de lucha contra esta localización que contra la misma enfermedad situada en el cuello.

Este hecho junto con el reconocido por todos los clínicos, de hallarse la enfermedad durante mucho tiempo localizada en el útero sin extenderse a los órganos vecinos, permite tener una confianza relativa de alcanzar la curación por medios operatorios, ya que desde el comienzo del mal hasta la inoperabilidad transcurre un lapso de tiempo que puede ser aprovechado por el ginecólogo para obtener el consentimiento operatorio. Las estadísticas de todos los clínicos demuestran un tanto por ciento de curaciones definitivas después de la histerectomía por cáncer de cuerpo, muy superiores a las más favorables que para el tratamiento del carcinoma cervical se obtienen.

Tratamiento operatorio.—Así como para el carcinoma cervical las opiniones se hallan hoy divididas, entre si debe el carcinoma todavía operable ser tratado por la operación o por el radio, en el carcinoma corporal la opinión es casi unánime en preferir como medio de elección el operatorio a los medios radioactivos. Sólo una excepción debe hacerse; en las enfermas muy obesas las dificultades técnicas aumentan en tal grado la gravedad de la operación, que debe preferirse, aun con las inseguridades del éxito, el tratamiento radioactivo al operatorio.

En las mujeres delgadas la histerectomía así abdominal como vaginal puede dar en el cáncer del cuerpo del útero excelentes resultados; no es preciso hacer ni por vía vaginal ni por la abdominal la operación ampliada al modo de Schautta o de Wertheim, ya que las propagaciones linfáticas no se realizan hacia los parametrios, pero como quiera que la posibilidad de la propagación cervical aunque no frecuente es posible, es conveniente extender la exéresis lo más posible; por este motivo preferimos la vía abdominal a la vaginal, pero reconocemos

que en la inmensa mayoría de los casos se obtienen tan beneficiosos resultados con una y otra operación en esta localización neoplásica.

La técnica no difiere de las histerectomías ya descritas en otros lugares de esta obra, pero debemos insistir en la necesidad de prescindir cuando se opera por el abdomen, de coger el cuerpo del útero con pinzas de garfio que pueden dar lugar a perforaciones del órgano que sirvan para que se produzcan siembras microbianas que son causa de peritonitis mortales.

En ningún caso se debe practicar la histerectomía supravaginal en un caso de cáncer; la apariencia de estar sano el cuello, no debe nunca inducir a practicar esta operación incompleta, pues nunca se puede por el examen macroscópico asegurar que no existan células cancerosas ya injertadas en el cuello o que se pueden injertar en el acto de la operación.

Tratamiento radioactivo del cáncer de útero.

Desde el XV Congreso de la Sociedad Alemana de Obstetricia y Ginecología, celebrado en Halle el año 1913, la terapéutica del cáncer por medio de las sustancias radioactivas ha entrado de modo definitivo en la Ginecología; los brillantes resultados obtenidos por Gaus, Kroenig, Döderlein, Bumm, han sido comprobados por gran número de ginecólogos de todas partes del mundo, y los millares de casos que han sido sometidos a este tratamiento permiten hacer afirmaciones que si bien no son tan satisfactorias como en los primeros años se admitían, quedan un número considerable de casos en los que se ha llegado a obtener la curación de cánceres que se consideraban más allá de los límites de la operabilidad; nosotros tenemos ya en nuestro activo gran número de casos de carcinomas del cuello del útero, que habiendo sido considerados como inoperables por distintos ginecólogos, han obtenido la curación por el tratamiento radioactivo continuando las enfermas sin recidivas ni metástasis a pesar de haber transcurrido más de cinco años desde que terminó el tratamiento.

Estos resultados han motivado el problema ante todo caso de carcinoma uterino de decidir cuál deba ser la línea de conducta a seguir, si operación o tratamiento radioactivo. Dista mucho de estar este asunto completamente resuelto, ya que al lado de los que, como Döderlein, Bumm, Gaus y nosotros, consideramos el tratamiento radioactivo como el de elección en todos los casos de cáncer uterino cervical, otros ginecólogos, entre los cuales debemos citar a Wertheim, Laudau, Adler, Frank entre los alemanes, y en general casi todos los ginecólogos franceses e ingleses opinan que para los casos perfectamente limitados, y por tanto bien operables, no debe vacilarse y debe decidirse el clínico por la operación, dejando el radio sólo para los casos inoperables o para los recidivados.

No creemos pertinente en este lugar exponer las razones que en defensa

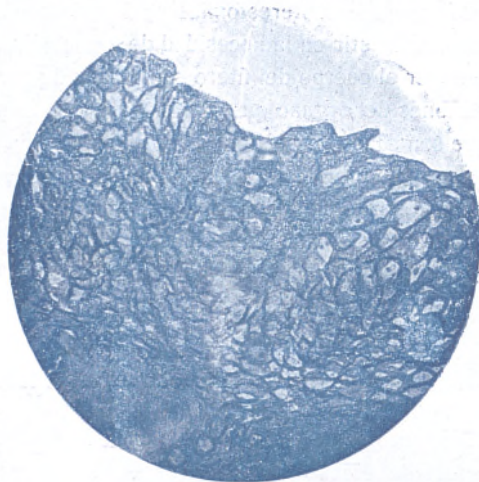


Fig. 291.—Vacuolización de las células cancerosas producida por el radio.

y en impugnación del método de tratamiento radioactivo aducen los partidarios

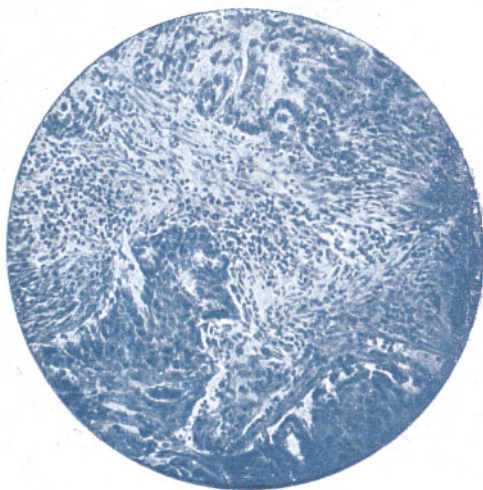


Fig. 292.—Pignosis consecutiva a las aplicaciones de radio en el cancer de útero.

de uno y otro método de tratamiento; sólo como resultado de nuestra experiencia

personal, que alcanza a más de 2.000 casos de enfermas tratadas por radio y a más de 1.800 tratadas por operación, debemos hacer constar que hemos alcanzado con el radio un tanto por ciento de curaciones definitivas en el cáncer cervical, superior al que obteníamos por la operación. En nuestra ya larga vida ginecológica hemos operado centenares de casos por vía vaginal cuando éste era el procedimiento de elección, y el número de recidivas era tan grande, que al iniciarse los progresos quirúrgicos en cirugía abdominal nos decidimos pronto por la vía alta cuando se trataba de operar esta clase de neoplasias; las operaciones más amplias fueron ejecutadas por nosotros con el objeto de evitar las recidivas, que constituían nuestra pesadilla, y a pesar de ello no lográbamos alcanzar aquella satisfacción que se experimenta cuando se cree haber logrado el objeto deseado; las cifras de mortalidad inmediata que en los primeros tiempos de la operación de Wertheim daban un 30 por 100 descendieron por debajo de 10 por 100, y a pesar de ello, entre las enfermas que se morían por la operación y las que morían por recidiva, no alcanzaba a un 50 por 100 de las operables, las que podíamos curar; si a esto se agrega que extendiendo el límite de la operabilidad a casos en los que los parametrios están ya muy invadidos, el número de las que podían ser consideradas operables no pasaba de un 15 por 100, se comprenderá la falta de confianza que la operación nos inspiraba.

Con el tratamiento radioactivo las cifras han cambiado de modo completo; en vez de un 15 por 100, encontramos un 80 por 100 de cancerosas de cuello, que son susceptibles de ser tratadas por el radio, y de este 80 por 100 en casi la mitad de los casos obtenemos la curación clínica y en muchas la curación definitiva; no es la cifra de 70 por 100 que en un tiempo se creía alcanzaban la curación, pero sí llega a un 25 por 100 las que siendo consideradas inoperables mantienen la curación por tiempo superior a tres años. Desde la entrada del tratamiento del carcinoma cervical por el radio, no se encuentra el ginecólogo en la triste condición de tener que confesar su impotencia absoluta de tratamiento, pues aparte de los casos en que se obtiene la curación, en todos, si exceptuamos los que se hallan ya en período de muy avanzada caquexia, encuentra la enferma una mejoría de todos los síntomas; las hemorragias, los flujos icorosos y aun los dolores, disminuyen o desaparecen por medio de la radiumterapia.

Si el tratamiento radioactivo lo hubiesen adoptado los que se dedican a la electrología o a medicina interna, pudiérase pensar que es el miedo a la importancia de la operación lo que hacía ver las cosas en el sentido favorable con que las vemos; pero, como por el contrario, figuran a la cabeza de los partidarios del método no operatorio ginecólogos de los prestigios quirúrgicos de Döderlein, Bumm, Waltardt, Van der Welde, Prochownick, etc., es forzoso admitir que en este método habremos observado resultados verdaderamente superiores a los que se alcanzaban por el tratamiento quirúrgico.

En el cáncer cervical, cuando es limitado y perfectamente operable, la cifra de curaciones que hemos obtenido es tan considerable, que casi podemos reputarlas en un 90 por 100, y por tanto, aun en ellos encontramos preferible a los métodos operatorios los radioactivos.

Para el carcinoma de cuerpo cambia profundamente nuestra opinión; la situación profunda de la neoplasia, las dificultades que en la técnica se tropieza para mantener la substancia radioactiva en contacto íntimo con la tumoración

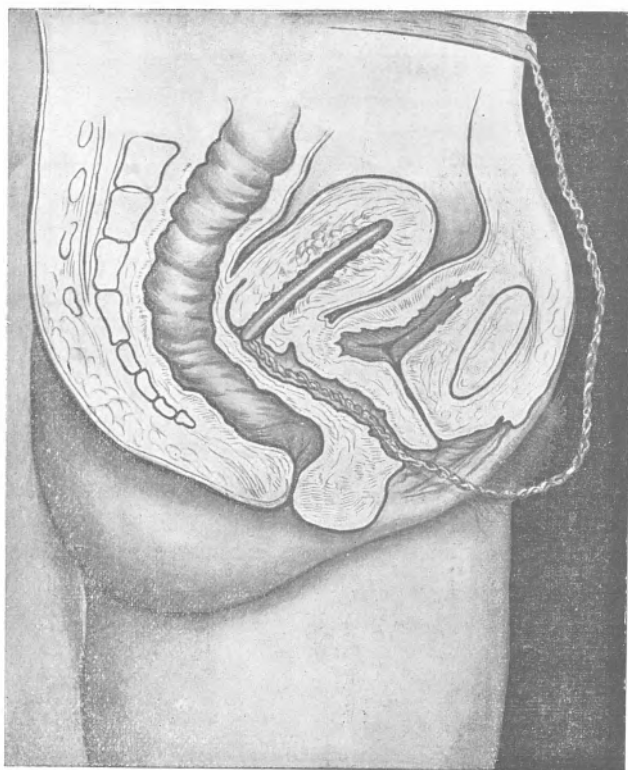


Fig. 293.—Aplicación de un tubo de radio en un carcinoma corporal.

y la escasa gravedad que el acto operatorio representa en sí, junto con la escasa probabilidad de recidivas, nos induce a preferir el tratamiento operatorio al radioactivo. Hacemos excepción de esta regla en los casos en que el carcinoma corporal se desarrolle en una mujer obesa o en aquellas que por lesiones nefríticas, cardíacas o por diabetes, las intervenciones operatorias representan un peligro inmediato positivo para la vida dependiente, más que de aquélla, del estado general de la enferma.

Dentro de las indicaciones de tratamiento por el radio, existen variaciones que dependen de la forma clínica; las formas de carcinoma cervical proliferante, cuyas vegetaciones llenan la porción superior de la cavidad de la vagina, son las que mejor experimentan los efectos curativos; siguen a éstos los de forma laminar, siendo los infiltrados los que ofrecen más rebeldía al tratamiento.

Técnica de la aplicación del radio en el cáncer uterino.—En las formas vegetantes es muy útil practicar la extirpación de las fungosidades que

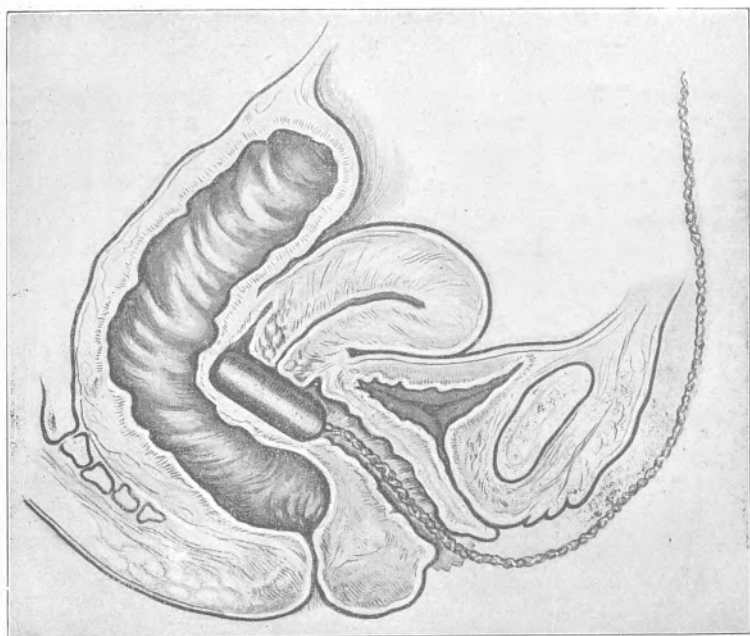


Fig. 294.—Aplicación de un tubo de radio en el fondo vaginal en un caso de carcinoma infiltrado del hocico de tenca.

llenan la vagina antes de hacer la aplicación del radio; es tiempo que se gana y representa una gran disminución en el ingreso de sustancias tóxicas, en el terreno circulatorio, procedentes de la desintegración celular producida por el radio. En las formas ulcerosa, infiltrada y laminar puede comenzarse, sin preparación alguna, la aplicación de las sustancias radioactivas. Debe tenerse presente la opinión de Barlow, que considera a las necro-hormonas que se forman en la zona tratada por el radio como agentes antineoplásicos que contribuyen al proceso curativo.

La limpieza de la vagina con una irrigación ligeramente antiséptica,

precede a la aplicación de un tubo conteniendo de 40 a 70 miligramos de radio, de modo que quede colocado en contacto con la superficie de la neoplasia, ya introduciéndolo en el interior del conducto cervical, ya quedando aplicado en la superficie del hocico de tenca; por medio de un taponamiento no apretado, con gasa, se tiene el tubo en contacto inmediato con la neoplasia, o bien por medio de un trozo de godiva se mantiene en su sitio.

Para la aplicación del radio podemos valernos de un espéculum o hacerla directamente guiándonos por el tacto vaginal; cuando consideremos precisa la introducción del tubo dentro de la cavidad cervical, si ésta no está suficientemente dilatada para que pueda colocarse bien, se procederá a la dilatación del cuello por medio de bujías de Hegar, y una vez hecho esto se introducirá el tubo de radio.

El espesor del filtro varía según las condiciones del carcinoma; cuando se puede poner en contacto directo el tubo con las producciones neoplásicas, basta un filtro de latón niquelado de un milímetro de espesor; en los cánceres infiltrados es preferible utilizar filtros de mayor espesor, para que pudiendo mandar a la profundidad en que se halla la neoplasia, un haz denso de radiaciones, no se produzcan lesiones tróficas en las zonas sanas por la actuación innecesaria de una gran cantidad de rayos blandos.

El envolver el filtro con un dedil grueso de caoutchou o con cantidad suficiente de gasa, es en muchos casos necesario para evitar la acción de las radiaciones secundarias que emanan del tubo-filtro que contiene el radio; cuando el tubo queda rodeado en su totalidad por tejido neoplásico puede prescindirse de esta envoltura para de este modo utilizar todos los rayos emanados de la substancia radioactiva.

El tubo colocado en la neoplasia cancerosa debe permanecer, salvo algún accidente (hemorragia copiosa), durante veinticuatro horas, pasadas las cuales se extrae dando una irrigación vaginal con una solución antiséptica para que arrastre los detritus que puedan hallarse en la vagina, y se deja este órgano sin más tratamiento que el de irrigaciones vaginales con una solución de sulfato de cobre al 1 por 100 u otra solución antiséptica.

A los ocho días se repite la aplicación de radio, guardando análogas precauciones y disminuyendo en las sucesivas aplicaciones la dosis, que por lo general no pasa de los 40 miligramos.

La aplicación del radio, en sesiones repetidas cada ocho o más días, ha sido sustituida por la de una dosis masiva de 100 miligramos de radio elemento, durante 48 horas, y sólo después de uno o dos meses se hace una nueva aplicación en dosis de 30 miligramos. Según nuestra experiencia la diferencia de técnica no reporta ventajas manifiestas para todos los casos, y después de algunas investigaciones hemos llegado a la conclusión que las dosis masivas tienen una indicación en los casos en que existiendo una gran actividad genética

se hallan las células cancerosas en estado de hiper-receptividad para las radiaciones, mientras que en aquellos casos en los que la presencia muy escasa de figuras mitóticas indica una pequeña sensibilidad a las radiaciones las dosis pequeñas, y repetidas, producen mejores resultados que las masivas y únicas.

En todos los casos de carcinoma cervical asociamos al tratamiento por el radio las aplicaciones, de rayos X en la dirección de los vasos ilíacos con el objeto de combatir los procesos metastásicos ganglionares si los hubiere.

Bumm ha pretendió sustituir la radiumterapia por la radioterapia profunda para combatir el carcinoma uterino; no sabemos lo que el porvenir reserva a este último medio: pero, hoy por hoy, los resultados distan mucho de ser comparables; la necesidad de disponer de un haz muy denso de rayos penetrantes que no lleguen a producir perturbaciones cutáneas no está satisfecha, y, por tanto, sólo aceptamos las aplicaciones de los rayos X como coadyuvantes del tratamiento por las substancias radioactivas, pero no como medio único de tratamiento actínico.

Para los ganglios ilíacos afectos de metástasis cancerosa no existe medio de llegar a través de los tegumentos sanos más que con los rayos X, y por este motivo insistimos en la necesidad de asociar al tratamiento por el radio el de los rayos de Röntgen.

En el cáncer corporal la aplicación del radio necesita muy frecuentemente de la amplia dilatación del conducto cervical, y en especial del orificio interno, para poder introducir un tubo de radio de suficiente longitud, al modo como representa la figura 293, para que esté en contacto inmediato con toda la mucosa uterina; en algunos casos, para mantener el tubo sin que se salga de la cavidad del útero, y aun para que no se mueva el punto en que creemos precisa su colocación, utilizamos un mecanismo especial, parecido al que Scherer recomienda para las aplicaciones de radio en el recto (representado en la figura 295), en el que se sostiene el tubo de radio por un tallo rígido, que no cambia de longitud merced a una rosca en la que se atornilla, y todo ello sostenido por un cinturón y cuatro correas que le mantienen en una posición fija.

Como medio de elección de tratamiento, preferimos, en el cáncer corporal, el operatorio, pero en los casos de enfermedades orgánicas o en el de mujeres

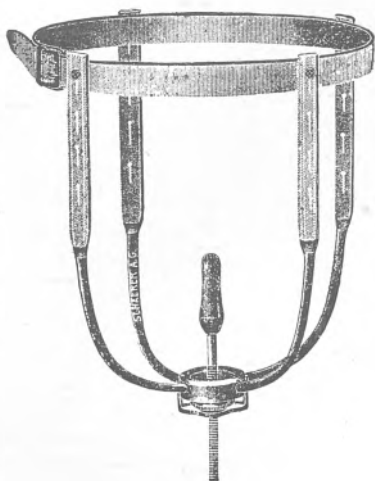


Fig. 295.—Aparato de Scherer para la aplicación del radio.

muy obesas, utilizamos el radio con preferencia a la operación. En estas enfermedades es de todo punto preciso que no se cambie el contacto de la substancia radioactiva con el punto de la mucosa uterina en que se supone se desarrolla la neoplasia.

En los casos de recidiva, después de las histerectomías, se debe asimismo usar el radio; pero los resultados son más dudosos que en las aplicaciones primitivas sin operación; la técnica, en los casos de recidiva, no difiere en sus líneas principales de la que se utiliza en los casos de aplicación como primer medio de tratamiento; pero la dificultad de llegar al foco donde comenzó la reproducción neoplásica, exige la aplicación intensiva de rayos X en el punto en que se supone se inició la recidiva.

La acción biológica que ejerce el radio sobre el cáncer del útero es la que se describe en el capítulo correspondiente de radiumterapia en general; pero el hecho que más llama la atención, es la diferencia que en sus efectos curativos se consigue en el cáncer del útero, comparándolo con el que se obtiene en otras localizaciones; las células del carcinoma son prontamente afectadas por el proceso de detención de la actividad genética, y la vacuolización de su protoplasma, junto con la pignosis característica de la acción radífera, se manifiestan de modo tan precoz que puede seguirse en las escisiones de prueba realizadas en el curso de pocas semanas todo el proceso evolutivo que conduce a la curación.

Para más detalles técnicos y de fisiopatología relacionados con la radiumterapia, remitimos al lector a la obra que sobre «Fisioterapia en Ginecología» hemos publicado en unión del Dr. Conill.

Otros medios de tratamiento del carcinoma uterino.

Dejando aparte las cuestiones relacionadas con la terapéutica general del cáncer, aplicables como es consiguiente, al cáncer del útero, tales son la electrocoagulación, de Doyen, la fulguración, de Keathing Hart, la quimioterapia, el empleo de sueros, jugos cancerosos, metales coloidales, etc., haremos sólo mención especial de dos métodos con que sus autores han pretendido alcanzar extraordinarios resultados curativos. Uno, preconizado por Byrne consiste en el empleo del galvanocauterio, con el que, manejado de modo metódico y muy a fondo, asegura haber obtenido un tanto por ciento de curaciones superior al que se alcanza con la histerectomía y sin riesgo alguno.

El segundo, de Percy, data del año 1915 y consiste en el empleo del calor como medio anticanceroso, y se utiliza en los cánceres inoperables; para ello practica la laparotomía y después de ligar las hipogástricas, coge a plena mano el cuerpo del útero y por vagina aplica el calor de modo que llegue a sentirse gran elevación de temperatura a través del parénquima uterino; teniendo en

cuenta que la célula atípica coagula a 45°, pretende con este medio someter a todas las células atípicas a una elevación térmica que las inactive, dejando a las sanas que no coagulan hasta los 60° en estado de completa vitalidad.

Este método ha sido ensayado en América por gran número de ginecólogos, pero los resultados obtenidos hasta la fecha son por completo contrarios a la prosecución de su empleo.

COEXISTENCIA DE CARCINOMA Y EMBARAZO

Aun cuando la mayor frecuencia del carcinoma del útero corresponde a la época en que la mujer cesa en su vida genital, no son raros los casos en que se presenta la neoplasia epitelial del cuello, coincidiendo con un estado de gestación más o menos avanzado.

La existencia de un feto en la cavidad del útero da, por el derecho que tiene a la vida el ser concebido, un aspecto especial al problema, que se presta a consideraciones de índole científico-religioso que merecen ocupar la atención del clínico.

La gestación, en un útero afecto de carcinoma de cuerpo, si bien es posible, es muy dudoso que pueda alcanzar períodos avanzados, ya que las alteraciones de la mucosa, las hemorragias y leucorreas de origen neoplásico cavitario, impiden que siga el embarazo su curso, y la interrupción espontánea es la regla. Otra cosa sucede en la localización cervical; la posibilidad que tiene el espermatozoide de penetrar en la cavidad del útero es absoluta, y asimismo la nidación del huevo fecundado en la mucosa del cuerpo, ya que sólo de modo excepcional se propaga hacia arriba el proceso neoplásico.

Las hemorragias que en el carcinoma cervical se presentan no son en la mayoría de casos, obstáculo alguno a la evolución del embarazo, así como tampoco los flujos leucorréicos, cuyo origen se halla en la porción infraístmica de la matriz.

La gestación influye de modo desfavorable sobre el carcinoma, produciendo una mayor actividad celular que se traduce por crecimiento más rápido de la neoplasia, mayor vascularización y, por consiguiente, mayor rapidez en las propagaciones y metástasis.

Las neoplasias incipientes que toman su origen en erosiones cervicales, y que son, en algunas ocasiones, motivo de duda sobre su naturaleza inflamatoria o neoplásica, adquieren un desarrollo tan grande por influencia del embarazo, que toda duda desaparece, demostrándose, por su crecimiento, la verdadera naturaleza carcinomatosa del proceso.

Las hemorragias procedentes de los vasos de la región invadida por la neoplasia son muy copiosas, por efecto de las modificaciones que experimenta el tumor durante la gestación, pudiendo, por su intensidad, poner en serio peligro inmediato la vida de la enferma.

En el acto del parto puédense realizar dos fenómenos completamente distintos, que influyen notablemente sobre el curso del mismo: en unos casos la infiltración de epitelio en toda la región cervical impide la dilatación y el parto queda detenido horas y aun días, ocurriendo la muerte del feto, en otros casos, el esfuerzo del músculo uterino, al actuar sobre la región cervical, inextensible por la infiltración epitelial, produce su desgarró y entonces el parto se termina rápidamente, a costa, en muchas ocasiones, de intensas hemorragias que pueden producir la muerte inmediata de la madre.

Ante un caso de coexistencia de carcinoma cervical y embarazo se presentan dos problemas a resolver: uno, que es el que afecta a la vida de la madre, y otro que interesa a la vida del nuevo ser, que por el mero hecho de haberla comenzado, aun cuando sea intra-uterina, tiene todos los derechos a que se la respete; es indudable que la vida de la mujer debe interesarnos más que la vida del feto, siempre y cuando las lesiones que aquélla presente sean susceptibles de curación; pero cuando por el estado avanzado de las lesiones no podemos esperar salvar por ningún medio la vida de la madre, es de todo punto preciso que nos interese más por la vida del feto, que tiene más probabilidades de que pueda ser conservada.

Así, pues, ante un caso de coexistencia de carcinoma y embarazo, hay que examinar si el estado de las lesiones permite esperar fundadamente la curación de la enferma; en caso afirmativo, se debe proceder a ejecutar el tratamiento de la lesión cancerosa, prescindiendo de la vida del feto que se halla en el útero. Hasta hace muy poco tiempo el problema se circunscribía a determinar si la enferma era o no operable, entendiéndose por tal la que con la operación podía ser curada radicalmente o tenía muchas probabilidades de ello; en la actualidad, los resultados obtenidos por nosotros y por los doctores. Becerro de Bengoa y Luis P. Bottaro, por medio de la radioterapia, ha cambiado los términos del problema, y en vez de decir operabilidad sustituimos la palabra por la de curabilidad.

Si el carcinoma está limitado a una zona pequeña del cuello, y la gestación se halla en su primera mitad, podrá discutirse si debemos emplear la histerectomía abdominal extensa o la radioterapia; lo que no es admisible es esperar a que, adelantando la gestación con el objeto de llegar a alcanzar la época de la viabilidad del feto, se conviertan las lesiones limitadas en inoperables, y que hayamos sacrificado a la madre a la eventualidad de salvar la vida del feto.

La extirpación del útero en los primeros tiempos de la gestación debe practicarse como si se tratara de un útero miomatoso, prescindiendo en absoluto del estado de gestación; los tiempos de la intervención no deben diferenciarse de la histerectomía por fibromas más que en la mayor extensión que damos a la exéresis, para prevenir en lo posible las reproducciones y metástasis.

Nosotros hemos obtenido con la radiumterapia la curación completa del proceso neoplásico, sin que la vida del feto quedara alterada por las varias aplicaciones de radio que hicimos durante el embarazo; este resultado, que concuerda con el obtenido en Montevideo por los doctores Becerro de Bengoa y Luis P. Bottaro, se halla en oposición a las ideas sustentadas por Bumm y Döderlein, al afirmar que durante el embarazo no podía utilizarse el tratamiento radioactivo. Durante la gestación no puede utilizarse la röntgenoterapia, porque la vida del feto sería indefectiblemente destruída; pero el radio por vagina colocado en la porción cervical afecta de cáncer, la creemos perfectamente indicada y con resultados que los propios casos nos permiten considerar como del todo favorables.

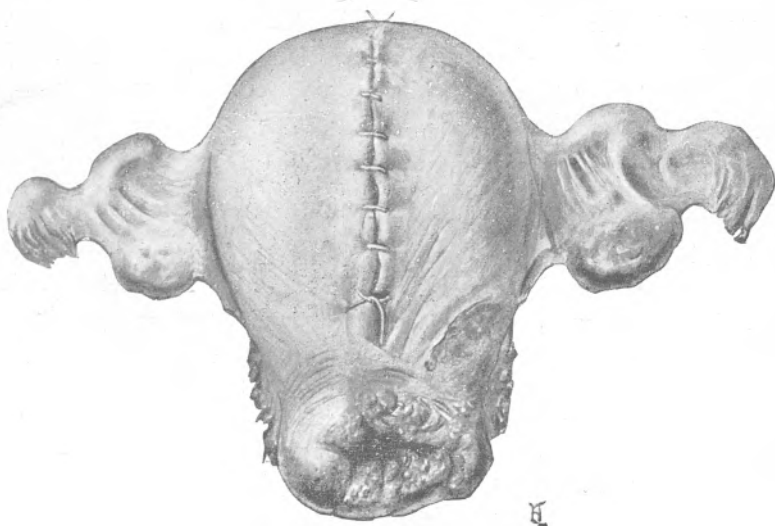


Fig. 296.—Útero canceroso extirpado después de una cesárea.

En el número de Febrero de 1919 de la *Revista Española de Obstetricia y Ginecología* se halla publicado un caso en que, a pesar de haber administrado varias sesiones de rayos X en una mujer en la que coexistían fibroma y embarazo, éste siguió su curso normal hasta el fin. A pesar de ello, nuestros experimentos en conejas nos ratifican en la opinión sustentada.

Recordando la acción biológica del radio y las modificaciones que se producen en los tejidos, no extraña el que como complemento al tratamiento del cáncer cervical por radio haya en el momento del parto necesidad de practicar la operación cesárea. La curación del proceso canceroso implica la formación de tejido de cicatriz en el punto que ocupaba la neoplasia, y, por consiguiente, la imposibilidad que tiene este tejido fibroso de dilatarse en el momento del parto

para dar lugar al paso del feto; en nuestro primer caso de esta naturaleza esperamos cerca de dos días para ver si llegaba a producir la dilatación del cuello, y en vista del resultado negativo decidimos practicar la cesárea, que, por otra parte, ya teníamos dispuesta, en la suposición de que las cosas ocurrieran como ocurrieron.

Si bien para los casos de carcinoma limitado creemos que la radiumterapia puede resolver el problema clínico, no desechamos en absoluto la operación y respetamos las opiniones que en defensa de la misma sustentan la mayoría de los ginecólogos; nosotros preferimos la radiumterapia, porque con ella no existe antagonismo entre la vida de la madre y la del feto; pero en la imposibilidad de tratar a las enfermas por el radio, aconsejamos en los casos perfectamente limitados la curación por histerectomía sea cual fuere la época del embarazo en que se halle la mujer.

Cuando se trata de casos avanzados, no cabe ya la elección; la radiumterapia es el único tratamiento a emplear, y sea cual fuere el estado de las lesiones, cuando aparecen las contracciones de parto débese practicar la cesárea, ya que ella da muchas más garantías de vida para el feto, y lo que más interesa en estas condiciones es salvar la única vida que no tiene inmediata seguridad de muerte.

En los casos de carcinoma muy avanzado de cuello, que no se haya tenido ocasión de reconocer antes del momento del parto, débese practicar la cesárea para evitar los desgarros que las contracciones fuertes del cuerpo del útero pueden producir y las hemorragias copiosas que son su consecuencia, al tiempo que con ella garantizamos la vida del feto, que se halla muy amenazada si se realiza el parto por las vías naturales.

En caso de carcinoma cervical operable, que se reconoce en el momento del parto y en el que la bolsa de las aguas está rota y con sospechas de infección, podemos practicar la histerectomía abdominal total utilizando una técnica que hemos puesto en práctica varias veces, y que publicamos en el *Zentralblatt für Gynecologie*, en 1914, que consiste en practicar la laparotomía media infra-umbilical, y rápidamente seccionar los ligamentos infundíbulo-pelvianos, los redondos y los útero-sacros, bascular y el útero hacia adelante después de liberar la vejiga y aplicar dos pinzas de Wertheim, para evitar que se manche con las superficies ulceradas del carcinoma el peritoneo; seccionar la vagina, y en la sala contigua abrir la cavidad del útero, para extraer el feto; si se hace de modo rápido la histerectomía en la forma dicha, el feto sale vivo y no se corre el peligro de que se produzca una peritonitis por infectarse la zona operatoria con los productos que, procedentes de la cavidad del útero, no pueden ser considerados asépticos, por la duración del parto y estado patológico de la porción cervical del útero.

Los tiempos consecutivos a la operación son los corrientes: en los tres

casos que hemos realizado la operación siguiendo esta técnica, hemos podido extraer los fetos vivos, si bien en dos casos hubo necesidad de practicar la respiración artificial, por venir en estado de muerte aparente; en cambio las madres siguieron un curso post-operatorio normal.

La pieza representada fotográficamente en la figura 296 pertenece a un caso de esta naturaleza, y si bien no es precisamente para el carcinoma coexistiendo con embarazo, para los que aconsejamos primeramente este procedimiento, sino para todos los casos de infección en los que deba terminarse el parto por cesárea, hemos extendido la indicación para los de cáncer cervical

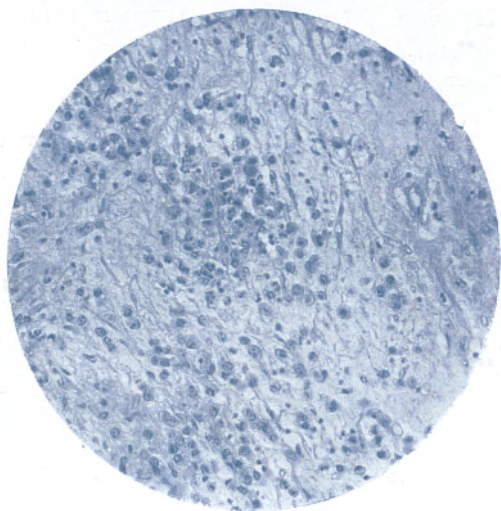


Fig. 297.—Sarcoma encefaloide; las células neoplásicas están infiltradas en el tejido uterino.

operable diagnosticado en el momento del parto, en los que debemos suponer existe infección si lleva algún tiempo de abierta la bolsa de las aguas.

Sarcoma del útero.

Es poco frecuente la localización uterina del sarcoma; constituye el 2 por 100 de la totalidad de las neoplasias que asientan en este órgano, y algo más del 4 por 100 de las malignas que se desarrollan en él.

Al igual que el carcinoma puede dividirse, según su localización, en cervical y corporal; según su modo de aparición, en primitivos y secundarios, y según su anatomía patológica, en sarcomas puros y mixo-sarcomas.

Anatomía patológica.—El sarcoma primitivo del cuello del útero reviste

muy frecuentemente la forma poliposa; su superficie es lisa, ulcerándose

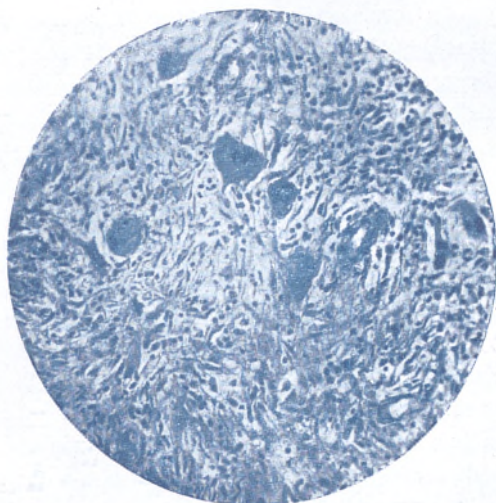


Fig. 298.—Sarcoma del cuerpo del útero con numerosas células gigantes.

tardíamente; a veces forma una masa única y otras son varias las tumoraciones

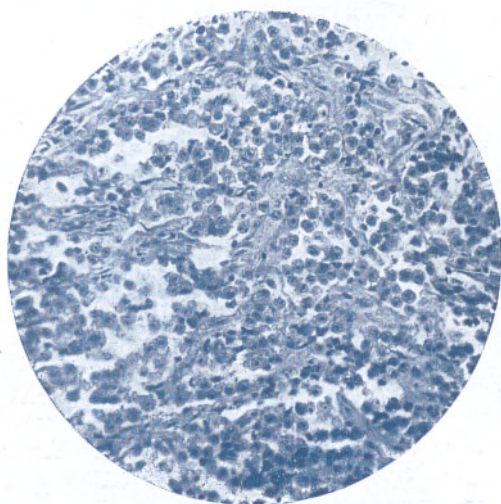


Fig. 299.—Sarcoma globo-celular del cuello uterino.

que agrupándose forman la neoplasia; en muchas ocasiones, ésta sale por el

hocio de tenca hacia la vagina; el mixo-sarcoma ofrece muy a menudo la forma racemosa; se halla formado por una serie de tumoraciones de tamaño diferente, agrupadas en forma de racimo, llegando, en algunas ocasiones, a constituir grandes masas que llenan la cavidad de la vagina.

En otros casos representa la tumoración sarcomatosa una masa de infiltración, que, comenzando en la mucosa, se va extendiendo de modo irregular; como quiera que el crecimiento de la totalidad de la neoplasia es distinto en unos puntos de otros, se presenta la tumoración formando abolladuras lisas al principio, pero que, destruyéndose más tarde el epitelio que las cubre, vienen a formar ulceraciones de bordes desiguales. Las formas polipoides tardan mucho más tiempo en experimentar el desprendimiento epitelial, y, por consiguiente, en ulcerarse.

La mayoría de las veces la tumoración se halla adherida al útero por una porción más o menos ancha que, comparada con la totalidad de la neoplasia, representa aún un pedículo.

La masa de la tumoración se halla envuelta por una cápsula de tejido conjuntivo, que puede ser aislada por disección obtusa, sin que la enucleación, dé garantía alguna de extirpación de todos los elementos neoplásicos dotados del gran poder generativo que poseen las células sarcomatosas.

El sarcoma del cuerpo es menos frecuente que el de cuello, y, proporcionalmente, menos que el cáncer de cuerpo en relación con el de cuello; su punto de origen, cuando es primitivo, se halla en los elementos conjuntivos de la mucosa del útero y la disposición pediculada es menos frecuente que en el cuello, dándose muy a menudo la forma mixo-sarcomatosa de la neoplasia.

Por lo que se refiere a la histo-patología, hállase la forma fibro-celular y la globo-celular, no siendo raro hallar células gigantes características, principalmente en esta última forma; las infiltraciones edematosas y las degeneraciones mixomatosas son frecuentes, y, por lo general, la evolución guarda relación con la forma histo-patológica de la neoplasia.

Las formas secundarias aparecen, por lo general, en edad avanzada y sobre neoplasias miomatosas, que adquieren gran impulso de crecimiento después de un tiempo más o menos largo de existir la menopausia.

Las formas primitivas aparecen, por lo general, en la juventud, y son muchos los casos citados en la literatura médica de sarcomas de cuello de útero en la primera infancia; nosotros operamos un caso de sarcoma del tamaño de una manzana grande, desarrollado en el segmento inferior del útero en una niña de tres años. En la adolescencia hemos visto varios casos, notando en ellos una tendencia muy grande a la reproducción, tanto si se tratan por la operación como por los medios radio-activos.

Así como la edad no excluye la idea del carcinoma en la juventud, tampoco puede la edad adulta servir de fundamento de exclusión para el sarcoma

primitivo; sólo merece ser tenida en cuenta la mayor frecuencia del sarcoma primitivo en la niñez y juventud, contrastando con la mayor frecuencia del sarcoma secundario después de haberse establecido la menopausia.

Sintomatología.—En sus comienzos, el sarcoma no produce apenas síntoma alguno; sólo la hemorragia que aparece fuera de los períodos menstruales llama la atención; la leucorrea es síntoma que sobreviene más tardíamente, sin que la fetidez aparezca hasta épocas muy avanzadas del proceso.

Al examen físico encuéntrase caracteres que permiten suponer la naturaleza del mal; la existencia de pólipos cervicales múltiples y en especial la disposición racemosa debe hacer pensar en el sarcoma. El tamaño es también otro dato importante para el diagnóstico; en términos generales débese sospechar de toda tumoración cervical de base de implantación algo estrecha que adquiera gran volumen, ya que ni los cánceres, entre los malignos, ni los miomas que se pediculizan adquieren, por lo general, el enorme desarrollo que toman los sarcomas cervicales y, en especial, el mixo-sarcoma.

En épocas avanzadas, las neoplasias sarcomatosas llegan a adquirir volúmenes considerables, pudiendo ocupar toda la pelvis y las fosas ilíacas e hipogastrio.

Por lo general, los sarcomas tienen una blandura que contrasta con la dureza de los miomas y fibromas. Al corte se observa una superficie blanquecina, desigual, blanda, que se halla limitada por una capa de tejido más denso, que forma su cápsula.

La forma mixta descrita por Winckel, es un tipo complejo de mixo-adenosarcoma, y probablemente su punto de origen se halla entre las glándulas de la mucosa; asimismo deben ser considerados como sarcomas secundarios los que, como el descrito por Amann, tienen caracteres dobles de tumor epitelial y conjuntivo. En las formas mixtas y en los tumores secundarios, la sintomatología puede variar extraordinariamente, según la parte que en la neoplasia tomen los elementos conjuntivos o los epiteliales.

La hemorragia, que en un principio está constituida más por alteraciones flogísticas del endometrio que por la misma neoplasia, adquiere, cuando la tumoración se ha desarrollado mucho, caracteres de extraordinaria gravedad; en algunos casos, la existencia de voluminosos vasos en la masa del tumor le dan los caracteres de angio-sarcoma, y la destrucción de un vaso importante da lugar a considerables metrorragias.

A menudo existen abundantes flujos serosos teñidos en rosa por pequeñas pérdidas hemáticas; la existencia de una leucorrea serosa abundante precede durante mucho tiempo a los demás síntomas del sarcoma del cuerpo.

Alguna vez, por acción mecánica, la neoplasia no permite la salida de los abundantes flujos uterinos, y se forma un piometra que se vacía de vez en

cuando, dando lugar a pérdidas serosas que mojan por completo los vestidos de la enferma o las ropas de la cama.

El dolor es síntoma aun más tardío que en el cáncer; es producido unas veces por compresión visceral debida al crecimiento, otras por la retención de flujos uterinos y más frecuentemente, en los períodos avanzados, por procesos de compresión de filetes nerviosos y neuritis cuyo punto de origen se halla en las infecciones localizadas en la tumoración.

El estreñimiento es muy frecuente en esta afección; los fenómenos de éxtasis fecal dependen de dos circunstancias: por un lado de la compresión del recto y por otro de la alimentación deficiente y de los dolores que ocasiona el acto de la defecación.

Diagnóstico.—La existencia de leucorreas abundantes serosas, o ligeramente sanguinolentas, es un síntoma que debe tenerse muy en cuenta, pero sólo el examen microscópico podrá, en la inmensa mayoría de los casos, establecer con toda seguridad el diagnóstico.

En el sarcoma de la mucosa del cuello, la disposición pediculada y su blandura permiten sospechar su naturaleza; pero la diferenciación con el mioma pediculado afecto de destrucción necrobiótica puede resultar muy difícil, ya que los síntomas hemorragia y leucorrea pueden ser idénticos en ambos procesos.

En los sarcomas de cuerpo cuyo desarrollo se ha iniciado en la mucosa, la confusión con el cáncer corporal, con la endometritis fungosa y con la retención de restos ovulares, puede ser grande; la lisura de la superficie interna, apreciada por la histerometría, inclina el diagnóstico del lado de la endometritis; las abolladuras permiten la confusión con el cáncer, pero por lo general, en esta última neoplasia no hay gran aumento de volumen, en tanto que en el sarcoma el crecimiento rápido del tumor es lo más frecuente.

Los sarcomas que comienzan por el parénquima uterino son, por lo común, transformaciones de tumores miomatosos; debe erigirse en precepto la idea de que cuando un tumor miomatoso, al llegar a la época de la menopausia, en lugar de disminuir crece, es casi segura su transformación en tumoración maligna, y muy frecuentemente en sarcoma.

La aparición de hemorragias después de un año o más de menopausia, en una mujer que tenía antes un mioma, es señal casi segura de degeneración maligna de la neoplasia; lo mismo debemos decir de las mujeres que, padeciendo al parecer de un mioma, se hacen rápidamente caquéticas; la desproporción entre los síntomas locales de la neoplasia y los generales, debe hacer pensar en la naturaleza sarcomatosa del proceso.

Con todo, la seguridad absoluta no puede proporcionarla más que el examen histológico de la tumoración, cosa fácil de realizar por medio de la escisión de prueba en los sarcomas de la mucosa; en los nacidos en el parénquima

uterino, se impone la operación radical, a la menor sospecha de proceso degenerativo de esta naturaleza.

Curso.—Es muy variable la evolución que tienen los sarcomas; los tumores situados en la región cervical, que toman tan frecuentemente la forma poliposa, pasan, en algunos casos, muchos meses sin experimentar gran modificación, y aun, en algunas ocasiones, la insignificancia de los síntomas hace dudar del diagnóstico. En los sarcomas que sobrevienen por transformación de un mioma, es muy difícil poder establecer la fecha en que se ha iniciado la degeneración maligna; las hemorragias debidas al tumor muscular no pueden ser diferenciadas de las que obedecen a la degeneración sarcomatosa.

En las formas poliposas que han sido operadas, la reproducción se realiza, unas veces, casi inmediatamente, y, en otros casos, después de un lapso de tiempo considerable.

Después de histerectomías subtotales, en casos que se diagnosticaron de miomas, puede sobrevenir la aparente reproducción de la neoplasia muscular, siendo, a no dudar, recidiva de un sarcoma, que ya en pequeña parte, ya en gran extensión, habían iniciado su proceso degenerativo.

Las recidivas post-operatorias alcanzan una elevada proporción, y aun la cifra resultaría mayor si se hiciera el examen histológico de todos los miomas polipoides que se extirpan por vagina.

Las metástasis son frecuentes en los sarcomas; el hígado, pulmones, intestino, cerebro, etc., son muy a menudo afectos del proceso neoplásico metastásico procedente del sarcoma uterino. Las metástasis pueden aparecer en todos los órganos de la economía; pero el hígado, pulmones e intestino son frecuentemente afectados.

La caquexia se presenta en algunas ocasiones de modo muy precoz, tanto que la circunstancia de ver aparecer este estado en una mujer a la que se cree afecta de mioma, debe ser suficiente para pensar en la naturaleza sarcomatosa, y no muscular, de la tumoración.

La intensidad de las hemorragias, la producción de ulceraciones extensas y la reabsorción de productos de destrucción celular, influye poderosamente en la época de aparición de la caquexia; por lo general, los sarcomas infiltrados conducen con mayor rapidez a la caquexia que los de la mucosa y los cervicales.

Tratamiento.—Los tumores poliposos de asiento cervical deben ser tratados por la escisión extensa y cauterización de la base de implantación del pedículo, vigilando constantemente la región para acudir, en caso de sospecha de recidiva, bien a una nueva intervención conservadora, bien a la histerectomía total; consideramos mala práctica, en caso de recidiva local, seguir con

operaciones económicas; es preferible hacer extirpación extensa o someter a la enferma a tratamiento radio-activo.

Los sarcomas infiltrados, sean cervicales o corporales, deben ser tratados por la histerectomía total, que podrá hacerse por vía vaginal o abdominal, con la técnica corriente para esta clase de intervenciones ginecológicas.

Dada la manera que tiene de propagarse el sarcoma, no hay necesidad absoluta de practicar la extirpación de los parametrios y la de los ganglios linfáticos pelvianos; pero en todo caso conviene no contentarse con la extirpación del tumor, sino que debe llegarse a la de la cápsula que le envuelve, pues es muy común que con apariencias de tejido sano contenga la cápsula elementos celulares dotados del gran poder genético que caracteriza a las producciones tumorales de esta naturaleza.

Al igual que en el cáncer es conveniente después de la intervención operatoria someter a la enferma a un tratamiento preventivo por medio de las radiaciones activas. Algunos casos de reproducción acaecidos en enfermas operadas que fueron irradiadas inmediatamente después del acto quirúrgico ha hecho dudar a algunos ginecólogos de la eficacia de los rayos X como preventivos de recidivas; creemos que en general debe suponerse la ineficacia resultante de deficiencia en la dosis. La frecuencia con que se presentan las reproducciones obliga a ser parcos en el pronóstico, ya que no por pasar uno o dos años sin que se manifieste la recidiva podemos asegurar que no pueda presentarse.

En los miomas degenerados no creemos que quepa otro medio de tratamiento que el operatorio, ya que el tiempo que necesitaría un mioma algo voluminoso para desaparecer por medio de la radioterapia es muy superior al que por lo común tarda en producir propagaciones y metástasis. Desde el momento que en un mioma se sospecha la degeneración sarcomatosa se impone la intervención extensa.

Los casos de sarcoma primario pueden tratarse por medio del radio, pero nuestra experiencia personal en esta clase de neoplasias nos induce, en oposición a ideas emitidas por otros ginecólogos, a preferir el tratamiento operatorio. En el sarcoma sólo usamos el radio como preventivo de recidivas y como curativo de las reproducciones.

Sincitioma o corio-epitelioma.

Desde que Säger, en 1889, hizo la primera descripción de esta neoplasia atribuyéndole un origen decidual con carácter sarcomatoso, son numerosas las descripciones que se han hecho de casos de esta índole, y los estudios de Marchand y Neumann demostraron la verdadera naturaleza de esta tumoración maligna, que consiste en la presencia de numerosas masas plasmodiales análogas

a las que revisten en parte a las vellosidades coriales y que se conocen con el nombre de sincitium.

El nombre de deciduoma con que le señaló Säger cuando creía que su origen se hallaba en las células de la caduca, ha sido sustituido por el de corioma maligno o corio-epitelioma, porque la existencia de numerosas células de la capa de Langhans y su marcha clínica le asemejan en un todo a los tumores de naturaleza epitelial.

Etiología.—El origen fetal de esta neoplasia es evidente; es necesario, para que pueda hacer su aparición, la preexistencia de una formación ovular; los trofoblastos, que constituyen en los primeros tiempos de la gestación los elementos indispensables para la nidación del óvulo, pierden al llegar a la mitad de la gestación su poder destructivo, que conduce a la formación de las lagunas sanguíneas, en las que se realizan las funciones de respiración y cambios nutritivos del nuevo ser. La persistencia de este poder destructivo que en los primeros tiempos del desarrollo es una función normal, es lo que caracteriza la formación neoplásica corial maligna.

La acción destructiva de los elementos coriales se halla en algunas alteraciones ovulares muy acentuada, y en consecuencia, la mayor frecuencia de aparición del corioma corresponde a casos en los que precedió este estado; las molas vesiculosas son causas predisponentes o determinantes del corioma; una mitad de los casos descritos han sido precedidos de esta clase de alteración ovular.

Como quiera que al llegar próximamente a la mitad del embarazo cesa la acción invasora de los trofoblastos, las formaciones neoplásicas procedentes de los mismos son más frecuentes después de un aborto que después de un parto a término.

Anatomía patológica.—Comienza esta neoplasia, por lo general, formando un núcleo rojizo parecido a un hematoma, inserto en una de las paredes del útero; excepcionalmente, puede de modo primario desarrollarse en las paredes de la vagina, y existen algunas observaciones de nódulos desarrollados de modo primitivo en la trompa; estos últimos deben ser considerados como resultantes de gestaciones ectópicas.

El nódulo primitivo puede presentar una forma arracimada análoga a la de las vesículas de la mola hidatiforme; el crecimiento es rápido y muy invasor; las paredes del útero son invadidas no sólo en superficie sino en profundidad, de tal modo, que siendo en sus comienzos un tumor limitado y endocavitario se hace prontamente difuso y penetra en todo el espesor del miometrio, llegando al perimetrio, perforando la totalidad de la pared uterina y llegando en algunas ocasiones a implantarse en los órganos vecinos, constituyendo una masa tumoral difusa que comprende varios órganos.

La característica de esta neoplasia de origen fetal es la facilidad con que

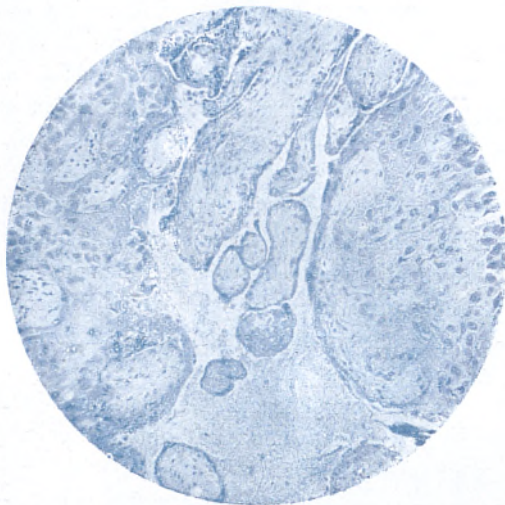


Fig. 300.—Vellósidades coriales de un placentoma benigno.

se producen las metástasis, y ello se realiza en muchos casos de modo tan

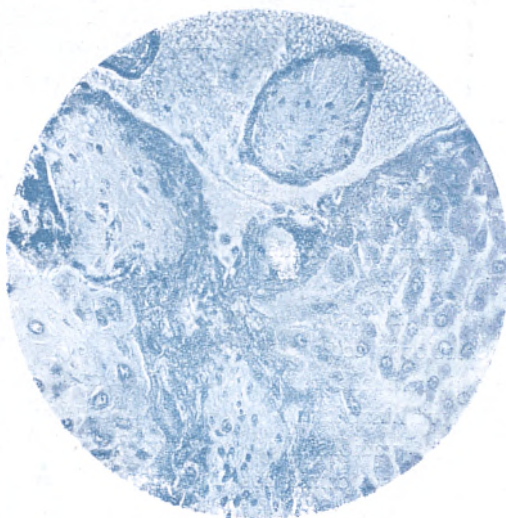


Fig. 301.—Corio-epitelioma.

precoz, que no es raro existan en el pulmón y en el hígado nódulos de la

misma naturaleza que en el útero antes que en este órgano se hayan manifes-

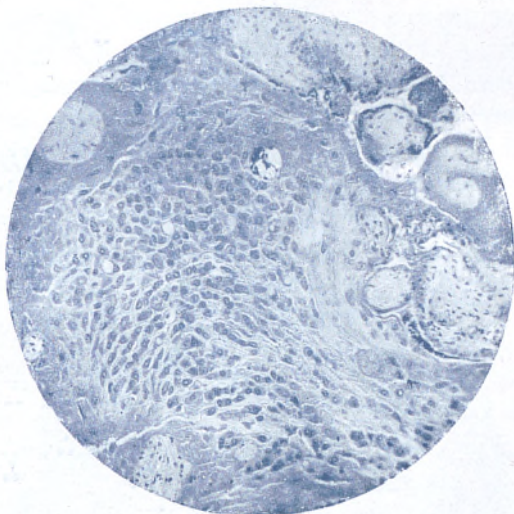


Fig. 302.—Células de Langhans y masas sincitiales en un corioma maligno.

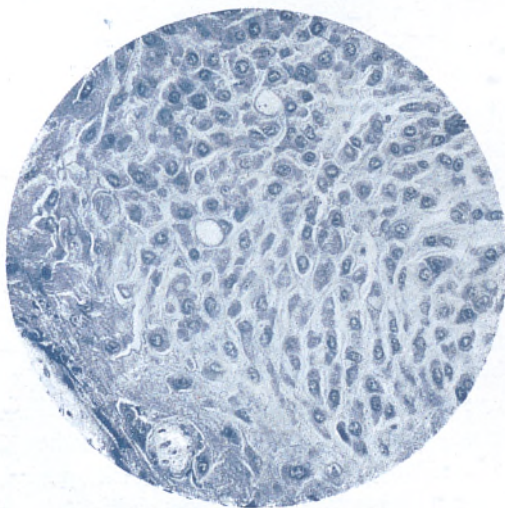


Fig. 303.—Células de Langhans en un corioma maligno.

tado síntomas de verdadera importancia; Schmorl cita un caso en que las metástasis aparecieron antes que se hubiese desarrollado el nódulo uterino.

Los elementos constitutivos de estas neoplasias tienen un poder muy grande de penetración en los vasos, que conduce con gran facilidad a la migración de los elementos sincitiales, y que es causa de las precoces metástasis.

Histológicamente consideradas estas neoplasias, se hallan formadas por masas protoplasmáticas que contienen gran número de núcleos y espacios vacuolados, todo ello sin membranas limitantes y por células claras grandes, de forma epiteloide, con bordes irregulares y núcleo vesicular; estas masas y acúmulos celulares limitan espacios rellenos de sangre negruzca, resultante de

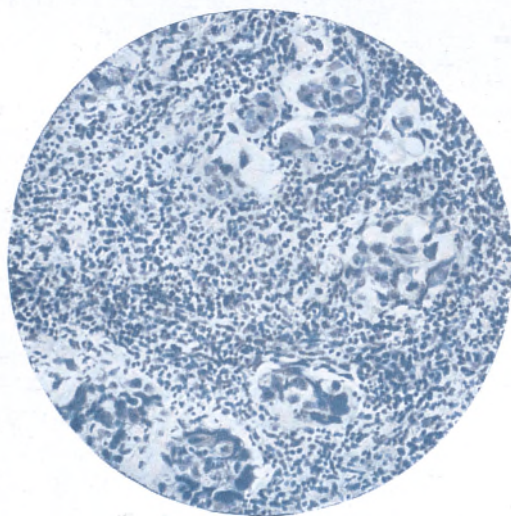


Fig. 304.—Fragmentos de un corio-epitelioma infiltrados en tejido conjuntivo interglandular.

las rupturas vasculares que han producido los elementos vivos de la tumoración.

El poder genético exuberante de las células del corioma maligno explican su malignidad; la conservación del poder de penetración destructivo de las células del trofoblasto explica la facilidad con que se producen las hemorragias.

El verdadero corio-epitelioma se desarrolla siempre a expensas del tejido ovular; pero hállanse algunos tumores a él parecidos que han sido descritos por Schlagenaufer en el testículo y en teratomas por Pick, que deben ser considerados como resultante de la persistencia de una actividad genética exuberante en gérmenes embrionarios que, por causa desconocida, permanecieron en inactividad durante años y desarrollaron aquella actividad de modo tardío.

Cuál sea la causa del mantenimiento del poder destructivo de los trofoblastos se ignora en la actualidad; las hipótesis que atribuyen a plasmomicetos

o a otros parásitos la patogenia de estas tumoraciones malignas, no pueden ser en la actualidad sostenidas; la insuficiencia de acción de anticuerpos en el organismo femenino que contrarresten la acción de los trofoblastos, parece más en armonía con los conocimientos modernos referentes a las defensas orgánicas; pero no ha podido tampoco ser demostrada de modo pleno esta teoría para que pueda ser admitida sin nuevas investigaciones.

El gran poder de crecimiento que tiene por lo general esta neoplasia, hace que muy prontamente adquiera un volumen considerable, hecho que contrasta con lo que ocurre en el carcinoma, que sólo de modo excepcional, en los primitivos, llega a adquirir volumen que permita reconocerlos por palpación abdominal.

Aparte de la forma polipoide que adquiere alguna vez la tumoración, se observa, por lo general, la difusión del proceso neoplásico extendiéndose por las estructuras del útero, perforándolo en muchas ocasiones y formando tumoraciones excrecentes de forma irregular, que se extienden y propagan a los órganos vecinos. La destrucción ulcerosa de la neoplasia conduce a las leucorreas fétidas, que son síntoma, en algunas ocasiones, muy precoz de esta clase de neoplasias.

Sintomatología.—Las pérdidas sanguíneas son el primer síntoma que por lo general abre el cuadro sintomático de esta enfermedad; en algunas ocasiones son abundantes desde los comienzos, pero más frecuentemente es una serosidad teñida en rojo la que sale de modo constante, manchando las ropas de la enferma; la coloración sonrosada del principio va tomando cada vez un tinte más fuerte, hasta convertirse en sangre pura, unas veces líquida y otras formando grandes coágulos.

El flujo es constante; ninguna neoplasia llega a causar pérdidas de sangre tan considerables y de modo tan pertinaz como el corio-epitelioma maligno; la rebeldía que ofrece a la acción de todos los medios hemostáticos es un carácter propio de esta neoplasia.

Excepcionalmente se desarrolla la tumoración sin producir síntomas uterinos de importancia, y es, la existencia de una metástasis a distancia la que abre la escena sintomática; en la literatura médica se citan varios casos en los que la primera manifestación de la enfermedad fué la aparición de una hemiplejía, congestión pulmonar, etc., debida a metástasis de un corioma que no había dado síntoma uterino alguno; estos casos deben ser considerados como del todo excepcionales, ya que la leucorrea serosa teñida en sangre, y la hemorragia, como consecuencia natural del proceso evolutivo de la neoplasia, hacen su aparición en los primeros momentos del desarrollo del mal.

El dolor es síntoma que aparece tardíamente; el hecho de aparecer la metástasis de modo tan precoz, hace que sobrevenga el desenlace fatal antes

que los síntomas de propagación local periuterina hayan logrado determinar compresiones que, cual en el cáncer, son causa de dolores lancinantes; en algunos casos, las propagaciones de vecindad ocasionan síntomas dolorosos en un todo parecidos a los que producen las neoplasias epiteliales.

La perforación de las paredes del útero por el corioma puede dar lugar a hemorragias internas peritoneales, acompañadas de los síntomas propios de esta complicación.

Diagnóstico.—La aparición de flujos leucorréicos teñidos de sangre o de verdaderas hemorragias copiosas, sucediendo a la gestación de una mola vesiculosa o a un aborto, deben hacer pensar en el corioma maligno; si a la existencia de este síntoma se agrega una rebeldía grande a la curación por los medios hemostáticos usuales, las probabilidades de que sean producciones de origen fetal las causantes de las pérdidas sanguíneas aumenta de modo considerable.

La exploración con el dedo introducido en la cavidad del útero a través de un cuello dilatado, permite reconocer la existencia de grandes desigualdades que, por su rápido crecimiento, corresponden al modo de evolución del placentoma maligno.

La escisión de prueba permite establecer el diagnóstico con el carcinoma y con el sarcoma, pero ofrece algunas dificultades el diferenciarlo del pólipo placentario o placentoma benigno y de los restos retenidos de placenta; en ambos casos se hallan las masas plasmodiales y las células de Langhans, pero en el corioma maligno y en el pólipo placentario hállanse fases mitóticas abundantes de las células de Langhans, cosa que no sucede en la retención placentaria, en la que, por el contrario, se encuentran signos de degeneración del estroma de la vellosidad y una coloración poco limpia del protoplasma y del núcleo, al tiempo que en muchas partes se halla desaparecida la capa de Langhans y el sincitium.

La diferenciación precisa entre el placentoma benigno y el corio-epitelioma, más que por el examen microscópico debe hacerse por la evolución del proceso; en el corioma maligno la marcha es rapidísima y fatal, en tanto que el placentoma benigno puede curar espontáneamente.

Pronóstico.—Si localmente el proceso corial reviste una malignidad igual que la de los demás tumores epiteliales y conjuntivos que en el útero se desarrollan, la rapidez con que evoluciona y la aparición de metástasis de modo tan precoz le da un carácter de mayor gravedad que el de las otras neoplasias malignas uterinas.

Aun cuando Hörmann y Fleischmann exponen casos de curación espontánea de esta neoplasia, la circunstancia más arriba expuesta de la fácil confusión del

corioma maligno y el placentoma benigno permiten dudar de la verdadera naturaleza de los casos publicados. El desenlace es por lo general muy rápido y fatal; las metástasis cerebrales, pulmonares, hepáticas, etc., dan a la sintomatología final de la enfermedad caracteres muy distintos en unos casos de otros.

Tratamiento.—Ha sido aconsejada la práctica de la legración uterina en todos aquellos casos de gestación molar en la que las pérdidas de sangre no se detuvieran inmediatamente después de la expulsión de las vesículas hidatiformes, por suponer que la permanencia de alguna de ellas en la cavidad del útero puede dar lugar a la aparición de esta neoplasia.

En igual sentido, y por igual temor, se ha recomendado proceder a la legración uterina en todos los casos de aborto en los que se tiene la casi seguridad de que han quedado trozos de placenta retenidos; no creemos que la legración evite en los casos de verdadero placentoma maligno la extensión de la enfermedad; aun antes al contrario, creemos que la legración con cucharilla cortante puede ser causa de que se injerten células neoplásicas dotadas de gran poder genético y aun de producción rápida de metástasis.

Desde el momento que el corioma maligno es diagnosticado, se impone la histerectomía, que, al igual que para el cáncer, puede ser practicada por vía vaginal o por el abdomen; lo mismo que para las neoplasias epiteliales creemos preferible la vía abdominal, ya que a la extirpación del útero puede acompañarse la de los tejidos vecinos y la de los ganglios que puedan estar afectos por la propagación neoplásica.

Sólo dos veces hemos tenido ocasión de emplear el tratamiento radioactivo en el sincitioma; pero los dos casos estaban en un período muy avanzado, y los resultados fueron en absoluto negativos. Las modificaciones locales que observamos en las células de la tumoración nos parecieron de tan poco valor, que, sin afirmar de modo absoluto la ineficacia de este tratamiento, hoy por hoy creemos preferible proceder a la histerectomía en cuanto se diagnostique el corio-epitelioma.

CAMBIOS DE POSICIÓN Y DIRECCIÓN DEL ÚTERO

Breves consideraciones sobre las causas productoras de los cambios en la estática uterina.

El útero se halla situado en la excavación pelviana, entre la vejiga y el recto, sostenido por abajo por la columna vaginal y experimentando por su parte superior presiones de las vísceras abdominales que descansan parcialmente sobre él. En condiciones de absoluta normalidad, ni la repleción de vejiga y recto, ni las presiones abdominales que se producen al hacer un esfuerzo cambian la posición y dirección del órgano; es preciso que se modifiquen las condiciones de sujeción del útero para que total o parcialmente cambie la posición, y descendiendo unas veces, incurvándose otras, o cambiando solamente la total dirección, se convierta en anormal la situación del órgano.

La importancia de los elementos de sostén es muy superior a la que tienen los medios de suspensión en el mantenimiento de la matriz en su posición normal, sin negar que pueden aquéllos, de modo secundario, ejercer una influencia efectiva sobre la misma, y más aún, sobre su dirección.

El principal elemento de sostén del útero es la vagina, que a su vez se halla sostenida por los elementos musculares y aponeuróticos pertenecientes al músculo elevador del ano, que la rodean en una porción algo extensa, así como al recto.

El diafragma pelviano formado por los músculos elevador del ano e isquio-coxígeo, con sus aponeurosis correspondientes, presenta en su parte anterior una serie de fibras que desde el pubis se dirigen hacia atrás, yéndose a entrecruzar, con las del lado opuesto, inmediatamente por detrás de la vagina, reforzadas con las fibras de los músculos superficiales del periné y limitando una hendidura por la que pasa la vagina y la uretra, que ha sido señalada por Halban y Tandler con el nombre de *hiatus genitalis*. Cuando estas fibras se contraen, la pared posterior de la vagina se aproxima a la anterior y su cavidad se hace virtual, quedando toda la vagina convertida en una columna maciza que descansa por su pared posterior en la pirámide perineal; la destrucción de las estructuras constitutivas del espacio perineal o su relajación, quitan a la vagina su principal punto de apoyo y consecutivamente pierde el útero el más importante de sus medios de sostén.

Por otra parte, el eje de la vagina forma con el del útero un ángulo obtuso abierto hacia adelante, lo que da como resultado que el esfuerzo que podría hacer descender al útero si los ejes coincidieran, sirve por el contrario de refuerzo a la columna vaginal, que es empujada hacia atrás en la dirección de las estructuras que constituyen la pirámide perineal.

Cuando por cualquier circunstancia patológica las fibras del elevador que circunscriben el *hiatus genitalis* se hallan destruidas o en estado de completa relajación, fáltale a la columna vaginal el apoyo que encuentra en el espacio perineal, queda entreabierta y desciende entonces la matriz, encajando dentro de la cavidad de la vagina al modo que lo hacen las distintas partes de un anteojó; este descenso inicial va acompañado de una mayor abertura del ángulo que forman los ejes de la vagina y útero, y la coincidencia en la dirección de ambos facilita el deslizamiento de éste dentro de la cavidad vaginal.

Todas las causas que puedan debilitar la acción de sostén de la columna vaginal lo son de prolapso del útero, del mismo modo que las que por desviación de la matriz, permiten que se establezca un paralelismo entre los ejes de útero y de vagina; las retroversiones son de todo tiempo reconocidas como causas de prolapso de útero, hasta el punto de que constituye para muchos ginecólogos un factor indispensable para que la caída de la matriz se produzca, el que previamente se modifique en el sentido de la retroversión la dirección del órgano.

La parte posterior del diafragma pelviano se halla constituida por las fibras del isquio-coxígeo, que, incurvándose al nivel del recto, forman el elevador y esfínter superior del ano; estas fibras se entrecruzan con las del lado opuesto por delante del ano y forman en el espacio pre-rectal al reunirse con las anteriores o púbeo-rectales una línea de resistencia; la contracción de estas últimas tiende a llevar al periné hacia adelante, en tanto que las coxígeas lo atraen hacia atrás, resultando de esta acción antagónica, entre las anteriores y posteriores, un movimiento de elevación que presta una resistencia muy grande al plano perineal; cuando la falta de apoyo de la columna vaginal se extiende a todo el periné, desciende no sólo la vagina y consecutivamente el útero, sino también el recto, ya que su pared anterior se halla principalmente sostenida por los elementos musculares anteriores y posteriores que se entrecruzan y confunden por delante del mismo.

Este centro muscular profundo reforzado por las aponeurosis, constituye lo llamado por los alemanes centro tendinoso del periné, que tiene al propio tiempo otro refuerzo en el entrecruzamiento de los músculos superficiales, formando un todo resistente sobre el que se apoya todo el aparato genital femenino.

Los medios llamados de suspensión del útero no son en realidad grandes factores en el mantenimiento de la posición normal de los genitales; los

ligamentos anchos no sostienen al útero, pero su integridad le mantiene en la línea media en tanto que las alteraciones flogísticas pueden producir desviaciones hacia los lados; Kocks y Mackenrodt han descrito un sistema de fibras musculares y conjuntivas situadas en la base de los ligamentos anchos que han denominado ligamento cardinal o transverso, al que atribuyen un papel importante en el sostenimiento del útero y de la bóveda vaginal; sin negar la existencia de algunos elementos musculares en los parametrios, no tienen éstos un papel tan importante que se les pueda atribuir una acción efectiva en el sostenimiento de la matriz y de la bóveda pelvi-vaginal.

Los ligamentos redondos, si bien no sostienen al útero, mantienen su situación de anteversión normal, y en consecuencia los alargamientos y retracciones de los mismos si no influyen en la génesis de los prolapsos de modo directo, pueden, por las retrodesviaciones que ocasionan, ser causa de que se borre el ángulo que forman los ejes de vagina y de útero y por consiguiente de iniciación un descenso de éste.

Los ligamentos descritos por Hirtl con el nombre de púbeo-vésico-uterinos no tienen valor alguno como medio de sostén ni de fijación, pero no puede decirse lo mismo de los posteriores que desde el istmo se dirigen al sacro, cuyo papel es muy importante, como puede comprobarse en el curso de las histerectomías; cuando el útero se halla fijo por los ligamentos útero-sacos no hay posibilidad de atraer la vagina hacia arriba, en tanto que cuando se han cortado, la tracción de la matriz es tan fácil, que la sección de un collar vaginal extenso es perfectamente posible; las retracciones de estos ligamentos cambian notablemente la dirección del útero y su alargamiento y flacidez es factor muy importante en la producción de prolapsos uterinos.

PROLAPSO DE ÚTERO

El descenso o caída del útero se produce por lo general de modo lento y sólo de modo excepcional sobreviene en algunas ocasiones después de un esfuerzo violento, pudiéndose entonces asemejar su mecanismo con el que producen las llamadas hernias de esfuerzo.

Es del todo excepcional que el prolapso del útero no vaya acompañado de un descenso de las paredes de la vagina, siendo en unas ocasiones primitivo y en otras consecutivo a aquél.

Etiología.—Por lo general es el prolapso un fenómeno tardío consecutivo a la parturición; la distensión que por efecto del parto experimentan las estructuras musculares que integran el diafragma pelviano es un factor predisponente para la aparición del descenso de la matriz, pero no pueden dejar de mencionarse los casos de esta naturaleza que sobrevienen en vírgenes y aun en

niñas de muy pocos años; excepcionalmente se halla algún caso de prolapso de útero en niñas recién nacidas y de estos casos hemos podido observar dos en que coincidían la caída del útero con una espina bífida de la región lumbar.

Los desgarros de periné juegan el principal papel etiológico; la falta de apoyo que la columna vaginal experimenta por efecto de la rotura de las fibras del elevador del ano, es un factor etiológico de gran importancia hasta el punto de poder predecir, en muchos casos, la aparición de un prolapso uterino por el hecho de dejar sin tratamiento oportuno un desgarro algo extenso de periné.

La ruptura de las fibras musculares del elevador del ano se producen en muchas ocasiones con integridad de las estructuras cutáneas y puede aparecer un descenso de útero con un periné al parecer sano y sin embargo obedecer a la falta de apoyo de la columna vaginal por desgarro subcutáneo de las estructuras musculares.

El mismo efecto que la ruptura, puede producir la distensión exagerada de estas fibras que hayan llegado a la pérdida de la elasticidad; en el concepto patogénico, lo mismo importa la ruptura que la pérdida absoluta de su tonicidad.

En las vírgenes puede existir un prolapso por causa distrófica, y cremos que los casos en que coexiste con el prolapso de una recién nacida la espina bífida, débese aceptar una relación etiológica en lo defectuoso que en estas condiciones se verifican las funciones de innervación.

La falta de tonicidad de los músculos que integran el diafragma pelviano puede ser causa predisponente del descenso del útero, y a ella hay que atribuir principalmente la etiología de los que se observan en vírgenes y nulíparas, en que el esfuerzo parece ser el causante, cuando en realidad no es más que el determinante; un simple esfuerzo, aun cuando sea muy grande, no puede en condiciones normales ser causa de prolapso de útero, ya que la acción antagónica que ejercen sobre el plano perineal las fibras púbico-sacras y las isquio-coxígeas asegura el mantenimiento de los órganos genitales en su sitio, pero cuando la tonicidad se ha perdido puede constituir el esfuerzo un papel etiológico importante.

El enflaquecimiento rápido, y por ende la desaparición en poco tiempo del panículo adiposo que rodea a los genitales, puede ser causa de descenso de útero, pero su papel es de una importancia secundaria comparándola con lo que representa la debilitación de los medios de sostén.

Las presiones anormales continuadas desde la cavidad del vientre por la existencia de tumores, ascitis, etc., pueden ser causa inicial de un descenso, que los esfuerzos irán más tarde aumentando. Las presiones resultantes de una fuerte constricción del corsé no produce por sí sola el descenso del útero, pero cuando por efecto de una retroversión preexistente hay coincidencia de los ejes

vaginal y uterino, la presión exagerada de aquél puede contribuir grandemente a que se verifique la penetración del cilindro uterino dentro del vaginal.

Las tracciones producidas por tumores implantados en el útero, así como las que, iniciándose en las inserciones de la vagina en el cuello del mismo, se ejercen de modo constante en todos los esfuerzos de micción y defecación, son factores etiológicos que conviene tener presente. El cistocele y el rectocele pueden ser los primeros fenómenos que se presenten, pero en la inmensa

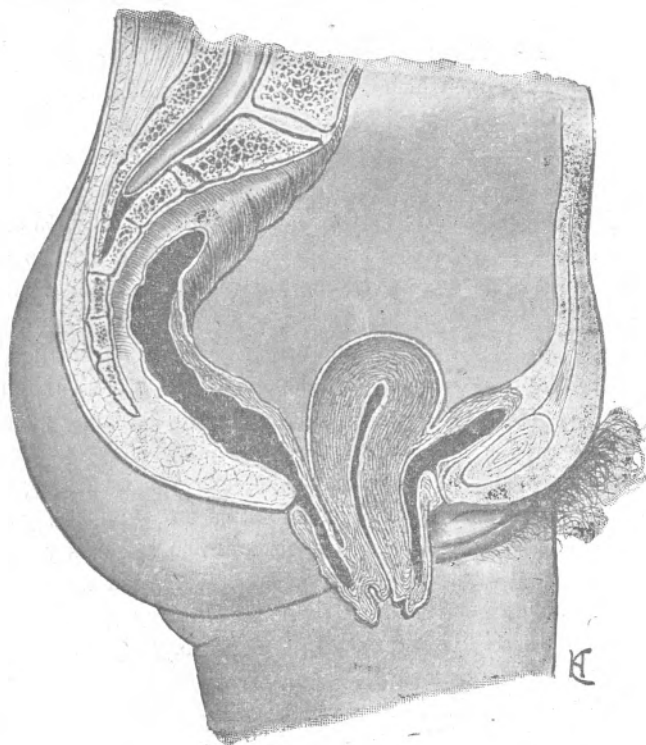


Fig. 305. - Prolapso uterino con cistocele y rectocele muy pronunciados.

mayoría de los casos son consecuencia de rupturas o debilitaciones de la tonicidad de las fibras del diafragma pelviano que obran conjuntamente sobre la matriz y sobre la vagina.

La elongación hipertrófica del cuello puede por sí, ser causa de prolapso, pero la influencia que el peso del órgano pueda ejercer para la aparición de la enfermedad es tan insignificante, que sólo actuando reunido con las causas enumeradas anteriormente, se puede admitir una acción verdaderamente determinante.

Anatomía patológica.—Según el grado de descenso del órgano, se dividen los prolapsos en: de primero, segundo y tercer grado; en los de primero, el cuello del útero llega en su descenso a alcanzar el orificio vulvar; en el de segundo, es el cuerpo del órgano el que se halla situado al nivel del orificio de la vulva, y en el de tercer grado es la totalidad del órgano la que sale de la vulva. Denominanse los tres grados con los nombres latinos de *cervicis vulvaris*, *corporis vulvaris* y *evisceratio*.

El descenso del útero va acompañado siempre de un estado congestivo que hace que su volumen se halle muy aumentado; la congestión del órgano resultante de las dificultades de circulación de la sangre de retorno produce una coloración roja obscura, y da a la totalidad de la matriz una blandura muy acentuada.

La mucosa presenta las alteraciones congestivas de la totalidad del órgano, no siendo raro hallar hiperformaciones glandulares análogas a las de la persistencia del estado premenstrual.

En los casos de *evisceratio* se producen con gran frecuencia en la región cervical ulceraciones irregulares por hipostasis, que en algunas ocasiones han sido confundidas con neoplasias malignas ulceradas. El aumento de volumen del hocico de tenca existe siempre; pero además se encuentra en muchos casos una elongación hipertrófica que dobla o triplica la longitud normal de esta parte de la matriz.

El colpocele acompaña siempre al prolapso uterino, pero no descienden al igual la pared anterior y la posterior, con lo que resulta una inclinación del cuerpo del útero hacia adelante o hacia atrás, según sea el cistocele o el rectocele.

Muy frecuentemente, la tracción que sobre las inserciones vaginales produce el colpocele hace que desaparezcan los límites entre vagina y útero, borrándose entonces los fondos de saco vaginales.



Fig. 306.
Prolapso de útero con cistocele y retención urinarias.

Sintomatología.—En los prolapsos incompletos, la salida del útero por el orificio vulvar se verifica de modo intermitente; los esfuerzos hacen que asome por la vulva una especie de tumoración rojiza, que no es otra cosa que el hocico de tenca acompañado de una porción mayor o menor de pared vaginal; durante el reposo se esconde el útero dentro de la vagina, pudiendo, en los comienzos de la enfermedad, permanecer varios días sin hacer protusión al exterior.

Cuando el prolapso es completo, la reducción no se verifica tan rápida y completamente; y en muchos casos, cuando acompaña a la caída de la matriz una elongación hipertrófica del cuello, no se reduce la totalidad del órgano, ni aun en el estado de reposo prolongado.

La coloración del útero prolapso, en su totalidad, es de un rojo vinoso, y es muy frecuente observar ulceraciones de bordes desiguales y de aspecto tórpido, que se producen por el roce que con las ropas de la enferma experimenta el hocico de tenca prolapso.

La menstruación no se altera, por lo general, por la caída del órgano, pero muy a menudo existe leucorrea abundante, resultado de las alteraciones circulatorias que acompañan al prolapso; las ulceraciones cervicales producidas por hipostasis, dan lugar a muy escasa exudación; pero no es infrecuente que la enferma acuse manchas rojizas, por pequeñas hemorragias procedentes del sitio ulcerado.

Los dolores lumbo-sacros rara vez faltan en los casos de prolapso; son resultado de las tracciones que sobre las inserciones sacras se producen por el estiramiento de los ligamentos útero-sacros.

El cistocele y rectocele que acompañan tan frecuentemente al prolapso de útero, producen los síntomas propios de este estado; la incontinencia de orina al menor esfuerzo de tos y la retención de una pequeña cantidad de la misma, que puede ser causa de fermentaciones amoniacales, así como también el estreñimiento pertinaz, son síntomas que rara vez faltan cuando el prolapso uterino alcanza alguna intensidad.

La sensación de peso y de continua molestia que produce el prolapso en sus grados avanzados, induce a la mujer a solicitar el auxilio del médico, contrastando el temor que de modo tan grande se le desarrolla, con el abandono con que ha pasado años y más años sin hacer caso alguno de los síntomas iniciales de la enfermedad.

Pronóstico.—Cuando se inicia el prolapso, si la causa del mismo es sólo la debilitación de la tonicidad de las fibras musculares del elevador del ano, puede el reposo y la gimnasia sueca ser suficiente para alcanzar la curación.

Asimismo los prolapsos que aparecen después de un esfuerzo pueden alcanzar la curación espontánea con sólo el reposo; hemos visto algunos casos

en los que la salida de la matriz, producida pocos días después del parto por efecto de una involución defectuosa, se corrigió espontáneamente por el reposo y nunca se reprodujo más la salida del útero, que sólo constituyó un accidente pasajero sin consecuencias posteriores.

Cuando el prolapso sucede a la ruptura de los elementos musculares de sostén de la matriz, la curación espontánea no es posible y el destino de la enferma es ver aumentar las proporciones de la caída del útero, si con medios operatorios no se restablecen los planos de resistencia que fueron quebrantados por el acto del parto.

Los descensos consecutivos a retroversiones uterinas pueden curar espontáneamente si la corrección de la retrodesviación se realiza; el restablecer el ángulo abierto que deben formar los ejes de la vagina y del útero, es el medio de obtener la curación de un primer grado de prolapso; cuando han tomado estado definitivo las desviaciones uterinas, el único remedio eficaz es el operatorio.

Tratamiento.—Debe basarse en el conocimiento etiológico de cada caso; no creemos que pueda establecerse *a priori*, si debe ser operado un caso, o no, sin antes hacer un análisis especial del mismo. Hace algunos años la terapéutica de todos los descensos de la matriz, se basaba en la selección y buena aplicación de un buen pesario; los progresos de la operatoria han cambiado los términos del problema hasta el punto de ser muchos los ginecólogos que desechan la aplicación del pesario de modo sistemático.

Fieles a nuestro credo, considerando preferible el tratamiento no operatorio al de la operación cuando creamos posible alcanzar la curación sin ella, estimamos que existen un número de indicaciones de tratamiento por medio de los pesarios, pero también afirmamos que hay un gran número de casos en los que lejos de existir indicación de tratamiento ortopédico constituye éste un verdadero perjuicio para la salud de la enferma.

No podemos echar en olvido la patogenia del descenso del útero al intentar establecer un tratamiento; cuando se trata de un prolapso en una mujer joven en la que el desplazamiento del útero se debe a la falta de tonicidad de los elementos músculo-aponeuróticos de sostén, el empleo de pesarios como el de Dumantpalier en forma de anillo que distiende las paredes de la vagina para apoyarse en ellas, está del todo contraindicado ya que con la distensión exagerada de las paredes vaginales disminuye cada vez más la tonicidad que debe servir de sostén al órgano caído. Lo mismo debemos decir de aquellos casos en los que existe ruptura de las fibras del elevador; en estos casos la hiperdistensión de la vagina hace que los pocos elementos musculares que servían de sostén se agoten de modo completo y avance el grado de prolapso.

En cambio, cuando el exceso de peso del órgano por una involución defectuosa post-partum es un factor etiológico del prolapso, o cuando por existir

tumoraciones que aumentando el peso del órgano pueden contribuir a que éste descienda, el tratamiento de aquélla o la extirpación del tumor pueden resolver el problema curativo.

En mujeres de edad muy avanzada, en diabéticas, cardíacas, etc., podrá ser el pesario el medio de elección.

En las retrodesviaciones la posición genupectoral practicada todos los días durante un tiempo progresivo podrá servir de elemento curativo. Los pesarios para combatir esta desviación uterina sirven en muchas ocasiones como correctores del prolapso que se inicia.

En términos generales, debemos preferir todos los pesarios cuya aplicación no represente la distensión de las paredes vaginales, ya que ésta produce sólo un efecto temporario; la aplicación de un anillo de caoutchou de 8 milímetros de diámetro requiere la aplicación de uno de 9 ó 10 al cabo de algún tiempo, para ser luego reemplazado por otro de mayor diámetro; la presencia de pesarios es causa de leucorreas, que a no tener un especial cuidado adquieren pronto una hediondez muy acentuada.

Los pesarios llamados de mariposa son más perjudiciales aún que los de anillo, ya que la presión que ejercen sobre las paredes de la vagina es tal, que en muchas ocasiones ha sido causa de fistulas vésico-recto-vaginales.

Los pesarios de Cutter y, en general, todos los que se hallan constituidos por tallos de caoutchou endurecido o metálicos, que tienen su sostén en cinturones metálicos o de tela fuerte, representan aparatos de suplicio para las enfermas y tan molestos, que prefieren, por lo general, las molestias que ocasiona la matriz caída a las que produce el aparato contentivo.

Los pesarios de platillo son menos molestos y producen menos complicaciones que los que, introduciéndose el tallo dentro de la cavidad del útero, sostienen al órgano por presión directa interior. Estos aparatos, llamados histeróforos, producen con gran frecuencia metritis ulcerosas, que agravan las molestias que produce el prolapso; en algunos casos determinan dolores verdaderamente intolerables.

A pesar de la defensa que Treub, de Amsterdam, hizo algunos años de los pesarios, creemos que para los prolapsos completos su uso debe desecharse, a menos de existir alguna de las contraindicaciones operatorias de que hemos hecho mención anteriormente.

Tratamiento operatorio.—Son muchas las operaciones que se han preconizado para corregir la caída del útero; en la actualidad, conocida como es la patogenia de esta enfermedad, la elección de los métodos operatorios debe basarse principalmente en el conocimiento de la causa productora en cada caso determinado.

En la elección del método operatorio debemos además tener en cuenta la

edad de la enferma y la necesidad en que nos hallamos de dejar el órgano en condiciones tales que su funcionalismo normal sea posible. La operación para curar el prolapso en las viejas y en general en todas las enfermas que alcanzan la época de la menopausia tiene un campo ilimitado, en tanto que en las mujeres que pueden concebir es preciso tener en cuenta la posibilidad de una gestación consecutiva, que hay que evitar represente un peligro para la vida de la enferma.

Los medios de suspensión del útero valen poco para curar el prolapso;

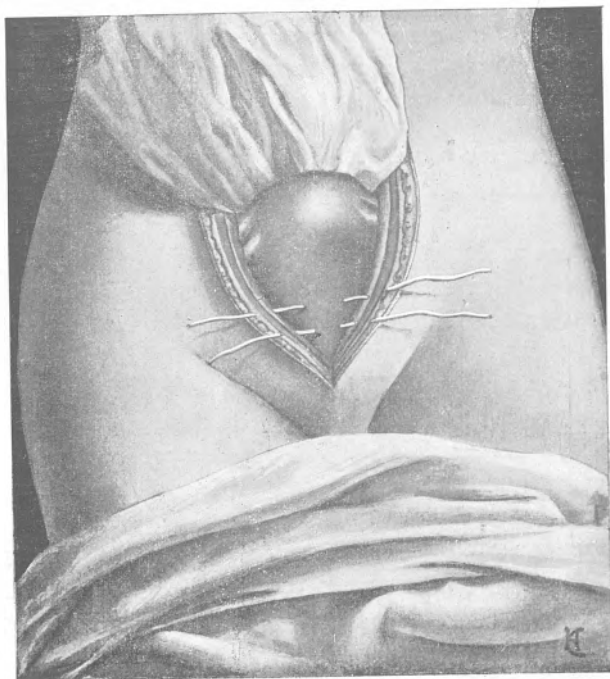


Fig. 307.—Histeropexia abdominal por el procedimiento de Delbet.

hasta hace algunos años las diferentes pexias abdominales y vaginales constituían un medio de tratamiento muy empleado; pero reconocida la poca influencia que tienen los medios de suspensión en la génesis de los prolapsos del útero, las operaciones que tienden a reforzarles han dejado de ser consideradas como eficaces.

Las histeropexias abdominales tienen por otra parte el inconveniente que muchas veces, al poco tiempo de curada la enferma, se reproduce la caída del útero porque el peritoneo parietal en que se fijó la pared anterior de la matriz es arrastrado por ella y la sujeción resulta ilusoria. Por otra parte, en las

jóvenes, la íntima adherencia de la cara anterior del útero a la pared abdominal es causa de un desarrollo irregular del mismo, en caso de gestación y es muy a menudo causa de aborto o de distocia grave. Esta circunstancia obliga a suprimir la histeropexia abdominal como medio de tratamiento de prolapso en las mujeres jóvenes, en las que es posible que sobrevenga una gestación.

El mismo inconveniente tienen las histeropexias vaginales en lo referente a gestaciones ulteriores, con la agravante de que resultan casi siempre insuficientes para retener el útero en su sitio ni aun en los primeros tiempos.

Para evitar este inconveniente en las mujeres jóvenes ha recomendado Pierre Delbet practicar la histeropexia ístmica; para ello, en lugar de pasar los hilos por la cara anterior de la matriz, coloca el primero en el istmo y el segundo un centímetro más arriba; de este modo, el desarrollo del útero en caso de gestación se verifica principalmente por encima del punto de fijación abdominal y los peligros enunciados disminuyen considerablemente. A pesar de esa técnica, los inconvenientes de la histeropexia abdominal, por lo que se refiere a la reproducción de la caída completa del útero, persisten.

En una época ya algo alejada, pusimos nosotros en práctica un procedimiento de suspensión del útero, que nos dió alguna vez resultado satisfactorio; consistía en suspender al órgano prolapsado por dos tiras de peritoneo que, sacadas de la pared anterior del abdomen, se fijaban en los ángulos del útero formando como dos ligamentos suspensorios; los efectos inmediatos son siempre satisfactorios, pero frecuentemente, después de cierto tiempo, se alargan las tiras peritoneales de suspensión y el prolapso se reproduce, por cuyo motivo hemos dejado de practicar esta operación, que tiene el inconveniente de tener que abrir la cavidad del abdomen.

Excepcionalmente, en mujeres ya menopáusicas, en las que por algún otro proceso patológico haya tenido que practicarse la laparotomía, podrá ser la histeropexia una operación complementaria digna de ser empleada; para estos casos la técnica que debe seguirse es la de unir, no la cara anterior del útero a la pared abdominal, sino el fondo inclinado hacia adelante, de modo que quede el útero en una posición de anteversión parecida a la que tiene normalmente este órgano.

La denudación de la cara anterior del útero de su peritoneo es condición precisa para que la unión se establezca por tejido fibroso resistente que garantice la curación; es también conveniente que la porción de pared abdominal que debe unirse con la cara anterior del útero sea asimismo denudada para que el contacto se verifique entre tejidos desprovistos de endotelio, ya que la unión de las superficies serosas entre sí no da garantías de formación de adherencias resistentes.

La histeropexia vaginal, de la que tampoco somos partidarios en esta enfermedad, se practica incindiendo el fondo de saco vaginal anterior; con

disección obtusa sepárase la vejiga de la orina, de modo que quede la superficie anterior de la matriz completamente liberada, para luego aplicar algunos puntos de sutura que unan la parte superior de la cara anterior del útero al borde de la vagina que quedó incindido al comenzar la operación.

Con esta operación la matriz queda libre, pero la exagerada basculación que experimenta no es suficiente para mantenerla alta cuando los medios de sostén se han debilitado o destruido y ellos son los verdaderos factores etiológicos del prolapso; por otra parte, si la mujer se hace embarazada después de esta intervención, el desarrollo de la cara anterior del útero se hace por debajo de las inserciones vaginales, y en consecuencia, de esta anomalía, o sobreviene el aborto en los primeros tiempos, o se presenta una distocia grave si la gestación llega a su término normalmente.

Para algunas desviaciones de la dirección normal del útero, puede ser curativa la histeropexia vaginal empleada en mujeres que no puedan hacerse embarazadas, pero en el prolapso y en época de actividad genésica es operación que la conceptuamos siempre contraindicada.

Fundándose en la patogenia de los prolapsos, es preciso operar colocando los órganos en condiciones apropiadas a la evitación de las causas productoras.

Si la falta de sostén depende de haberse roto los medios que constituyen la resistencia del plano perineo-pelviano, a lo que hay que atender es a restaurar las condiciones que representa el verdadero apoyo genital. Ordinariamente, cuando va al ginecólogo un caso de prolapso, son varias las causas que de modo primitivo o secundario han actuado y por tanto hay que atender a todas ellas si se quiere obtener el efecto curativo; a la ruptura o excesiva distensión de las fibras del músculo coxi-púbico-perineal se ha agregado de modo secundario la tracción que el colpocele y cistocele ejercen sobre el cuello del útero alargándole y aumentando su total volumen por efecto de las perturbaciones circulatorias; por otra parte, la retrodesviación de la matriz que se inició en los comienzos, ha ejercido una manifiesta influencia sobre el descenso, haciendo que los esfuerzos de la prensa abdominal actúen de modo constante sobre el fondo uterino y haciendo que coincidan en su dirección los ejes uterino y vaginal por haber perdido la disposición angular que tienen en estado normal.

Teniendo en cuenta las condiciones con que se presentan al ginecólogo los casos de prolapso, hay necesidad, casi siempre, de hacer operaciones complejas que puedan atender a las diversas causas productoras de la enfermedad.

La restauración del plano perineo-pelviano es la operación que debe realizarse; no basta hacer una perineorrafia superficial, es preciso que los planos musculares profundos se reintegren a su normalidad; la resistencia de las fibras isquio-rectales y púbico-rectales no se adquiere más que con la sutura cuidadosa de los planos profundos musculares y aponeuróticos del

elevador del ano; hay que considerar la ruptura de las fibras musculares y separación de las láminas aponeuróticas con un papel tan importante en su restauración como el que tienen para la curación de una hernia la exacta unión de los planos aponeuróticos que constituyen el orificio herniario; sólo teniendo presente esta necesidad es como se puede llegar al restablecimiento de la resistencia perineal indispensable para la curación del prolapso genital.

A la restauración del punto de apoyo perineal debe unirse, en muchos casos, la corrección de los otros factores que han contribuido a producir o a acrecentar el descenso del útero; la elongación hipertrófica del cuello y la congestión de todo el útero y en especial del cuello, exigen la práctica de la amputación bicónica del cuello por uno de los procedimientos descritos en el capítulo de las metritis, debiendo ir precedida esta operación de la legración de la mucosa de la cavidad del útero, para combatir el proceso de metritis crónica que tan frecuentemente acompaña a esta enfermedad en los grados algo avanzados.

La curación del cistocèle, que tan a menudo acompaña al prolapso, se practicará mediante una de las operaciones plásticas que describimos en el capítulo correspondiente, evitando de este modo que los esfuerzos que realiza la enferma para desalojar la vejiga vayan a aumentar el descenso de la matriz.

La desaparición del ángulo que forman el eje del útero y el de la vagina por efecto de la retrodesviación de aquél debe corregirse mediante el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos u operación de Alexander-Adams; esta operación, como medio de corregir la desviación hacia atrás, que contribuye a aumentar el grado de descenso de la matriz, tiene verdadera utilidad, pero como medio de suspensión del útero su eficacia es casi nula.

La serie de operaciones que acabamos de mencionar pueden producir la curación del prolapso del útero aun en casos muy avanzados, pero en algunos es tal la pérdida de medios de sostén y tal la relajación que han experimentado todos los elementos que han de sostener el útero en su sitio, que la curación no se alcanza y poco tiempo después de practicadas estas operaciones se reproduce el prolapso con caracteres todavía peores a los preexistentes, por haberse producido pérdidas de substancia por efecto de dichas operaciones plásticas, que dificultan el empleo de medios análogos.

Para estos casos, se emplea en la terapéutica quirúrgica ginecológica una serie de operaciones de transcendencia mayor, ya que cambian por completo la dirección del útero o le resecan parcial o totalmente.

La histerectomía vaginal como medio de tratamiento del prolapso fué empleada hace algunos años, pero hoy no es admitida por ningún ginecólogo, ya que la desaparición de la matriz no corrige el prolapso de la vagina y quedan por tanto las enfermas con las mismas molestias o mayores todavía, ya que en

la cavidad de la vagina invertida y prolapsada llegan a introducirse asas intestinales, agregándose a los trastornos producidos por el colpocele los del enterocele, que en algunas ocasiones llega a adquirir un volumen considerable.

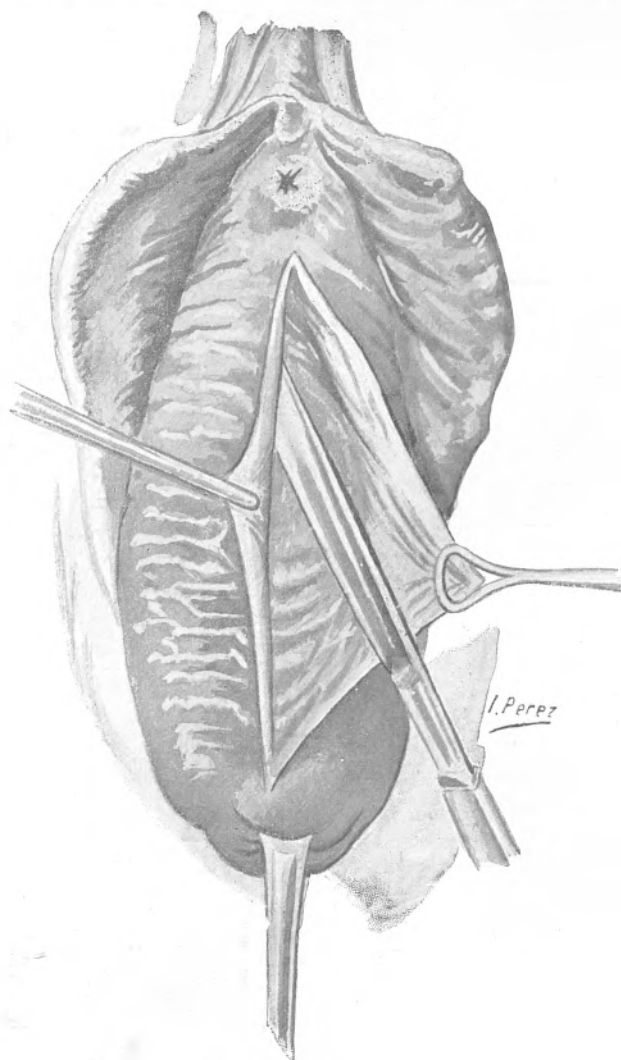


Fig. 308.—Primer tiempo de la operación de basculación del útero: incisión longitudinal de la cara anterior de la vagina.

Hase practicado en algunos casos en la histerectomía la sutura del collar vaginal con el pedículo de los ligamentos infundíbulo-pelvianos y anchos, con el objeto que la tracción que éstos pudieran ejercer sobre las paredes de la vagina

sirviera de correctivo al colpocèle. Ni esta sutura ni tampoco la que se ha recomendado practicar con los ligamentos útero-sacros, nos han dado resultado

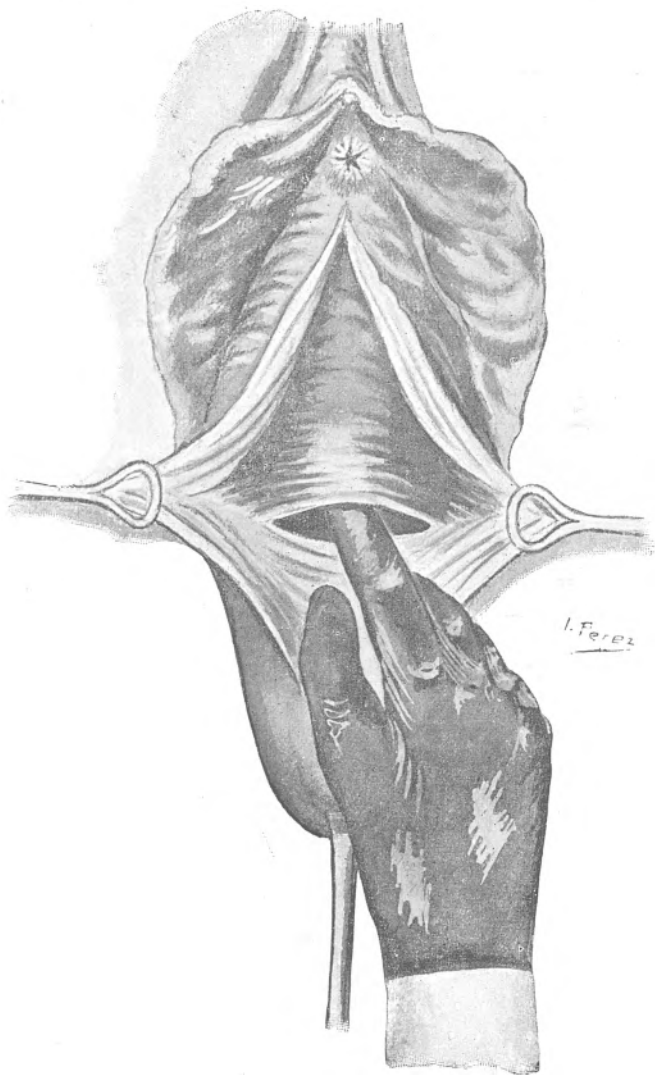


Fig. 309.—Segundo tiempo: disección de la vejiga hacia arriba.

satisfactorio, por cuyo motivo creemos que la histerectomía vaginal total para los casos de prolapso de útero debe quedar relegada al olvido y sólo mencionarla como recuerdo histórico.

Wertheim-Schautta han puesto en práctica un procedimiento para la curación de los prolapsos completos con cistocelos voluminosos, cuyos resultados son tan excelentes, que desde algunos años a esta parte puede afirmarse que



Fig. 310.—Tercer tiempo: extracción del útero por la abertura del fondo peritoneal anterior.

constituye la operación que más veces se ha practicado con éxito definitivo en las mujeres que alcanzaron la época de la menopausia.

Consiste esta operación en la basculación del útero hacia adelante,

colocándole en el tabique vésico-vaginal; el útero se sitúa de modo que su fondo quede en la parte baja, y el hocico de tenca en el fondo de saco vaginal posterior a un nivel mucho más alto que el cuerpo.

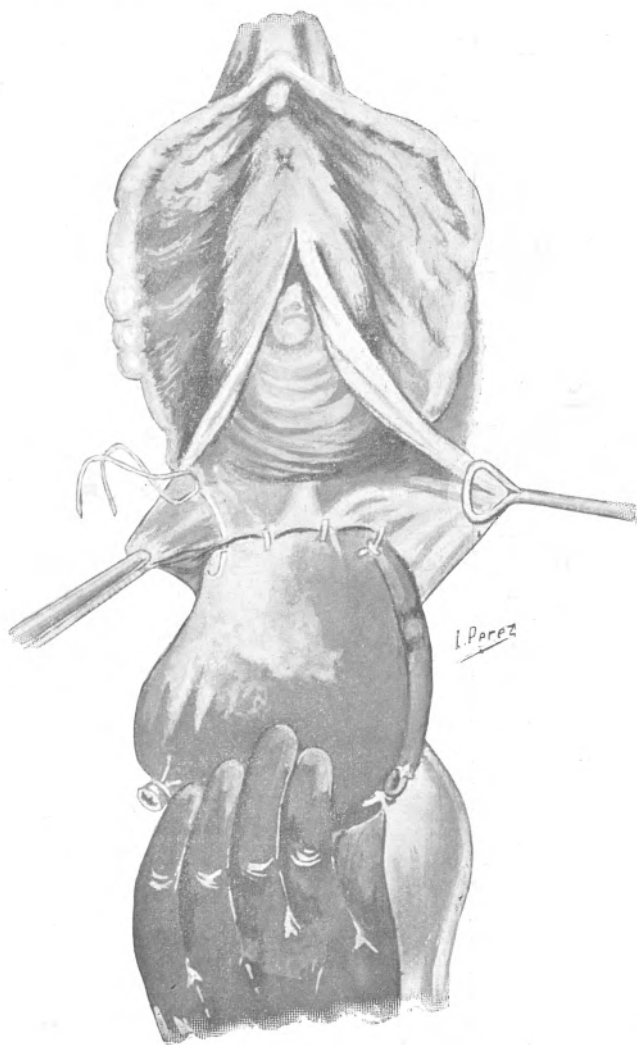


Fig. 311.—Cuarto tiempo: sutura del peritoneo vesical con el de la cara posterior del istmo.

La interposición del cuerpo del útero en el tabique vésico-vaginal, preparado al efecto en forma de nido, tiene un doble efecto: por una parte, la tracción que sobre la pared posterior de la vagina ejercen las inserciones de

este órgano al útero, sirve para corregir el rectocele, y por otra parte, el cuerpo de la matriz empujando la vejiga hacia arriba, cura el cistocele, no permitiendo que aquélla se insinúe hacia el orificio vulvar.

El procedimiento de basculación del útero hacia adelante y la interposición

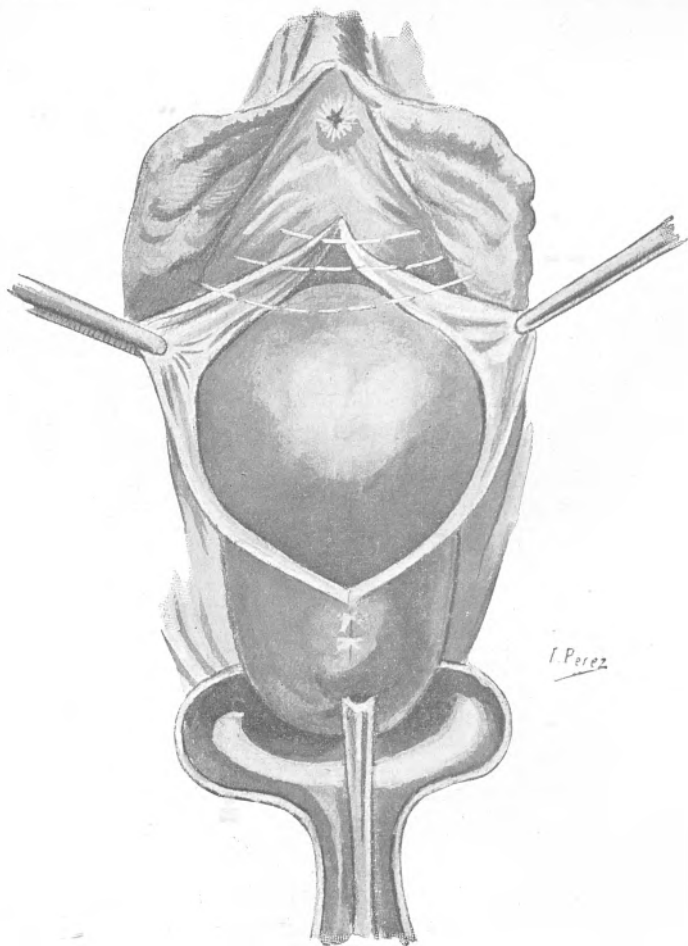


Fig. 312.—Quinto tiempo: Sutura de la pared vaginal por encima del útero basculado.

entre vagina y vejiga deja al órgano colocado en una situación tan anormal, que toda gestación es imposible, y, por tanto, no es procedimiento que pueda emplearse en mujeres jóvenes, a menos que por alguna operación complementaria de esterilización se coloque a la mujer en la posibilidad de que se haga embarazada.

En realidad, el papel que en definitiva representa el útero, así basculado, es el de un pesario natural que, por su disposición, impide el descenso de los genitales; al contrario de lo que ocurre en las condiciones normales, cuanto más esfuerzo realiza la mujer, más es llevado hacia arriba el hocico de tenca, y, por tanto, más asciende la pared posterior de la vagina que forma parte del rectocele.

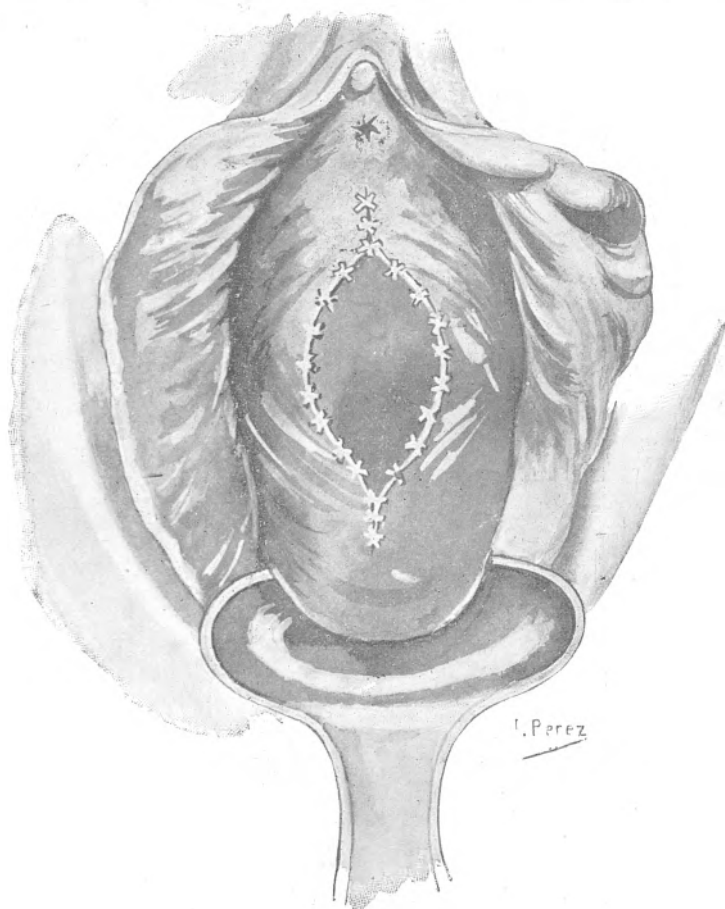


Fig. 313.—Disposición en que queda la pared vaginal anterior al terminar la sutura.

La imposibilidad en que debe quedar la mujer para que una gestación se produzca, exige como condición preliminar para su empleo el que haya cesado el período de las reglas, o que, no habiendo alcanzado la época de la menopausia e informada de lo que representa para los efectos de la reproducción esta operación, se considere por la insuficiencia o ineficacia de los demás medios, el mejor método para alcanzar la curación.

No creemos que la cuestión de edad represente una absoluta contraindicación; si la enferma, conocidos los inconvenientes de la misma, se somete a ella y no tenemos confianza en los otros medios operatorios, no vemos en la esterilización motivo alguno del anatema que algunos han lanzado contra la práctica de la misma, fundándose en que una mujer no tiene derecho a ser esterilizada, cuando nosotros estimamos que por encima de todos los convencionalismos sociales está el derecho indiscutible de la enferma a recobrar su salud, aun sacrificando una función tan importante cual es la de la reproducción.

La técnica de esta operación es sencilla y su gravedad muy escasa, pudiendo, por lo que a nuestra experiencia personal atañe, afirmar que en más de trescientos casos que tenemos operados, no hemos perdido una sola enferma con motivo de la misma y sólo contamos un 4 por 100 de reproducciones, cifra verdaderamente exigua si se compara con cualquier otro de los métodos operatorios que acusan un número considerable de recidivas.

Los preliminares de la operación son como los de las otras operaciones vaginales, pudiendo ser conveniente cuando existen síntomas de metritis hacerla preceder de una legración de la mucosa del útero.

El primer tiempo de la operación consiste en la preparación del nido véscico-vaginal que debe recibir el cuerpo del útero basculado.

Para ello practícase una incisión longitudinal que alcance toda la cara anterior de la vagina en su parte media; hecho esto se procede a la disección de los bordes de la misma, con lo que queda al descubierto la pared posterior de la vejiga; con algún tijeretazo en la parte baja y empujando la vejiga hacia arriba con disección obtusa por medio de una compresa montada en una pinza, hasta liberarla de modo que pueda ser colocada detrás de la sínfisis pubiana se llega a poner al descubierto la cara anterior de la matriz, recubierta por el fondo de saco peritoneal véscico uterino; ábrese entonces éste y una vez esto realizado se coge con unas pinzas de garfio la cara anterior de la matriz, haciendo tracción sobre ella para que salga por el ojal peritoneal, llevándola hasta la entrada de la vulva.

A este tiempo, si la mujer está todavía en período de actividad genital, sigue la sección y ligadura de las dos trompas, de modo que la continuidad de estos órganos quede no sólo interrumpida de modo definitivo, sino que por la doble ligadura de cada uno de los extremos seccionados no sea posible el paso de óvulos o espermatozoides por ellas.

Terminada la esterilización de la mujer por medio de estas ligaduras, débese excluir el cuerpo del útero de la cavidad de la gran serosa peritoneal; para ello se coge el borde del peritoneo vesical seccionado y se une por medio de algunos puntos de sutura con la serosa que recubre la parte posterior del istmo, cuidando que la unión se verifique de tal modo que no sea posible la comunicación de cavidad vaginal con cavidad de peritoneo.

Una vez excluido el útero de la cavidad de la gran serosa se procede a la interposición de éste en el nido preparado por la disección del tabique vésico-vaginal; ordinariamente en los casos de prolapso, es tan voluminosa la matriz que no puede todo su cuerpo ser cubierto con la pared anterior de la vagina; los puntos de sutura se colocan entonces de modo que en el centro quede un espacio oval por el que se asoma una parte de la cara anterior de la matriz.

Cuanto mayor es el útero, tanto mejor realiza su papel oclisor; los pocos casos de recidiva que tenemos después de esta operación pertenecen a enfermas que tenían la matriz muy pequeña.

El complemento de esta operación es la reconstitución del plano perineal

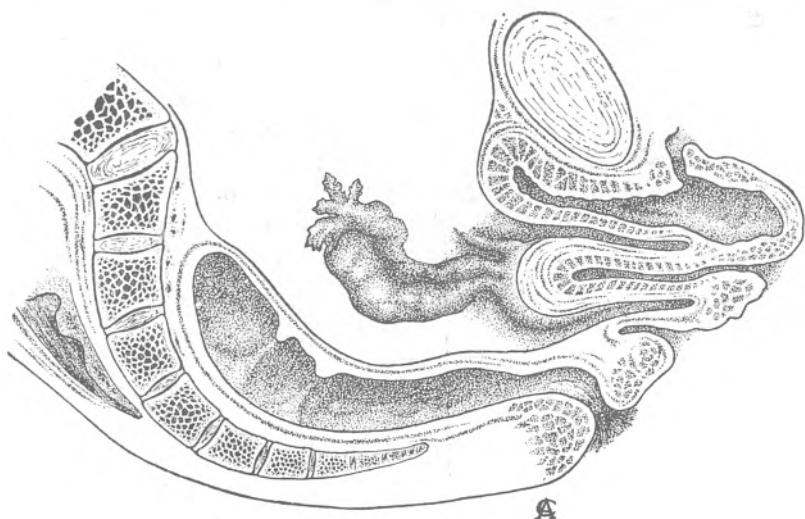


Fig. 313.—Prolapso completo del útero: esquemático.

por medio de alguna de las operaciones plásticas ya descritas, pero con el más exquisito cuidado para reunir, por medio de sutura, los planos aponeuróticos y los bordes del elevador del ano. Sin esta operación complementaria la reproducción es frecuente, y por tanto, debe ser considerada la colpoperineorrafia profunda como parte integrante de la operación de Wertheim-Schautta.

En un número muy limitado de casos la reproducción puede tener lugar y para evitarla han aparecido distintas modificaciones, entre las cuales debemos mencionar la que ha aportado el mismo Wertheim, cuya base principal radica en el acortamiento de los ligamentos útero-sacros.

Para realizar esto, abre el fondo del saco vaginal posterior y diseca una tira de vagina de la cara anterior para que le sirva de sostén al cuerpo del útero basculado hacia adelante. Comienza practicando dos incisiones transversales

en la cara anterior de la vagina, separadas una de otra por un espacio de centímetro y medio o dos centímetros; diseca el colgajo resultante de manera que venga a formar una cincha, por la que pasará el cuello del útero; por la incisión superior verifica el despegamiento de la cara anterior del útero de la vejiga y abre el fondo del saco peritoneal anterior. Una vez hecho esto bascula la matriz hacia adelante, haciendo una tracción grande para poner al descubierto los ligamentos útero-sacos, cosa fácil de realizar, pues estando abierto el fondo de saco posterior, la basculación de la totalidad del útero es posible; el hocico de tenca asciende completamente y el fondo del útero se halla hacia abajo. Descubiertos los ligamentos útero-sacos, practica un pliegue en ellos y

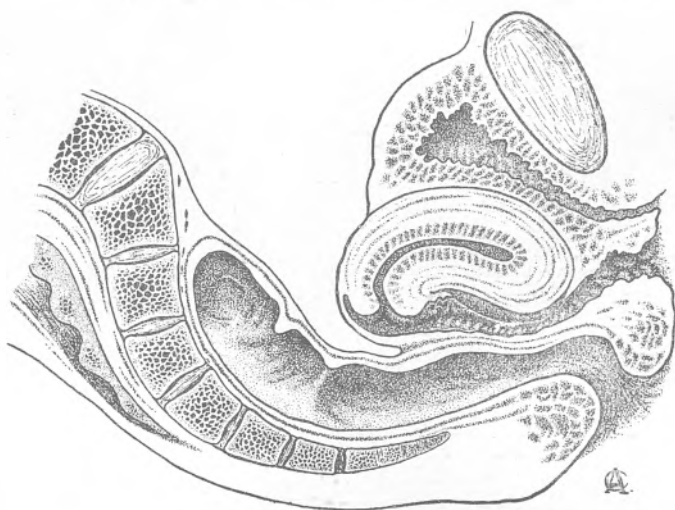


Fig. 314.—Corte sagital esquemático del útero basculado e interpuesto entre pared vaginal anterior y vejiga.

mediante dos puntos de sutura en cada uno les acorta todo lo posible; sutúrase luego la hoja peritoneal anterior al istmo y ciérrase el fondo de saco de Douglas mediante sutura.

Al bascular al útero hacia adelante se le ha hecho pasar por el ojal que representa la segunda incisión o inferior, y por tanto, la tira de vagina que queda entre las dos incisiones transversales forman una especie de cincha que mantiene al hocico de tenca hacia arriba; desde la mitad de la incisión vaginal inferior se ha practicado otra vertical que debe servir al disecar sus colgajos para anidar el cuerpo del útero basculado, en disposición análoga al procedimiento descrito anteriormente con el nombre de Wertheim-Schauta y se colocan los puntos de sutura correspondientes, terminando la operación con la colpoperineorrafia profunda, al igual que en aquella.

Con esta operación resulta el cuello del útero sostenido hacia arriba por la cincha vaginal; la vagina, en su cara posterior, tirada hacia arriba por la tracción que realizan los ligamentos útero-sacros acortados; la vejiga empujada hacia arriba, así como la pared anterior de la vagina por el cuerpo del útero basculado, y el periné rehecho por la sutura de los planos profundos del elevador del ano.

La operación es ingeniosa, y no hay duda que presta todas las garantías de no reproducción, pero creemos que para la inmensa mayoría de casos no precisa esta última modificación de Wertheim, pues se obtiene la curación por el procedimiento anteriormente descrito, y como quiera que no es indiferente, desde el punto de vista de la asepsia, el que entre o no el hocico de tenca dentro de la cavidad del peritoneo, nosotros no la hemos adoptado como práctica corriente, sino sólo como de excepción para aquellos casos en los que la relajación es tan grande y el tamaño del útero tan pequeño, que creemos probable la reproducción.

Un inconveniente común al método de interposición vésico-vaginal del útero y al nuevo procedimiento de Wertheim, es la frecuente hemorragia que se produce al disecar la pared anterior de la vagina para preparar el nido en que debe alojarse la matriz basculada; sin negar que en alguna ocasión puede aparecer una importante pérdida de sangre, aun estando tomadas todas las precauciones, creemos que en la inmensa mayoría de los casos la hemorragia de la pared anterior de la vagina depende de la falta de una preparación conveniente de la enferma; toda operación de prolapso requiere una preparación previa que puede ser de diez a veinte días, preparación que consiste principalmente en el reposo absoluto en cama, manteniendo un régimen alimenticio que permita realizar diariamente la evacuación espontánea del recto; el estado de congestión pasiva que existe en el útero prolapsado, agravado comúnmente por estreñimiento más o menos tenaz por la misma disposición anómala de la ampolla rectal, es causa de pérdidas abundantes de sangre durante la operación y ha sido causa, en más de una ocasión, de hemorragias secundarias que han complicado gravemente el curso post-operatorio. Si la circulación hemorroidal, vesical y vagino-uterina se ha regularizado con el reposo en cama y la evacuación regular y diaria del intestino, es muy raro que se presenten hemorragias de importancia, quedando este peligro, que ha sido citado por algunos ginecólogos como de gran importancia, reducido a una muy rara dificultad operatoria y a muy raro accidente posterior al acto quirúrgico.

Ni en la primitiva operación de Schautta ni en la última modificación de Wertheim hemos tenido ocasión de observar dificultad alguna por parte de la vejiga, aun en aquellos casos en los que el volumen considerable del útero parecía debía oponer algún obstáculo a la libre emisión de la orina.

Los peligros que puede representar esta operación en mujeres jóvenes,

por si sobreviene una gestación después de ella, no pueden imputarse a la operación en sí, ya que es condición indispensable para realizar la interposición vésico-vaginal del útero, en mujeres que se hallen todavía capacitadas para la concepción, de hacer la ligadura y sección de las trompas, y en caso de considerar insuficiente este medio de esterilización, practicar el enclavamiento del extremo proximal de las trompas en la pared misma del útero; es esta operación obligada renunciación a la fecundación para toda mujer joven, y no debe realizarse sin el previo consentimiento de los dos cónyuges. Esta circunstancia pesa muchísimo sobre el establecimiento de la indicación, y como



Fig. 315. - Corte sagital esquemático representando el modo como se va elevando, al cabo de algún tiempo de la operación, la totalidad del útero.

principio general debe aceptarse que no se halla indicada nunca su ejecución en mujeres jóvenes, si existe algún otro medio operatorio que permita alcanzar, al tiempo que la curación del prolapso, el mantenimiento de las condiciones que permitan un nuevo embarazo.

Landau, teniendo en cuenta que el factor más principal después de la tonicidad del plano perineal profundo consiste en la "tracción" de los ligamentos útero sacros, y reconociendo que en algunas ocasiones el pesario natural que representa el útero basculado puede ser causa de molestias, hace años introdujo una modificación en la técnica para evitar estos inconvenientes. La operación de Landau consiste en una histerectomía vaginal incompleta con acortamiento de los ligamentos útero-sacros.

Los primeros tiempos de la operación son iguales a los de Wertheim-

Schautta; una vez basculado el útero hacia adelante, se practica la escisión del mismo al nivel del istmo, colocando las ligaduras correspondientes para hacer la hemostasia de los pedículos vasculares que tienen las arterias uterinas, útero-ováricas y de los ligamentos redondos; practicase la sutura de la hoja peritoneal anterior, con la que cubre el istmo después de haber acortado por medio de puntos de sutura los ligamentos útero-sacos en la medida de lo posible; la porción ístmica del útero se incluye en el nido formado en la pared anterior de la vagina, y se termina la operación con la colpoperineorrafia.

Con este procedimiento se alcanza el objeto de la tracción de la pared posterior de la vagina por la acción de los ligamentos útero-sacos acortados, pero constituye una operación mutilante que no tiene justificación, ya que mantener los genitales altos se logra con otros procedimientos de menor gravedad y de mayor eficacia.

En la actualidad, dos procedimientos son empleados en mi clínica, y sobre los cuales no he formado todavía un juicio definitivo por ser poco el tiempo que llevan practicándose. Uno de ellos es la cérvico-fijación de Bumm, que se practica en casi todas las clínicas del mundo, y otro el de suspensión aponeurótica del ginecólogo americano W. B. Thorning.

La cérvico-fijación de Bumm es, en realidad, operación fácil de ejecutar, y hasta la fecha los resultados inmediatos, por lo que a la curación del prolapso se refiere, son buenos, si bien no se puede decir lo mismo de la conservación de las condiciones indispensables para que, si sobreviene una gestación, ésta llegue sin producir trastornos a su término y que el parto se realice sin contratiempo alguno. Las opiniones sobre este particular no son unánimes; enfrente de los que preconizan este procedimiento, fundándose en la posibilidad de que ocurra la gestación sin inconveniente alguno, hay los que consideran la cérvico-fijación como una histeropexia con todos los inconvenientes que a los procedimientos antiguos van anejos. La falta de concordancia en los pareceres se pone de manifiesto en las modificaciones que se han introducido al primitivo procedimiento de Bumm, haciendo además de la fijación cervical una fijación corporal o un acortamiento de los ligamentos redondos para evitar la basculación hacia atrás e impedir que una flexión exagerada del útero a nivel del punto donde termina la fijación pueda ser causa de perturbaciones funcionales.

Son pocos y muy recientes los casos por nosotros observados de cérvico-fijación para que podamos pronunciarnos en ningún sentido, pero *a priori* se puede afirmar que si como medio de fijación es capaz, por la sólida unión que se establece entre el útero y la región suprasinfisiaria, de cumplir de modo excelente su cometido, no puede decirse lo mismo en lo referente al curso, siempre favorable, de una gestación consecutiva; claro está que no todos los casos de gestación después de la operación de Bumm deben ser patológicos,

como tampoco lo son los que suceden a la hisperopexia clásica; hay que sumar muchas cifras para poderse pronunciar de modo definitivo respecto a la completa regularidad de la gestación después de esta cérvico-fijación.

En nuestra opinión, la principal objeción que puede hacerse a esta operación es que requiere una laparotomía y ésta es siempre operación de mayor gravedad que algunas de las vaginales que se emplean para la curación del prolapso.

La suspensión del útero por el procedimiento de W. B. Thorning, que consiste en la fijación del útero a la pared abdominal mediante una tira de la aponeurosis de los rectos, que atravesando el fondo del útero viene a suturarse al labio inferior de la aponeurosis de los rectos, seccionada al hacer la incisión de Pfannestiel, que es la que se emplea para ir en busca de la matriz; la sutura de los ligamentos redondos a la pared interior del abdomen evita el que pueda insinuarse un asa intestinal y dar lugar a una estrangulación herniaria. De esta operación, que ha sido ejecutada ocho veces en mi clínica por mi ayudante y profesor auxiliar Dr. Recasens (D. Luis), decimos algo análogo a lo manifestado referente a la operación de Bumm; como medio de sostén es muy recomendable cuando creamos que debemos seguir un procedimiento abdominal, pero como condición previa debe practicarse la esterilización de la mujer, si ésta se halla en condición de concebir.

La disparidad de opiniones sobre el mejor método de operar los grandes prolapsos demuestra que todavía no se ha hallado ninguno que cumpla todas las exigencias necesarias para ser reputado el mejor, y por ello debe el ginecólogo poseer un arsenal de procedimientos y elegir en cada caso el que mejor parezca que pueda convenir.

Nosotros, que por no haber tenido ningún caso de muerte en más de trescientos casos operados por basculación, ni por hemorragia, ni por infección, permanecemos fieles a este procedimiento, pero reconociendo que existen condiciones, unas veces por pequeñez del útero y otras por existir un plexo venoso muy grande, verdadero varicocele vaginal, que puede dar lugar, bien a una recidiva en el primer caso o a una muy importante hemorragia en el segundo, no vacilaremos en substituir por otros procedimientos el que hasta la fecha consideramos de elección.

La extirpación del útero en su totalidad, como medio de curación del prolapso, es operación abandonada; las modificaciones de suturar el collar vaginal por sus ángulos al ligamento útero-ovárico correspondiente a su lado, no ha dado resultados favorables y está hoy día, con razón, abandonada. La extirpación total de la vagina y la sutura de las superficies cruentas correspondientes, que fué propuesta por Müller para mujeres viejas, la hemos practicado muchos ginecólogos, pero ha sido abandonada por los peligros de infección en cavidad cerrada que pueden sobrevenir. La supresión completa

del conducto vaginal que lleva consigo esta operación limita, por otra parte, de modo considerable la oportunidad de su empleo.

Desde la publicación en el *Monatsschrift für Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIV de un artículo de Schwabe en defensa de la llamada colporrafia mediana, ha vuelto a discutirse extensamente sobre las ventajas de este método de tratamiento, que hallándose esbozadas en la técnica descrita por Gerardin en 1823 y en la de Jobert de Lamballe en 1834, fueron perfeccionadas y bien descritas por Neugebauer y Le Fort en 1877; el fundamento en este método, como es sabido, se halla en la formación de un tabique mediano en la vagina, resultante de la unión de la pared anterior con la posterior en su línea media, convirtiendo la vagina simple en vagina tabicada o doble, que por la resistencia del tabique de separación forma punto de apoyo al útero e impide que descienda a la vulva; teniendo la precaución de hacer el refrescamiento de las paredes vaginales hasta la proximidad de la uretra y de la comisura, si la unión se hace exactamente en toda la extensión, el apoyo al útero resulta eficaz y, por los menos en los primeros tiempos subsiguientes a la operación, queda mantenido el útero en la cavidad de la pelvis.

Las superficies de avivamiento pueden hacerse, como recomendaba Le Fort, en una extensión de tres o cuatro centímetros, y en este caso la perturbación funcional es grande, o hacerse sólo de unos dos centímetros, y con ello se logra el que la mujer quede en las mismas condiciones de las que tienen útero doble, en las que puede la menstruación y el coito realizarse de modo normal y aun, si la mujer se hace embarazada, llegar al momento del parto sin que el tabique mediano represente más que una ligera dilatación en el tiempo final o de expulsión.

La aproximación a la normalidad representa la existencia de una vagina amplia por la que, insinuándose la vejiga cuya posición no ha sido modificada, se prolapse y se reproduzca en un lado lo que antes de operar se verificaba por toda la vagina.

Sokoloff, de Petersburgo, con el objeto de permitir la conservación de la función genética de la mujer, practica, en vez del refrescamiento medio y consiguiente colporrafia mediana y refrescamiento lateralizado, de modo que queden dos vaginas desiguales, una mayor, por la que pueda realizarse el coito y en su caso el parto, y otra pequeña al otro lado del tabique, que debe servir de sostén al útero que se prolapsaba; este procedimiento agranda los inconvenientes que tiene el procedimiento en sí, ya que significa, con la persistencia de una vagina amplia, la seguridad de que el cistocele primero y el prolapso completo después se reproducirán en breve plazo.

Nosotros, hace más de veinte años, practicamos varias veces el procedimiento de Neugebauer-Le Fort en casos inveterados y cuando no poseíamos los medios actuales de tratamiento, y lo abandonamos porque en los prolapsos

muy extensos la recidiva no se hacía esperar si no practicábamos una sutura muy ancha de la pared anterior con la posterior, verdadera colpocleisis, cosa sólo posible de realizar en mujeres viejas y viudas, en las que nada significa el mantenimiento de la función de la vagina. En los casos de esta naturaleza, puede la operación de Le Fort presentar más ventajas que la colpectomía de Müller, pues asegurando la casi oclusión de la vagina y el mantenimiento alto del útero, ofrece la ventaja que, caso de producirse alguna secreción intrauterina, tiene fácil salida por los canales laterales.

Por lo anteriormente expuesto se deduce que, si bien en nuestra opinión la operación de Wertheim-Schautta, para los casos inveterados de útero grueso no tumoral, es el procedimiento vaginal que ofrece más garantías de curación sostenida, no deja de presentar serios inconvenientes que impiden que pueda ser aceptada como procedimiento de elección en gran número de casos. La necesidad de esterilizar a la mujer en caso de tratarse de mujer joven, la posibilidad de una hemorragia importante durante la operación o en los días que la suceden, así como el peligro de una infección peritoneal, impide que sea aceptado por muchos ginecólogos, y una reacción hacia la vía abdominal o alta se ha producido en estos últimos años que merece ser tenida en gran consideración. Las histeropexias clásicas, con las modificaciones que el primitivo método de Olshausen ha experimentado, han sido abandonadas de modo absoluto en los casos de mujeres jóvenes en pleno período de actividad sexual, por los graves trastornos que pueden aparecer en las gestaciones que posteriormente a la operación se produzcan.

Las fijaciones del fondo del útero hacia adelante, así como las de la pared anterior, dejan al órgano en una situación tan anormal, que han quedado reducidas como método aplicable a las mujeres menopáusicas con positiva desventaja, en relación con los procedimientos vaginales.

Nosotros, en épocas ya algo remotas, empleamos un procedimiento de suspensión que abandonamos prontamente por los temores muy fundados que abrigamos de que pudiera ser causa de una estrangulación herniaria; nuestro modo especial de operar consistía en seccionar dos tiras de la aponeurosis de los rectos, una a cada lado de la línea longitudinal de la incisión del abdomen, y después de aisladas por la parte inferior y laterales, fijarlas a los ángulos superiores del útero de manera que formasen un ligamento suspensorio doble que mantuviera en alto al órgano sujeto por estructuras inextensibles, cuales eran los colgajos aponeuróticos; el principal inconveniente de este método, y el que nos obligó a abandonarlo, fué un conato de estrangulación que en un caso se produjo por haberse insinuado un asa intestinal entre los dos nuevos ligamentos suspensorios; al abrir la cavidad del vientre y hallar confirmada la sospecha de estrangulación interna dejamos el procedimiento, ya que la fijación, no libre del cuerpo del útero o de los ligamentos suspensorios, venía

a representar la misma cosa, con todos e iguales inconvenientes, caso que se hiciera una nueva gestación.

La primitiva idea de fijar el útero prolapsado acortando los ligamentos redondos por vía intra y extraperitoneal, no es suficiente como medio de sostenimiento, ya que sobre tener éstos poca resistencia para mantener alto el órgano, su estructura permite una fácil y nueva distensión, y aun en los casos algo pronunciados no basta para corregir totalmente el descenso. El papel que la operación de Alexander-Adams puede desempeñar es el de la corrección de la retrodesviación, que, como es sabido, constituye el primer tiempo de todo prolapso. La disposición que adquiere el útero cuando se acortan los ligamentos redondos viene a restablecer el ángulo que en condiciones normales forman el eje del útero y el de la vagina, y, por tanto, puede servir de coadyuvante de otras operaciones conservadoras, tales como las plastias vagino-perineales, amputación de cuello, etc.

Sólo como recuerdo mencionaremos la colpectomía total en un tiempo operación practicada para la curación del prolapso completo en mujeres viejas, que consiste en convertir la vagina en una columna sólida que sirva de sostén al útero.

ELONGACIÓN HIPERTRÓFICA DEL CUELLO UTERINO

Acompañado unas veces al prolapso uterino y otras completamente independiente de esta afección, se presenta una hipertrofia del cuello de la matriz, que alarga considerablemente esta parte del órgano.

La elongación hipertrófica, que se presenta independientemente del prolapso, corresponde en su mayor parte a la porción infravaginal del cuello, y el aumento se verifica casi de modo exclusivo en el sentido de la longitud, en tanto que las hipertrofias que acompañan a los prolapsos el aumento del órgano se realiza en todas las direcciones, de manera que al alargamiento se une el aumento de espesor y de anchura que llega, en algunas ocasiones, a doblar y triplicar el volumen total del órgano.

ETIOLOGÍA.—Obsérvase en algunos casos la elongación hipertrófica en niñas impúberes, en las que sólo puede sospecharse una causa congénita relacionada tal vez con perturbaciones endocrinas; el vicio solitario ha sido invocado, sin que en realidad pueda ser considerado con fundamento como elemento etiológico.

Los prolapsos vaginales juegan el más importante papel por la acción de continua tracción que ejercen sobre las inserciones de la vagina en el hocico de tenca.

Los procesos metrásticos contribuyen asimismo a la hipertrofia del hocico de tenca; pero tanto la forma folicular de las cervicitis como las poliquísticas, más que un proceso de elongación hipertrófica lo que producen es un aumento de la totalidad del órgano en todas las direcciones, en cuya génesis intervienen procesos congestivos y edematosos más que neoplásicos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Schröder dividía la porción cervical del cuello uterino en tres partes: una supravaginal, es decir, situada por encima de las inserciones de la vagina; otra infravaginal y una tercera, que por corresponder al diferente nivel en que se inserta la vagina en la cara anterior que en la posterior, llamaba intermedia o mediana; ahora bien, la elongación hipertrófica puede afectar la porción infravaginal, la supravaginal o la intermedia. Por lo general, en los casos de prolapso, la porción elongada corresponde en su casi totalidad a las partes situadas por encima de las inserciones

de la vagina, ya que, siendo el principal factor etiológico de aquél, las tracciones que la vagina prolapsada ejerce sobre sus puntos de inserción, el estiramiento debe corresponder forzosamente a aquella parte, en proporción distinta el labio posterior del anterior; muy frecuentemente alcanza un nivel diferente la porción elongada en la mitad anterior de la posterior porque la acción de tracción se ejerce de modo muy distinto, según exista cistocele o rectocele.

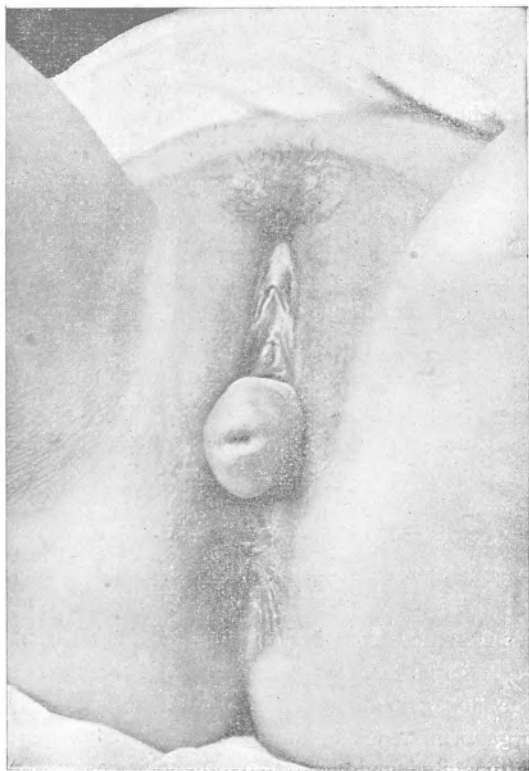


Fig. 316. -Elongación hipertrófica infravaginal del cuello.

La elongación infravaginal forma, por lo general, una columna rígida, en cuyo vértice se halla el orificio uterino, que por tratarse frecuentemente de nulíparas tiene una figura redondeada y algunas veces estenosada.

La hipertrofia interesa por igual a todas las partes constitutivas del hocico de tenca, y la disposición que a la vista se ofrece es la de un cilindro resistente que asoma por el orificio vulvar; en estos casos, si la niña no ha tenido relaciones sexuales, la vagina presenta su longitud normal; pero en

mujeres que han cohabitado, puede el obstáculo que para el coito representa la existencia del cuello elongado, haber determinado una mayor profundidad del fondo de saco vaginal posterior, por haber tomado el pene constantemente aquella dirección y empujado hacia arriba la pared vaginal posterior.

SINTOMATOLOGÍA.—La elongación hipertrófica del cuello por sí no produce dolores, pero cuando su longitud excesiva hace que asome entre los labios de la vulva, el roce es causa de erosiones, determinantes de molestias más o menos grandes.

El aspecto del cuello hipertrofiado es, en algunas ocasiones, el de un pene, con su orificio central semejando al meato; los fondos de saco vaginales, en los casos de elongación de la porción infravaginal, tienen su longitud normal o aumentada la posterior; en la hipertrofia de la porción supravaginal, como quiera que va acompañada muy frecuentemente de prolapso uterino, los fondos vaginales están muy disminuídos, y en algunos casos completamente borrados, por acompañar a la elongación un grado pronunciado de cistocele o rectocele.

La palpación abdominal permite reconocer el fondo de la matriz en la región suprasinfisiaria, y aun en los casos que coexiste la elongación con el descenso de la matriz, no guarda relación la gran porción de útero que asoma por la vulva con la sensación de resistencia que por palpación se encuentra en la región retro-sinfisiaria correspondiente al fondo de la matriz.

La histerometría permite reconocer, no sólo la longitud total de la matriz, sí que diferenciar la parte que en la longitud total pertenece al cuello de la que corresponde al cuerpo; al pasar la punta del histerómetro por el istmo se percibe un ligero resalto, que indica dónde termina la porción cervical y comienza la corporal.

La elongación simple del cuello es, en muchos casos, causa de esterilidad; el orificio externo del útero se halla fuera del alcance del espermatozoide, y sin ser imposible la penetración de los zoospermios en la cavidad del útero, la excesiva longitud del cuello la dificulta sobremanera.

Por lo general, si no se complica con descenso uterino, la elongación hipertrófica del cuello no produce trastornos menstruales, ya que no lleva esta

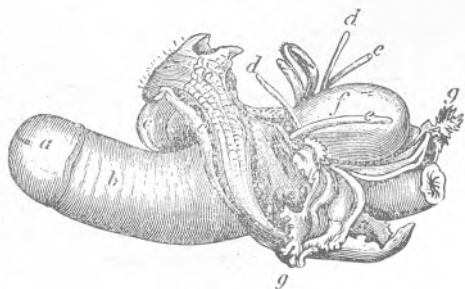


Fig. 317. — Elongación hipertrófica supravaginal, acompañada de prolapso (esquemático). — a, porción vaginal; b, porción supravaginal; c, ninfas; d, ligamentos redondos; e, uréteres; f, vejiga; g, trompas (Schröder).

lesión forzosamente aparejadas perturbaciones en la circulación; otra cosa ocurre cuando a esta lesión acompaña el prolapso o un grado más o menos acentuado de retrodesviación; en estas condiciones, las menorragias que acompañan dependen, no de la elongación, sino de las circunstancias anejas a las desviaciones.

PRONÓSTICO.—La vida de la enferma no corre peligro alguno por esta enfermedad; pero el proceso de progresión no interrumpida que sigue, hace que las molestias, al principio casi nulas, se acentúen y se formen ulceraciones que son causa de infecciones, y en algunas ocasiones de lesiones peri-uterinas.

TRATAMIENTO.—La amputación del cuello es el único medio que tenemos para combatir esta lesión; el método de amputación bicónica es la operación de elección para los casos de hipertrofia infravaginal; en los casos que la hipertrofia alcanza la porción media y la supravaginal, como quiera que precisa abrir los fondos peritoneales, después de la desinserción de la vagina, es muy conveniente proceder a la escisión de los labios del hocico de tenca en una forma oblicua, de modo que se reconstituya el cuello, utilizando en gran parte un colgajo extenso de la parte más externa del hocico de tenca para que el orificio uterino quede perfectamente permeable.

Cuando a la elongación hipertrófica acompaña un prolapso, la curación de aquélla se halla tan íntimamente relacionada con la de éste, que no puede separarse la técnica de tratamiento de una y otra; si hubiera necesidad de acudir a los procedimientos de basculación, no puede prescindirse, en modo alguno, de la amputación del cuello, como tiempo preliminar de la operación de Schautta-Wertheim.

CAMBIOS DE DIRECCIÓN DEL ÚTERO

La dirección normal de la matriz es la de anteversión-flexión; el cuerpo se halla ligeramente flexionado sobre el ~~cuerpo~~ ^{cuello}, sin que esta ligera flexión represente acodamiento alguno del eje uterino, sino una línea curva de concavidad anterior, cuyo punto máximo de curvatura se halla en la unión del cuerpo con el cuello. Por otra parte, el órgano se halla inclinado hacia adelante, de modo que el fondo está mucho más próximo a la pared pelviana que el cuello. Esta anteversión-flexión normal cambia ligeramente en el estado fisiológico por la repleción de la vejiga y del recto, sin que estas modificaciones entrañen alteración funcional alguna.

Por causas diversas, la dirección del útero puede cambiar, ya aumentando la inclinación total del órgano hacia adelante, ya aumentando la flexión del cuerpo sobre el cuello, llegando a constituir un estado de enfermedad. Más frecuentemente que la exageración de la flexión-versión normal, se producen, por diversas causas, cambios completos en la dirección del eje uterino, variando la disposición axial del órgano hacia atrás, formando las llamadas retroversiones o cambiando sólo la relación del eje del cuerpo con el del cuello, dando lugar a flexiones de carácter patológico, denominadas retro-flexiones.

La inclinación del útero hacia los lados da lugar a las lateroverciones y lateroflexiones, derechas o izquierdas, según se incline la totalidad del órgano o el cuerpo sobre el cuello, hacia la derecha o a la izquierda.

En la segunda mitad del siglo XIX, bajo la influencia de Velpeau, el proceso de las desviaciones uterinas ocupaba gran parte de la Ginecología; la mayoría de los trastornos que experimentaban las mujeres en su aparato genital se atribuían a cambios de dirección del útero; el estudio de las inflamaciones uterinas, y más tarde el de las anexiales, hizo ver que la mayor parte de los trastornos que se atribuían a las desviaciones uterinas dependían de inflamaciones de la matriz o de sus anejos, y se cayó de una exageración en otra, negando que las desviaciones de la matriz tuvieran influencia alguna en los trastornos locales y a distancia que aquejan muchas veces las mujeres.

El gran número de operaciones laparotómicas que en estos últimos treinta años se han practicado, ha permitido reconocer la naturaleza de muchas de las perturbaciones funcionales que a consecuencia de la desviación uterina aquejan

algunas mujeres, y los estudios que se han realizado, así como el empleo de medios positivamente curativos de tales desviaciones, han conducido al conocimiento exacto de la influencia que sobre el funcionalismo general y genital ejercen en algunas ocasiones los cambios de dirección de la matriz.

La desviación de la matriz puede afectar a la totalidad del órgano, cambiando su dirección hacia adelante o hacia atrás o flexionándose el cuerpo sobre el cuello, hacia adelante, hacia atrás o sobre un lado.

La inclinación exagerada del órgano hacia adelante denominase anteversión, y anteflexión cuando esta misma inclinación hacia adelante se realiza doblándose el cuerpo sobre el cuello.

Denominase retroversión a la inclinación hacia atrás de la totalidad del órgano uterino, y retroflexión, cuando la inclinación se realiza doblándose en esta dirección el cuerpo sobre el cuello.

Las lateroflexiones denominanse derecha o izquierda, según que el cuerpo del útero, al flexionarse sobre el cuello, se incline hacia la derecha o hacia la izquierda.

Schultze, Küstner, Martin y otros ginecólogos, han descrito con el nombre de anteposición y retroposición del útero a la propulsión hacia adelante o hacia atrás del órgano uterino, sin cambiar el eje total del mismo. Las anteposiciones y retroposiciones son siempre consecuencia del desarrollo de tumores en la cavidad pelviana, que empujan la totalidad del órgano hacia adelante o hacia atrás. Estos cambios en la situación del órgano uterino tienen por sí escasísima importancia, ya que el proceso determinante del cuadro sintomático es el tumor, sólido o líquido, que empuja hacia adelante o hacia atrás a la matriz.

Anteversión y anteflexión.

La situación normal del útero es la de anterversión flexión. El órgano en situación normal se halla inclinado y flexionado ligeramente hacia adelante. Esta disposición de flexión fisiológica del útero ha inducido a algunos ginecólogos, entre los cuales merece citarse a Otto Küstner, a negar a la anteversión y a la anteflexión el carácter de entidad patológica. Sin embargo, es indudable que la exageración de la anteversión normal, así como la del ángulo de flexión hacia adelante, que en el estado fisiológico presenta el útero, constituye un estado de anormalidad que merece ser considerado como proceso patológico.

ETIOLOGÍA.—Dos son las causas principales de la exageración de la anteversión flexión uterina. La parametritis posterior con retracción de los ligamentos útero-sacros, que llevando el hocico de tenca hacia atrás y hacia arriba, obliga al útero a bascular hacia adelante, exagerándose la posición

normal de anteversión; en realidad es una verdadera douglasitis o una retracción patológica del tejido parametral posterior, lo que determina la fijación anormal del útero, y por tanto la basculación hacia adelante del fondo del órgano.

Otra causa de anteflexión perfectamente reconocida por todos los clínicos es la hipoplasia uterina, localizada principalmente en la pared anterior. La falta de desarrollo del miometrio y del endometrio, que acompaña muy frecuente-



Fig. 318.—Anteversión uterina patológica.

mente a perturbaciones tróficas ovariales, es causa de una inclinación hacia adelante del cuerpo del útero, que, al flexionarse sobre el cuello, exagera su curvatura normal, convirtiendo en ángulo lo que en estado normal es una línea curva de concavidad anterior que no ocluye ni disminuye la luz de la cavidad uterina.

En la exageración de estas flexiones puede el ángulo que forma el cuerpo sobre el cuello llegar a constituir un espolón que dificulte la salida de la sangre menstrual y la penetración del espermatozoide.

Otra causa se ha estimado como productora de la anteflexión, sin que podamos darle el valor de hecho demostrado establecido por Martin, que atribuía a una subinvolución del miometrio en la zona de inserción placentaria,

cuando ésta se halla en la cara anterior de la matriz la causa de la anteflexión patológica.

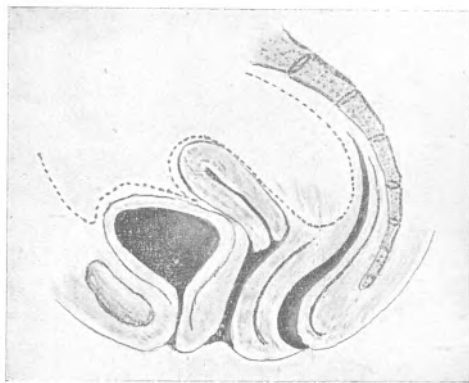


Fig. 319.—Posición normal.

y alteraciones hipoplásicas de la mucosa del útero a las que se une la dificultad que para salir tiene la sangre menstrual al encontrar ocluido el conducto uterino en el istmo, por el ángulo de flexión que hace el cuerpo sobre el cuello uterino.

En las mujeres casadas la esterilidad es otro de los síntomas que se presenta frecuentemente como consecuencia de la anteflexión exagerada, pero es raro que no vaya precedida la exploración ginecológica de una historia de dismenorrea de la forma más arriba descrita. Por lo general, el útero de estas enfermas es pequeño y apoya sobre el vértice de la vejiga, siendo en algunas ocasiones causa de trastornos en la emisión de la orina.

Al reconocimiento digital se encuentra, en los casos de anteflexión debida a hipoplasia uterina, un cuello pequeño, tapiroide, con el orificio externo muy estrecho, siendo difícil practicar el cateterismo como no se dé al histerómetro una curvatura muy pronunciada y no se haga tracción del labio posterior del hocico de tenca para enderezar ligeramente el eje de la matriz.

SINTOMATOLOGÍA.—La anteflexión exagerada, llegando a constituir un estado patológico, se observa frecuentemente en niñas en las que la dismenorrea obliga a la exploración ginecológica. La dismenorrea en estos casos es generalmente de origen múltiple, contribuyendo a hacer las menstruaciones dolorosas, muchas veces lesiones ovariales

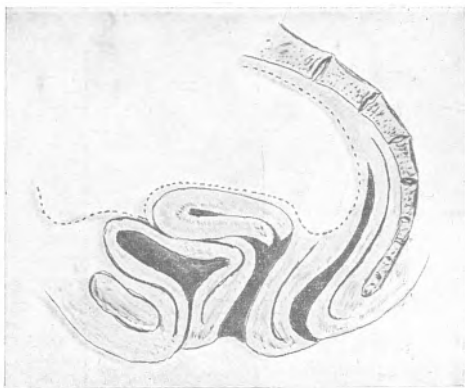


Fig. 320.—Anteversión exagerada.

En los casos en que no se halla flexionado el cuerpo sobre el cuello, los de verdadera exageración de la anteversión normal, se encuentra muy frecuentemente un cuello largo en una vagina corta insuficientemente desarrollada. El hocico de tenca, en la parte correspondiente al orificio externo, se apoya en la pared posterior de la vagina, y el fondo de saco vaginal se halla en este lugar completamente desplazado hacia arriba.

La tactación profunda permite reconocer una induración del tejido parametral posterior que fija de modo anormal al útero, y por el hecho de la aplicación exacta de la pared posterior al orificio externo, puede producirse una dismenorrea por dificultad de salida de la sangre menstrual al encontrarse el orificio de la matriz cerrado por la pared posterior de la vagina.

En los casos de anteversión muy exagerada, el útero puede hallarse aumentado de volumen, apoyándose sobre el vértice de la vejiga y determinando una disminución de la capacidad vesical, que se traduce por deseo frecuente de orinar.

Por lo general, tanto en la anteversión como en la anteflexión, el cuerpo del útero puede ser movilizado fácilmente con la palpación y el tacto combinados, no hallándose grandemente desviados los anejos del útero, ni presentando, en la inmensa mayoría de los casos, alteraciones flogísticas de estos órganos, cosa completamente contraria de lo que ocurre en las retrodesviaciones.

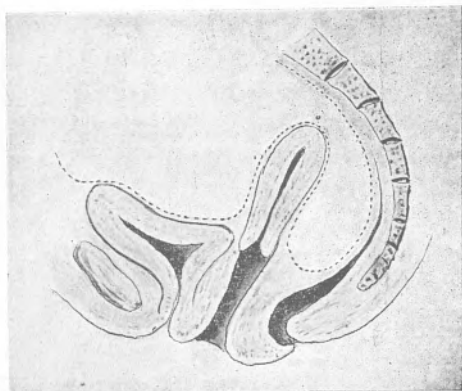


Fig. 321. —Primer grado de retroversión.

Existen casos de anteflexión de naturaleza puramente flogística, en que adherencias anormales del órgano uterino, con los anejos inflamados, han llegado a producir con el tiempo cambios en la dirección del útero, convirtiéndose la antedeviación en una desviación hacia atrás. Son, sin embargo, sumamente raras, y no forman nunca una entidad patológica aislada, sino que forman parte del complejo síndrome de la perimetritis-anexitis.

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.—Las antedevitaciones son, por lo que se refiere a la curación con restitución completa a la normalidad, de pronóstico algo desfavorable, no precisamente por lo que se refiere a la vida, pero sí por lo que atañe al restablecimiento de la función genésica. Los casos de anteflexión resultantes de la hipoplasia uterina pueden ser tratados por medio de las

corrientes galvánicas de pequeña intensidad en sesiones de cinco a diez minutos y con intensidades de 4 a 6 miliamperios, pudiendo influir de modo favorable en el desarrollo de la pared anterior del útero que sufre una detención evolutiva. La diatermia influye también favorablemente, empleada con alguna constancia por la mayor actividad circulatoria que imprime a los genitales.

La aplicación de pesarios vaginales, así como los tallos intra-uterinos para corregir las ante flexiones resultantes de las hipoplasias genitales, dan resul-



Fig. 322.—Anteflexión uterina patológica.

tados tan poco satisfactorios, que no creemos compensen de los peligros de infección y de las molestias que ordinariamente determinan. En los casos de procesos parametrales, en los que la retracción del tejido celular retro-uterino ha hecho bascular el útero hacia adelante en forma exagerada, fijando el hocico de tenca en el fondo de saco vaginal posterior, puede el amasamiento, la sismo-terapia, mejor aun la diatermia, cambiar las condiciones del tejido celular

parametral y restablecer total o parcialmente la dirección normal del útero con la restitución al completo fisiologismo.

Las operaciones cruentas para combatir las anteflexiones, las consideramos contraindicadas en los casos de parametritis posterior y de hipoplasias de la parte anterior del útero. Podrán tener su indicación en los contados casos en que el proceso etiológico se atribuya a un aborto cuyo huevo injertado en la cara anterior sea causa por la falta de tonicidad del útero que se flexione el cuerpo sobre el cuello. En un caso de esta naturaleza la escisión de una cuña de la pared posterior de la matriz y la sutura cuidadosa de sus bordes puede restablecer la dirección normal del órgano y lograr la desaparición de la dismenorrea por retención. Fuera de estos casos no consideramos los medios operatorios como indicados en el tratamiento de estas afecciones.

Retrodesviaciones.

Las desviaciones hacia atrás del órgano uterino obedecen a múltiples causas que pueden dividirse en dos grupos: 1.º, de naturaleza infectiva; 2.º, de naturaleza trófica. Entre estas últimas debemos colocar un gran número de retrodesviaciones que aparecen en vírgenes, en las que una vagina corta con un cuello uterino largo, y un cuerpo pequeño son sus acompañantes característicos. Por lo general, las retrodesviaciones en las dos modalidades de retroflexión o de retroversión, que aparecen en niñas y adolescentes, obedecen a una falta de desarrollo de la vagina con persistencia del estado infantil del útero, en el que persiste un desarrollo exagerado de la porción cervical y una falta de evolución y desarrollo de la porción corporal de la matriz. En estas anormales condiciones de evolución, la presión de las vísceras abdominales gravita sobre el fondo del órgano, y va inclinándola cada vez más hacia atrás, hasta modificar de modo completo lo que debe constituir el estado de anteversión flexión normal y lo convierte en un caso de retrodesviación.

La fijación del cuello uterino hacia la mitad anterior de la pelvis puede ser consecuencia de procesos flogísticos parametrales en la parte de tejido celular que constituye el paracistium; pero esto es del todo excepcional y no guarda relación alguna con el estado de retracción parametral posterior de que hemos hablado en el capítulo anterior, como factores productores de la ante-desviación. Martin ha insistido especialmente en considerar que el alargamiento de la pared anterior del útero a consecuencia de la implantación en ella del huevo y la falta de involución de la misma, conduce con frecuencia, sin estado infectivo de ninguna especie, y sólo por perturbaciones nutritivas, a la retrodesviación. Esa causa hemos tenido ocasión de comprobarla en múltiples ocasiones en que hemos practicado intervenciones a consecuencia de abortos incompletos. Sin infección de ninguna especie y sólo por un defecto de involución,

es muy frecuente encontrar después de un aborto en que no se manifiesta septicidad de ninguna especie, al útero en posición anormal de retroflexión.

Después de partos en que el proceso involutivo uterino ha sufrido una detención a causa de afecciones puerperales, se produce también frecuentemente la retrodesviación y si bien en los casos de procesos septicémicos pueden ser los anejos los determinantes del cambio de dirección del cuerpo del órgano, hemos tenido ocasión de observar gran número de enfermas en las que, sin antecedentes sépticos de ninguna especie, únicamente por causas que perturbaron la involución normal del útero, se produjeron retroversiones que deben ser consideradas de origen puerperal.

Dentro del grupo de las causas tróficas deben colocarse asimismo la relajación que experimentan los medios de sujeción del útero, principalmente los ligamentos útero-sacos y redondos. Es cierto que en estos últimos, en muchas ocasiones, el estiramiento se produce de modo consecutivo, pero existen muchas observaciones en las que el estado de atonía de los elementos musculares que integran los distintos ligamentos que fijan el útero en su situación normal, son la única causa que puede explicar los cambios de dirección hacia atrás del órgano.

Las causas de orden flogístico son múltiples, pero juegan el más principal papel en el origen de las retrodesviaciones, los procesos de inflamación anexial. Las inflamaciones tubo-ováricas conducen de modo rápido a la caída de la trompa y de los ovarios inflamados en el fondo de saco de Douglas, y como quiera que puestos en contacto estos órganos con la serosa uterina establecen muy pronto adherencias anormales, el proceso de retracción se realiza conduciendo de modo rápido a la retrodesviación.

Las inflamaciones unilaterales conducen a la laterodesviación; pero como lo más frecuente es que los procesos anexiales se produzcan en los dos lados a la vez, las adherencias anormales que se establecen entre los anejos y la cara posterior del útero, son causa de retracciones que conducen a la flexión más exagerada de este órgano, que llega a formar, con los anejos, un bloque completamente pegado y dirigido hacia atrás, de tal modo, que el fondo del útero corresponde a la pared anterior del recto, comprimiéndole sobre la cara anterior del sacro.

En algunas ocasiones, aun sin proceso flogístico, pueden producirse adherencias anormales entre la matriz y la cara anterior del intestino recto, ya que el contacto anormal y persistente de la cara posterior y fondo de útero contra la cara anterior del intestino recto, determina una caída del endotelio peritoneal y el establecimiento de neomembranas, en la formación de las cuales para nada intervienen agentes microbianos.

Lo más frecuente, sin embargo, es que las adherencias y retracción cicatricial, que cambian la dirección de la matriz en la forma que venimos

retrodesviación que toma el tipo de retroversión y la retroflexión. En la primera, el eje del útero no se halla cambiado más que en su dirección; en la segunda, se produce una flexión del cuerpo sobre el cuello que puede llegar a constituir un espolón que ocluya más o menos completamente la luz del conducto uterino.

Por lo general, en el estado de retroversión o retroflexión uterina, el órgano se halla aumentado de volumen; existe un estado congestivo permanente debido a la modificación que ha experimentado el órgano al inclinarse hacia atrás ha producido un estiramiento, y tal vez flexión de los plexos venosos, que llegan a disminuir el calibre de los mismos, y como quiera que los vasos arteriales no se han modificado y continúa afluyendo al útero igual cantidad de sangre, se produce un estado congestivo con aumento de volumen que en la sintomatología se traduce por la existencia de menorragias más o menos abundantes.

En las retrodesviaciones movibles pueden haberse fraguado ligeras adherencias de carácter no inflamatorio, de muy poca consistencia, resultantes de las alteraciones endoteliales sufridas por el peritoneo al establecerse contactos anormales que permiten, por la palpación y el tacto combinados, desplazar al órgano uterino y hacerle recobrar temporalmente la posición normal de anteversión.

Es más frecuente encontrar procesos de inflamación de trompa y anejos. Uno solo de estos órganos, o los dos, se hallan, por lo general, ocupando el fondo de saco de Douglas en una extensión mayor o menor, alterados por el proceso de inflamación salpingiana.

Las adherencias que se establecen en los casos de un proceso de inflamación anexial pueden llegar a ser tan íntimas, no sólo con el útero, sino con el intestino, que las tentativas de despegamiento representen un peligro de lesión de este órgano de muy acentuada gravedad. En casos de esta naturaleza, el estado congestivo del útero puede haber alcanzado al de inflamación, y las alteraciones del endometrio ser tan importantes que lleguen a recubrir la mucosa uterina de fungosidades sangrantes.

SINTOMATOLOGÍA.—La hemorragia es síntoma que acompaña muy frecuentemente a las retrodesviaciones, por el estado congestivo del órgano uterino.

En los casos de inflamación anexial puede la hemorragia del útero tomar el carácter de importante metrorragia.

Aun existiendo permeabilidad tubárica, existe muy frecuentemente esterilidad por el mal estado de la mucosa uterina que no permite el injerto del huevo, y caso de iniciarse su inserción, al llegar fecundado a la mucosa de la matriz, es arrastrado por la sangre que con tanta abundancia se derrama de los vasos de la mucosa uterina y la gestación no continúa.

En los casos de retrodesviación muy pronunciada, la tracción que hacia arriba ejerce el hocico de tenca puede dar lugar a una verdadera iscuria. La enferma siente dificultad para vaciar su vejiga, y frecuentemente existe incontinencia paradójica, hallándose la vejiga del todo repleta.

Es muy común, en los casos de retrodesviaciones, la existencia de estreñimiento. La presión que el fondo del útero ejerce sobre la cara anterior

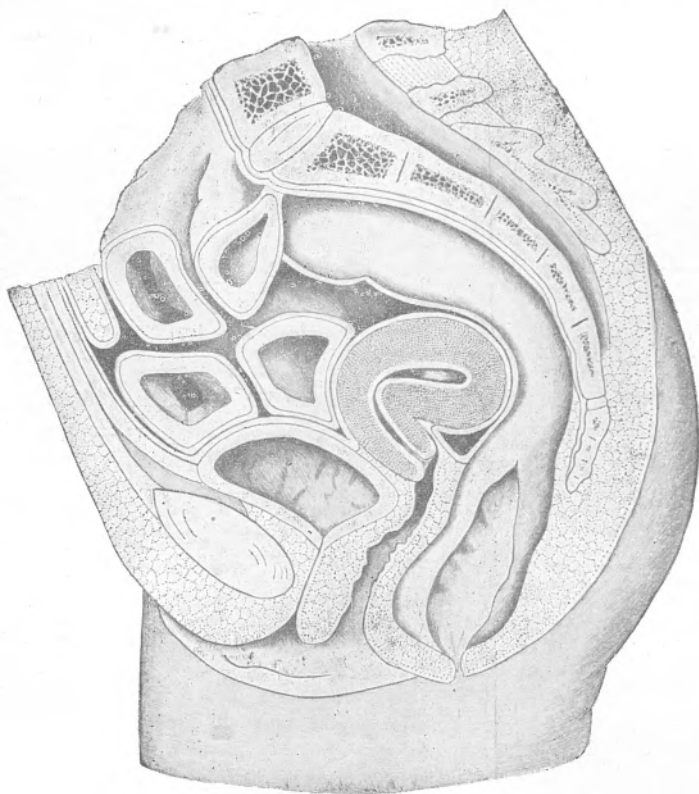


Fig. 324.—Retroflexión uterina.

del recto, puede llegar a producir oclusión mecánica del mismo, pero, por lo general, el estreñimiento no obedece a esta causa, sino a la pérdida del reflejo rectal que el contacto constante del fondo del útero sobre la pared anterior del intestino ha llegado a hacer desaparecer, y muy a menudo se observan enfermedades que a consecuencia de una retrodesviación uterina se pasan cinco días y más sin evacuar el intestino.

A la exploración encuéntrase, en el fondo de saco vaginal posterior, una superficie lisa y a menudo dolorosa, porque se comprimen con el órgano

uterino los anejos más o menos inflamados o en estado de acentuada congestión. Por la palpación no se encuentra el fondo del útero inmediatamente por encima y detrás de la sínfisis pubiana.

Si se practica la histerometría, es preciso curvar la sonda de modo bastante pronunciado e introducirla de modo invertido. Es muy frecuente que el estado congestivo del endometrio provoque fuertes dolores en cuanto el pico del histerómetro va recorriendo los puntos inflamados de la mucosa.

En los casos de retroversión o retroflexión movable, puede no existir dolor de ninguna especie, pero lo más frecuente es que la enferma se queje de dolores en la región lumbo-sacra, que en muchas ocasiones son más pronunciados al despertar por la mañana que cuando lleva algunas horas traginando. Esto obedece a que estando la mujer en el lecho en decúbito supino se exagera de modo considerable el estado de retrodesviación, y al levantarse se endereza algo su posición.

Frecuentemente, en los casos de retrodesviación preséntanse dolores locales y reflejos, gastralgias, cefalalgias, etc., etc. La neuralgia intercostal es muy frecuente, aun en casos en que no existan procesos anxiales de ninguna especie.

Cuando el proceso de retrodesviación es debido a una inflamación anxial, los dolores pueden ser muy vivos, así los locales como los reflejos, pero corresponden más al proceso flogístico que a la modificación en la dirección del órgano.

La influencia que sobre el funcionalismo general de la mujer tiene la retrodesviación, hemos tenido ocasión de comprobarla repetidamente, y contrario a la opinión de algunos ginecólogos que creen que los cambios de posición por sí no producen importantes perturbaciones funcionales, creemos nosotros que puede el solo hecho de la desviación uterina ser causa de graves trastornos reflejos.

Son muchos los casos observados en que cefalalgias y gastralgias persistentes, que habían resistido a todos los tratamientos, desaparecieron de modo definitivo y completo con el restablecimiento del órgano uterino a su dirección normal, alcanzada con la sola operación de Alexander-Adams.

DIAGNÓSTICO.—La retroversión puede confundirse con tumores fibromatosos que, desarrollados en la cara posterior de la matriz, ocupen el fondo de saco de Douglas, dando la impresión, al reconocimiento digital, que es el útero retrovertido lo que se percibe por el fondo de saco vaginal posterior. Es cierto que en muchas ocasiones los tumores miomatosos, desarrollados en la cara posterior del útero, atraen el órgano hacia atrás; pero la lisura de la neoplasia, lo indoloro de la compresión y el encontrar con la mano que verifica la palpación el fondo del útero inmediatamente detrás de la sínfisis pubiana, permiten establecer de modo preciso el diagnóstico.

En otras ocasiones son los anejos prolapsados en el fondo de Douglas los que llenan esta cavidad y dan la impresión al tacto de que puede ser el útero retrovertido. En estos casos se notan desigualdades que no corresponden a la lisura que ofrece el útero en retrodesviación y la tactación produce siempre dolores que llegan en algunas ocasiones a tener una gran intensidad.

De la misma manera que los tumores miomatosos arrastran al útero hacia atrás, lo arrastran también los anejos prolapsados en el Douglas. Es cosa frecuente hallar junto con una retroflexión uterina, anejos adheridos a la cara posterior del útero que dan la impresión de un grado más avanzado de desviación del que en realidad tiene la matriz.

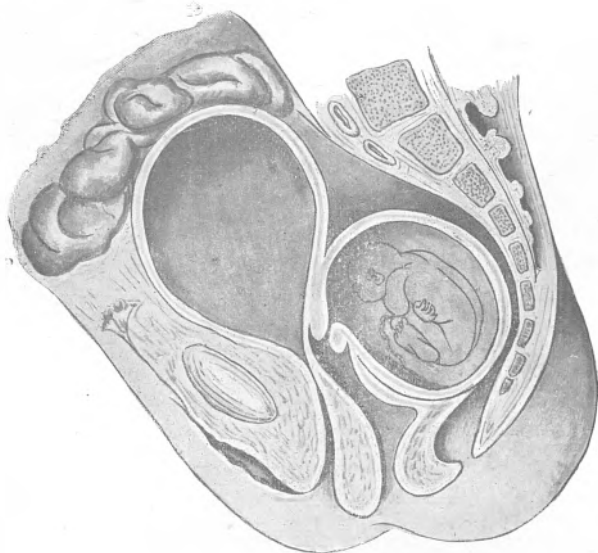


Fig. 325.—Retroversión con útero grávido y retención urinaria.

Si se práctica la exploración habiendo tomado la precaución de hacer evacuar por completo la vejiga y el intestino, el diagnóstico adquiere una certeza absoluta sin más medio de exploración que la palpación y el tacto combinados; pero cuando se trata de mujeres gruesas o cuando los anejos se hallan inflamados, puede resultar muy difícil establecer el diagnóstico, en especial en aquellos casos en que al proceso anexial o miomatoso se agrega un estado de retrodesviación. Para estos casos, así como para el de las mujeres de paredes abdominales gruesas, podrá ser necesario utilizar la anestesia general para realizar exploraciones perfectas que conduzcan a una seguridad diagnóstica.

Como medida de comprobación de los datos recogidos por la exploración

digital, puede hacerse el cateterismo de la cavidad uterina. Este medio exploratorio debe ser sólo de comprobación. Al histerómetro debe dársele la curvatura necesaria que corresponda a la que ofrezca el útero y que previamente se ha diagnosticado por la exploración abdomino-vaginal.

La introducción del instrumento dentro de la cavidad del útero exige el empleo de una suavidad extraordinaria empujando la sonda para que penetre en la cavidad del cuerpo de la matriz sin forzar resistencias de ninguna especie.

En los casos de retroversión y retroflexión, la curvatura del instrumento debe mirar hacia el sacro en vez de mirar hacia la sínfisis, como en los casos de útero normalmente situado.

Es de una importancia considerable establecer el diagnóstico de la clase de retrodesviación y, principalmente, el si ésta es movable o adherente, ya que la significación pronóstica y de tratamiento varía considerablemente en un caso de otro.

La facilidad con que puede reponerse el útero hacia adelante por medio de la palpación combinada con el tacto, permite suponer una retrodesviación movable; pero hay que tener presente que algunas de las adherencias que se establecen entre las dos hojas peritoneales, la que recubre el intestino y la de la cara posterior y fondo del útero, si no son de naturaleza infectiva, pueden tener tal flexibilidad que, aun hallándose el órgano uterino íntimamente unido con el intestino, se movilizan ambos, haciendo creer en una retrodesviación completamente libre de adherencias cuando existen soldaduras anormales.

PRONÓSTICO.—La retroversión movable puede curar espontáneamente cuando la causa de la misma se modifica. El restablecimiento de la tonicidad del plano perineal por medio de la gimnasia sueca o por procedimientos operatorios, puede ser suficiente para que el útero vuelva a la posición de anteversión, flexión normal.

La relajación de los ligamentos, que es una de las causas que más frecuentemente contribuyen a la retrodesviación, puede también ser modificada espontáneamente, y con ello el útero adquirir su posición normal.

Cuando no existen adherencias de ninguna especie, la gestación puede corregir la retrodesviación, y después del parto quedar un útero en posición normal, aun cuando esto no es lo que más frecuentemente ocurre.

La retrodesviación movable, que no ha impedido una gestación o no ha sido causa de que se interrumpiera, muy frecuentemente queda corregida de modo espontáneo durante la gestación; pero al venir el puerperio vuelve a quedar la matriz en la misma situación anormal que tenía antes de haberse iniciado el embarazo.

Las retrodesviaciones antiguas, aun sin actuar causa flogística de ninguna especie, ocasionan a la larga estados necrobióticos del endotelio peritoneal, que

dan lugar a la formación de neomembranas, que convierten en fijas, retroversiones que durante algún tiempo fueron movibles.

Las retrodesviaciones fijas, que dependen de procesos inflamatorios anexiales o de lesiones flogísticas peri y parametrales, no curan jamás espontáneamente. Se agravan muy frecuentemente los síntomas a medida que pasa tiempo, y en especial los fenómenos a distancia, dándose el caso de que lesiones antiguas de inflamación que en sus primeros tiempos apenas determinaron fenómenos reflejos de ninguna especie, al acercarse la mujer a la época de la menopausia se agravan y se presentan neuralgias, cefalalgias y perturbaciones en el funcionamiento gastro-intestinal, que no guardan, al parecer, relación con el estado del útero, pero que son consecuencia de los trabajos escleróticos de los tejidos inflamados, que producen compresiones y procesos neuríticos de los nervios pelvianos.

TRATAMIENTO.—Existen algunos casos de retrodesviación que por la ausencia absoluta de síntomas permiten no practicar tratamiento alguno. En muchas ocasiones, aun no existiendo dolores, preséntanse perturbaciones menstruales que exigen un tratamiento, ya que el estado congestivo de la mucosa, que se produce por la posición anormal del órgano, está destinado a ir aumentando con el tiempo y a que vayan apareciendo mayor número de molestias.

La primera cuestión que debe resolver el clínico, antes de instituir un tratamiento, es la de precisar si la retrodesviación es libre o adherente.

Retrodesviación movable.—La posición genupectoral, repetida durante unos meses en sesiones de diez a quince minutos todos los días, puede conducir a la curación de una retroversión movable. La gimnasia sueca, en los casos de falta de tonicidad del músculo elevador del ano, puede dar asimismo resultados curativos persistentes. La unión de estos dos medios físicos puede, en muchas ocasiones, evitar tratamientos más complejos.

El restablecimiento de la continuidad del diafragma pelviano, desgarrado en un tiempo por un parto, es un medio indirecto de tratamiento de una retrodesviación; pero claro está que si hay que recurrir a un tratamiento operatorio para actuar de modo indirecto sobre la retrodesviación, es preferible aprovechar el tiempo de la operación perineal para hacer el tratamiento directo operatorio para cambiar la estática del útero, aproximándola a su situación normal.

El amasamiento por el método de Thure Brandt sirve asimismo para el tratamiento de algunas retrodesviaciones en que existan neomembranas que unan anormalmente unos órganos pelvianos con otros. Para estos casos recomendaba Schultze romper las adherencias en una sola sesión, haciendo un

arrancamiento de las mismas por medio de la palpación y tacto combinados. Nuestra experiencia personal no aboga en favor de esta técnica, algo brutal, de Schultze, que tiene gran número de inconvenientes, ni tampoco por el método de Thure Brandt, que resulta ineficaz, si las adherencias son resistentes, y del todo ilusorio si las neomembranas son delgadas y flexibles.

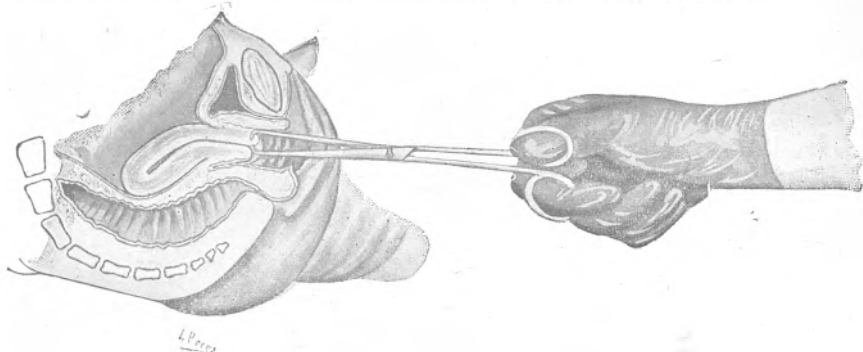


Fig. 326.—Reposición del útero retrovertido por medio de la tracción con una pinza de garfio.

La retrodesviación movable puede ser tratada por medio de aparatos protésicos denominados «pesarios»; pero hay que tener en cuenta que la aplicación de un pesario exige como tiempo primordial la reposición del órgano retrodesviado; su papel no es el de corregir la desviación, sino el de sostener

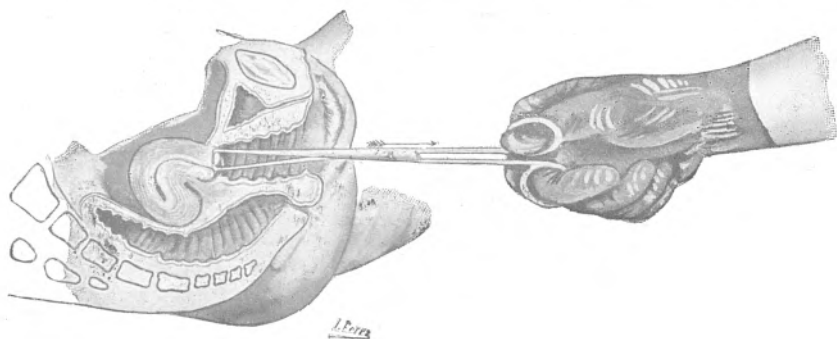


Fig. 327.—Primer tiempo para la reducción de una retroflexión por tracción sobre el cuello.

la posición en la que por medio de la reducción se ha colocado al órgano que estaba en situación anormal.

Para reponer el útero en su situación normal pueden seguirse diferentes técnicas. Una práctica antigua, que no tiene inconvenientes si no existen adherencias, pero que puede presentar incluso serios peligros si el útero está fijo por adherencias resistentes en su posición anormal, es la introducción del

histerómetro siguiendo la dirección del útero retrodesviado, y hacerle bascular para que se coloque la curvatura que miraba hacia el sacro en una dirección completamente opuesta, o sea hacia la sínfisis pubiana.

Cuando el útero es movable, esto es sencillo. Cuando está fijo, puede el pico del instrumento producir lesiones en la mucosa y aun en el parénquima, y determinar complicaciones de alguna importancia. Es un método que si es factible muy fácilmente, puede emplearse, pero a poca resistencia que haya que vencer es preferible prescindir de él.

La mejor manera para reponer el útero en su lugar se realiza por medio de la palpación y tacto combinados. Con uno o dos dedos introducidos en el

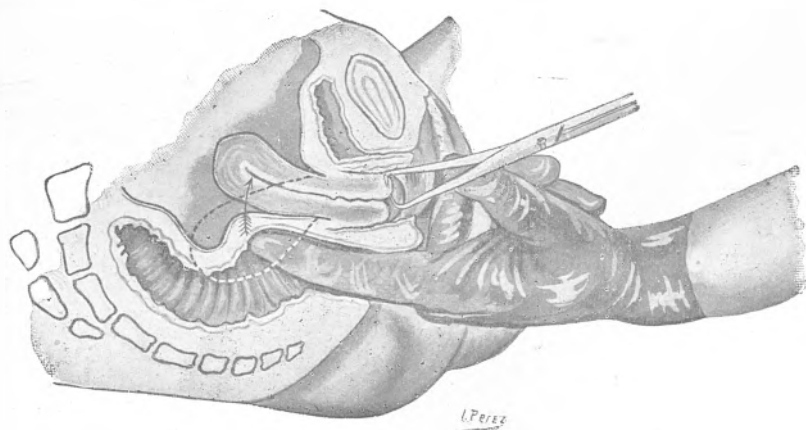


Fig. 328.—Segundo tiempo: por medio del tacto rectal, una vez enderezado el útero por tracción, se completa la reducción.

fondo de saco posterior empújase el fondo del útero hacia arriba, al tiempo que con la mano en la pared del vientre, inmediatamente por encima de la sínfisis pubiana, inténtase alcanzar el fondo del útero para bascularlo completamente hacia adelante.

En algunas ocasiones puede facilitarse la reducción del útero por medio de un dedo introducido en el interior del recto; en vez de producir la compresión hacia arriba del fondo del útero retrovertido por la vagina, se practica empujando la cara posterior hacia adelante y arriba.

Es muy conveniente para que la reducción pueda alcanzarse de modo fácil ayudarse con unas pinzas de garfio que, cogiendo el hocico de tenca, lo atraigan hacia la vulva, al tiempo que lo inclinan hacia atrás, procurando la basculación del órgano.

Una vez reducido el útero, es muy conveniente la aplicación de pesarios. Hay que desechar en absoluto los pesarios intra-uterinos, en un tiempo muy

en boga, porque están preñados de peligros de infección y son causa de dolores y muy frecuentemente de lesiones anexas; estos tallos puede decirse que hoy casi están excluidos de la terapéutica ginecológica en esta clase de afecciones.

Los pesarios que se emplean para el mantenimiento del útero una vez

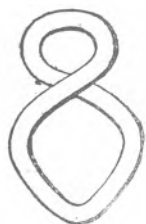


Fig. 229. - Pesario de Schultze.



Fig. 330. Pesario de Thomas.

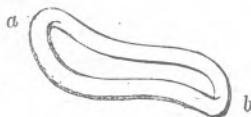


Fig. 331. - Pesario de Hodge.



Fig. 332. - Pesario de Smith.

reducido a su posición normal, deben ser de una substancia que no se puede alterar con la humedad de la vagina, y por tanto, desechamos en absoluto los de goma blanda, en la que se producen alteraciones que son causa de infecciones vaginales. Lo mejor es utilizar pesarios de celuloide o, mejor aun, de caoutchou endurecido, por la facilidad con que se pueden manejar y hacerles adoptar por la ebullición la forma que se considere conveniente.

Los pesarios de anillo de Dumontpallier no tienen aplicación alguna. Los inconvenientes que tiene su empleo para los casos de prolapso son aún mayores en las retrodesviaciones, la indicación de su uso en ellas no existe nunca.

Los más frecuentemente usados son los de Schultze, en forma de ocho de guarismo, en los que el anillo pequeño sirve para que el hocico de tenca se introduzca en él y la porción ancha del ocho se apoya

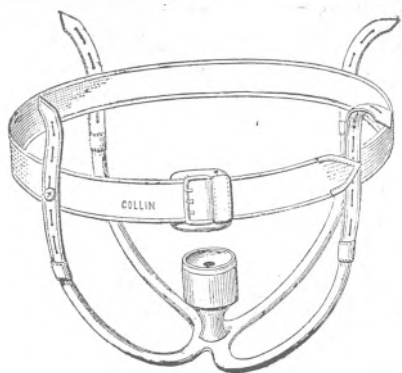


Fig. 333. Pesario de Borgnet para el prolapso uterino.

en la parte inferior de la vagina para obligar a que bascule la totalidad del órgano hacia adelante.

Los pesarios de Thomas y los de Hevit son hoy día muy poco usados, porque no cumplen el papel principal que deben tener estos aparatos protésicos, que es el de empujar el hocico de tenca hacia atrás, al tiempo que por la distensión de la vagina lo atraen en esta misma dirección.

El pesario de Hodge, tal como lo utilizaba el autor, no tiene gran aplicación, puesto que no presta al útero el apoyo necesario para que no vuelva a caer en la posición viciosa que antes de la reposición tenía, ni tampoco ejerce tracción suficiente para que la vagina coadyuve al mantenimiento de la reducción; pero este mismo pesario de Hodge, modificada su forma en el sentido de que represente visto de perfil un arco de concavidad anterior, produce excelentes resultados para el mantenimiento de la matriz en su posición normal.

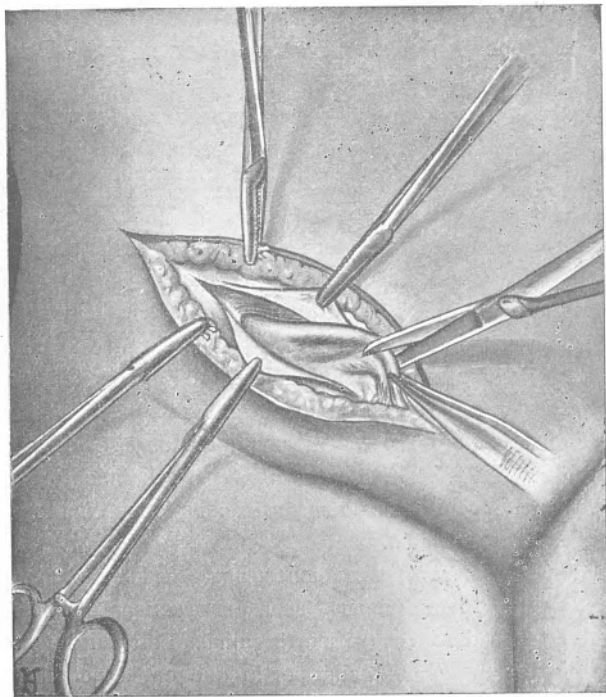


Fig. 334.—Operación de Alquie-Alexander-Adams, modificada.

En algunas ocasiones, por flacidez extraordinaria de la vagina o por una relajación extraordinaria de la parte que sujeta al útero, el pesario no produce efectos favorables de ninguna especie y hay que desistir de su empleo y recurrir a procedimientos quirúrgicos de tratamiento que conduzcan a la curación rápida del proceso.

MÉTODOS OPERATORIOS.—Para la corrección de las retroversiones que no han sido favorablemente influenciadas por la posición genupectoral, la

reposición y el uso de pesarios, pueden utilizarse medios quirúrgicos que quedan reducidos a los tres siguientes:

Acortamiento de los ligamentos redondos, histeropexia abdominal, histeropexia vaginal.

Acortamiento de los ligamentos redondos.—Los ligamentos redondos, cuyo acortamiento produce una tracción sobre los ángulos superiores del útero y, por lo tanto, le inclinan hacia adelante hasta aproximarle a su posición normal, puede realizarse bien por vía extraperitoneal o por vía intraperitoneal.

Procedimiento extraperitoneal o de Alexander.—Esta operación, ideada por Alquié hacia el año 40 del siglo pasado y ejecutada cerca de treinta años después casi al mismo tiempo por Alexander y por Adams, consiste en buscar en el orificio inguinal externo las fibras terminales de los ligamentos redondos, aislarles, verificar tracción sobre ellos, haciendo que el útero se incline completamente hacia adelante, fijándole en esa posición por medio de algunos puntos de seda, etc. La delgadez extraordinaria que ofrece el ligamento redondo a su salida del conducto inguinal, hace que muy frecuentemente se rompan las fibras constitutivas del mismo antes que se haya logrado bascular el útero hacia adelante. Es por este motivo que Roux aconsejó el primero incindir el conducto inguinal en una gran extensión para poder maniobrar sobre el ligamento redondo cuando tiene ya bastante consistencia, y evitar de este modo el que con la tracción que sobre él debe ejercerse se rompa. Kocher, Kustner, Werth, adoptaron este procedimiento, al que puede decirse que en la actualidad nos hallamos asociados todos cuantos practicamos con frecuencia esta intervención.

Casatti, en vez de hacer dos incisiones, una a cada lado, inmediatamente por encima del ligamento de Poupart, aconseja practicar una sola en la línea media que se extienda desde un orificio inguinal al otro. Este procedimiento no tiene ventaja de ninguna especie, por lo que en la actualidad se sigue como técnica más corriente la de practicar dos incisiones, una a cada lado, inmediatamente por encima del ligamento de Poupart, descubrir el orificio externo del conducto inguinal, incindirle en una extensión de unos tres centímetros, buscar en el fondo del conducto inguinal el ligamento, que se levanta con una espátula, verificar una tracción del mismo procurando ir empujando con una gasa el pliegue peritoneal, llamado conducto de Nuck, que acompaña al ligamento, para de este modo lograr la basculación completa del útero hacia adelante, en una posición muy parecida a la que tiene en estado fisiológico. Una vez acortado el ligamento redondo, puede seccionarse, o bien doblarlo, fijándolo a la aponeurosis del oblicuo mayor con puntos de seda, mejor que con catgut, que se absorbe demasiado aprisa. Se cierra después el conducto inguinal

al modo como se hace en la operación de Basini para las hernias inguinales, para de este modo impedir que por un punto débil de la aponeurosis pueda iniciarse más adelante un proceso herniario. Realizada la operación en ambos lados, el útero queda en una situación normal.

Es muy conveniente que la fijación del ligamento redondo a la aponeurosis del músculo oblicuo se haga de modo muy íntimo, porque de lo contrario, poco tiempo después de realizada la operación, si esta sutura se ha hecho con catgut, o no se han aplicado los puntos de seda suficientes para que se

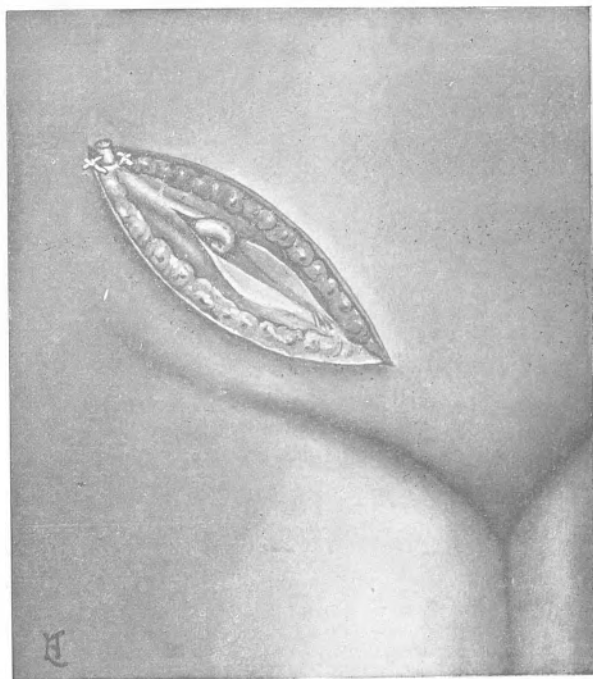


Fig. 335.—Fijación del extremo seccionado del ligamento redondo acortado en la aponeurosis del oblicuo.

mantenga el órgano en la posición que el acortamiento de los ligamentos redondos ha producido, cae nuevamente la matriz en la posición de retroversión o retroflexión que anteriormente tenía.

La operación de Alexander-Adams ha sido discutida por gran número de ginecólogos. Los inconvenientes que se la atribuyen, tales como la facilidad de su rotura, el efecto temporario resultante del acortamiento, etc., han caído completamente por su base, ya que en la actualidad la técnica que se emplea y los resultados obtenidos colocan esta intervención como una de las más sencillas y totalmente inocuas que se practican en Ginecología.

Son muchos los centenares de casos que tenemos operados por este procedimiento, y podemos decir que los discípulos de la Escuela de San Carlos se muestran tan partidarios de esta intervención, por su facilidad e inocuidad, que en la Clínica de Ginecología de la Facultad de Medicina apenas si es usado otro tratamiento operatorio en los casos de retrodesviación en que el útero esté perfectamente movable.

Acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos.—En oposición

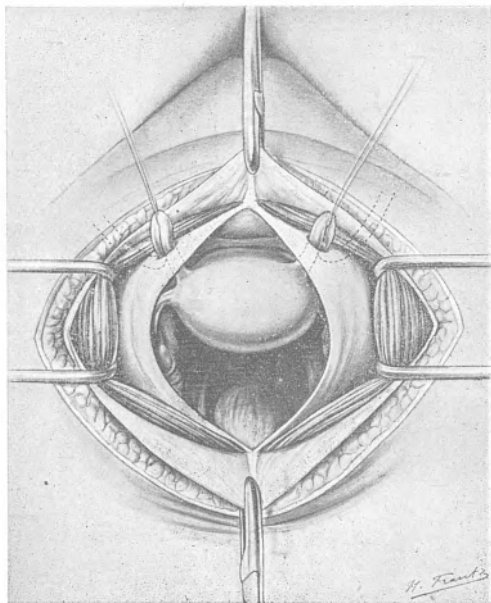


Fig. 336.—Fijación de los ligamentos redondos a la aponeurosis del oblicuo por el procedimiento del Doctor Iriarte, de Buenos Aires.

a ese procedimiento, que, por tratarse de operación extra-peritoneal, es completamente inocua, se practican otros sumamente sencillos en su realización, pero que no puede negarse tienen siempre algún peligro. Ha pasado la época en que todos los días aparecía un procedimiento nuevo de acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos, al que iba asociado el nombre de un ginecólogo, por cuyo motivo prescindiremos de las descripciones que en un tiempo llenaban los tratados de Ginecología para decir en líneas generales, que esta operación consiste en una laparotomía media, o en una pequeña incisión transversal suprapúbica que permita el fácil acceso a

la cavidad del vientre. Una vez hecho esto, se reconoce con el dedo si existen o no adherencias del útero con los órganos pelvianos. En caso negativo, búscanse los ligamentos redondos y se hace con ellos un pliegue, o se seccionan y suturan, después de atravesar los planos abdominales, a la aponeurosis del oblicuo, o bien se introducen a través del ligamento ancho para suturar los del lado derecho con los del izquierdo inmediatamente por detrás de la matriz, para formar una especie de lecho, o bien, sin cortarlos, se cosen en una gran extensión de su longitud a una porción de la pared abdominal. Los resultados obtenidos con todas estas técnicas intra-abdominales de sección, fijación o plegamiento, es que positivamente, y de modo fácil, se acorta la longitud de los

ligamentos redondos, y todos producen excelentes resultados para la cura de la retrodesviación movable; pero todos ellos tienen el inconveniente de ser operación intraperitoneal, y, dígase lo que se quiera, por sencilla que sea la maniobra, una laparotomía es siempre una operación que entraña un peligro para la vida, y en este sentido, en los casos de retrodesviación movable, no creemos que puedan compararse los procedimientos intraperitoneales con los extraperitoneales.

En los casos en que existan adherencias, este procedimiento tiene la ventaja de que puede romperlas, de que si hay anejos inflamados puede hacerse su extirpación, pudiendo llegarse incluso a hacer una castración total o subtotal; pero si el diagnóstico de la movilidad o de la fijeza del útero retrodesviado se ha hecho bien antes de abrir el vientre, no existe motivo de comparación entre los dos procedimientos. Si es movable, el extraperitoneal; si es fija, como quiera que el proceso de retrodesviación es lo menos importante, claro está que la intervención laparotómica es la más indicada.

Histeropexia abdominal.—Olshausen fué el primero en recomendar este procedimiento operatorio, descrito ya en el capítulo correspondiente al prolapso, para el tratamiento de las retrodesviaciones, por cuyo motivo no vamos a repetir su descripción y sí sólo decir que de nuestra práctica lo tenemos desechado en absoluto por perjudicial.

Tanto si se utiliza el procedimiento de Trelat como cualquiera de las múltiples variantes cuya descripción detallada se encuentra en todos los tratados clásicos de Ginecología, el inconveniente capital que tienen, es que además de ser operaciones laparotómicas y, por tanto, con cierto grado de peligro, fijan el útero en una posición anormal, que puede ser motivo de perturbaciones de carácter distócico si la mujer se hace embarazada. La histeropexia vaginal, recomendada por Mackenrodt y Dürhsen en la última decena del siglo pasado, ha caído también en desuso por los graves inconvenientes que tiene si la mujer se halla en período de actividad genésica, y porque no resiste a la comparación con los métodos extraperitoneales, ni como técnica sin peligro ni como corrección efectiva de la posición anormal. Tanto el procedimiento de Dürhsen haciendo una sección transversal en el fondo de saco vaginal anterior, separar la vejiga y penetrar en la cavidad peritoneal por el fondo de saco vésico-uterino, como el de Mackenrodt, en que, además de esta incisión, practica una longitudinal perpendicular a la primera para que el campo operatorio resulte mayor y pueda bascularse el útero hacia adelante, fijándole a los bordes de la incisión vaginal, tienen el inconveniente de ser operaciones intraperitoneales realizadas por vía vaginal, en que la posibilidad de la infección grave existe y la de ser en muchos casos, cuando no se fija el fondo del útero a la vagina, insuficiente para corregir de modo completo la retrodesviación.

Creemos que son operaciones que han pasado por completo a la historia a medida que va adquiriendo mayor importancia el método extraperitoneal en los casos que se halla la matriz retrodesviada, completamente libre de adherencias.

La corrección de las retrodesviaciones por colpotomías posteriores yendo en busca de los ligamentos útero sacros, como el procedimiento de Boisleux, unen a los inconvenientes de las operaciones de Dürshen y de Mackenrodt un número considerable de dificultades técnicas que hacen que los resultados curativos sean considerados como muy dudosos.

Para los casos de retroflexiones y retroversiones fijas que no pueden ser modificadas favorablemente de su estado flogístico determinante de la retrodesviación, por la diatermia y en que los fenómenos que la mujer aqueja son de gran importancia, el procedimiento operatorio de preferencia es la laparotomía, en que la extirpación total o parcial de los anejos se practicará según el estado de las lesiones.

Hace unos años intentamos en una porción de casos, después de desprendidas las adherencias flogísticas que fijaban el útero en su posición anormal, cubrir la superficie desnuda de útero y de intestino con panes de oro que impidieran que se establecieran nuevas adherencias. Los resultados que obtuvimos no fueron lo bastante satisfactorios para que continuáramos practicándolo, ya que los progresos que los medios físicos han logrado en el tratamiento de muchas anexitis nos inducen a rechazar casi todas las operaciones laparótomicas que con el nombre de cirugía conservadora se hacían hace algunos años. Somos partidarios de la laparotomía sólo en los casos que consideramos absolutamente precisa la intervención intra-abdominal; pero considerando que siempre la laparotomía es una operación grave, creemos que una vez practicada la abertura del vientre, se debe ser radical en el tratamiento del proceso que motivó la operación y no exponer a la enferma a la necesidad de una nueva operación al cabo de algún tiempo, por haber conservado con sus órganos, su enfermedad.

INVERSIÓN UTERINA

Del mismo modo que un dedo de guante se vuelve del revés, inviértese en algunas ocasiones la matriz, de tal manera, que la superficie interna mucosa se hace externa, en tanto que la peritoneal queda hacia dentro, formando una especie de embudo, al que son arrastradas las trompas y los ovarios.

ETIOLOGÍA.—Dos son las causas principales de la inversión uterina: la primera, relacionada con el estado puerperal, y la segunda, obedeciendo a influencias neoplásicas. Después del parto, en el período del alumbramiento, flácidas completamente las paredes del útero, el peso de la placenta o una tracción ejercida sobre el cordón puede dar lugar a la aparición de la cara interna del útero al exterior, produciéndose la inversión. La intempestiva tracción del cordón es, sin ningún género de duda, la causa más frecuente de la inversión uterina; pero puede asimismo provocarla la maniobra de Crédé, practicada cuando no hay contracción uterina.

En alguna acasión es el feto el que por cortedad excesiva del cordón ha iniciado antes de su salida el proceso de inversión, y pueda ésta llegarse a hacer completa en los casos en que se desprenda el feto sin tener quien lo sostenga, si el cordón es resistente y las adherencias de la placenta a la pared del útero son firmes.

Waissenberg y Verlain dicen haber observado casos de inversión uterina en abortos. Creemos nosotros, sin embargo, que es un fenómeno sumamente raro que en la primera mitad del embarazo pueda producirse espontáneamente la inversión de la matriz.

Durante el puerperio, la inversión es posible; pero el hecho es tan raro, que sólo una vez hemos podido observarlo en nuestra vida ginecológica.

La inversión que se produce durante el alumbramiento reviste siempre caracteres agudos. No así la que depende de procesos neoplásicos, que puede producirse repentinamente con unos caracteres tan agudos como aquellos que se verifican durante el alumbramiento, pero lo más frecuente es que revistan el carácter crónico desde el primer momento.

Los fibromiomas cavitarios, y aun ciertas formas de sarcomas, pueden, por la tracción que su peso ejerce, ser causa de inversión uterina.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—En la inversión aguda puerperal, el útero invertido puede salir en su totalidad por entre los labios de la vulva, teniendo la placenta del todo adherida, parcialmente desprendida, o habiéndose realizado del todo el desprendimiento de este anejo fetal.

La inversión puede ser completa o incompleta, según sea sólo el fondo del útero el que inicie su descenso, o llegue toda la superficie interna de la matriz a hacerse externa. El color es de un rojo vivo cuando la placenta se halla del todo desprendida, notándose las desigualdades corrientes al punto en que existía la inserción placentaria.

En los casos de placenta adherida, la coloración es mucho más oscura, el tamaño es mayor y se ve en un punto de la masa externa blanda, azulada, que

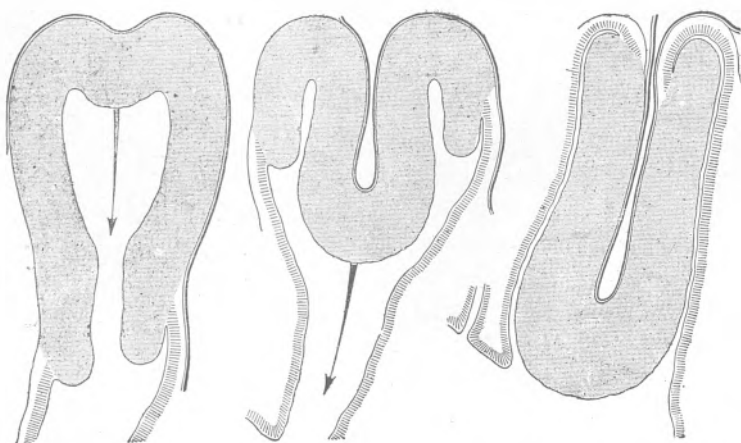


Fig. 337.—Mecanismo de la inversión durante el alumbramiento (Faure y Siredey).

corresponde a la placenta firmemente adherida al útero, salir del centro, o lateralmente, el cordón umbilical.

La inversión crónica puede ser asimismo completa e incompleta. Pero como quiera que reviste, por lo general, caracteres de gran cronicidad, no es infrecuente que, al ir la enferma a la consulta del ginecólogo, la tumoración causante de la inversión haya ya desaparecido o se haya desprendido desde hace mucho tiempo y que sea sólo la matriz la que asome entre los labios de la vulva. En estos casos, el órgano es sumamente pequeño, se halla retraído y su coloración es de un rojo muy pálido.

SINTOMATOLOGÍA.—En las inversiones agudas el fenómeno dolor rara vez falta. La mujer siente que se desprende algo de sus genitales, y una sensación de molestia y angustia extraordinaria, acompañada de trastornos bastante

vivos, le anuncia la anormalidad de lo que está ocurriendo en su matriz. A este proceso sigue una hemorragia muy variable, según cuales sean las condiciones en que la inversión se realiza. Si la placenta está completamente adherida, caso raro, la hemorragia puede ser casi nula. Si la placenta se ha desprendido completamente, existe pérdida de sangre abundante, pero no en proporciones alarmantes. Mas cuando la placenta está parcialmente desprendida, la cantidad de sangre que pierde la mujer en pocos minutos puede ser suficiente para producirle la muerte.

Aun sin llegar a ello, la anemia grave profunda, es el fenómeno que se produce rápidamente en estas condiciones. Al examen físico se encuentra que

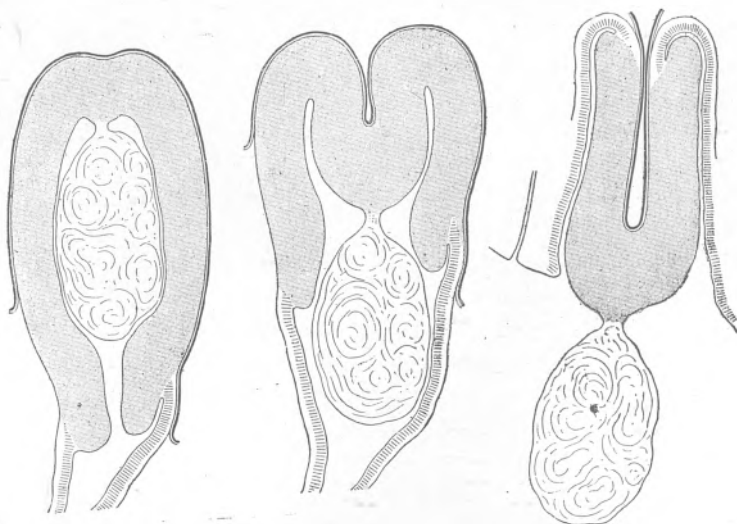


Fig. 338.—Mecanismo de la inversión en un caso de pólipo uterino (Faure y Siredey).

no existe el globo uterino por encima del hipogastrio; en cambio, entre las piernas de la enferma se halla una tumoración, de tamaño muy considerable en algunas ocasiones, que se la ve sangrar por todas partes.

Si se pretende hacer el tacto, el dedo que se introduce en la vagina encuentra prontamente un fondo de saco que no puede franquear, hecho que ocurre también si en vez del dedo se utiliza el histerómetro para hacer esta exploración.

El útero invertido, cubierto total o parcialmente por la placenta o libre de ella, permite reconocer en la porción más saliente de la misma y a los lados los dos orificios tubáricos, que pueden ser fácilmente cateterizados.

La vejiga, muchas veces por el proceso de tracción que ha experimentado al desplazarse la matriz, no ha podido vaciarse de su contenido y la retención

de orina no es infrecuente, como síntoma que acompaña a las inversiones agudas.

En las inversiones crónicas los síntomas no presentan el cuadro alarmante que acabamos de mencionar en ningún caso. Lo más frecuente es encontrarse con una tumoración fibromiomatosa de un tamaño variable, que está insertada por un pedículo algo ancho en una superficie lisa, no tan dura como la misma tumoración fibromatosa.

Puede esta inversión ser total o parcial, y es más frecuente encontrar inversiones parciales, que se corrigen espontáneamente al expulsarse el pólipo o que desaparecen después de practicarse la extirpación del pedículo del fibroma, que una inversión completa, en la que toda la mucosa se perciba al exterior.

DIAGNÓSTICO.—Puede confundirse la inversión uterina con una tumoración fibromatosa o sarcomatosa que asome por la vulva; pero el reconocimiento por palpación y tacto combinados permite establecer de modo preciso el diagnóstico, ya que en el caso de tratarse de una tumoración neoplásica, el fondo de la matriz puede ser perfectamente apreciable por encima de la sínfisis pubiana.

El histerómetro, aplicado cuidadosamente, puede servir de elemento diagnóstico de primer orden; en caso de tratarse de una inversión, la longitud total del instrumento que puede penetrar es de muy pocos centímetros, en tanto que en los casos de tumoraciones neoplásicas la longitud de la cavidad del útero es la normal, o aun se halla algo aumentada. Las figuras de la página 576 señalan esquemáticamente la diferencia que en uno y otro caso se puede apreciar por el histerómetro.

EVOLUCIÓN. — Las formas agudas pueden conducir a una anemia tan rapidísima y grave, que la enferma muera en breve tiempo. Si se ha logrado cohibir la hemorragia, pueden suceder dos cosas: bien, por medio del tratamiento oportuno, se logra la reducción, bien, experimentando un trabajo de involución en el estado anormal en que se halla colocada se convierte la inversión aguda puerperal en una inversión crónica.

En los casos de inversión crónica primitiva, el proceso puede experimentar una regresión y verificarse espontáneamente la reducción de la matriz. Más frecuente es que el útero invertido vaya estableciendo adherencias por su cara interna peritoneal y que la trompa y los ovarios vayan penetrando en el fondo de saco que forma la matriz invertida dentro de la cavidad pelviana y que se mantenga de modo definitivo la inversión sin tendencia ninguna a la curación espontánea, aumentando de día en día la serie de dolores que la enferma experimenta y los trastornos, no sólo locales, sino a distancia, que el desplazamiento de la porción anexial determina.

TRATAMIENTO.—En los casos de inversión aguda, el problema que se presenta es el de verificar inmediatamente la reinversión por medio de la taxis. Al igual que para la reducción de una hernia, interesa grandemente no empujar el útero invertido por el fondo, sino procurar que reingrese la primera, la última parte salida, es decir, hacer la compresión por la porción de útero más próxima a la región cervical.

Denoucé divide la taxis en central y lateral. En realidad, esta división

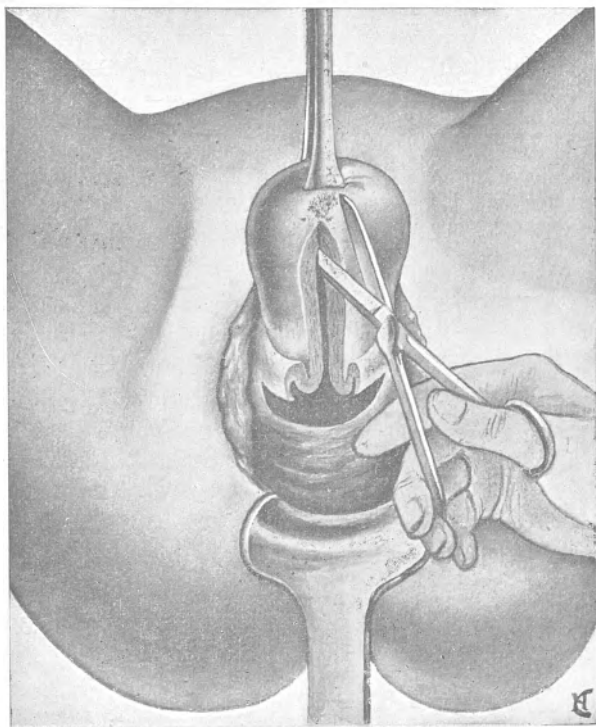


Fig. 339. —Operación de Küstner para reducir la inversión uterina.

viene impuesta por los procedimientos quirúrgicos generales que en la reducción de las hernias se practican ya desde muy antiguo.

En los casos de inversión reciente, puede presentarse el problema, cuando la placenta se halla completamente adherida, si antes de practicar la taxis es conveniente desprender o no la placenta.

Cuando se trata de un desprendimiento parcial, el problema no existe, ya que la importancia de la hemorragia exige el rápido desprendimiento de la totalidad de la placenta para comenzar la taxis en buenas condiciones; pero cuando la placenta se halla del todo adherida y no sangra por ninguna parte, la

reintegración del útero invertido es más difícil, porque al tamaño del órgano se agrega el de la placenta, pero, en cambio, si la reintegración puede hacerse, la operación se realizará sin pérdida alguna de sangre.

Teniendo presentes estos hechos, creemos nosotros que no puede ni debe establecerse un principio absoluto general para casos de esta naturaleza, sino resolverlos del modo que resulte más fácil y con menos riesgo en cada caso particular.

Si hay posibilidad de reintroducir el útero sin que se produzcan grandes pérdidas hemáticas, debe realizarse; pero a poco que las dificultades sean grandes, es preferible proceder al desprendimiento de la placenta y verificar la taxis lateral en la forma expuesta anteriormente.

Para los casos crónicos se ha aconsejado intentar la reducción mediante el colpeurynter o por medio de un pesario de Gariel, que ejerciendo una presión constante sobre el útero invertido, le obligue a reinvertirse. Este procedimiento debe ser desechado en absoluto por ineficaz y porque se opone al principio general de verificar la reducción, comenzando la taxis por el punto que últimamente se invirtió.

Hace ya más de cuarenta años que Gaillard Thomas, recomendó la práctica de la laparotomía para lograr la reducción del útero por vía abdominal. Este procedimiento no tiene en la actualidad justificación de ninguna especie. Tampoco tiene justificación, salvo en los casos en que existan degeneraciones neoplásicas sospechosas de malignidad, la práctica de la histerectomía que en un tiempo se recomendó para combatir la inversión crónica de la matriz.

Otto Küstner ha dado la técnica operatoria para resolver de modo fácil la inversión crónica del útero que no pueda ser reducido por medio de la taxis manual. Consiste la operación de Küstner en practicar una colpótomía posterior, introduciendo un dedo dentro de lo que forma cavidad peritoneal del útero invertido. Con una tijera se secciona desde el cuello hacia arriba toda la cara posterior del útero, y una vez hecho esto resulta sumamente fácil el colocar el órgano en su disposición normal. El tiempo final de la operación consiste en la sutura del cuerpo del útero, del cuello y la oclusión de la herida vaginal, que se dejará con desagüe o sin él, según la cantidad de garantías de asepsia que hayamos podido obtener durante la operación.

Spinelli, en vez de practicar la incisión posterior, la hace por la parte anterior, desprendiendo la vejiga de la orina. La reducción es asimismo fácil, y creemos que en la elección de la cara anterior o posterior, más que como regla general, debe atenderse a las condiciones particulares de cada caso.

Desde la entrada en la terapéutica operatoria del procedimiento de Küstner, la inversión crónica del útero ha dejado de ser una enfermedad incurable que en muchas ocasiones había sido tratada por la extirpación total del útero.

VICIOS DE CONFORMACIÓN DEL ÚTERO

La detención de desarrollo de los conductos de Müller es la causa de las anomalías que el útero presenta en su número, conformación y relaciones.

La detención de desarrollo de los conductos de Müller puede producirse en los primeros tiempos de la vida embrionaria, antes que la fusión de la parte inferior de los mismos se haya realizado, o bien después que la unión se haya verificado. Las anomalías son tanto más importantes cuanto más atrás de la vida embrionaria se produzcan.

Ausencia de útero.

Es sumamente rara la falta absoluta de útero; ello supone una ausencia completa de conductos de Müller, y sólo se encuentra en casos en los que existen otros vicios o defectos de desarrollo que hacen imposible la vida extrauterina de los fetos. En casos de esta naturaleza, el intestino se halla en relación directa con la vejiga y no se encuentran tampoco vestigios de glándula genital.

La existencia de un útero rudimentario ha sido confundida muy frecuentemente con la ausencia total; en estos casos, como el de la figura publicada por Veit, existe una pequeña cinta engruesada, a la que van a parar las trompas muy escasamente desarrolladas, y se continúan con un cordón fibroso por abajo, que es el rudimento de la vagina.

Excepcionalmente, en un útero falto así de desarrollo se hallan vestigios de cavidad tapizada por elementos epiteliales.

Los ovarios se hallan también en estado rudimentario o no existen; la función menstrual no sólo no se presenta, sino que, por lo general, tampoco existe molimen menstrual.

Los genitales externos pueden presentar vicios de desarrollo, pero se presenta muchas veces esta anomalía en mujeres que tienen los genitales externos regularmente desarrollados; la atención se dirige a los genitales al ver que pasan los años de la menarquia y la menstruación no aparece. Algunas mujeres llegan al matrimonio, y sólo al ver que la función del coito no se puede realizar, es cuando acuden al médico. Hemos tenido ocasión de observar en un caso de útero rudimentario con ausencia de vagina y de

ovarios, que la conformación exterior de los genitales era tan normal, que incluso se podía realizar el coito de modo incompleto, empujando el vestíbulo hacia arriba, que se había alargado de tal manera en fondo de saco, que parecía una vagina corta.

El diagnóstico de ausencia de útero se establece mediante la palpación combinada con el tacto rectal; la existencia de un cordón duro que se continúa hacia arriba y a los lados, hace presumir la existencia de un útero rudimentario; el reconocimiento de los ovarios obliga a hacer alguna tentativa de tratamiento quirúrgico combinado con los de electricidad galvánica y amasamiento; la ausencia de ovarios debe inducir a la abstención completa de todo tratamiento.

La ausencia de hocico de tenca no es un vicio de desarrollo, sino un estado de atrofia consecutivo a procesos de naturaleza infectiva; en algunos casos de superinvolución uterina y en estados de inflamación parametral, el cuello uterino desaparece y queda sólo en el fondo de la vagina un pequeño

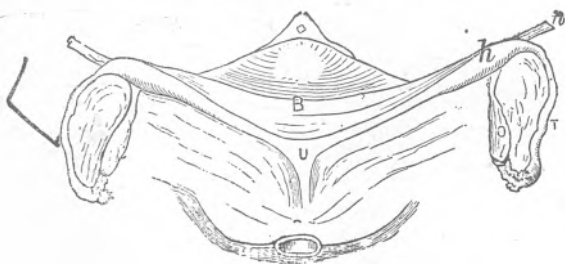


Fig. 340.—Útero rudimentario (Veit).

orificio, por el que aparece alguna cantidad de flujo, y la sangre de la función menstrual, cuando el proceso atrófico no ha interesado la totalidad de la matriz.

El cateterismo de la parte de cavidad que queda, permite diferenciar este estado de atrofia del de la ausencia de útero; por otra parte, el historial de la enferma acusa en un caso ausencia total de funciones genitales desde siempre, y en el otro la historia es la de la desaparición de las que en un tiempo existieron.

Falta de fusión de los conductos de Müller.

Cuando los conductos de Müller no se fusionan para constituir un órgano único medio, cual es la forma normal en la especie humana, producense diversas anomalías, cuyos tipos principales pueden reducirse a tres:

1.º *Útero didelfo o doble*.—En esta malformación la falta de fusión interesa al cuerpo y cuello de la matriz de modo que representan dos órganos completamente independientes adosados el uno al otro, terminando cada uno en la parte superior en un solo ángulo que se continúa con la trompa. Por lo

constituye el verdadero factor de la distocia, por impedir la normal acomodación del feto.

La separación de las dos mitades del útero alcanza en algunos casos hasta la porción inferior del órgano; parecen dos úteros independientes muy próximos a la forma didelfa, pero se hallan en algún punto fusionados de tal modo que la separación no es posible.

Los úteros bicornes pueden en algunos casos terminar inferiormente con dos hocicos de tenca perfectamente independientes, correspondiendo a una vagina tabicada, o terminar en un solo hocico de tenca, cuyo conducto cervical se bifurca inmediatamente por encima del orificio externo del útero.

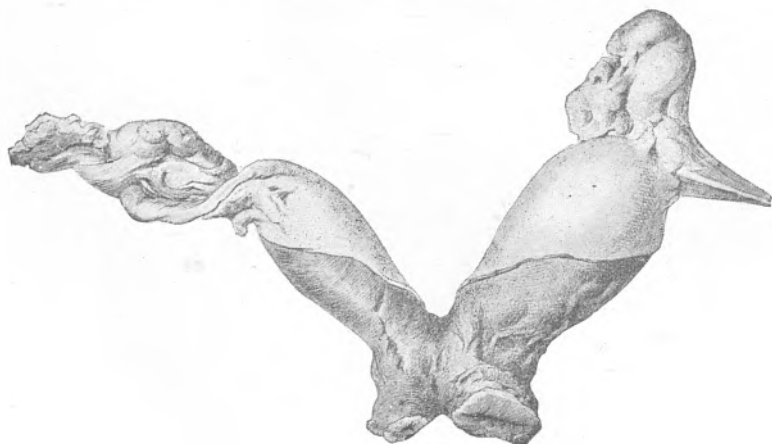


Fig. 342.—Útero bicorne con doble hocico de tenca.

El caso publicado por el Dr. Cospedal (hijo) en la *Revista Española de Obstetricia*, núm. 41, pertenece a los bicornes con vagina tabicada e independencia completa de las dos cavidades.

Las mismas consideraciones clínicas que hemos apuntado para el útero didelfo, en lo que se refiere a la gestación, son aplicables al útero bicorne o bicervical.

3.º *Útero bilocular*.—En este vicio de conformación la disposición exterior parece normal; la unión de los dos conductos de Müller se ha verificado, pero la desaparición del tabique no; la separación entre las dos mitades de la matriz persiste total o parcialmente; en unas ocasiones es sólo un espólón de la parte superior lo que no ha desaparecido, en otras queda todo el tabique formando dos cavidades, completamente independiente, que por abajo pueden abocar cada una a una mitad de vagina tabicada o a una única, por haber desaparecido en su totalidad el tabique de separación de las dos mitades del órgano.

El tabicamiento completo puede permitir una gestación unilateral, y tal vez

una doble, realizada en épocas no muy separadas la una de la otra, si las modificaciones deciduales de la mucosa del lado en que no se injerta el huevo lo permite.

Falta de desarrollo o ausencia de un conducto de Müller.

Útero unicorne.—Este vicio de conformación depende de la falta de uno de los conductos de Müller, bien por no existir de modo primario, o por haber sufrido un proceso de atrofia. En estos casos el útero no termina por su parte

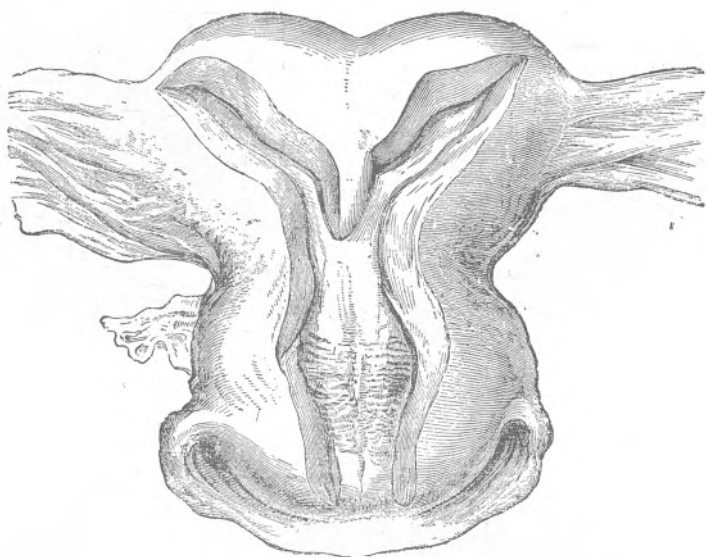


Fig. 343.—Útero arqueado (Earnes).

superior más que en un cuerno que se prolonga con la trompa, no existiendo en su cavidad más que un orificio tubárico. En realidad el órgano es la mitad de lo que debiera ser; pero puede su desarrollo hacerse tal, que llegue a servir lo mismo que si estuviera constituido por las dos mitades.

En algunos casos el conducto de Müller que no se ha desarrollado, queda formando un cordón que puede tener en su centro un pequeño conducto que, abocando al cuello uterino, ponga en comunicación la cavidad de éste con la de una trompa, también rudimentaria, abierta en la cavidad peritoneal por un esbozo de pabellón. Este útero rudimentario, unilateral, da algunas veces lugar a una variedad de gestación que, por los accidentes que determina, es en un todo semejante a la gestación tubárica.

El útero unicornio es difícilmente diagnosticable; la inmensa mayoría de los casos publicados pertenecen a enfermas que fueron operadas por causa de gestaciones diagnosticadas como extra-uterinas, y cuyos accidentes obligaron a la intervención operatoria.

Accidentes resultantes de anomalías de desarrollo y vicios de conformación del útero.

Cuando la falta de desarrollo interesa a todos los genitales la salud de la mujer puede no hallarse alterada en lo más mínimo; la ausencia de útero y de trompas, si va al propio tiempo acompañada de la ausencia de ovarios, puede no tener repercusión alguna sobre el estado general, y la enferma ignorar que

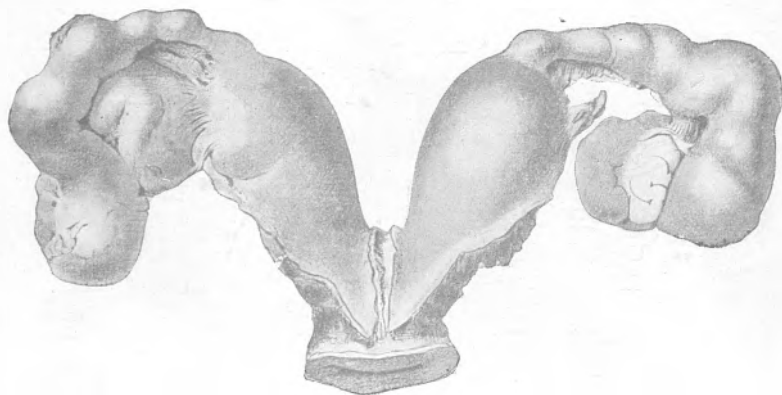


Fig. 344.—Útero bicornue con doble hematosalpinx.

lo es, y sólo llamar su atención la falta de función menstrual. Otra cosa ocurre cuando los vicios y detenciones de desarrollo interesan sólo a una parte de los genitales. La existencia de ovarios y falta de útero puede dar lugar a fenómenos exagerados de onda menstrual que repercutan sobre el estado general de la enferma.

El desarrollo completo de los genitales altos y la detención del de la vagina da lugar a accidentes de retención que, iniciándose en este órgano, ascienden hasta el útero y las trompas, dando lugar al hematometra y hematosalpinx y más adelante si se infectan los productos retenidos a pìocolpos, piometra y pìosalpinx.

En un útero anormalmente desarrollado pueden estos accidentes revestir formas del todo especiales; así, por ejemplo, en un caso como el de la figura 345, perteneciente al Dr. Cospedal, la infección de un útero dió lugar a un pìocolpos con piometra unilateral, quedando completamente sano el útero

del otro lado. Cuando se trata de úteros bicornes, la retención de sangre o de pus, da lugar a una tumoración bilateral con todos los síntomas de la doble

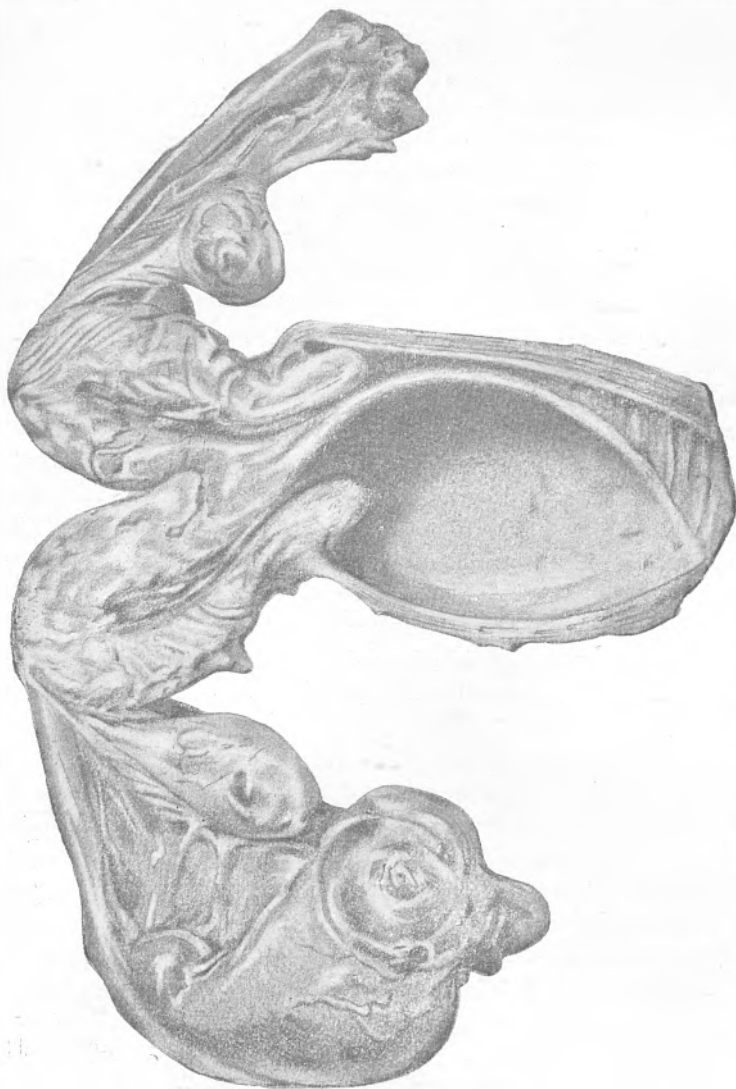


Fig. 345 —Útero doble bicornio con vagina tabicada y hematocolpos del lado izquierdo (Cospedal, hijo).

colección en la parte alta formando una tumoración única situada en la línea media en la porción inferior.

La existencia de un útero rudimentario puede ser causa de una gestación, en que, por las malas condiciones que tienen las partes para que en ella se

desarrolle un huevo, den lugar a accidentes del todo análogos a los de la gestación tubárica.

Hematometra.

De los procesos resultantes de los vicios de desarrollo de los genitales, el más importante es la hematometra, o colección de sangre dentro de la cavidad del útero, por hallarse imposibilitada su salida al exterior por efecto de una atresia congénita o adquirida de la parte inferior de la matriz o de la vagina.

La sangre menstrual, al verterse en la cavidad de la matriz, sale por su propio peso a la vagina, y de ahí al exterior; cuando por un proceso congénito o adquirido, su salida no es posible, se acumula en el interior del útero, dando lugar a la formación de una colección hemática, que va aumentando todos los meses, distendiendo las paredes del órgano y ocasionando un conjunto de síntomas que pueden, por su intensidad, llegar a producir estados de positiva gravedad.

La colección de sangre en la matriz se acompaña muy frecuentemente de otra análoga en la cavidad de la vagina, si la oclusión genital se halla situada en la entrada de este órgano o en su parte baja, y es muy frecuente hallar también colecciones hemáticas en las cavidades tubáricas, constituyendo hematosalpinx.

Excepcionalmente se hallan casos como el de la figura 345, que con una distensión pequeña de útero se han formado ya colecciones hemáticas salpingianas; lo más común es que el hematosalpinx se forme cuando el hematometra ha adquirido gran volumen.

Los síntomas del hematometra, si interesa a la totalidad del útero, son: ausencia de flujo menstrual, cada mes, en días aproximados de fecha, la mujer experimenta los fenómenos de la onda menstrual, que van seguidos de una sensación de tensión en el hipogastrio y de dolores más o menos intensos; en algunos casos son éstos tan fuertes, que la mujer se ve obligada a guardar cama y debe recurrir a los calmantes. Pasados dos o tres días, los dolores cesan, queda sólo la sensación de plenitud del hipogastrio, y a los pocos días recobra, al parecer, un estado normal de salud, hasta que pasadas cuatro semanas se repiten los mismos síntomas, con intensidad variable unos meses de otros.

A la exploración física, en los primeros tiempos, puede no hallarse modificación alguna, pero a medida que van pasando los meses obsérvese, por tacto rectal y por palpación, la formación de un tumor que en los días de la crisis es de volumen mayor, y muy doloroso, convirtiéndose en indoloro y disminuyendo de volumen en el intermedio de las mismas.

El estado general de la enferma se perturba a fuerza de la repetición de

los sufrimientos mensuales, llegando a ocasionar estados de profunda preocupación la alteración que en la salud experimenta la paciente.

En un estado de pequeñas variaciones en las crisis pueden pasarse años y adquirir la tumoración volúmenes considerables, o disminuir la intensidad del sufrimiento a medida que el tiempo va transcurriendo. La mucosa uterina, en algunas ocasiones, sufre tal alteración, que lo que en un principio eran derrames abundantes de sangre menstrual que se retenía, son apenas algunas gotas las que se acumulan cada mes.

La exploración de la vagina da síntomas muy distintos, según cuál sea el punto donde la oclusión o atresia genital existe. La ausencia de vagina, la imperforación del himen, la atresia cervical, dan síntomas muy distintos, ya que en unos casos el hematocolpos es el fenómeno inicial, y en otros no existe anormalidad alguna en la parte baja de los genitales.

En los casos de útero didelfo, y en los bicornes con atresia del orificio cervical alto, puede existir a la par que una hematometra lateral, la salida regular de sangre menstrual procedente del útero sano; estos casos son muy difíciles de diagnosticar; sólo los datos de aparición paroxística del dolor, coincidiendo con las épocas menstruales, puede hacer sospechar su naturaleza.

La complicación más importante de estas colecciones hemáticas es la infección de las mismas; por efecto de reconocimientos intempestivos no asépticos o espontáneamente por entrada de agentes que desde el intestino hayan alcanzado la cavidad genital atravesando sus paredes, prodúcese a veces la infección del contenido hemático que se convierte en purulento, tomando el nombre de piocolpos cuando la transformación es del contenido de la vagina, piometra, cuando es el del útero y piosalpinx, cuando ha afectado al de las cavidades tubáricas.

Los fenómenos sépticos que estas colecciones determinan pueden llegar a producir estados de extrema gravedad y aun ser causa de la muerte de la enferma; si los fenómenos no adquieren extraordinaria agudez, los síntomas de la transformación purulenta se manifiestan por elevaciones de temperatura precedida de escalofríos repetidos que alteran de modo progresivo el estado general de la enferma.

El recuento leucocitario nos puede revelar la transformación purulenta de un hematometra por presentarse en estos casos una acentuada leucocitosis (15 á 20.000 por mm.³).

TRATAMIENTO.—El restablecimiento de la permeabilidad genital es la medida que debe adoptarse; la simple incisión del obstáculo que impide salir al exterior la sangre menstrual, es la mejor manera de tratar estas colecciones hemáticas cuando no están infectadas; conviene tener presente que las condiciones de resistencia orgánica se hallan en estos tejidos muy debilitadas y que

la infección de la colección, si se realiza con gérmenes que tengan acentuada virulencia, puede ser causante de la muerte.

En los casos infectados podrá ser preferible practicar la extirpación de la matriz, y de los anejos, si el estado de las partes no da garantías de dejar un órgano sano, que puedan compensar el peligro que representa conservar un foco de supuración que no desagüe completamente bien y que por la continuidad que ofrece con la cavidad del peritoneo entraña un serio peligro para la vida.

Con la vista fija en los peligros de la conservación de órganos enfermos, la tendencia del ginecólogo debe ser la de salvar la vida de la enferma, si es posible, conservando una función tan importante cual es la de la reproducción de la especie.

ENFERMEDADES DE LAS TROMPAS, OVARIOS Y TEJIDO CELULAR PELVIANO

SALPINGO-OVARITIS

FRECUENCIA.—Aun cuando alguna vez existe la inflamación aislada de las trompas en la inmensa mayoría de los casos, la inflamación tubárica va acompañada de alteraciones más o menos importantes de naturaleza flogística de los ovarios, y la entidad nosológica que se ofrece al clínico es la de la *salpingo-ovaritis*, o sea inflamación conjunta de trompas y ovarios.

Los procesos infectivos de las trompas rara vez son primitivos; sólo en algunos casos de inflamación específica en que la causa determinante de la misma llega a ellas por el torrente circulatorio, aparece la inflamación de modo primitivo, sin ir precedida de lesión análoga del útero. Teniendo en cuenta las condiciones anatómicas de la trompa, la continuidad que la cavidad de la misma presenta con la del útero, se explica la frecuencia de estas lesiones inflamatorias endocavitarias por propagación de otras endometriticas.

Por otra parte, la relación linfática que existe entre la matriz, las trompas y los ovarios, es causa que lesiones inflamatorias, localizadas primitivamente al útero, se propaguen por esta vía a los anejos.

La frecuencia de las lesiones inflamatorias tubo-ováricas es tal, que bien puede afirmarse que una tercera parte de las lesiones del aparato genital femenino interesan en un grado mayor o menor a los anejos del útero.

Tyldt, a mediados del siglo pasado, fué el primero que consideró las lesiones ováricas como causantes de gran número de trastornos funcionales del aparato genital femenino, y Lawson-Tait demostró de modo indudable que muchas de las enfermedades atribuidas al ovario, no radicaban en este órgano solamente, sino que correspondían en una parte principalísima las trompas.

La Ginecología, al seguir las huellas, de Tait en su actuación operatoria, ha llegado a un conocimiento bastante completo, no sólo de los distintos tipos de inflamación que pueden afectar a las trompas y a los ovarios, sino de la etiología de los mismos. Las hidropesías tubáricas, demostradas ya por Portal en 1804, eran citadas en las obras de principios del siglo pasado como encuentros casuales de autopsia, y se debe al gran ginecólogo inglés el verdadero progreso en el concepto nosológico y aun de tratamiento de estas inflamaciones.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.—El concepto etiológico general de la inflamación tubo-ovárica debe subdividirse en inflamaciones de *origen microbiano* y *amicrobianas*.

Las inflamaciones *microbianas* son las que, en realidad, merecen ser colocadas en el grupo de las salpingo-ovaritis, ya que las lesiones *amicrobianas*, si bien pueden residir excepcionalmente en la trompa, son más propias del ovario sólo, y por tanto, es preferible formar con ellas un grupo aparte. Agrúpanse en el capítulo de las salpingo-ovaritis las inflamaciones verdaderas producidas por agentes comunes de infección y las resultantes de la acción de agentes específicos.

Las inflamaciones debidas a agentes comunes de infección son producidas por las distintas variedades de estreptococos, estafilococos y colibacilos. Entre los agentes específicos ocupa lugar preferente en la etiología de estas lesiones, el gonococo de Neisser.

Las lesiones debidas al gonococo se producen generalmente por vía cavitaria; el agente microbiano, desde la cavidad del útero pasa a la de la trompa y ocasiona en la mucosa de la misma el primer fenómeno reaccional que caracteriza la endosalpingitis.

Las inflamaciones debidas a los agentes comunes de infección, como son el estreptococo, el estafilococo, el colibacilo, etc., resultan en muchas ocasiones de propagaciones realizadas por vía linfática; la vía endocavitaria, aun cuando de modo excepcional, puede también producirla.

La *gonococia* es indudablemente la causa más frecuente de las inflamaciones tubáricas. El gonococo, que desde la vagina asciende por el conducto cervical al interior de la cavidad uterina, ocasionando la inflamación de la mucosa de la matriz, penetra con relativa facilidad en el interior de la cavidad de la trompa, y desde ella por el cemento intercelular, en el seno de los tejidos, ocasionando los fenómenos flogísticos característicos del proceso.

La reacción de la mucosa de la trompa produce como consecuencia la supuración de la misma, propagándose la inflamación a su totalidad, vertiéndose el pus en el interior de la cavidad uterina en una cantidad mayor o menor; con gran frecuencia, sale el pus de la cavidad tubárica, por el pabellón, cae en el peritoneo, y da lugar a una flogosis de esta serosa y del ovario.

La facilidad con que el alargamiento y tumefacción de la trompa produce acodamientos de la extremidad interna de la misma, hace que el pus tenga alguna dificultad para verterse en el interior de la cavidad uterina y como consecuencia, se facilite la salida del mismo por el pabellón.

En la etiología de las inflamaciones tubáricas, debidas al gonococo, hay que reconocer una predisposición muy notable para su aparición en las mujeres que inician su vida genital; así se ve, con gran frecuencia, que las mujeres que son infectadas en las primeras relaciones sexuales, son las que más a menudo

presentan fenómenos de flogosis tubárica de gran intensidad. La frecuencia de las congestiones genitales que se produce en los primeros tiempos del matrimonio, favorece grandemente la aparición de lesiones salpingíticas, y así obsérvase en las casadas jóvenes que han sido contaminadas con el pus de una gonorrea crónica del marido, aparecer las inflamaciones salpingo-ováricas revistiendo una gran intensidad.

La estreptococia es causa frecuente de lesiones tubáricas; pero este agente patógeno, al igual que el estafilococo y que el colibacilo, si bien pueden producir la inflamación endosalpingítica por continuación de cavidades, es más frecuente que se realicen por vía linfática. El estado puerperal favorece, por la disminución de las resistencias orgánicas, la producción de toda clase de infecciones en los órganos genitales, y es muy frecuente que una endometritis de esta naturaleza sea la causante, por propagación linfática, de procesos salpingo-ovaríticos de gran intensidad. Contribuyen a estas propagaciones por vía linfática el desarrollo extraordinario que adquiere este sistema en los genitales durante la gestación.

En la etiología de los procesos salpingo-ovaríticos juegan algún papel las infecciones que, por vía sanguínea, llegan a implantarse en aquellos órganos; en especial, estados infectivos generales como la fiebre tifoidea, la escarlatina, el sarampión, la viruela, etc., pueden por vía sanguínea producir infecciones tubáricas; mas el hecho, si bien no puede negarse, es muy poco frecuente, y sólo como explicación de algunos procesos que en vírgenes aparecen después de estas enfermedades, es por lo que debe aceptarse esta etiología.

La infección específica de las trompas más frecuentemente producida por vía sanguínea, es la que resulta de la acción del bacilo de Koch, cuya curación espontánea no es infrecuente, dejando en muchas ocasiones lesiones de naturaleza cicatricial que ocasionan una esterilidad de causa mecánica.

Las inflamaciones del apéndice pueden, por contigüidad, ser causa de inflamaciones tubáricas, aun cuando es mucho más frecuente que inflamaciones del peritoneo pelviano engloben en el proceso flogístico al apéndice, determinando una complicación flogística apendicular, cuyo origen comenzó en los genitales.

Los reconocimientos con el histerómetro realizados sin las precauciones de asepsia absoluta, las dilataciones del cuello uterino practicadas con tallos no del todo aseptizados, y, en general, todas las lesiones traumáticas que por reconocimientos u operaciones se practican sin las debidas precauciones de asepsia, pueden ser causa de procesos salpingo-ovaríticos, por penetración de gérmenes en los vasos linfáticos que desde la región cervical del útero se hallan en comunicación más o menos directa con los de las trompas y los de los ovarios.

En resumen, pues, la etiología más frecuente de la inflamación salpingo-ovarítica es la gonococia; las infecciones puerperales ocupan un segundo

lugar, siendo las menos frecuentes las lesiones traumáticas, que en el curso de intervenciones sobre el útero pueden ser infectadas de modo primitivo o en los próximos días subsiguientes a la intervención.

Las salpingo-ovaritis tuberculosas son generalmente manifestaciones de infecciones secundarias sobrevenidas por vía sanguínea y sólo de modo muy excepcional, observamos flogosis tubo-ováricas como resultado de localizaciones de naturaleza infectiva en enfermedades generales.

En los casos de fibroma esclerado, cánceres o sarcomas en estado de putrescencia, y en general, en todos aquellos casos en que las neoplasias uterinas se hallan complicadas por estados infectivos, es frecuente la existencia de lesiones flogísticas salpingo-ovaríticas, que, dada la gravedad de la lesión en que toman su origen, vienen a constituir generalmente accidentes de poca importancia en el curso de la enfermedad principal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las lesiones tubo-ováricas son frecuentemente dobles, pero ni la intensidad de la inflamación ni las alteraciones anatómo-patológicas son iguales en ambos lados. Hay casos en los que las lesiones de un lado se hallan en un grado muy avanzado, en tanto que en el otro apenas si existe alteración alguna; en otras ocasiones es tal la extensión de las lesiones, que no puede, al simple examen, decirse cuáles son los anejos más profundamente alterados.

A veces se halla en un lado la forma tumoral, en tanto que en el otro existe una salpingo-ovaritis simple, y es posible en algunos casos, aun con lesiones muy grandes de un lado, encontrar el otro completamente sano.

Como quiera que las lesiones afectan en grado distinto a las trompas y a los ovarios y como, por otra parte la estructura de estos órganos es esencialmente distinta, para describir la anatomía patológica es preciso dividir las lesiones en tubáricas y ováricas.

La descripción anatómo-patológica de las lesiones salpingo-ovaríticas no puede basarse en la naturaleza del agente productor de las mismas, ya que los más distintos agentes microbianos pueden producir lesiones muy semejantes; las salpingitis estreptocócicas, estafilocócicas y aun las gonocócicas determinan lesiones idénticas, y describir cada una de ellas en especial daría lugar a repeticiones completamente inútiles.

Lesiones de las trompas.

Una primera división es preciso establecer al describir las alteraciones anatómicas de las trompas afectas de inflamación.

Unas, revisten la forma *tumoral*; otras, pueden denominarse *inflamaciones simples*; en estas últimas, unas veces la lesión ocupa solamente una de

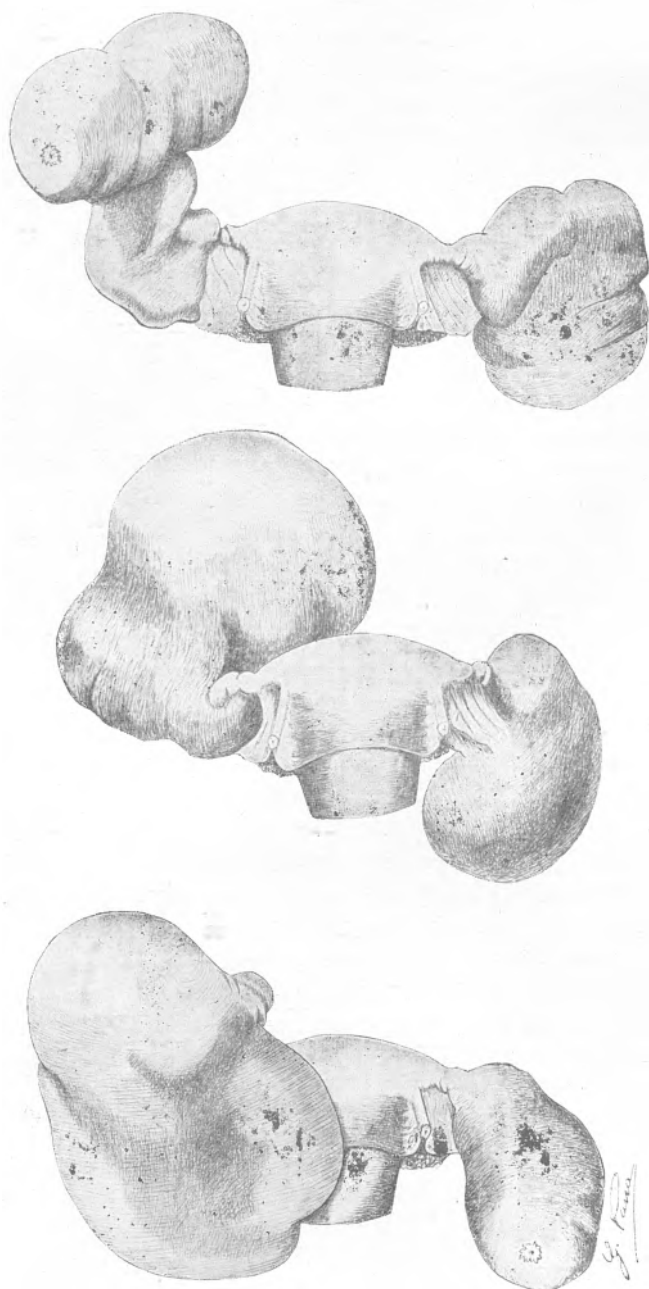


Fig. 346.—Variedades de salpingitis tumorales.

las tónicas del órgano, y en otras ocasiones el proceso flogístico ha interesado no solamente la capa interna o mucosa, sino también la muscular y la serosa, constituyendo una pansalpingitis.

En las salpingitis no tumorales o simples, encuéntrase al examen macroscópico diferencias esenciales, pero dentro de la diversidad de lesiones, predomina el hecho del aumento de volumen y longitud de los órganos y su desplazamiento.

La trompa inflamada duplica o triplica su volumen normal; alárgase y prodúcese en ella flexuosidades, acodamientos y curvaturas muy variadas. La situación lateral de las trompas modifícase por el hecho de la inflamación, y comúnmente se produce un desplazamiento que conduce a la mayor parte del órgano hacia la cara posterior del útero, lo que permite reconocerle al practicar por tactación el reconocimiento del fondo de saco vaginal posterior.

En sus movimientos de desplazamiento, la trompa arrastra al ovario, y no es infrecuente encontrar, aun en casos de salpingitis simples, la totalidad de la trompa y del ovario situados de modo anormal entre la cara posterior del útero y la anterior del recto.

En otras ocasiones el desplazamiento se verifica hacia arriba; muy raras veces hacia la cara anterior de la matriz, y cuando las salpingitis son bilaterales, que es el caso más frecuente, encuéntrase en muchas ocasiones ambas trompas reunidas en la cara posterior del útero por membranas resultantes de la flogosis peritoneal.

Las flexuosidades que experimenta el órgano inflamado producen muy frecuentemente una oclusión de su luz, hecho que es preciso tener en cuenta para explicar el mecanismo de la retención del producto de la inflamación de la mucosa.

Las variaciones que se encuentran en la forma, flexuosidades, situación y grosor de las trompas inflamadas son infinitas, hallándose unas veces el órgano, a pesar de su aumento de volumen y de una flogosis, más o menos intensa, completamente libre; pero más frecuentemente el proceso de inflamación perisalpingiana ha producido adherencias con el peritoneo pélvico, que con él se halla en contacto, fijándolo en las posiciones más variadas.

En las *salpingitis simples*, las lesiones de la mucosa son las primeras y las más importantes. Cuando la inflamación se ha producido por vía endocavitaria, la parte primeramente afectada es la mucosa, y persistiendo muchas veces las lesiones limitadas a ella, se denomina endosalpingitis.

El gonococo es el agente microbiano que más frecuentemente determina la inflamación endosalpingítica. La mucosa de la trompa, invadida por el gonococo, reacciona contra las toxinas por él producidas y determina un acúmulo de sangre en primer término, seguida de la exudación purulenta, que caracteriza a la inflamación debida a este agente.

Cuando queda la inflamación limitada a la mucosa, la hinchazón de la misma puede llegar a producir en algunos puntos la oclusión de los canales

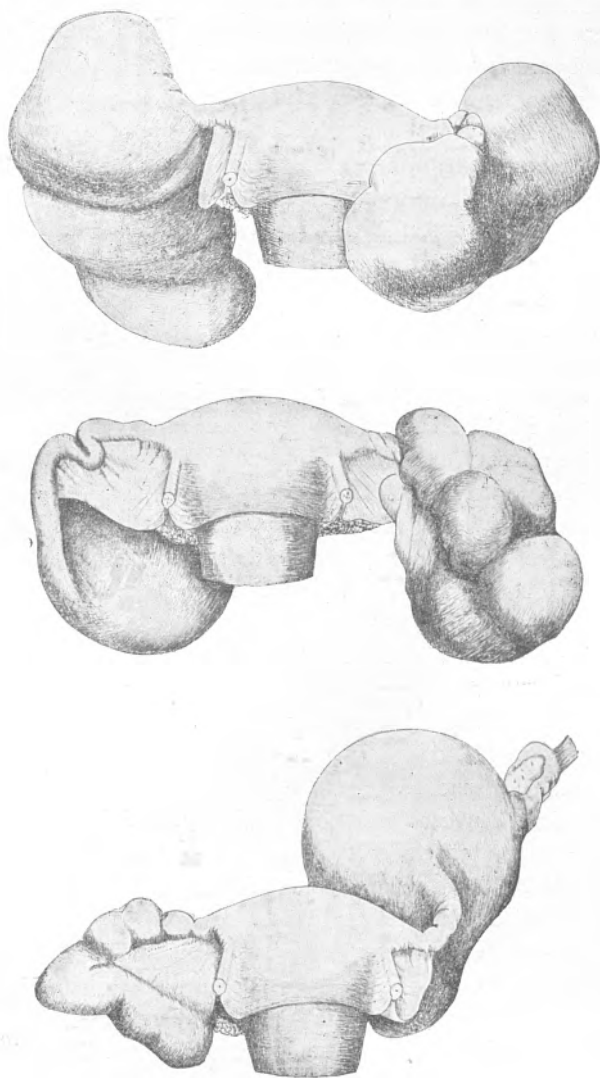


Fig. 347.—Distintas variedades de salpingitis tumorales.

que forman las franjas; las pestañas vibrátiles desaparecen prontamente, pero la túnica epitelial de revestimiento resiste durante bastante tiempo el proceso flogósico.

En tanto la inflamación se halla limitada a la mucosa, el proceso endosalpingítico constituye la variedad llamada por algunos *salpingitis catarral*; cuando el agente infectante tiene una cierta intensidad, la penetración de microorganismos a capas más profundas, cuales son la muscular y el tejido conjuntivo subyacente, da lugar a infiltraciones leucocitarias, que pueden llevar a la constitución de verdaderos abscesos intersticiales.

En un grado más avanzado de inflamación, el peritoneo, que constituye la cubierta más externa de las trompas, inflámase también y reacciona como todas las serosas, dando lugar a la formación de neomembranas, que fijan al órgano en posición anormal y que dan fijeza definitiva a alguna de las flexuosidades y acodamientos, que por el hecho inicial de la inflamación se habían producido en la trompa.

En tanto la luz de la trompa es permeable, el pus que produce la inflamación se vierte en la cavidad del útero, o siguiendo la dirección del pabellón cae en la del peritoneo; cuando por haberse formado flexuosidades o por hinchazón de las franjas de la mucosa llega a ocluirse la luz de la trompa, el pus se retiene en la cavidad tubárica, distendiéndola, o se vierte en su totalidad en la cavidad peritoneal.

En los diversos grados de inflamación tubárica simple existen multitud de variedades, según la importancia de las reacciones que se producen bajo la acción quimiotáctica de las toxinas segregadas por los agentes microbianos.

Cuando en vez de la vía endocavitaria la inflamación se ha producido por vía linfática, como ocurre frecuentemente con el estreptococo, las lesiones perisalpingianas dominan el proceso y nótanse en algunos de estos casos alteraciones muy grandes de la túnica media y del peritoneo con lesiones muy poco manifiestas de la mucosa.

Es muy difícil en un caso dado poder limitar y aun determinar la vía que ha seguido la inflamación tubárica, porque desde el proceso peri o endosalpingiano ligero, al que determina la copiosa supuración de todas las tunicas que integran la trompa, existen toda clase de variedades.

La marcha aguda en unos casos, y la evolución crónica desde el principio en otros, así como las reacciones que a los agentes determinantes de la inflamación ofrecen los tejidos tubarios, es también muy variable; en algunos casos, la inflamación de la túnica media es tan grande, que a la sección, el órgano inflamado se presenta de un aspecto lardáceo, en tanto que en otras ocasiones de evolución más lenta nótanse verdaderos nódulos de infiltración de la túnica media, que le asemejan a fibromiomas pequeños, nodulares, constituyendo un tipo especial de inflamación del órgano.

La producción de pus y el correrse éste a lo largo de la cavidad tubárica hacia el pabellón, da lugar a un fenómeno muy interesante de oclusión del

mismo, que es causa de las modificaciones que en el aspecto macroscópico y en el clínico ofrecen las trompas inflamadas.

Desde el momento que el pus se vierte en la cavidad del peritoneo, la serosa reacciona de manera muy distinta, según la virulencia que ofrece el agente microbiano. En algunas ocasiones, la reacción del peritoneo da lugar a un verdadero proceso flogístico, agudo de tendencia igualmente supurativa



Fig. 348.—Piosalpinx doble ocupando en su totalidad el fondo de Douglas.

que la existente en la cavidad de la trompa; muy frecuentemente, si el agente microbiano es de escasa virulencia, se producen reacciones defensivas locales circunscritas que impiden la extensión de la reacción peritoneal, y se forman neomembranas que fijan la trompa de modo anormal a los órganos vecinos, en especial al ovario, y constituyen verdaderos tabiques oclusores del pabellón. Este, sin que se halle ocluido por sí mismo, se halla rodeado por tal cantidad de membranas neoformadas, que, prácticamente, resulta del todo cerrada la abertura externa del pabellón, y con ello se impide que puedan verterse nuevas cantidades de pus en la cavidad del peritoneo, quedando la inflamación circunscrita a la trompa y al ovario primitivamente afectos.

La oclusión del pabellón por neomembranas es en algunas ocasiones

incompleta, y queda algún opérculo por el que caen todavía algunos glóbulos de pus en la cavidad peritoneal, produciéndose nuevos brotes de inflamación pelviana. En otros casos, el proceso de inflamación que en un principio determinó la formación de neomembranas, se acompaña de otro mecanismo de oclusión del pabellón, en que, invirtiéndose las franjas hacia la parte interna, llegan a colocar la serosa de las franjas en contacto mutuo, y ciérrase de modo definitivo su abertura.



Fig. 349.—Salpingitis tumoral: el piosalpinx derecho ocupa el Douglas y el izquierdo se halla por delante del útero y encima de la vejiga.

Este mecanismo de oclusión de las franjas se realiza porque la tumefacción que la inflamación produce en los tejidos tubáricos, es distinta en la capa externa serosa de la que experimenta la interna o mucosa; la infiltración subperitoneal hace que se inviertan completamente hacia el interior las franjas de la trompa, cuya mucosa no ha seguido en su hinchazón igual proceso que el experimentado por la porción peritoneal, y el desprendimiento del endotelio, que se ha producido por el hecho de la inflamación, hace que, al hallarse en contacto la porción de serosa que recubre las franjas, se adhiera íntimamente y se ocluya de modo definitivo la trompa, llegando a perderse por completo la forma, a la que debe el nombre el pabellón; en lugar de éste encuéntrase una

especie de tuberosidad, más o menos lisa; recubierta en algunos puntos por neomembranas, en las que disecando cuidadosamente puede llegarse a encontrar el punto último en el que se verificó el contacto, en forma de un pequeño fondo de saco.

La trompa, al inflamarse, puede ocluirse por la parte interna (uterina), ya porque al desprenderse el epitelio se formen adherencias, o porque los acodamientos y flexuosidades que experimentó el órgano a consecuencia de la perisalpingitis determinen oclusiones accidentales de su cavidad, que se convierten en definitivas.

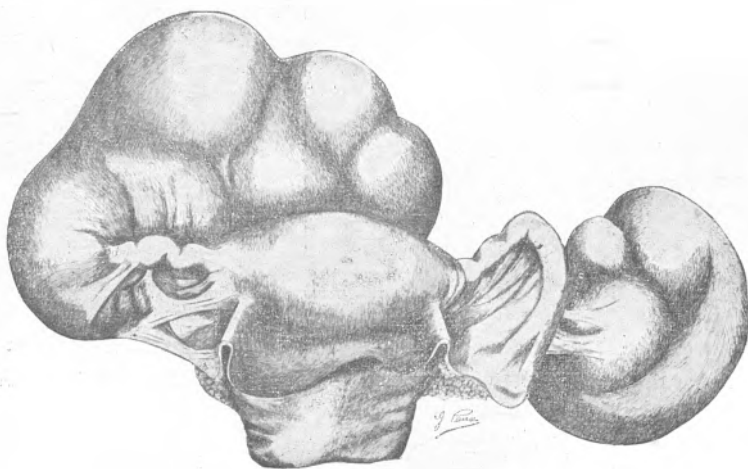


Fig. 350.—Voluminoso piosalpinx, doble.

En estas condiciones, los exudados resultantes de la inflamación no tienen salida hacia el exterior, no caen ya en la cavidad peritoneal ni en la uterina, y por este hecho se forman colecciones purulentas intratubáricas, dando lugar a la forma más frecuente de salpingitis tumorales, en la que el contenido es pus, y que reciben el nombre de *piosalpinx*.

Estas salpingitis las apellidamos nosotros tumorales, dando a la palabra tumoración el significado de aumento de volumen; corresponden a las que Pozzi denominó *salpingitis quísticas*; en realidad, no constituyen más que grados distintos de procesos flogísticos de la trompa, en los que se ha producido la oclusión, ya accidental, ya definitiva, del orificio uterino y del pabellón. Cuando la colección es purulenta, denominase *piosalpinx*; cuando el contenido de la trompa es seroso, *hidrosalpinx*, y *hematosalpinx* cuando es sangre líquida o coagulada la que ocupa la cavidad de la trompa.

Si bien el hidrosalpinx y el piosalpinx deben ser considerados como procesos de inflamación, no ocurre lo mismo con el hematosalpinx, en los que

sólo de modo muy excepcional puede la colección hemática ser considerada como resultante de un proceso flogístico.

Desde el punto de vista anatómo-patológico, son esencialmente distintos el hematosalpinx del hidrosalpinx.

Piosalpinx.

El piosalpinx forma un tumor de figura muy distinta en unos casos de

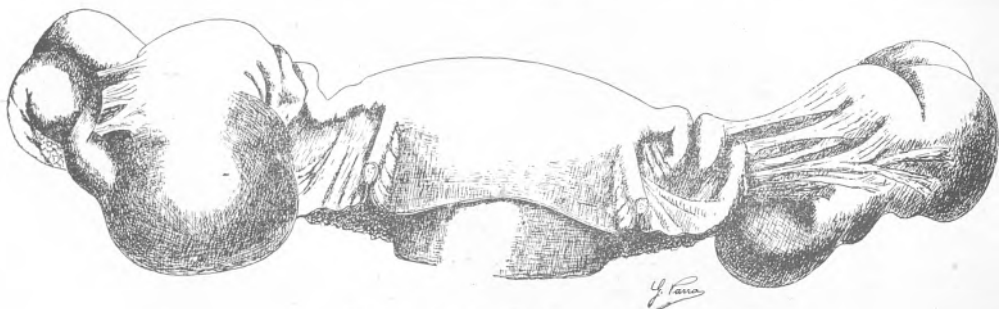


Fig. 351.—Salpingitis tumoral doble.

otros. Por los grabados adjuntos puede formarse idea de las variedades que en el aspecto y en su volumen presenta esta variedad de la inflamación salpingiana.

Las paredes del piosalpinx son ordinariamente muy gruesas, variando el espesor en unos puntos y otros de la misma trompa. Este aumento de volumen

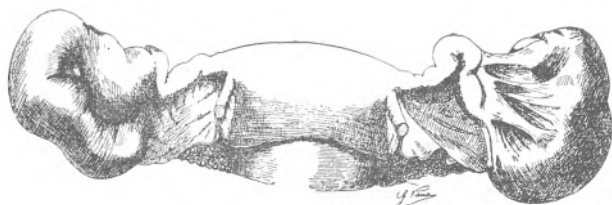


Fig. 352.—Salpingo-ovaritis.

se debe principalmente a una infiltración de la túnica media del órgano; pero toma asimismo parte en el abultamiento el edema que experimenta la mucosa.

Examinada al microscopio en una sección perpendicular a su eje, obsérvanse las franjas de la mucosa con el epitelio desprendido en algunos puntos; infiltraciones celulares conjuntivas abundantes ocupan el corion mucoso y los elementos epiteliales han desaparecido casi en su totalidad; en la capa media encuéntranse, además de un edema considerable, infiltraciones producidas por gran número de elementos conjuntivos fijos. Los elementos musculares, así las

fibras longitudinales como las transversales, se hallan disociadas, y la capa peritoneal que recubre toda la trompa hállase engrosada, y frecuentemente neoformaciones, producto de la misma inflamación peritoneal, toman parte en el engrosamiento total del órgano.

Las flexuosidades que en un principio determinó la inflamación, en muchas ocasiones llegan a borrarse para constituir en conjunto una tumoración, en la que se precisa una disección con el bisturí o con la tijera para poder deshacer las adherencias y dar a la trompa el aspecto de tal.

En muchos casos, a pesar de constituir una gran tumoración y encerrar la cavidad de la trompa cantidad considerable de pus, el orificio uterino de la trompa se hace permeable en cuanto se han separado por disección las flexuosidades y acodamientos allí existentes. Hemos tenido ocasión de observar en gran número de casos en los que, a pesar de supuraciones abundantes, no se habían llegado a formar adherencias completas de la mucosa que impidieran el cateterismo de la trompa. Para que la unión se verifique de modo orgánico, es preciso que los desprendimientos epiteliales de un lado de la pared coincidan con los de la otra, y aun en muchos de estos casos, algunas de las franjas quedan permeables.

Por lo que se refiere al pabellón, hállase ocluído siempre, ya por el mecanismo de la inversión hacia dentro de las franjas, ya por las adherencias que las neomembranas peritoneales han establecido de unas partes con otras, cerrando por completo la abertura externa de la trompa.

En el piosalpinx ordinariamente el ovario se halla muy adherido y fusionado con la trompa, hasta el punto de que es preciso realizar una disección cuidadosa para poder separar este órgano de aquél. Confúndense muy frecuentemente las lesiones peri-ováricas con las lesiones peri-salpingíticas y las mismas neomembranas, resultado de la inflamación peritoneal, engloban en una masa única trompa y ovarios.

La situación es distinta y muy variada en unos casos de otros; sin embargo, la inmensa mayoría de las veces, la tumoración se sitúa en gran parte en la cara posterior del útero, establécense adherencias de la del lado derecho con la del izquierdo, fusionánse también con las asas intestinales, principalmente con la S del colon y con la cara anterior del recto, y en conjunto forman una masa tumoral, verdadero bloque que comprende útero, trompas, ovarios y, en muchas ocasiones, también porciones de intestino.

Hidrosalpinx.

Difiere completamente la anatomía patológica del hidrosalpinx de la del piosalpinx.

La característica del piosalpinx es el engrosamiento extraordinario de sus

paredes, la existencia de las franjas tubáricas casi en su totalidad recubiertas de epitelio y las infiltraciones celulares muy abundantes de la túnica media. El hidrosalpinx constituye una tumoración de paredes sumamente delgadas: es a esta forma de tumoración a la que corresponde el título de *salpingitis quística*, ya que en realidad es este el aspecto que presenta la trompa dilatada por el líquido contenido en su interior.

Las flexuosidades de la trompa que en el piosalpinx interesan toda su extensión, en el hidrosalpinx no se hallan más que en la parte más próxima al

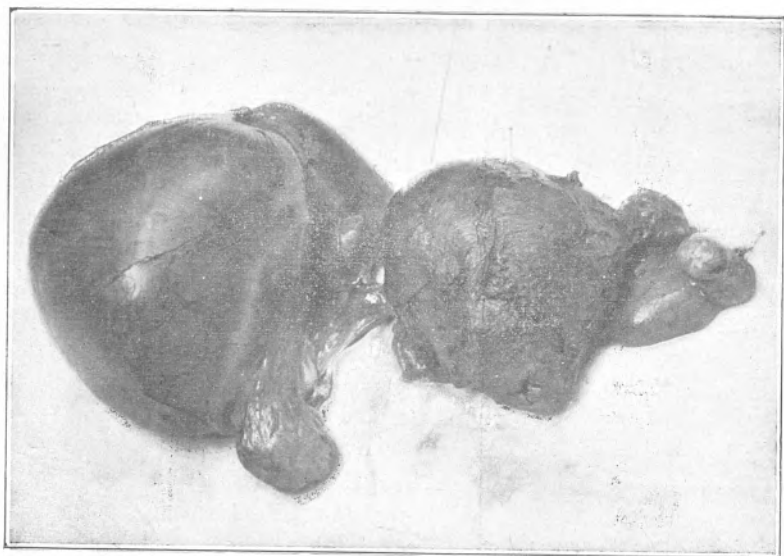


Fig. 353.-Salpingitis tumoral doble: histerectomía subtotal.

útero, y aun en algunas ocasiones no existe más que un solo acodamiento, que es el que cierra la extremidad interna de la trompa distendida.

El pabellón de la trompa ha desaparecido completamente, y es esta la porción que primeramente se distiende, no quedando rastro ninguno en muchas ocasiones del orificio peritoneal.

El contenido del hidrosalpinx es un líquido seroso, algunas veces amarillento y en otras ligeramente moreno, resultado de algún pequeño derrame de sangre que se ha realizado en el interior de la cavidad, que al diluirse y alterarse la hemoglobina ha comunicado a todo el contenido el tinte moreno. La cantidad de líquido que contiene el hidrosalpinx es variable, desde aquel en que sólo existe una ligera dilatación de la porción externa de la trompa con muy escasa cantidad de líquido hasta colecciones del tamaño de una manzana y aun mayores.

Examinada la pared del quiste, encuéntrase la mucosa sumamente distendida y en muchos puntos el epitelio ha desaparecido en su totalidad y hállase recubierta en su cara interna la bolsa quística por células aplanadas que más se parecen en su forma y disposición a un endotelio que al verdadero epitelio tubárico. Las franjas se han borrado en casi su totalidad, y sólo en algunos puntos obsérvanse ligeras elevaciones, que son vestigios de las que en un tiempo existieron.

La capa media distendida se halla en muchos puntos desaparecida, y puestas en contacto la túnica mucosa con la celulosa subperitoneal y aun con el peritoneo.

En conjunto, el hidrosalpinx tiene el aspecto de un saco que, por la distensión excesiva del mismo, ha llegado a adelgazar sus paredes de modo tan considerable, que las estructuras normales han desaparecido.

La diferencia que ofrecen desde el punto de vista histo-patológico el piosalpinx y hidrosalpinx, ha dado lugar a grandes discusiones sobre cuál pueda ser la causa determinante de una y otra forma de inflamación. No hay duda de ninguna especie que ambas son resultado de un proceso flogístico; pero, indudablemente, la diferencia de virulencia del agente y el modo de reaccionar del órgano son los que producen modalidades tan distintas como son la del hidrosalpinx y del piosalpinx; aquél representa siempre un grado inferior de virulencia y en su evolución parece proceder de una perimetro-salpingitis, más que de una inflamación endocavitaria.

Hematosalpinx.

Desde el punto de vista anatómo-patológico, el hematosalpinx difiere en absoluto de las dos formas anteriores.

En el hematosalpinx existe engrosamiento de las paredes, pero las infiltraciones celulares de éstas no tienen el aspecto lardáceo del piosalpinx ni sus flexuosidades. Encuéntrase en las paredes del hematosalpinx una considerable cantidad de vasos hiperemiados, a los que se debe, en gran parte, el grosor extraordinario que presenta este proceso en sus paredes.

Frecuentemente hállanse derrames de sangre entre los tejidos que forman las paredes del órgano, y el contenido está formado por una masa más o menos considerable de fibrina, en la que existen todavía muchos detritus conteniendo hemoglobina, que le dan un color oscuro.

Como quiera que la mayor parte de veces el hematosalpinx procede de rupturas vasculares resultantes de una gestación ectópica, no es infrecuente hallar alteraciones de la mucosa, de carácter decidual las unas y otras constituidas por verdaderas vellosidades placentarias que se desarrollaron en el interior de la trompa.

En el hematosalpinx encuéntrase muchas veces en la periferia, en el punto correspondiente a la serosa, vasos aumentados considerablemente de volumen, resultantes de las modificaciones que experimentó el sistema circulatorio al verificarse el desarrollo del huevo en las paredes tubáricas.

Lesiones de los ovarios.

Los ovarios son invadidos por el proceso de inflamación, unas veces por la periferia y otras penetran los agentes infectantes por el hilio del órgano,

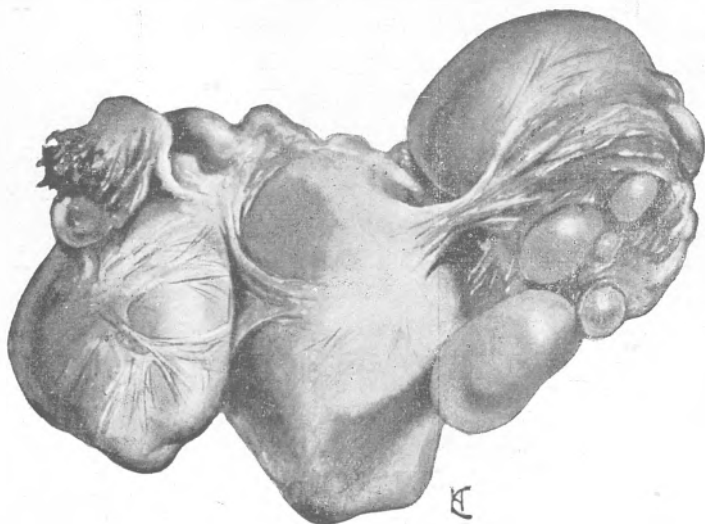


Fig. 354.—Perimetrio-anexitis, con ovaritis escleroquistica.

llegando hasta el estroma, desarrollando allí su acción flogógena que conduce muy a menudo a la supuración.

Los ovarios siguen a las trompas en su desplazamiento, arrastrados por el ligamento tubo ovárico. Las neomembranas resultantes de la inflamación perisalpingítica y del peritoneo pelviano engloban frecuentemente aquel órgano, incluyéndole en la tumoración anexial.

Las neomembranas que envuelven más o menos completamente al ovario impiden el regular funcionalismo del órgano, y los folículos, al experimentar su crecimiento, encuéntrase dificultados en su evolución normal, y en muchas ocasiones no se produce la rotura del mismo, dando lugar a la formación de quistes hemáticos de un tamaño que generalmente no pasa del de una avellana, pero que en algunos casos llega a doblar y aun a triplicar este volumen.

La parte que el ovario toma en la inflamación, cuando es la periferia del

órgano la primeramente afectada, tradúcese por una hiperemia que da lugar a un aumento de volumen del mismo; enrojócese por efecto de este mayor acúmulo de sangre, y como quiera que la inflamación del ovario va ligada de modo íntimo con la del peritoneo pelviano, las neomembranas formadas lo recobran y hacen que se establezcan adherencias con los órganos vecinos y con el peritoneo de la pared o el visceral que recubre las asas intestinales.

Es raro que la inflamación del ovario, que comienza por la periferia, termine por formación de abscesos; pero no es infrecuente el hallar al órgano

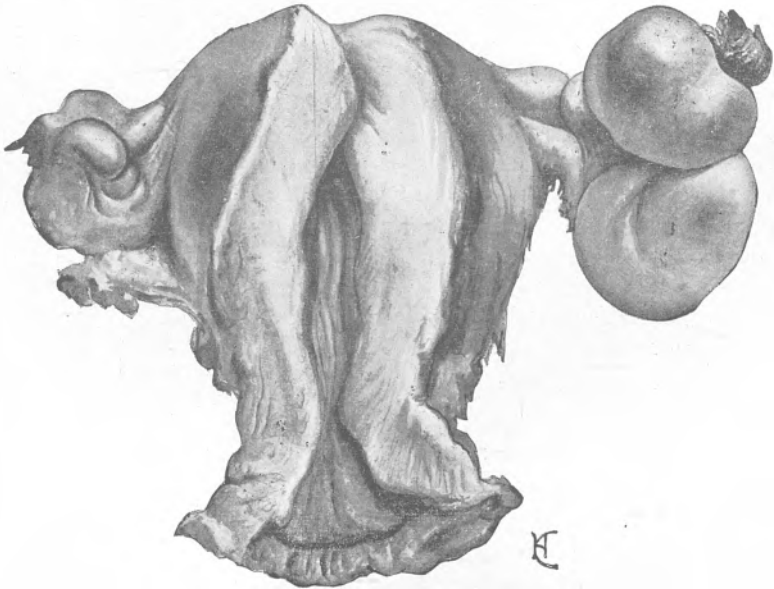


Fig. 355. - Salpingo-ovaritis bilateral.

rodeado de una cantidad mayor o menor de pus, que no es resultado de la inflamación del ovario, sino del peritoneo pelviano y de las trompas primitivamente inflamadas. En algunas ocasiones se forma una gran colección purulenta entre la trompa y el ovario.

Los folículos experimentan algunas veces, por efecto de la hiperemia de los primeros tiempos de la inflamación, un impulso de crecimiento, y frecuentemente varios de éstos se hallan en un período de evolución que se traduce por una hiperfunción ovárica, que da lugar a la aparición de menstruaciones muy frecuentes, y en algunas ocasiones a verdaderas menorragias.

En las formas gonocócicas de las salpingo-ovaritis, es lo más común que las lesiones revistan los caracteres que acabamos de describir; es posible asimismo que en formas estreptocócicas y estafilocócicas se produzcan lesiones

semejantes, si bien estos últimos agentes muy frecuentemente penetran en el ovario, siguiendo la vía linfática, y determinan una inflamación en el estroma que conduce a la supuración, dando lugar a la formación de un absceso central que duplica y aun triplica el volumen normal del órgano.

En los casos de supuración central la masa cortical es empujada excéntricamente y los elementos foliculares se destruyen en gran parte, ocurriendo muy a menudo una destrucción más o menos extensa de los elementos nobles del ovario, que conduce a la disminución y aun a la supresión de la función menstrual.

En inflamaciones antiguas, en las que alcanzan gran intensidad las lesiones destructivas del ovario, pueden ser éstas de tal índole, que lleguen a la desaparición completa de los elementos foliculares.

Las lesiones ováricas son frecuentemente bilaterales, y en algunas ocasiones hállase la lesión de estos órganos en grado muy distinto en un lado de otro; ocurre a menudo que al tiempo que un ovario presenta lesiones que conducen a la destrucción de los elementos foliculares, el otro hállase en un estado de hiperfunción resultante de la hiperemia que acompaña al primer período de la inflamación.

Es raro que las ovaritis que terminan por supuración lleguen a la curación con reabsorción completa del pus allí formado; pero el hecho no puede negarse en términos absolutos, ya que en algunos casos, abscesos sumamente grandes han experimentado espontáneamente el proceso de reabsorción y de regresión, que conduce a un estado esclerótico. Lo que no ocurre después de estos procesos de inflamación es que quede el ovario movable y libre en las condiciones de normalidad; queda adherido más o menos íntimamente a los órganos vecinos; prodúcense retracciones, y aun, una vez desaparecida la inflamación, los restos de la misma dejan al órgano en un estado de completa anormalidad, que es causa de perturbaciones funcionales locales y a distancia.

Lesiones peri-anexiales.

En algunas ocasiones la inflamación tubárica se manifiesta con relativa independencia; pero lo más común es que el proceso de inflamación tubárica que ha invadido el ovario afecte al mismo tiempo el peritoneo pelviano.

La serosa peritoneal reacciona en unas ocasiones, determinando supuración pelvi-abdominal; pero lo más común es que se produzcan neomembranas que alcancen toda la extensión del peritoneo que recubre al útero, paredes pelvianas y el de las asas intestinales más cercanas a los órganos inflamados.

La producción de neomembranas fija anormalmente a los órganos de modo tan íntimo, que todos ellos vienen a constituir una masa única en la que es difícil distinguir unos órganos de otros. En el curso de muchas laparotomías

por procesos de esta naturaleza, el epiplón se halla adherido al peritoneo que recubre la cara superior de la vejiga, las asas intestinales rodean a estos órganos, formando parte de la masa común de inflamación, y es muy difícil poderlas separar sin un exquisito cuidado de disección, pues fácilmente las tracciones podrían producir desgarros de las mismas.

En estos casos de perimetro-anexitis, es tal la fusión que entre estos diversos órganos inflamados se produce, que es necesario al operarles seguir el procedimiento de Faure o de Kelly, y atacar al útero por hemisección para desprender las adherencias de abajo arriba, y de ese modo defenderles de posibles lesiones.

Esta mayor facilidad del desprendimiento de las adherencias que unen unos órganos con otros, depende de que, por regla general, son menos densas las neomembranas que ocupan el fondo de la pelvis que las que se hallan situadas en las partes altas, y esta circunstancia permite verificar la separación con menor riesgo de desgarros.

Las neomembranas formadas, cuando son recientes, apenas si tienen vasos, y, por tanto, la disección se hace casi exangüe; pero cuando son antiguas, se ha establecido una vascularización, más o menos abundante, que obliga a una hemostasia cuidadosa por la infinidad de vasos que quedan abiertos y que producen hemorragias en sábana.

Las adherencias peri-metro-anexiales producidas a medida que la inflamación se ha ido estableciendo, dejan en algunas ocasiones espacios en los que puede haberse acumulado una cantidad de pus; estos abscesos pelvianos, en algunas ocasiones, por el hecho mismo de la inflamación, se abren en los órganos vecinos, recto, vejiga y aun en el intestino delgado. Las lesiones que presenta el recto en algunas ocasiones son tales, que se llega a producir una perforación de su pared anterior y la enferma expulsa el pus por el ano.

Según cuál fuere la disposición, estas colecciones purulentas pueden curarse espontáneamente o producir gran número de recidivas. Si la abertura del absceso se realiza en el intestino o en la vejiga por el punto más declive del mismo, la curación espontánea de estos procesos de inflamación se produce fácilmente; pero si la destrucción de la pared de vejiga, vagina o intestino no ocupa la parte más declive del absceso, vaciase en parte éste, ciérrase espontáneamente la abertura formada, deja de salir pus por vagina, ano o uretra y vuelve nuevamente a acumularse, determinando la aparición de nuevos dolores, hasta que, repitiéndose el proceso de la abertura de la colección, da lugar a una nueva salida de pus.

La existencia de lesiones peri-metro-anexiales con adherencias íntimas con el intestino, es causa de infecciones secundarias, por penetración de colibacilos que desde la cavidad del intestino van a parar a los focos ya infectados por otros agentes microbianos.

Por regla general, las lesiones peri-metro-anexiales son causa de perturbaciones funcionales, no sólo en el aparato genital, sino también en el digestivo y principalmente en el sistema nervioso.

SINTOMATOLOGÍA.—Difieren considerablemente los síntomas de las salpingo-ovaritis en las formas agudas, de los que producen las formas crónicas, ya sea la cronicidad consecutiva a la agudez, ya revista este carácter desde el comienzo de la enfermedad.

En las formas agudas, la invasión del proceso infectivo a las trompas y a los ovarios se traduce por una sensación de dolor, en uno o en los dos lados del útero, correspondiendo a la parte inferior del abdomen, en la región de las fosas ilíacas.

El dolor es espontáneo casi siempre. Cuando la salpingo-ovaritis es de origen puerperal, ha ido precedida por el síntoma dolor del útero.

En las formas gonocócicas, ordinariamente el paso de la inflamación endouterina a las trompas y a los ovarios, determina un dolor agudo espontáneo en ambas fosas ilíacas con propagaciones a los miembros inferiores y sensación de dolor en la región lumbosacra.

El síntoma dolor varía notablemente en las infecciones agudas cuando ha seguido el agente infectante la vía cavitaria de cuando se ha propagado por la vía linfática. Las salpingo-ovaritis de este último origen, en su forma aguda, son mucho más dolorosas que las que aparecen por propagación desde la mucosa uterina a la mucosa de la trompa.

Tanto en un caso como en otro, al síntoma dolor acompañan, por lo general, *alteraciones febriles* de mayor o menor importancia, tanto más cuanto es común que el peritoneo pelviano tome parte en la flogosis anexial.

La cantidad de agentes piretógenos, absorbidos determina una reacción febril que en algunas ocasiones hace subir el termómetro a 39° y 40°; estas manifestaciones agudas de la propagación flogística a los anejos va acompañada asimismo de reacciones peritoneales que se traducen por abombamiento de la porción inferior del vientre, dolor a la presión, resistencia de las paredes abdominales a la palpación, vómitos y estreñimiento.

En realidad, estos síntomas corresponden más a la inflamación del peritoneo pelviano que a la de las trompas y ovarios, pero como quiera que en las formas agudas de la enfermedad el peritoneo que recubre aquéllas toma parte directa en la inflamación, no pueden disociarse los síntomas pertenecientes a la inflamación de la serosa, de los que corresponden a los de la trompa y a los ovarios.

En las formas crónicas, el dolor puede resultar una aminoración del que existía cuando la salpingo-ovaritis se hallaba en su período agudo; pero son muchas las inflamaciones de los anejos que comienzan de modo insidioso,

siendo crónicas ya desde el primer momento. En éstas, las manifestaciones dolorosas varían extraordinariamente.

El dolor espontáneo puede incluso faltar en casos de endosalpingitis de marcada intensidad, y sólo aquejar la mujer dolores lumbosacros, que se aumentan con el movimiento, el coito y en general con todas las causas que pueden determinar una mayor congestión de los órganos inflamados.

Las formas perisalpingíticas, en general, son más dolorosas que las que afectan primitivamente a la mucosa, por tratarse en el primer caso de un proceso peritoneal que se ha desarrollado en muchas ocasiones por infecciones que han seguido la vía linfática.

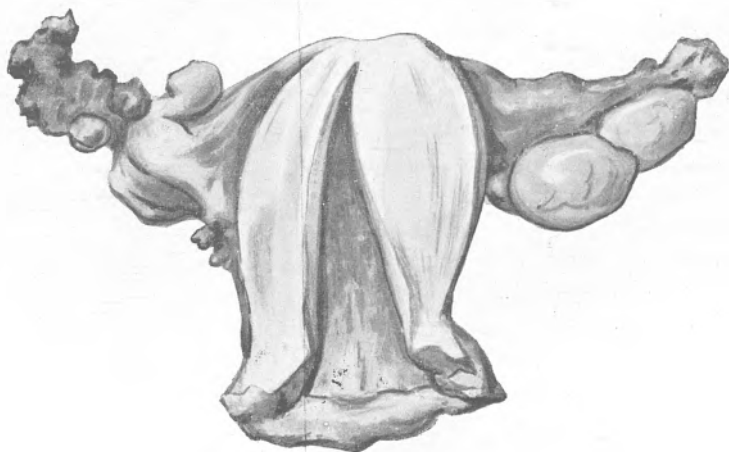


Fig. 356.—Salpingo-oovaritis doble.

El fenómeno dolor no guarda relación en muchas ocasiones con el volumen que a la exploración directa se reconoce al anejo inflamado. Al lado de salpingitis no tumorales, en que las manifestaciones dolorosas espontáneas son muy intensas, encuéntrase voluminosos hidrosalpinx y aun salpingitis purulentas voluminosas, que apenas si han dado manifestación de dolor alguno.

En general, el síntoma dolor no es constante; varía de unos días a otros y aun en las diferentes horas del día, y se halla influido de modo muy notable por los períodos menstruales, en cuya época generalmente son muy acentuados. Aumentan también los dolores por los movimientos, principalmente los paseos en carruaje, la equitación y, en general, toda clase de ejercicio.

Las excitaciones genésicas son frecuentemente causa de dolor, no solamente en el acto de la realización del coito, sino también de modo muy principal al poco tiempo de haberse realizado esta función. Las excitaciones genésicas, aun cuando no vayan seguidas de coito producen asimismo el aumento del dolor.

No es raro observar modificaciones en la intensidad de este síntoma, que siguen los cambios atmosféricos, siendo muy frecuentes en los tiempos fríos y húmedos, las agravaciones.

El dolor lo aquejan principalmente las mujeres en las fosas ilíacas, pero muy frecuentemente márcanse irradiaciones a lo largo de los miembros inferiores, y en algunos casos es el dolor lumbosacro el que inhabilita a la mujer para el trabajo.

El dolor provocado por la exploración suministra datos de un valor grande para el diagnóstico de estos procesos anexiales. Cuando se realiza el tacto combinado con la palpación, el fenómeno doloroso se presenta con caracteres muy acentuados. No es sólo la compresión directa de los puntos inflamados la que determina el dolor, sino principalmente la movilización del útero. Este órgano, que se halla en los casos de salpingitis, más o menos anormalmente adherido a los anejos, al intentar por medio de la exploración imprimirle movimientos, prodúcense dolores agudos. La intensidad de estos dolores varía no sólo por el mayor o menor volumen que las trompas y los ovarios ofrecen, sino por las adherencias anormales que con los órganos vecinos se han establecido.

En el estado normal la movilización del útero no es dolorosa, pero cuando un proceso de inflamación ha invadido los anejos, el menor cambio de situación imprimido al útero es causa de protesta dolorosa, pudiendo el coito, por acción mecánica, determinar en estos casos, una dispareunia muy acentuada.

La compresión directa de los anejos inflamados produce dolor que no guarda relación alguna con el volumen de los órganos enfermos; en casos de salpingitis no tumorales, puede producirse un dolor muy agudo, y, en cambio, en procesos salpingianos tumorales, tener tan pequeña intensidad, que asombra la pasividad de la enferma al ser reconocida.

En los estados agudos o subagudos, la más pequeña presión del órgano determina dolor, en tanto que en los casos crónicos puede éste ser de muy escasa intensidad.

Si bien los síntomas, *dolor espontáneo y provocado*, son de una importancia considerable para el diagnóstico de los procesos de inflamación anexial, lo que suministra síntomas de mayor importancia, no sólo para el diagnóstico de las salpingo-ovaritis, sino de sus distintas variedades, es la *exploración* realizada por medio del *tacto combinado con la palpación*.

EXPLORACIÓN.—Varía de modo notable la impresión percibida por el dedo, según sea la salpingitis tumoral o no tumoral y según su naturaleza y condiciones de la mujer sometida a la exploración.

En las mujeres delgadas pueden llegarse a apreciar todos los detalles de conformación de las trompas, situación de las mismas, así como también la de

los ovarios y aun las adherencias que puedan presentar con los órganos vecinos. En cambio, en las mujeres gruesas es muy difícil poder formar juicio clínico exacto con los datos suministrados por el tacto y palpación, porque los dedos húndense en la masa del panículo adiposo que existe en la pared abdominal y apenas si la punta de los dedos que tactan llega a poder alcanzar los fondos de saco vaginales.

En mujeres muy gruesas encuéntrase ventaja haciendo la exploración en la posición latero-ventral o posición de Sims.

Una buena práctica para la exploración es situarse al lado derecho y tactar con la mano derecha cuando se trata de reconocer los anejos de este lado, y situarse en el lado izquierdo y tactar con la mano izquierda cuando sean los anejos izquierdos los que se van a reconocer.

La frecuencia con que las trompas y el ovario inflamados se prolapsan y sitúan en el fondo de saco de Douglas, permite en muchas ocasiones encontrar entre el útero y el recto, al hacer la palpación, unos cordones duros, desiguales, con algunas masas de mayor tamaño adheridas a ellos y muy sensibles a la presión, que no son otra cosa que las trompas aumentadas en volumen y longitud.

El ovario, al ser arrastrado por la trompa inflamada hacia el fondo de saco de Douglas, ocupa generalmente una posición muy baja, y es este órgano el que se percibe más claramente al hacer el tacto.

Cuando los procesos anexiales de naturaleza inflamatoria han dado lugar a que las trompas y ovarios se sitúen en el fondo de saco de Douglas, se establecen adherencias peritoneales, y es muy común encontrar el útero flexionado hacia atrás, teniendo necesidad de practicar el examen de modo muy detenido para poder diferenciar lo que son los anejos prolapsados de lo que es el fondo del útero retrovertido.

En algunas ocasiones no se verifica el desplazamiento hacia atrás, sino que pueden los anejos seguir una dirección completamente distinta, como lo demuestran algunas de las figuras adjuntas, y los cordones duros más o menos abollados que constituyen las trompas, pueden encontrarse por el tacto, bien a los lados del útero, bien entre la vejiga y este órgano, o escapar por completo a la exploración vaginal, notándose en cambio por palpación la existencia de alguna masa dura, que no es otra cosa que la trompa desplazada hacia arriba, engrosada y más o menos adherida a los órganos vecinos.

Cuando las lesiones son unilaterales, caso el menos frecuente, puede reconocerse en mujeres delgadas la dirección y disposición normal de la trompa y ovario del lado sano.

En los casos de salpingitis tumorales, si el contenido de las trompas es purulento, es muy raro que llegue a formarse un tumor aislado situado a los lados del útero y apreciable por la palpación combinada con el tacto. Es mucho

más frecuente que el proceso de inflamación haya determinado adherencias de los anejos entre sí y también con el útero e intestinos, y que al practicar el tacto se encuentre una masa única, irregular, de resistencia distinta en unos puntos de otros, en la que es imposible distinguir de modo preciso lo que corresponde al útero de lo que corresponde a los anejos.

El proceso perimetro-anexial llega en algunas ocasiones a adquirir una dureza tan extraordinaria, que la sensación que percibe el dedo que tacta es la de un cuerpo leñoso que ocupa gran parte de la excavación pelviana.

La mano que practica la palpación puede reconocer en la región hipogástrica y también en las fosas ilíacas, la existencia de un endurecimiento constituido por una tumoración que tiene relación íntima con la que se encuentra con el dedo que está verificando el tacto vaginal.

Un dato muy digno de ser tenido en cuenta es el de que las tumoraciones anexiales, de naturaleza purulenta o serosa, determinan dolor siempre que experimentan compresión en el acto de la exploración; este síntoma les distingue de las tumoraciones de naturaleza neoplásica, quísticas o sólidas, en las que ni la movilización del útero ni la compresión directa produce dolor.

En el hidro-salpinx, generalmente, existen menos adherencias que en el pfo-salpinx, y da en algunas ocasiones la impresión de una tumoración quística, indolora.

Como quiera que las salpingitis tumorales alcanzan algunas veces volúmenes considerables y pueden complicarse con la formación de abscesos perianexiales que dan a la masa tumoral gran extensión, se impone practicar en algunas ocasiones el reconocimiento, hallándose la enferma en estado de anestesia, para poder apreciar con todo detalle las condiciones de la tumoración.

El *tacto vesical*, recomendado por Noegerath, no es, en modo alguno, aceptable: hubo una época en que se utilizó, pero hoy sólo debemos mencionarlo como un recuerdo histórico. En cambio, es de una importancia considerable el practicar en algunas ocasiones el *tacto rectal*, ya combinándolo con el vaginal o con la palpación abdominal.

El tacto rectal, en los casos de anexitis, puede suministrar datos de un valor grande, no sólo para el diagnóstico de la enfermedad en sí, sino de las variedades, de las relaciones y del estado de desarrollo del proceso flogístico.

La exploración por medio del espéculum no sirve absolutamente de nada en los casos de anexitis. Sólo puede y debe utilizarse en algunas ocasiones para poder practicar en buenas condiciones de asepsia la histerometría, para cerciorarse de la dirección del útero, de la parte que éste toma en la constitución del proceso y de las condiciones de movilidad o fijeza que la desviación uterina ofrece en un caso de esta naturaleza.

El peneumoperitoneo combinado con la radioscopía o radiografía, con

la técnica expuesta en la parte general, puede informarnos sobre la situación de útero y anejos y sus adherencias con órganos vecinos.

Si bien lo más frecuente es que sea la retroflexión la que acompaña a los procesos anexiales, no es raro que se asocien a la retrodesviación estados de latero-flexión bastante pronunciados, constituyendo latero-retro-desviaciones resultantes de la tracción producida por las neomembranas formadas, y de la compresión que las masas tumorales salpingíticas producen sobre el cuerpo del útero.

DIAGNÓSTICO.—Los síntomas de las salpingo-ovaritis son lo suficientemente claros para que pueda diagnosticarse no sólo la enfermedad sino también la variedad a que pertenece.

Las dificultades diagnósticas dependen más que de la enfermedad, de la enferma. La defensa que ofrecen algunas mujeres a la palpación abdominal, poniendo en contracción enérgica los músculos de la pared del vientre, impiden, si la mujer es gruesa, el poder limitar bien los órganos pelvianos; los datos que se adquieran por el tacto y los que aportan las enfermas, permiten establecer en la inmensa mayoría de los casos un diagnóstico preciso. Desde el momento que una mujer aqueja perturbaciones menstruales, dolores en fosas ilíacas, con irradiaciones a lo largo de los miembros inferiores y a la región lumbo-sacra, si en una exploración digital encuéntrase los fondos de saco tirantes y doloroso el útero a la movilización, se puede afirmar que se trata de un proceso de inflamación anexial o peri-anexial.

El hábito de la exploración permite apreciar en su menor detalle la configuración que ofrecen, no sólo el útero, sino los anejos, y salvo los casos de gran espesor de las paredes del vientre o de existencia de masas tumorales adheridas de modo íntimo al útero, se puede hacer el diagnóstico de la salpingo-ovaritis con toda seguridad.

Interesa grandemente no sólo reconocer la inflamación de las trompas y de los ovarios, sino precisar la parte que toman en la misma los órganos vecinos.

La existencia de adherencias con asas intestinales, la parte que el peritoneo pelviano toma en la tumoración salpingiana, la presencia de colecciones purulentas entre los anejos del útero y los demás órganos, que toman parte en la inflamación pelvi-anexial, pueden ser diagnosticadas en la inmensa mayoría de los casos, excepción hecha de las mujeres muy obesas, y también de aquellas que por una sensibilidad muy exagerada no permiten realizar la exploración de modo conveniente.

Para estos casos, la anestesia es un recurso de primer orden. Con la relajación de las paredes del vientre y la falta de sensibilidad pueden llegarse a percibir las distintas modificaciones que han experimentado los anejos en su

forma, dirección, grosor y la fusión mayor o menor que han llegado a tener con los órganos vecinos.

En ningún caso creemos indicado en la actualidad el tacto rectal practicado con toda la mano, al modo como Simón lo recomendó, ni tampoco el tacto vesical, ya que los datos recogidos por los medios de exploración usuales, de tacto vaginal y rectal son suficientes para poder llegar a un diagnóstico exacto y a la determinación de las indicaciones de tratamiento.

Como datos de mucha importancia para el diagnóstico están los que suministra la enferma en el interrogatorio, debiéndose colocar en primer término el estudio del modo cómo comenzó la enfermedad y la parte que en sus comienzos tomaron la vejiga y el recto.

El antecedente de haber expulsado la enferma una cantidad de pus por el ano o por la vejiga, es dato que debe ser tenido muy en cuenta, no solamente para el diagnóstico de la lesión pelvi-anexial, sino también de las adherencias que de modo muy íntimo pueden hallarse entre los anejos del útero y el intestino o vejiga.

La diferenciación entre los procesos salpingo-ovaríticos, los inflamatorios del tejido celular pelviano, perimetrio y, en general, con todos los flegmáticos de la pelvis, se puede establecer en la inmensa mayoría de los casos, con bastante precisión, fijándose cuidadosamente en la dirección del útero, situación de los anejos, induración de las partes vecinas y en las alteraciones funcionales que en el acto de la menstruación se presenten.

El diagnóstico con el *hematocele retro-uterino* es fácil, ya que en esta enfermedad existe el antecedente de su aparición brusca, y analizando bien los hechos constitutivos de la enfermedad se hallan casi siempre los propios de una gestación interrumpida.

Con las *tumoraciones no flogísticas* el diagnóstico no es difícil. Lo mismo el fibroma retro-uterino que los tumores anexiales de naturaleza neoplásica no presentan en su historia y, por lo tanto, en su evolución, nada que sea comparable a los datos que suministra la enferma respecto al comienzo de un proceso salpingo-ovarítico. Por la exploración la compresión directa no produce dolor, mientras que en los estados flogísticos éste se presenta de modo muy vivo cuando se realiza la compresión y la movilización del útero.

Dada la frecuencia con que se presenta la apendicitis y la facilidad con que puede confundirse con una inflamación anexial del lado derecho, precisa establecer el diagnóstico diferencial. Cuando la salpingo-ovaritis afecta al lado derecho, pueden presentarse los fenómenos agudos con todos los caracteres que pertenecen a la inflamación del apéndice. Si se tiene en cuenta, que muchas veces los procesos anexiales, por lo mismo que son vecinos del apéndice, pueden englobar en la masa de inflamación a este órgano y que existe

además gran facilidad para que verdaderos procesos apendiculares se transmitan y propaguen a los órganos vecinos, entre los cuales debemos colocar la trompa y el ovario del lado derecho, se comprende que en muchas ocasiones la equivocación diagnóstica se haya cometido. Analizando bien los hechos y buscando en los antecedentes suministrados por la enferma datos sobre el funcionalismo digestivo y sobre el modo cómo la enfermedad comenzó, casi siempre puede llegarse a una precisión diagnóstica, diferenciándose el proceso apendicular del proceso salpingo-ovarítico.

En la apendicitis, el dolor generalmente se halla situado más alto que en los casos de salpingo-ovaritis, y en ésta, la movilización del útero es dolorosa, cosa que no ocurre en la apendicitis. Por otra parte, se debe tener presente que la salpingo-ovaritis, aun cuando en grado distinto, afecta generalmente a los dos lados y, por lo tanto, el reconocimiento de una trompa inflamada en el lado izquierdo, el acusar la enferma dolor a la tactación del fondo de saco de este lado deben inclinar el ánimo a la idea de un proceso salpingiano y no de un proceso apendicular.

Hay casos, sin embargo, en que la inflamación del apéndice puede llegar a terminar por supuración, y buscando la parte más declive del peritoneo, vaya el pus a acumularse en el fondo de saco posterior; en estos casos, aun reconociendo la posibilidad de que el origen sea apendicular, es de todo punto excepcional que las trompas y los ovarios no hayan tomado parte en la inflamación pelviana, y por lo tanto, el diagnóstico debe hacerse teniendo presente la posibilidad de hallarse afectados ambos órganos.

PRONÓSTICO.—Como todos los procesos de inflamación, las salpingo-ovaritis pueden terminar por resolución completa; mas desgraciadamente, esto no es lo frecuente.

Lo que más a menudo se observa es que, a consecuencia de la inflamación de trompas y ovarios, queden, aun después de desaparecida la flogosis, estados del todo anormales que inhabilitan a los órganos para las funciones a que están destinados. La oclusión de los pabellones de las trompas, las distintas flexiones que experimenta el órgano por efecto de la inflamación, son causa de que se inhabilite la trompa para el paso del óvulo.

No es indefectible que el pabellón de la trompa se cierre en todos los casos de inflamación, pero se observa tan a menudo este proceso, que en la inmensa mayoría de los casos debe temerse que así suceda, y por lo tanto, el problema de la *esterilidad* es el más importante a dilucidar cuando se halla el clínico en presencia de una enferma, en cuyos antecedentes existe el de una salpingo-ovaritis.

Consecuencia de las alteraciones que en la cara interna de la trompa se producen por el hecho de la inflamación, es el que se estreche su luz y se

establezcan adherencias parciales de las franjas tubáricas, que pueden ser motivo de una detención del óvulo ya fecundado, y dar lugar a una *gestación ectópica*. La inmensa mayoría de las gestaciones tubáricas van precedidas en el historial de la enferma de un proceso más o menos importante de salpingo-ovaritis.

Por lo que se refiere al ovario, las neomembranas que se forman y las esclerosis consecutivas a los procesos de inflamación crónica, son causa de perturbaciones funcionales, no sólo del ovario, sí que también de trastornos reflejos, cuyo punto de partida se halla en las compresiones de los filetes nerviosos y también en las perturbaciones de la secreción interna del órgano.

Procesos de inflamación que con su carácter de cronicidad han pasado a la resolución completa de todo lo que significa flogosis, son en muchas ocasiones causa de trastornos funcionales que no permiten considerar como curación el estado en que queda la enferma, después de la desaparición del estado flogístico. En los casos más favorables puede toda traza de inflamación desaparecer, quedando el órgano en condiciones de función normal, aun cuando este sea el hecho menos frecuente.

Las salpingitis tumorales pueden llegar a la curación, reabsorbiéndose primeramente las partes líquidas, y más tarde los elementos figurados que entran en la composición del contenido tubárico, pero en esta clase de salpingitis, la restitución *ad integrum* no es nunca completa, la imposibilidad funcional es permanente y la esterilidad, al tratarse de lesiones bilaterales, absoluta y definitiva.

En general, puede decirse que las inflamaciones salpingo-ovaríticas son tanto más graves cuanto mayor es la parte que el peritoneo toma en la inflamación. El desarrollo de una peritonitis generalizada, como consecuencia del proceso salpingo-ovarítico, puede llegar a producir la muerte; la abertura de un absceso en la cavidad peritoneal puede ser causa asimismo de un desenlace fatal.

Es más frecuente, sin embargo, que los abscesos de origen salpingo-ovarítico, se abran en algún órgano vecino y sean causa de trastornos de mayor o menor importancia. La *cistitis*, a consecuencia de la abertura de un absceso en el interior de la vejiga, puede ser motivo de una infección ascendente de las vías urinarias; la abertura del absceso en el recto significa en unos casos la curación del proceso, y en otras, motivo de serias complicaciones por las infecciones mixtas que se producen.

Frecuentemente existen procesos de agudización con intervalos más o menos largos entre unos y otros.

Las salpingitis crónicas llegan en algunas ocasiones a un estado tal de mejoría que la enferma se considera curada. Sin embargo, la más pequeña transgresión, las fatigas corporales, los excesos genitales y aun algunas veces

sin causa conocida, y sólo por la influencia de la menstruación, se producen agudizaciones que reproducen el cuadro de la enfermedad con todo su primitivo síndrome y aun con grandes agravaciones.

La abertura de un absceso por el punto más declive en la cavidad de la vagina puede significar la curación completa del proceso de inflamación, pero quedando siempre las condiciones de perturbación funcional que antes hemos mencionado por efecto de las adherencias anormales que se han establecido de unos órganos con otros, de la oclusión del pabellón o bien de las mismas flexuosidades de la trompa.

TRATAMIENTO.—Hay que establecer una esencial diferencia en el tratamiento de las salpingo-ovaritis, entre el estado agudo y el que corresponde usar en los estados crónicos en sus diferentes formas.

La salpingo-ovaritis aguda, lo mismo la producida por el gonococo que la que depende de agentes comunes de infección, y de igual manera la que resulta de una infección propagada por vía endocavitaria que la que ha seguido la vía linfática, exige, como primera indicación, el estado de *reposo* absoluto, general y genital; la permanencia en cama en tanto existe reacción febril y las manifestaciones flogísticas tienen carácter agudo, es de todo punto indispensable.

La aplicación de bolsas de hielo en la región inferior del vientre es de una utilidad considerable. El hielo aplicado en la región inferior del abdomen produce, por un lado, un fenómeno de isquemia muy favorable para la resolución del proceso flogístico y, como por otra parte, el frío es un medio opuesto a las condiciones que necesitan los gérmenes para multiplicarse, su influencia benéfica en los casos de salpingo-ovaritis aguda, no debe dejar de utilizarse. Lo que se exige respecto a la técnica de la aplicación del hielo en estos casos es que sea constante; los beneficios que reporta pueden convertirse en perjuicios cuando las aplicaciones son intermitentes y se deja que se produzcan reacciones de calor consecutivas a la cesación de la acción del frío.

Dos, tres, cuatro días de aplicaciones de bolsas de hielo sobre la región abdominal inferior, es el tiempo que se necesita para combatir de modo eficaz la salpingo-ovaritis en sus procesos agudos; la persistencia en la aplicación del hielo puede ser motivo de alteraciones cutáneas que alcancen a ocasionar la gangrena de parte de la piel; esto se evita interponiendo una pequeña capa de algodón, gasa o franela entre la superficie cutánea y la bolsa de hielo. Es preciso que la acción refrigerante sea constante, pero que no llegue a alcanzar las proporciones de producir la congelación de las partes; las escaras que se forman por la acción del hielo necesitan un tiempo muy largo de tratamiento para curarse.

Es conveniente asimismo que al tratamiento por medio del hielo se asocie

otro calmante general por medio del *opio*, de la *belladona*, *estramonio*, *cáñamo indiano*, etc., prefiriendo entre estos agentes los que no determinan astricción de vientre, pues es condición indispensable de tratamiento, impedir que pueda asociarse a la acción de las bacterias existentes en los genitales, la que por retención de materias fecales se produciría al atravesar la pared del intestino ciertos gérmenes, dando lugar a infecciones mixtas.

En el estado agudo preferimos el frío al calor. La acción isquemiente de aquél la conceptuamos mucho más beneficiosa que la congestiva de este último; otra cosa debe hacerse en el estado crónico, pues en él resulta preferible la acción hiperemiente a la de isquemia para lograr el proceso resolutivo.

Si el origen de la infección salpingo-ovarítica es endocavitario, como ocurre en algunos estados de infección puerperal, podrá ser conveniente verificar el desagüe de la cavidad del útero por medio de la colocación, dentro de la matriz, de un tubo que permita la libre salida de los exudados que en el interior de su cavidad puedan hallarse retenidos.

Para todos los casos de esta naturaleza es conveniente no tanto para combatir el estado ya existente de inflamación salpingo-ovarítica, como para evitar nuevas infecciones, que puedan producirse, utilizar irrigaciones vaginales antisépticas con *sulfato de cobre*, *lisol*, *timol*, *oxicianuro* o *bicloruro de mercurio*, etc.

En los estados agudos debe desecharse el tratamiento revulsivo en los fondos de saco vaginales, y el que se aplica tan a menudo en la región hipogástrica y fosas ilíacas. Estos medios tienen sólo indicación de tratamiento para los casos subagudos y crónicos.

En las salpingitis crónicas, el tratamiento debe ser distinto, según se trate de procesos salpingo-ovaríticos no tumorales, o de aquellos que han llegado a constituir tumoración.

Tanto en unos como en otros casos, el *reposo* general y el genital se halla plenamente indicado. La circunstancia de producir en algunas ocasiones dolores poco acentuados, hace muy difícil el poder someter a las enfermas a un reposo general absoluto, pero es prudente indicarles la conveniencia del mismo para que, dentro de los límites de lo posible, hagan el menor ejercicio. Debe prohibirse en absoluto todo lo que sean ejercicios violentos, lo mismo los de *sport* que los paseos en carruaje, viajes en ferrocarril y, en general, toda clase de ejercicios violentos o prolongados.

Las enfermas se dan prontamente cuenta de que no les conviene el movimiento, ya que después de un ejercicio o de un trabajo mecánico se acrecientan las molestias y los dolores.

La cura por el reposo es sólo aplicable a un limitado número de enfermas; las condiciones sociales que permiten la cura de reposo absoluto las poseen

pocas mujeres, y aun entre éstas, la voluntad de estar quietas en absoluto, en la cama o en un canapé, se encuentra en un número muy limitado.

Del reposo genital diremos asimismo que es de una conveniencia grande el someterse a él, pero que, dada la marcha muy lenta de la enfermedad en su estado crónico, se hace muy difícil poder someter al reposo absoluto genital a la inmensa mayoría de las enfermas. Los deberes conyugales les impiden a muchas someterse a la prohibición absoluta de relaciones sexuales; en algunas su mismo temperamento les induce a no cumplir la prescripción, pero bueno es dar a conocer a la enferma, y a su marido, el hecho de que los procesos salpingo-ovaríticos crónicos experimentan siempre una agravación cuando se producen excitaciones genésicas.

Algunas enfermas son dispareúnicas, no sólo por la congestión genital existente, sino también por la acción mecánica del coito; el pene, alcanzando los fondos de saco muchas veces distendidos y ocupados por los anejos enfermos, produce por presión un dolor que impide la normal realización del coito.

En la imposibilidad de negarse muchas mujeres a los deseos del marido para la realización del coito, conviene advertirlas que, aun peor que éste, resultan las excitaciones genésicas que no conducen a la depleción completa del orgasmo venéreo.

Como medios farmacológicos en todas las salpingitis crónicas, puede usarse el *ictiol* en forma de cápsulas de 25 á 30 centigramos dos o tres veces al día; esta substancia tiene una acción positivamente decongestiva de los anejos uterinos. Es sorprendente la acción analgésica que el *ictiol* produce en las inflamaciones anexiales; esta acción puede tal vez ser debida a la actividad circulatoria que se produce en trompas y ovarios, cuya consecuencia es la disminución de la hiperemia causante de los dolores, principalmente lumbosacros, que la enferma aqueja.

En los estados crónicos consideramos como de necesidad absoluta en la inmensa mayoría de los casos seguir durante largo tiempo la medicación ictiolada al interior. Es asimismo útil la aplicación de óvulos vaginales de glicerina e ictiol o *thigenol*; con los óvulos vaginales se obtienen dos efectos: por un lado, la glicerina, absorbiendo el agua de los tejidos pelvianos, produce un efecto descongestivo, constituyendo una verdadera sangría serosa que se traduce en muchas ocasiones por un alivio marcado de los dolores; por otra parte, el ictiol, absorbido en pequeña cantidad por esta vía, actúa como el que se introduce por vía gástrica, produciendo disminución notable de la congestión anexial.

Consideramos, sin embargo, de mucha mayor utilidad y más beneficioso el ictiol introducido por vía gástrica que la pequeña cantidad que pueda absorberse por la mucosa vaginal.

En los casos de dolores agudos deben utilizarse asimismo los narcóticos,

pero entre ellos debemos preferir los solanáceos a los opiáceos, por ser estos últimos paralizantes de las fibras lisas del intestino y a consecuencia de ello prodúcese estreñimiento, cosa que debe evitarse en absoluto.

La *aspirina*, la *antipirina*, la *fenacetina*, etc., tienen una acción analgésica que puede utilizarse en los casos de dolores muy acentuados; su uso no debe prolongarse mucho tiempo por la acción deprimente que ejercen sobre la circulación, y por esta circunstancia debe reservarse su empleo para los casos en que existen dolores muy acentuados.

Una sustancia hemos introducido nosotros en la terapéutica ginecológica que produce efectos analgésicos verdaderamente notables en los casos de lesiones ováricas. El *óxido de cerio*, a la dosis de 20 ó 30 centigramos diarios, tiene una acción electiva sobre los ovarios, lográndose en muchas ocasiones con su empleo sostenido, la desaparición de dolores fuertes y persistentes.

El óxido de cerio no tiene una indicación precisa más que en los casos de inflamaciones de naturaleza infectiva, en las perturbaciones tróficas anxiales y, en especial, en las ovaritis escleroquísticas.

Los *revulsivos* tienen una acción sobre los procesos pelvi-anxiales, que desde muy antiguo viene utilizándose. La revulsión practicada por el abdomen, en forma de cantáridas, embrocaciones de tintura de yodo, botones de fuego, etc., produce en muchas ocasiones un alivio marcado de los dolores. Debemos, sin embargo, hacer notar que el uso de las cantáridas, por lo mismo que frecuentemente la vejiga toma parte en procesos pelvi-anxiales, debe utilizarse con mucha parquedad para evitar la acción irritante sobre el aparato urinario.

La revulsión vaginal puede practicarse por medio de embrocaciones de tintura de yodo en el fondo de saco vaginal, y también con sustancias cateréticas. Su acción es, sin embargo, poco eficaz por la distancia a que se hallan colocados los anejos del útero del punto donde se realiza la revulsión, y no compensa la molestia que produce una inflamación de la mucosa de la vagina, los pequeños beneficios que con ello se alcanzan.

En el tratamiento de los procesos salpingianos crónicos no tumorales, el *calor* es el medio de tratamiento por excelencia. Desde antiguo, aun antes de conocerse la patogenia y la naturaleza de las inflamaciones anxiales, se utilizaban los redaños y cataplasmas emolientes en la región inferior del abdomen.

Un medio verdaderamente calmante que siempre produce efecto favorable es el empleo de las *compresas de Priestnitz*. Asimismo el *calor suministrado por vía vaginal* por medio de irrigaciones abundantes de 10, 15, 20 y hasta 40 litros de agua a alta temperatura, ha sido recomendado y utilizado con gran frecuencia.

Tanto las irrigaciones como las cataplasmas emolientes y el calor húmedo

aplicando una almohadilla eléctrica en la región del abdomen, previa la colocación de una franela empapada en agua para que el calor resulte húmedo, producen muy buena acción analgesiante; las irrigaciones vaginales a alta temperatura, utilizando cánulas especiales de doble corriente para evitar la sensación desagradable que en la piel de las márgenes del ano se produce por efecto del agua cuando ésta se halla por encima de 45°, obran únicamente por la acción del calor. Este actúa determinando una hiperemia activa que produce mayor rapidez circulatoria en los órganos afectados de inflamación, que sirve como resolutorio del proceso. Los órganos inflamados sometidos a temperaturas superiores a 45° ofrecen un mal medio para la reproducción microbiana.

Tanto el calor húmedo aplicado en forma de cataplasmas, como las irrigaciones vaginales, resultan algo molestas para la enferma y de aplicación un poco difícil durante el tiempo que necesita el órgano para cambiar radicalmente su estado congestivo. De ahí que la aplicación del calor se haya hecho con otros medios más sencillos y de mejor efecto.

El *pelvitermo* de Flatau lo usamos frecuentemente; es un medio de determinar aumento de temperatura algo persistente en los órganos genitales y se favorece grandemente la resolución del proceso inflamatorio anexial.

Descrito este aparato en el capítulo correspondiente de la Ginecología general (pág. 207), tiene en los procesos anexiales no tumorales una indicación de tratamiento digna de ser utilizada a falta de medios mejores; tiene la ventaja que puede ser adquirido fácilmente por la enferma y tratarse ella en su casa, aun viviendo en un pueblo.

Estos medios de aplicación del calor para el tratamiento de los procesos anexiales tienen como principal inconveniente que a la distancia a que se hallan colocados los órganos que se quieren someter a la acción del calor éste no les alcance en grado suficiente para producir el efecto resolutorio que se pretende.

Lo mismo las irrigaciones vaginales, que el *pelvitermo* y las cataplasmas aplicadas a la región hipogástrica y fosas ilíacas, suministran calor a los órganos inflamados; pero a tal distancia, que una parte considerable de los anejos no experimenta la suficiente influencia modificadora de su circulación. En evitación de este inconveniente, ha entrado en la terapéutica ginecológica un medio que produce excelentes resultados y que alcanza el *desideratum* que se pretende al utilizar el calor como medio de tratamiento; es este agente la *termo-penetración* o *diatermia*.

Por el mecanismo descrito en el capítulo correspondiente, las corrientes de alta frecuencia, al atravesar los órganos genitales en toda su extensión, producen en la totalidad de los mismos una elevación de temperatura que actúa de tal manera, que los efectos beneficiosos se hacen notar muy prontamente.

El efecto calmante, la desaparición del dolor que sigue a las aplicaciones de diatermia es constante en todos los casos de inflamación anexial; las enfermas

muéstranse prontamente agradecidas a este medio de tratamiento que les proporciona un alivio que no han alcanzado con ninguno de los otros métodos empleados.

A la larga, este tratamiento llega a producir la reabsorción de muchos exudados flogísticos: desaparecen los engrosamientos tubáricos que acompañan a los estados crónicos de inflamación de este órgano, y como consecuencia perfectamente ostensible de la desaparición de la inflamación, hemos visto en muchos casos enfermas casadas desde muchos años sin hacerse embarazadas por efecto de salpingo-ovaritis, en las que después del tratamiento ha tenido lugar una gestación, lo cual demuestra las modificaciones profundas que en el estado flogístico de la trompa ha producido este medio de tratamiento.

La técnica del empleo de la diatermia la hemos descrito en el capítulo correspondiente de la Ginecología general, y en los muchos centenares de casos que llevamos tratados por este procedimiento, no hemos tenido nunca accidente de ninguna especie, y si en algunos casos no hemos logrado alcanzar la curación, en todos se ha marcado un estado de positivo alivio.

Para las salpingitis tumorales, así como para las peri-metro-anexitis determinantes de fenómenos dolorosos y reflejos muy acentuados, y en general, en todos aquellos casos en que las masas de inflamación anexial, juntándose con las del peritoneo pelviano, han llegado a producir una masa en la que los órganos de la generación no son más que una parte de una tumoración única, en éstos el tratamiento tiene que ser forzosamente quirúrgico.

TRATAMIENTO OPERATORIO.—Las indicaciones de la intervención quirúrgica varían por completo, según cuales sean las condiciones de cada caso en particular, y los efectos que se hayan podido observar con los tratamientos médicos previamente empleados.

En las tumoraciones anexiales débese establecer una diferencia primordial para determinar la clase de intervención operatoria que debe realizarse entre aquellas en que existe un estado febril más o menos acentuado y las que tienen un curso completamente apirético.

Como regla general de tratamiento operatorio, debemos considerar la vía vaginal como preferible para todos aquellos casos que van acompañados de fiebre. Las elevaciones térmicas representan siempre en los estados flogísticos anexiales un estado de virulencia del germen determinante de la inflamación, y ella representa *per se* un peligro de difusión a la gran serosa peritoneal, con todas las graves consecuencias que entraña el que se produzca una peritonitis post-operatoria.

En algunos casos no es posible resolver el problema curativo por vía vaginal, a pesar de la contraindicación que la operación por vía abdominal tiene por la existencia de fiebre; para estos casos aconsejamos, como primer

tiempo del tratamiento quirúrgico, verificar antes que la laparotomía en estas condiciones, la abertura de los focos supurativos que puedan existir en trompas, ovarios o peritoneo pelviano, dando fácil salida al pus por los fondos de saco de la vagina y llegar posteriormente a realizar, por vía abdominal, la operación definitiva.

La *colpotomía* se hará en el fondo de saco anterior o posterior, según del examen de la enferma se desprenda la mayor o menor facilidad de alcanzar por uno u otro la colección purulenta.

En muchos casos la colpotomía no significa más que un tiempo primario del tratamiento total del proceso aneal; en muchos otros representa la curación definitiva, si bien muy a menudo es lenta.

Las salpingo-ovaritis tumorales de carácter supurativo forman muchas veces abscesos múltiples, y frecuentemente las paredes de la trompa tienen un espesor considerable y no resulta siempre fácil establecer un desagüe de las colecciones purulentas por vía vaginal.

Algunas veces nos hemos auxiliado de las valvas de Dimitri D'Ott, que con una lámpara eléctrica de 4 ó 5 voltios permite la iluminación de la cavidad pelviana en espacio suficiente para poder practicar con instrumento cortante la abertura de la colección purulenta.

En la mayoría de los casos debemos valernos del dedo para romper las paredes de la bolsa que contiene el pus, y teniendo presente la multiplicidad de abscesos que pueden existir, se hace necesario establecer amplia comunicación de unas cavidades con otras para que el desagüe se realice de modo fácil por la vagina.

La técnica operatoria puede resultar mucho más fácil practicando la intervención por vía abdominal, pero la gravedad operatoria es tan distinta en los casos de esta naturaleza, en los que el proceso febril domina el cuadro sintomático, que sólo de modo excepcional debe practicarse hoy día la laparotomía para abrir colecciones purulentas aneales ni aun para extirpar los órganos enfermos de inflamación pelvi-abdominal, cuando la temperatura se halla más de un grado por encima de la normal.

Ha cesado la época en que se discutía cuál era la vía de elección para la abertura de los procesos supurativos pelvi-aneales. El estado febril marca, en general, una contraindicación de la vía alta.

La colpotomía, sea cualquiera el fondo de saco que se abra, debe ir seguida forzosamente del establecimiento de un desagüe que permita la fácil salida de los exudados.

Para ello es conveniente la introducción de tubos de desagüe, de goma o cristal, acompañados de una tira de gasa que permiten por un lado la fácil salida de los exudados, y en segundo término, evitan que se cierre la herida de colpotomía.

En algunos casos, por deficiencia de la técnica o por imposibilidad de establecer un desagüe completo por la multiplicidad de bolsas purulentas que pueden existir, se sostiene días y más días el estado febril y la supuración, pero más frecuente todavía es que se permita cerrar la herida vaginal y que vuelvan nuevamente, por retención de los productos purulentos peri-uterinos,

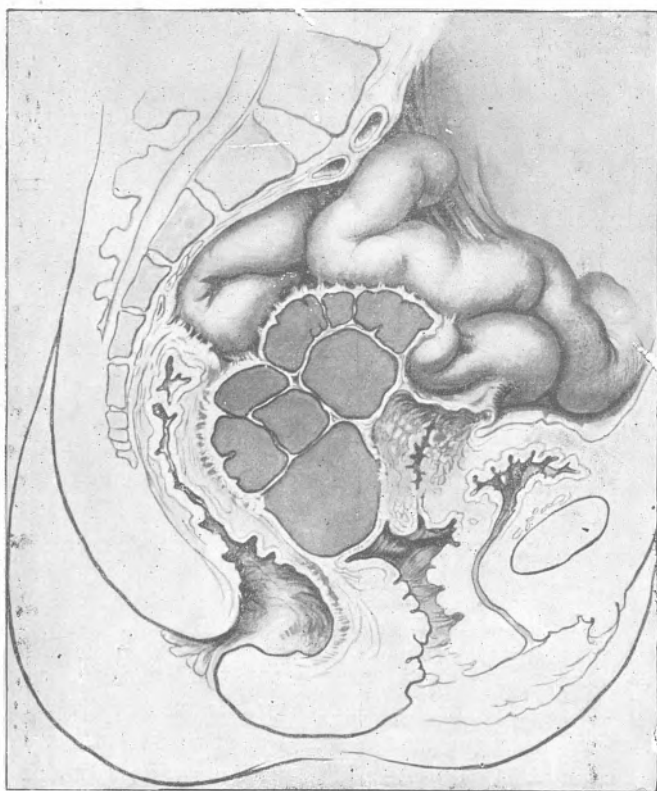


Fig. 357.—Absesos múltiples pelvi-anexiales susceptibles de tratamiento por colpotomía.

a producirse elevaciones de temperatura y que reaparezca el dolor. En gran número de casos hemos practicado la colpotomía una sola vez y hemos logrado la perfecta curación con intervenciones muy sencillas e inocuas realizadas por vía vaginal, cuyo único objeto ha sido dar salida a las colecciones purulentas; en otros casos se produce un tan difícil desagüe, que la supuración se hace muy grande y mal oliente; no cesa nunca, la enferma va perdiendo fuerzas y es preciso recurrir a la extirpación de los órganos para poder salvar a la enferma.

En tanto dura el estado febril, está indicado como método de tratamiento

el desagüe por vía vaginal y sólo se recurrirá a la extirpación de los órganos en los casos excepcionales en que la vida de la enferma corra serio peligro por la continuidad del proceso supurativo que conduzca a la emaciación completa.

Cuando se trata de la extirpación de órganos en estas circunstancias, si el estado febril persiste, debe preferirse como vía de elección la vaginal, si bien

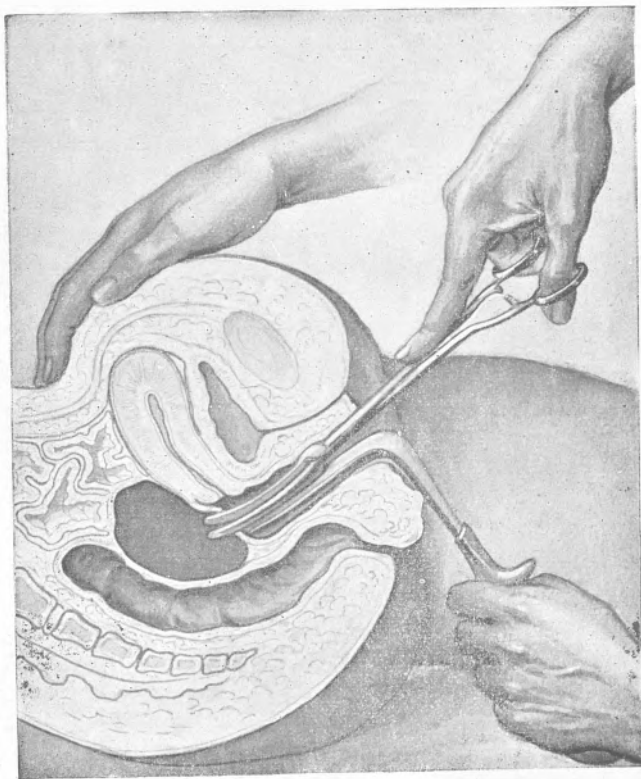


Fig. 358.
Incisión de una colpotomía posterior, ensanchándola con una pinza.

la técnica de esta intervención en tales condiciones ofrece en algunos casos verdaderas dificultades.

En los estados de inflamación anexial con formación de abscesos, pero sin reacción febril de ninguna especie, puede elegirse la vía vaginal o la abdominal indistintamente; pero creemos preferible, cuando se trata solamente de establecer el desagüe, atacar la colección purulenta por la vagina. Por el contrario, cuando se trata de la extirpación de los órganos enfermos, ya sea la *salpingectomía* o extirpación de la trompa, de la *salpingo-ooforectomía* o extirpación

de trompas y ovarios, y también para la extirpación total del útero con sus anejos, debe darse la preferencia a la vía abdominal. Aun existiendo grandes colecciones de pus, si éste no determina reacción febril, la indicación laparotómica persiste, puesto que el estado de virulencia microbiana ha desaparecido.

Muy a menudo grandes abscesos de naturaleza gonocócica, no dan a las siembras en medios apropiados cultivo alguno. Son abscesos estériles en que



Fig. 359.—Histerectomía abdominal por hemisección. Sección media del fondo del útero.

los agentes microbianos perdieron su vitalidad por efecto del acúmulo de toxinas y leucomainas procedentes de los mismos.

El tratamiento operatorio de las salpingo-ovaritis tumorales puede exigir la extirpación sólo de una trompa y de un ovario, la extirpación de ambas trompas y aun la totalidad de los órganos genitales internos.

La línea de conducta que debe guiar al clínico para el tratamiento operatorio es el de examinar el estado de salud o enfermedad en que se encuentre el

útero. Si se trata sólo de lesiones flogísticas de los anejos, en las que el peritoneo uterino se halla en estado de completa integridad, practíquese sólo la extirpación de aquéllos; cuando, como ocurre el mayor número de veces, al proceso de inflamación tubo-ovárica, acompaña un estado de perimetritis, en el que la serosa ha perdido por completo su capa endotélica, y se halla el útero

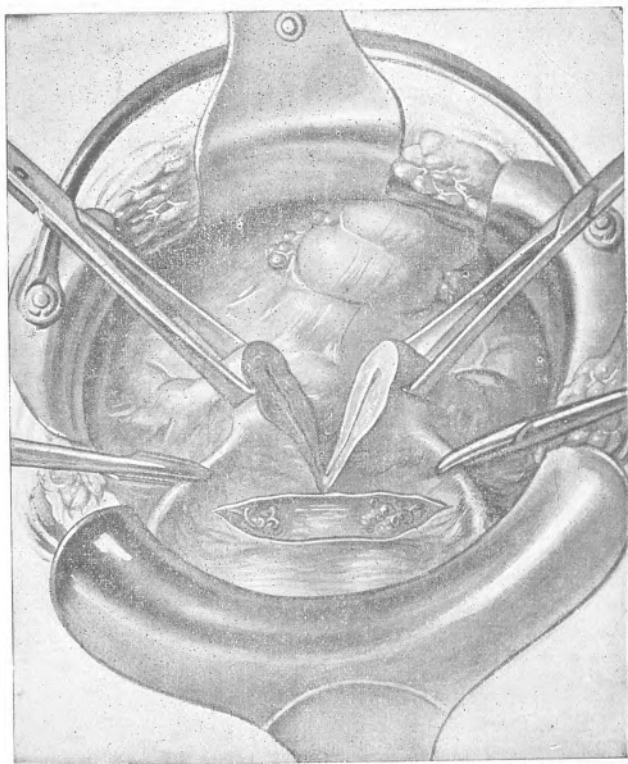


Fig. 360.—Histerectomía por hemisección: el útero está seccionado por la línea media.

adherido a órganos vecinos de modo anormal, es preferible a la salpingectomía simple la práctica de la castración total abdominal.

No es infrecuente que al abrir el vientre se reconozca la existencia de una cantidad tal de adherencias útero-anexiales e intestinales, que resulte verdaderamente difícil la disección y el aislamiento de los órganos. Para estos casos, verdaderamente difíciles, utilícese la técnica descrita por Jean Louis Faure y generalizada por Kelly, de Baltimore, de practicar la *hemisección* del útero, procurando en el desprendimiento de las adherencias hacerlo desde abajo hacia arriba, siguiendo la siguiente técnica:

Practicada la laparotomía media infra-umbilical y abierta la cavidad de la gran serosa, encuéntranse muy a menudo una masa tumoral formada por órganos genitales, asas intestinales engrosadas, completamente adheridas a ellos y al vértice de la vejiga urinaria, y aun en algunas ocasiones íntimamente pegada al epiplón, que forma parte en su porción inferior del bloque inflamatorio.

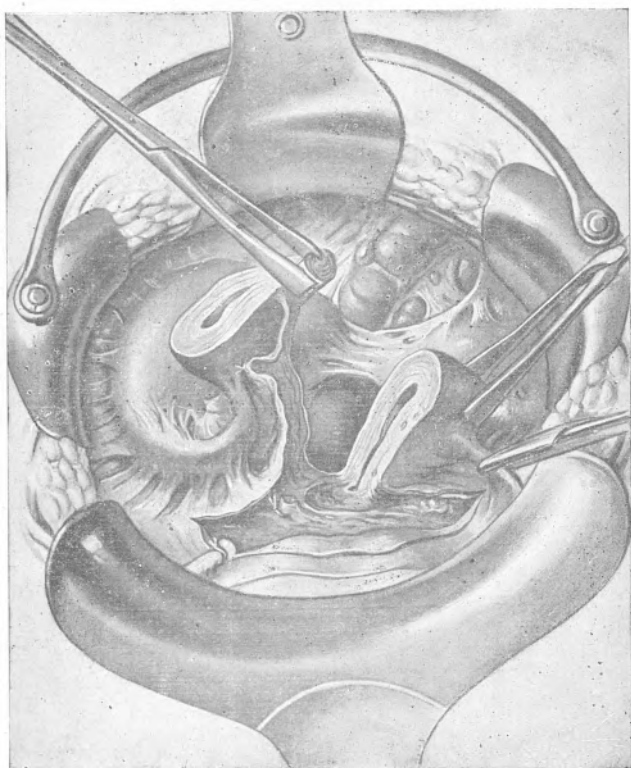


Fig. 331.—Histerectomía por hemisección: extirpación de la mitad derecha procediendo de abajo arriba.

Despegar las adherencias de arriba abajo es exponerse a desgarrar las asas intestinales con todas las graves consecuencias que representa una herida de esta índole. Es preferible separar en la línea media la cara posterior de la vejiga y fraguarse un espacio por la cara posterior del útero, separando una pequeña parte de asas intestinales si están a ella adheridas, y con una tijera seccionar el útero de arriba abajo en su línea media.

La sección puede quedar limitada al cuerpo del útero hasta alcanzar el istmo, o bien si se pretende hacer la histerectomía total, seccionando asimismo el hocico de tenca y la vagina; con unas pinzas de garfios se coge el útero por

el hocico de tenca o en las proximidades del istmo en caso de hacer la histerec-tomía subtotal, y se bascula hacia un lado para poder desprender de abajo arriba la primera mitad de los genitales.

Se comienza la extracción de la mitad que presenta menos dificultades, y como quiera que las adherencias son siempre menos densas con el tejido celular que con la porción peritoneal, se inicia el despegamiento por abajo;

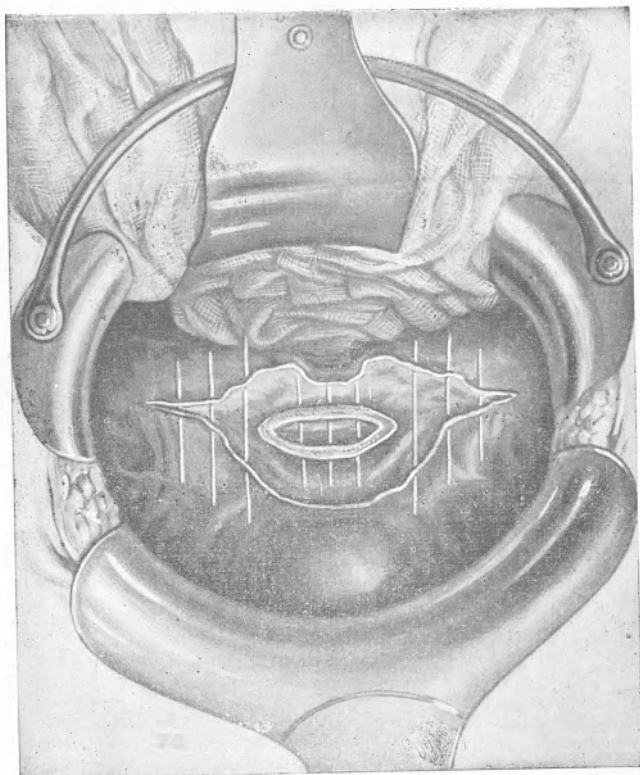


Fig. 362.—Histerec-tomía terminada: aplicación de los puntos de sutura para reconstituir el fondo pelviano.

poniendo al descubierto la arteria uterina de un lado y pinzándola; se bascula luego el útero en sentido lateral, se va liberando por disección obtusa de todas las adherencias que ofrece el órgano, se llega al ligamento redondo y se secciona, previa la aplicación de una pinza; se sigue luego separando cuidadosamente unos órganos de otros y se llega hasta el ligamento infundibulo-pelviano, último punto por el que quedan fijos los órganos genitales de la mitad por la que se ha comenzado la extracción. Se aplica una pinza en este ligamento, y ya entonces, con más ancho campo, se procede a la liberación de la

otra mitad del útero y anejos, siguiendo una técnica análoga, pinzando sucesivamente la arteria uterina, después el ligamento redondo y, por último, el infundíbulo-pelviano.

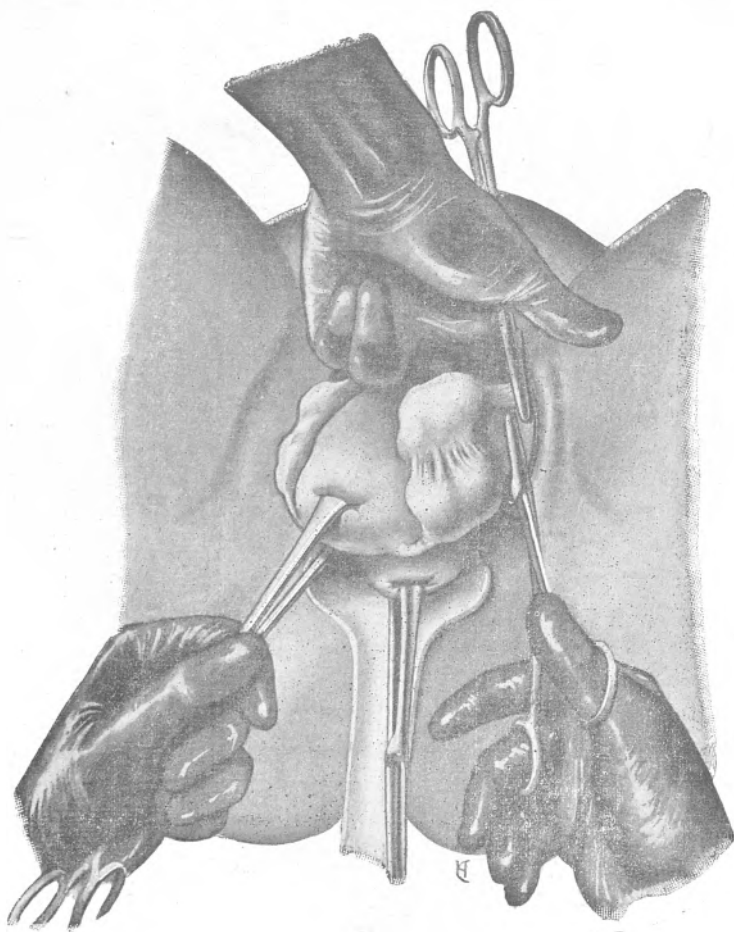


Fig. 363.—Histerectomía vaginal por salpingo-ovaritis; colocación de las pinzas hemostáticas en el ligamento ancho izquierdo.

Las paredes pelvianas toman muchas veces parte en la inflamación, y entonces puede hallarse el ureter englobado en la masa de inflamación, debiendo cuidar que no sea arrastrado al pretender liberar el útero de sus adherencias. Se puede evitar perfectamente la herida de este órgano en la inmensa mayoría de los casos, si se tiene presente la posibilidad del hecho y no se da nunca un tijeretazo sin ver bien lo que va a cortarse.

Si se ha hecho una histerectomía total, la oclusión de la vagina es lo primero que debe hacerse para la reconstitución del suelo pelviano. Es muy difícil en las extensas perimetro-anexitis poder peritoneizar de modo completo, y en algunos casos, en vista de las malas condiciones de la serosa para poder



Fig. 364.—Histerectomía vaginal por salpingo-ovaritis tumoral.

realizar esta parte tan importante de la operación, conviene aislar la zona donde existían los genitales, uniendo por medio de sutura el peritoneo del vértice de la vejiga, con el que recubre la cara anterior de las asas intestinales que se hallan más próximas a aquel órgano.

En caso de dejar excluida esta cavidad de la de la gran serosa abdominal, es conveniente dejar un desagüe por vagina, no precisamente por la misma herida, sino haciendo una incisión en la pared posterior de este órgano, de manera que resulte el punto más declive de la cavidad pelvi-abdominal, en relación directa con la cavidad de la vagina.

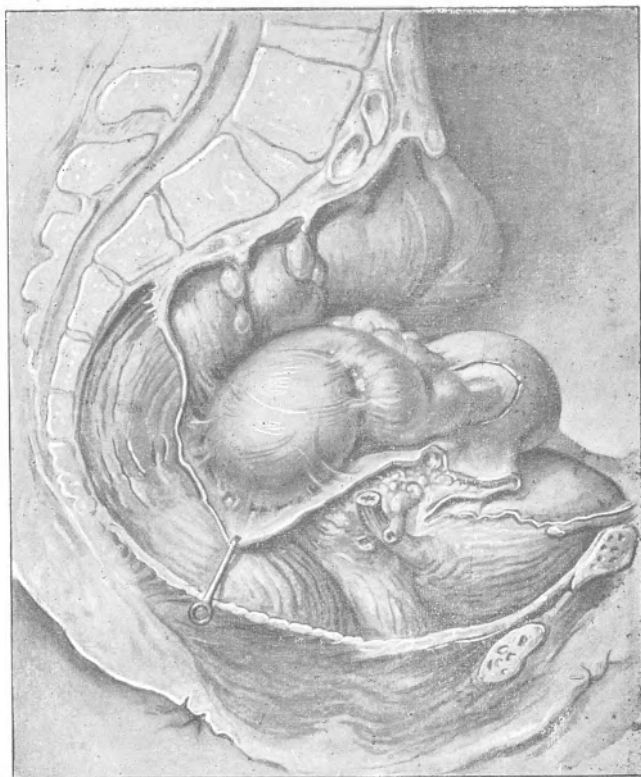


Fig. 365.—Piosalpinx muy adherido a las asas intestinales.

En los casos raros en los que no se puede realizar una hemostasia completa por existir hemorragias en sábana, es útil practicar un taponamiento por medio de gasa, que más que para desagüe, sirve para realizar la hemostasia por compresión. Hace algunos años se utilizaba para estos casos el desagüe por el procedimiento de Mickulickz; pero en la actualidad sólo se deja gasa por el abdomen cuando por circunstancias especiales se ha visto el ginecólogo obligado a operar en pleno proceso febril, y en las que por lo tanto, no se puede tener ninguna seguridad de que se desarrolle el proceso de curación sin fenómenos peritoneales.

Cuando en estas condiciones se utiliza el desagüe abdominal debe colocarse siempre la bolsa de hielo sobre el vientre inmediatamente después que la enferma ha reaccionado del acto operatorio.

En los casos de lesiones limitadas a la trompa, en los que no existen adherencias intestinales, puede ser la salpingectomía uni o bilateral, la operación que deba practicarse. La extirpación de las trompas y de los ovarios cuando

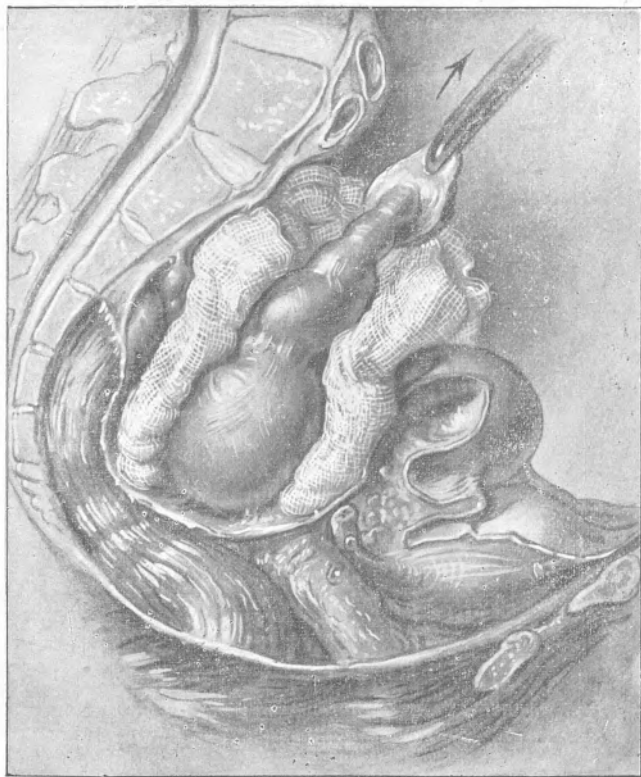


Fig. 366.—Extirpación del piosalpinx procediendo de dentro afuera.

éstos no presentan grandes adherencias con las asas intestinales, es generalmente operación sencilla. La salpingectomía deberá, sin embargo, realizarse de modo cuidadoso, procurando peritoneizar perfectamente las superficies cruentas. El ángulo del útero es conveniente revestirlo de tal manera, que impida el que tome el punto de sección adherencias anormales, ya que éstas, cuando se producen, son fuente de dolores persistentes al cabo de algún tiempo de verificada la curación de la enferma.

En la técnica para la extirpación de un tumor salpingiano adherente es

conveniente, a la manera como indica la figura 366, rodear la trompa con compresas de gasa por si se rompe o perfora la colección purulenta en el curso de la intervención; la extirpación puede hacerse de fuera adentro, comenzando por el ligamento infundibulo-pelviano y acabando en el ángulo de la matriz, o vice-

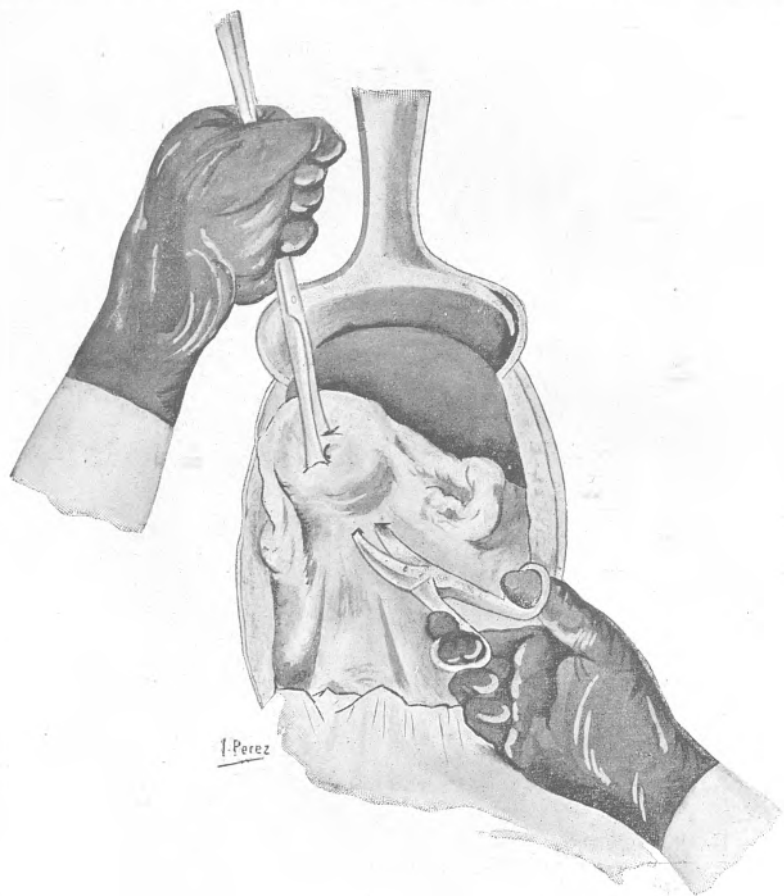


Fig. 367.—Procedimiento rápido de histerectomía subtotal en caso de anexitis: primer tiempo, sección del istmo del útero por la pared posterior.

versa, iniciar la salpingectomía por el punto de unión de la trompa con el útero, y despegando de dentro afuera llegar como último tiempo de la extirpación a la sección del ligamento infundibulo-pelviano.

La histerectomía en los casos de salpingo-ovariectomía doble es aconsejada por muchos ginecólogos por considerar que extirpados los anejos, el útero no tiene función de ninguna especie. Este criterio lo consideramos excesivamente absoluto y nuestra línea de conducta es la siguiente: si extirpados los anejos

puede quedar el útero en buenas condiciones, no vemos necesidad alguna de aumentar la importancia de la intervención quirúrgica con una extirpación innecesaria; pero si por las malas condiciones del órgano, dependientes de su

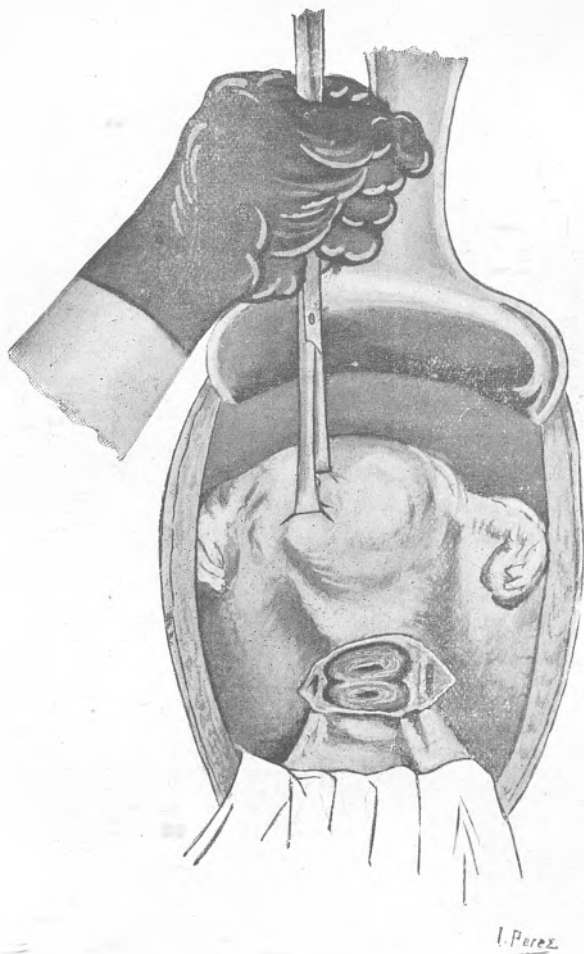


Fig. 368.—Segundo tiempo, después de seccionado el cuello del útero quedan las arterias uterinas al descubierto y se aplican en ellas pinzas hemostáticas.

tamaño o anormalidad de posición, o por hallarse afecto de un proceso perimetritico que haga temer que se establezcan nuevas adherencias con los órganos vecinos, a la salpingectomía simple preferimos la castración abdominal total o subtotal, según cuales sean las condiciones del cuello uterino.

Un procedimiento de extirpación rápida hemos empleado desde hace más

de quince años para los casos en que habiendo pocas adherencias existe indicación de extirpación útero-anexial. Consiste su técnica en hacer la sección del istmo del útero como primer tiempo de la operación; una vez practicada la sección uterina, se colocan dos pinzas de Spencer en las arterias uterinas que

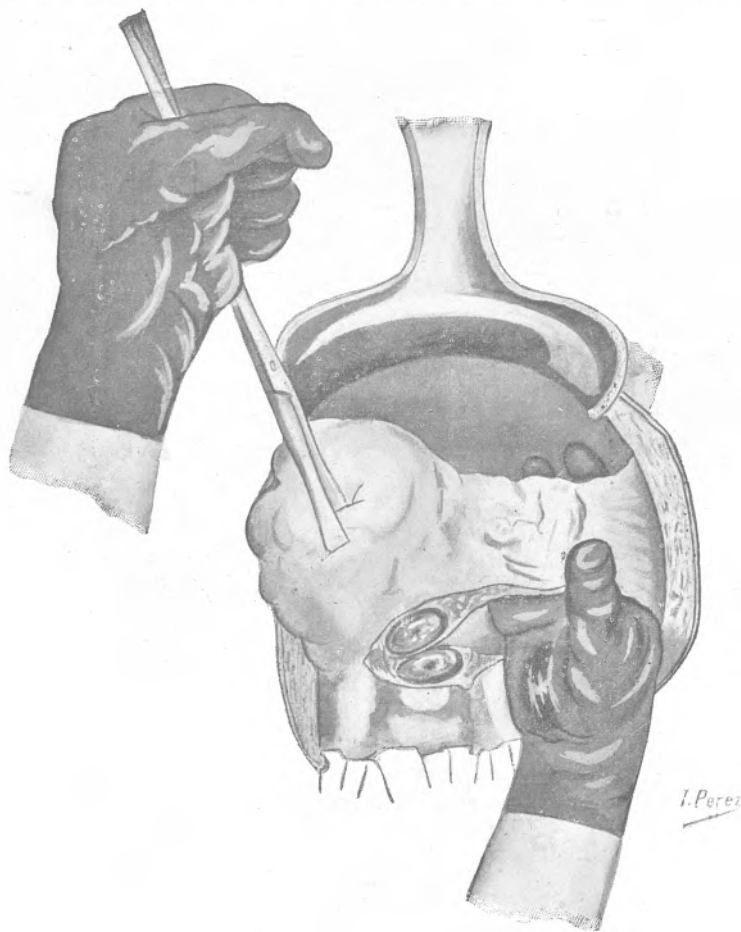


Fig. 369.

Tercer tiempo, aislamiento de la parte externa del ligamento ancho izquierdo.

quedaron al descubierto; se sigue la enucleación aislando los anejos del lado izquierdo y colocando en los pedículos vasculares pinzas hemostáticas; practicada la sección de los anejos y ligamentos redondo y ancho del lado izquierdo, se procede a la misma sección en el lado derecho, con lo que se consigue la extirpación útero-anexial en pocos minutos. La peritoneización se hace de igual manera que en los otros procedimientos de histerectomía.

Cirugía conservadora de los anejos.

Ha estado muy en boga, como defensa a las mutilaciones innumerables que innecesariamente se han practicado en épocas anteriores, la llamada cirugía

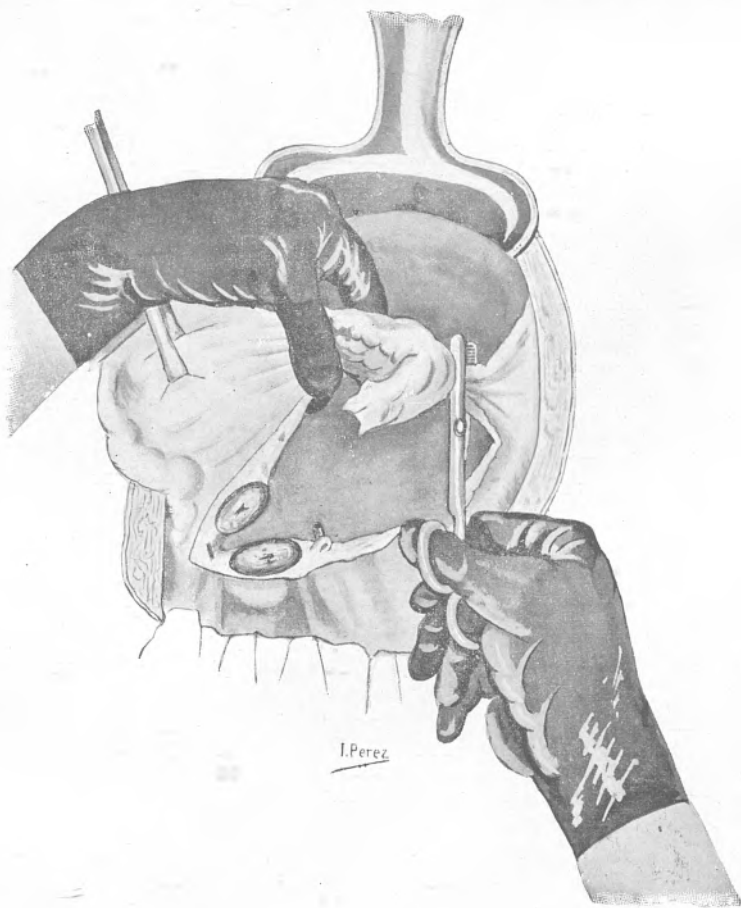


Fig. 370.

Cuarto tiempo, hemostasia por forcipresión del ligamento infundibulo-pelviano.

conservadora de los anejos, que consiste en la conservación de las trompas y de los ovarios, previo un tratamiento quirúrgico que permita tener alguna esperanza en la conservación de los órganos, con sus funciones normales.

Entre las operaciones que comprende este capítulo, tenemos la llamada *salpingostomía*, practicada principalmente en casos de salpingitis catarrales,

en las que la oclusión del pabellón de la trompa se ha realizado de modo completo, y que por este motivo la esterilidad es absoluta.

Incindir la porción más externa de la trompa, practicando una cuidadosa sutura de la mucosa con la serosa para que quede nuevamente abierto el pabellón y pueda el óvulo enfilar el conducto tubárico, es operación que se ha practicado muchas veces y en la que todos los ginecólogos tenemos alguno que

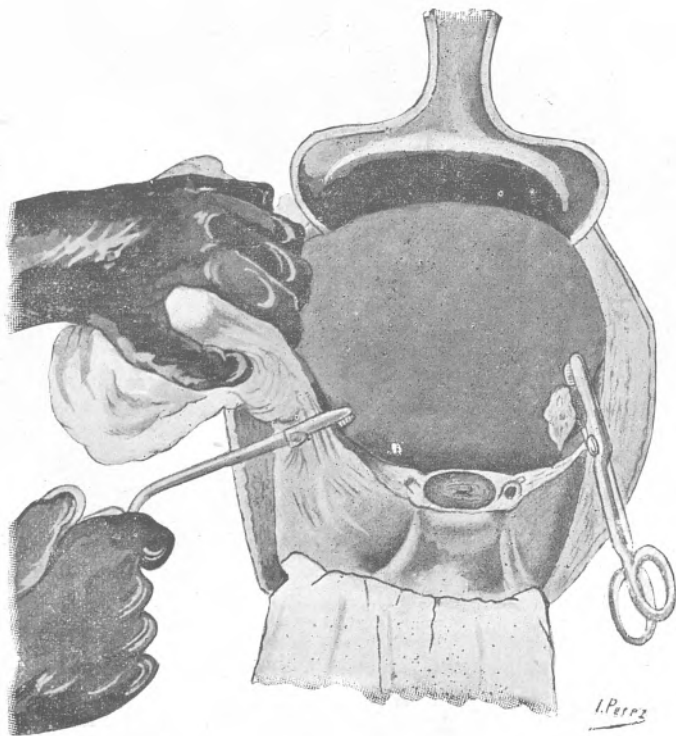


Fig. 371.—Quinto tiempo, aplicación de la pinza en el lado derecho en condiciones análogas a las del izquierdo.

otro caso en que después de una intervención de esta naturaleza, ha sobrevenido una gestación. Por este motivo consideramos que es operación que debe practicarse cuando en el curso de alguna intervención laparotómica encuéntrase las trompas ocluidas y con lesiones insuficientes que justifiquen la total extirpación de estos anejos.

No creemos indicado practicar la laparotomía para hacer esta operación, ya que es tan dudoso el resultado que puede alcanzarse para combatir la esterilidad por las mismas condiciones que a la inflamación de la serosa acompañan, que no nos creemos autorizados a exponer a la mujer a los peligros que siempre

trae consigo una laparotomía, para un resultado que no se puede, en modo alguno, conceptuar ni siquiera como probable.

Igual opinión que la salpingostomía nos merece la *salpingopexia*; es decir, la fijación de las trompas, para aproximarlas al ligamento infundíbulo-pelviano, o colocarlas en una situación más próxima al ovario, con el objeto de facilitar el que pueda el óvulo enfilar el conducto de la trompa. Si por otras indicaciones nos encontramos en la posibilidad de colocar la trompa, después de abierto el vientre, en condiciones de mayores probabilidades de realizarse la fecundación, creemos que debe hacerse la salpingopexia, pero creemos asimismo que no constituye ella por sí sola indicación de una laparotomía.

La *ignipuntura*, la *resección parcial* del ovario, así como las *inclusiones* de los ovarios entre las hojas de los ligamentos anchos, son operaciones todas ellas que están comprendidas dentro del número de las llamadas de Cirugía ginecológica conservadora; su indicación es sólo eventual, nunca deben ser consideradas como operaciones a las que deba recurrirse para tratar directamente procesos que, seguramente por la diatermia u otros medios no operatorios, pueden encontrar su solución sin peligro de ninguna especie para la vida de la enferma.

PELVI-PERITONITIS

La inflamación del peritoneo pelviano forma parte en muchas ocasiones del proceso salpingo-ovarítico. Es muy raro que en una parte mayor o menor, el peritoneo no esté interesado también en la inflamación de los anejos del útero, pero no es precisamente en este sentido como debe ser estudiada en este capítulo, ya que si bien forma parte, en muchos casos, del proceso salpingo-ovarítico o de perímetro-anexitis, en otras forma una modalidad clínica especial que merece una descripción propia por la importancia y significación que la inflamación del peritoneo tiene.

En muchas ocasiones representa el punto de partida de una inflamación de la totalidad de la serosa abdominal, constituyendo el primer tiempo de la peritonitis difusa.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.—La infección puerperal es la causa más frecuente de la inflamación del peritoneo pelviano, ya porque por vía endocavitaria el agente séptico contenido en el interior de la matriz caiga, después de recorrer la cavidad de la trompa, en el peritoneo pelviano y determine allí la flogosis, ya porque atravesando las paredes del útero, llegue a su cubierta serosa y desde allí la inflamación se propague al resto del peritoneo, o bien porque por vía linfática los agentes microbianos pasen desde el punto primitivo de la localización uterina a la serosa.

La pelvi-peritonitis de origen puerperal constituye una entidad nosológica ligada casi siempre con inflamaciones de los anejos, pero es muy raro que no sea el útero el punto de partida de la inflamación.

Una de las causas de la pelvi-peritonitis la constituyen las operaciones practicadas en los órganos genitales, ya sea la vía vaginal o la abdominal la que dé acceso a estos órganos. La inmensa mayoría de las peritonitis generalizadas consecutivas a las intervenciones ginecológicas sobre los genitales, se inician por el peritoneo pelviano; la virulencia del agente determinante de la infección es la que ocasiona la localización o la generalización del proceso.

Preséntase asimismo la peritonitis pelviana por propagación de procesos inflamatorios apendiculares.

Si bien poco frecuente, debe ser considerada como causa de la peritonitis pelviana la ruptura de una bolsa tubárica purulenta. Lo que ocurre más a menudo es que las defensas mismas del peritoneo impidan que la ruptura de un pio-salpinx se verifique dentro de la cavidad del peritoneo pelviano, pero el hecho ocurre alguna vez, pudiéndose observar la producción de este accidente después de exploraciones clínicas realizadas con alguna brusquedad.

Otra de las causas de pelvi-peritonitis es la infección de un hematocele pelviano. La acumulación de sangre en el fondo de saco de Douglas, que sobreviene a consecuencia de una gestación ectópica, ya por el mecanismo de la ruptura de la trompa, ya por aborto tubárico, se infecta en algunas ocasiones por la vecindad del intestino o por manipulaciones practicadas sin las debidas precauciones de asepsia. La infección de la sangre derramada puede ser motivo de una pelvi-peritonitis de intensidad variable.

Los agentes microbianos que dan lugar a la pelvi-peritonitis son, en la inmensa mayoría de los casos, los comunes de infección. La facilidad que tienen los estreptococos y los estafilococos de atravesar las paredes de la trompa y llegar desde la cara interna o mucosa hasta la serosa, explica la frecuencia de la inflamación producida por estos agentes microbianos.

Existen pelvi-peritonitis de variable intensidad, que son consecuencia del paso a la cavidad de la serosa de gonococos procedentes de la cavidad del útero que han recorrido toda la longitud de la cavidad tubárica, sin determinar fenómenos flogísticos en las trompas y producen síntomas agudos de inflamación al llegar a la serosa peritoneal.

Las infecciones coli-bacilares en los casos de hematocele no son raras, así como tampoco las asociaciones microbianas en los casos de pelvi-peritonitis por propagación de afecciones del apéndice.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Aun cuando no existen límites precisos entre la serosa que tapiza las paredes y los órganos de la pelvis, y la que tapiza las paredes del abdomen y las vísceras en éste contenidas, desde el punto de vista

anatomo-patológico, encuéntrase una marcada limitación del proceso flogístico, hasta el punto de notarse en ciertas ocasiones lesiones perfectamente definidas del peritoneo pelviano, sin manifestación de flogosis alguna en el resto de la gran serosa abdominal.

En un primer período, la serosa al inflamarse pierde su brillo, despréndense las células endoteliales y prodúcese una congestión activa. Por similitud con lo que se encuentra en otras inflamaciones de serosas, hemos de suponer en el peritoneo pelviano un período de acrinia, que es muy pronto sustituido por una exudación más o menos abundante, que toma caracteres distintos, según la intensidad y la virulencia del agente determinante de la misma.

Las exudaciones peritoneales en el caso de inflamaciones poco acentuadas tienen un aspecto seroso, de color algo amarillento, con tendencia a producir neoformaciones membranosas que engloban el exudado en pequeñas colecciones, y no es raro, en el curso de laparotomías practicadas en enfermas de pelvi-peritonitis, hallar verdaderos depósitos de esta serosidad cetrina, formando a modo de quistes perfectamente separables del resto de la serosa.

En casos de gran virulencia, la inflamación determina un espesamiento de las partes, con formación de neomembranas que se organizan, al tiempo que el exudado toma carácter purulento y en algunas ocasiones fórmanse verdaderos abscesos que quedan más o menos enquistados.

Cuando la virulencia del agente determinante de la infección es muy acentuada, a los focos intensos, de inflamación de la serosa pelviana siguen procesos de inflamación del peritoneo visceral, principalmente del que recubre los intestinos, extendiéndose fuera de la cavidad pelviana a puntos más o menos altos de la gran serosa.

En conjunto, en la inmensa mayoría de los casos las exudaciones peritoneales se coleccionan en el fondo de saco de Douglas, pero como quiera que la inflamación de la serosa va acompañada frecuentemente de la de los órganos que cubren, éstos se hallan engrosados y modificados por la hiperemia y por la hiperproducción conjuntiva, en proporción que guarda relación con la intensidad del proceso flogístico.

Cuando la inflamación ha pasado del estado agudo al subagudo o al crónico, pueden hallarse colecciones purulentas entre los distintos órganos que ocupan la pelvis y neomembranas vascularizadas que fijan de modo anormal unos órganos a otros.

SINTOMATOLOGÍA.—Es de todo punto preciso conocer bien el cuadro sindrómico de esta enfermedad, para llegar al diagnóstico precoz de la misma, ya que ello puede significar la indicación de un tratamiento que, practicado de modo oportuno, representa la curación de la enferma, y toda demora un riesgo grande para la vida.

En las pelvi-peritonitis de origen post-operatorio, así como en las de origen puerperal, es muy raro que la sintomatología se limite única y exclusivamente a los fenómenos locales. Por lo común, se marca el comienzo por un dolor agudo espontáneo que se siente en el hipogastrio y en las fosas ilíacas, que se aumenta de modo notable por la presión realizada directamente sobre estas regiones y por el tacto vaginal.

Las defensas musculares son muy acentuadas y no es infrecuente hallar una diferencia notable al principio de la inflamación pelvi-peritonítica, entre la resistencia de la pared del abdomen de un lado y la del otro.

Al síntoma dolor acompaña frecuentemente el de malestar, angustia, timpanismo, vómitos y estreñimiento. Aun hallándose la inflamación limitada al peritoneo pelviano, las reacciones de la totalidad de la gran serosa abdominal se manifiestan de modo intenso.

La temperatura, en tanto la inflamación se halla limitada al peritoneo pelviano, raras veces pasa de 39°, pero el pulso se hace muy frecuente y asciende prontamente a 130 ó 140 y aun mayor número de pulsaciones por minuto.

Cuando el proceso queda circunscrito a la serosa pelviana, los síntomas de reacción general disminuyen, los vómitos cesan, la temperatura desciende a 38° y aun a 37°,5, pero el pulso se mantiene frecuente por encima de 120 pulsaciones por minuto.

En los casos de septicidad manifiesta, en que la prolongación alcanza a la totalidad de la gran serosa, la frecuencia de pulso es cada vez mayor hasta hacerse incontable; los vómitos, que en un principio eran biliosos, toman una coloración oscura; los ojos se hunden y se pone un cerco moreno a su alrededor; la nariz se afila; la lengua queda roja y seca; la astringencia de vientre es absoluta, no pasan materias fecales ni gases, y la hiperemia de las primeras horas o de los primeros días cesa, para dar lugar a una hipotermia, en la que la temperatura desciende hasta los 35°, hallándose el número de pulsaciones por encima de 160.

CURSO Y TERMINACIONES.—Muy frecuentemente la pelvi-peritonitis se extiende a la totalidad de la gran serosa abdominal y el desenlace fatal no se hace esperar.

En algunas ocasiones, debido a la escasa virulencia de los agentes productores de la inflamación o por efecto de un tratamiento oportuno, queda la inflamación circunscrita, disminuyen los síntomas generales y puede pasar la inflamación al estado crónico, formándose en unas ocasiones colecciones purulentas pelvianas, que espontáneamente o por medios quirúrgicos pueden encontrar su salida al exterior. La abertura de abscesos de la pelvis en la cavidad de la vejiga, del intestino y aun la abertura espontánea en el fondo de

saco de Douglas no es muy raro que se produzcan, yendo en algunas ocasiones seguida la evacuación del absceso pelviano de la desaparición casi total de los síntomas y quedando sólo como consecuencia de la misma trastornos resultantes de adherencias que entre los órganos se hayan producido, o fenómenos reflejos resultantes de las compresiones nerviosas que el estado de endurecimiento de las partes puede producir.

En otras ocasiones, el paso al estado crónico se verifica reabsorbiéndose los exudados que en los primeros tiempos se formaron y dejando única y exclusivamente desplazamientos de órganos, bridas que se fijan a éstos de modo anormal y trastornos complejos en el funcionalismo de los mismos, resultantes, por un lado, de las alteraciones orgánicas que el hecho de la inflamación ha producido, y en otras ocasiones perturbaciones funcionales por los vicios de posición.

PRONÓSTICO.—La pelvi-peritonitis es siempre grave, pero la gravedad varía considerablemente según cuál sea la naturaleza del agente que ha determinado la inflamación y la virulencia del mismo.

Una pelvi-peritonitis representa siempre el peligro de la generalización de la inflamación a toda la serosa; pero en términos generales debemos decir, que las pelvi-peritonitis post-operatorias acusan una gravedad extraordinaria; las puerperales, que aparecen en los primeros días consecutivos al parto, tienen asimismo una gravedad considerable, ya que a menudo llegan a producir la muerte.

Las pelvi-peritonitis de origen gonocócico, así como las consecutivas a infecciones de hematoceles pelvianos, presentan una gravedad menor; dan mucho más tiempo para utilizar un tratamiento oportuno en evitación de la difusión del proceso.

TRATAMIENTO.—La pelvi-peritonitis debe ser tratada siempre por las aplicaciones de hielo en la región hipogástrica y en las fosas ilíacas. El frío empleado de modo sostenido sobre estas partes sirve de medio curativo en muchas ocasiones y evita el que el proceso se difunda.

Por otra parte, conviene el reposo más absoluto para evitar que los movimientos peristálticos del intestino extiendan la zona de inflamación del peritoneo pelviano al resto de la gran serosa; así, pues, será conveniente a las aplicaciones de bolsas de hielo añadir, en los primeros tiempos, los opiáceos.

Un diagnóstico hecho a tiempo de una pelvi-peritonitis exudativa, exige como tratamiento la colpotomía, realizada a las pocas horas de haberse iniciado la enfermedad. Lo mismo en los casos de peritonitis de origen puerperal que en las pelvi-peritonitis de origen gonocócico, como postoperatorias, la abertura

amplia del fondo de saco de Douglas es un medio excelente de tratamiento, al que debemos la salvación de gran número de enfermas.

Cuando después de una operación, o en el caso de síntomas evidentes de infección puerperal, se supone la existencia de exudados flogísticos, serosos o purulentos, en la cavidad pelviana, urge dar salida a los mismos. La colpotomía practicada a las pocas horas de iniciarse el proceso es, en muchas ocasio-

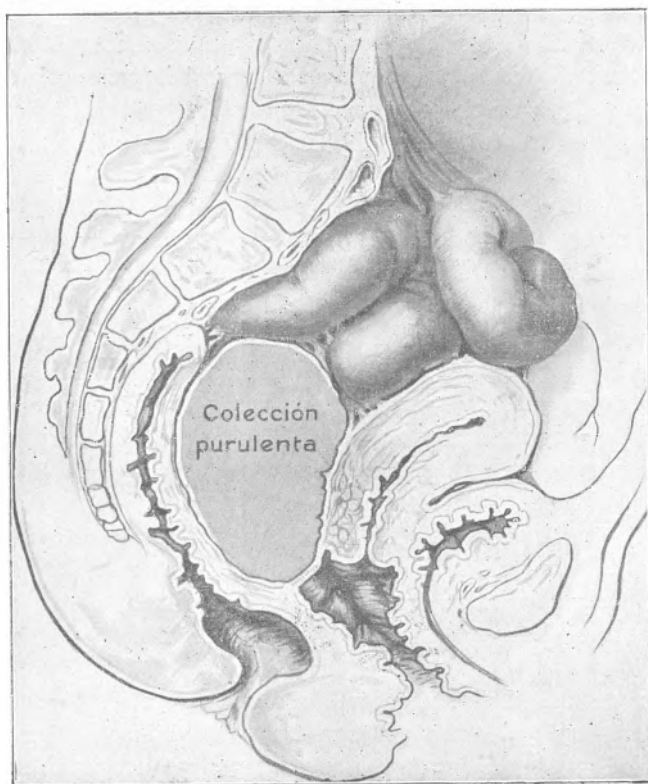


Fig. 372.—Absceso retro-uterino.

nes, un medio seguro de curación; en tanto que la misma operación, practicada cuando ya se ha extendido el foco de inflamación fuera de la cavidad pelviana, resulta en muchas ocasiones inútil, por tardía.

Hace mucho tiempo que tenemos establecida como línea de conducta en nuestra Clínica la práctica de la colpotomía después de toda intervención ginecológica en que, a las veinte horas de realizada, el pulso se halla por encima de 110. La aplicación de las bolsas de hielo y la colpotomía hecha en

estas condiciones, han evitado en muchos casos la difusión de procesos peritoníticos. Son muchas las veces que hemos visto que a la salida de una o dos cucharadas de exudado peritoneal ha sucedido una disminución considerable del número de pulsaciones, desaparición de los vómitos, del timpanismo y la

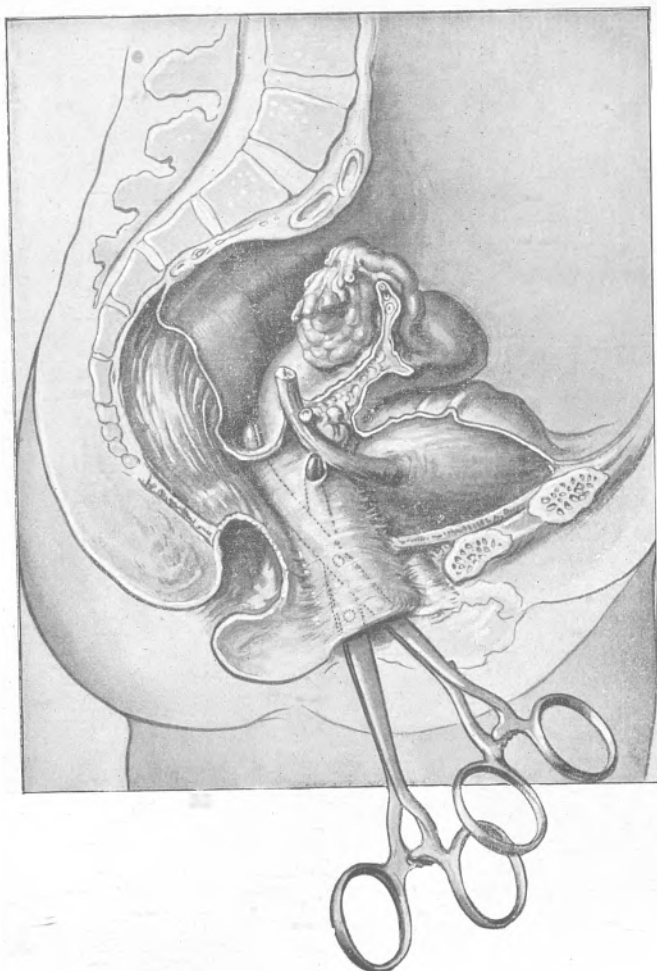


Fig. 373 —Puntos por donde se puede colocar un desagüe en fondo de saco posterior y lateral, salvando el ureter.

de todos los fenómenos que preocupan por su significación e inherente gravedad.

El tratamiento para los casos de pelvi-peritonitis aguda, sea del origen que fuere, es la colpotomía practicada en los comienzos de la enfermedad,

cuando sólo existen los fenómenos de frecuencia de pulso, elevación de temperatura y vómitos persistentes, asociada a la aplicación de las bolsas de hielo en la región hipogástrica y fosas ilíacas.

En los casos subagudos y en los crónicos, la aplicación del calor en las diversas formas mencionadas en capítulos anteriores es el medio de tratamiento que aconsejamos.

Cuando se han formado colecciones purulentas, éstas exigen la práctica de la evacuación por la vía más fácilmente accesible; pero insistimos en la recomendación de no practicar operación alguna por vía abdominal cuando la fiebre acompaña todavía al proceso flogístico.

PELVI-CELULITIS

El tejido celular pelviano al inflamarse forma una entidad patológica completamente distinta de la peritonitis pelviana, si bien muy frecuentemente se asocian los procesos de inflamación del peritoneo a los del tejido celular. De ahí las discusiones habidas de si era posible aceptar la diferenciación absoluta y completa entre la perimetritis y la parametritis.

La participación que el peritoneo toma en los procesos flogísticos del tejido celular es evidente y su relación de dependencia por continuidad de tejidos hállase fuera de toda duda; pero, a pesar de ello, hay que aceptar para muchos casos la diferenciación entre el flemón pelviano y lo que constituye la peritonitis pélvica.

El tejido celular pelviano se halla todo él en comunicación, tomando nombres distintos, según el órgano que envuelve. Esta continuidad del tejido celular hace que en ciertos casos la inflamación del mismo se extienda, constituyendo un verdadero *flemón difuso de la pelvis*. Esto ocurre sólo en casos de gran septicidad, en que no existe tiempo para que actúen las defensas orgánicas necesarias para producir una limitación del proceso de inflamación.

ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO. —En la inmensa mayoría de los casos bastan los ligeros espesamientos de tejido celular que, a modo de aponeurosis, separan el que envuelve un órgano de otro, para producir la limitación del proceso flogístico, constituyéndose flemones circunscritos que toman distintos nombres, según cual sea la porción del tejido celular interesado en la inflamación.

Frecuentemente, la flogosis invade el tejido celular que se halla colocado entre las hojas de los ligamentos anchos. Esta frecuencia depende del hecho de hallarse cruzado este tejido por una cantidad considerable de vasos linfáticos que, procedentes del útero, van a parar a las cadenas ganglionares colocadas a lo largo de los vasos.

La inflamación del tejido celular de la base del ligamento ancho se presenta muchas veces a consecuencia de manipulaciones sépticas realizadas en el cuello uterino. Cateterismos uterinos practicados con instrumentos no esterilizados, aplicaciones de tallos de laminaria no completamente asépticos, laceraciones ocurridas en el momento del parto e infectadas durante el mismo o en los días sucesivos, son a menudo causa de inflamación del tejido celular que ocupa la base del ligamento ancho, pudiendo este flemón circunscrito ser uni o bilateral.

Por lo común, el flemón de la base del ligamento ancho es circunscrito y tiene tendencia a hacer prominencia por uno de los fondos de saco laterales de la vagina, y frecuentemente se abre en el interior de la cavidad de ésta.

Existe otro tipo de flemón del ligamento ancho, mucho más a menudo observado, consecutivo casi siempre a una infección endometrítica en el período puerperal, que constituye una entidad clínica perfectamente definida, de síndrome especial y que de antiguo es conocido con el nombre de *flemón del ligamento ancho*, por ser en la inmensa mayoría de las ocasiones afección unilateral, si bien en algunos casos se presenta en ambos lados.

La pelvi-celulitis alta que invade la porción superior del ligamento ancho tiene como patogenia la infección endometrítica en el punto de inserción placentario. La dirección de los vasos linfáticos que de la parte alta del útero, en las zonas de inserción de la placenta, siguen hacia afuera paralelamente a los vasos tubo-ováricos, para llegar al ligamento infundibulo-pelviano y de allí van a parar a los ganglios situados alrededor de los vasos renales, explica la localización alta de este proceso flogístico.

La linfangitis inicial es la determinante del proceso de inflamación del tejido celular, atravesado por estos vasos inflamados, y así como el flemón de la base del ligamento ancho forma una prominencia en los fondos de saco vaginales, la inflamación del tejido celular de la parte alta de estos ligamentos raras veces llega a hacerse perceptible por la vagina y, en cambio, prodúcese prontamente un empastamiento doloroso inmediatamente por encima del ligamento de Poupart del lado en que radica la inflamación.

Los flemones del tejido celular que rodea la vejiga (*paracistium*), los del que rodea al recto (*paraproctium*), preséntanse algunas veces aisladamente; pero lo más común es que sean propagaciones de la inflamación existente en el tejido celular situado entre las hojas del ligamento ancho, por haber vencido el trabajo destructivo la ligera resistencia que ofrecen los espesamientos celulares que separan el de unos órganos de otros.

Pueden presentarse distintas variedades aisladas del flemón pelviano, y de ello hemos visto varios casos en infecciones ocurridas en el puerperio. La disyunción sinfisaria, la pubiotomía, las fracturas de pubis producidas durante el parto espontáneamente o a consecuencia de intervenciones obstétricas, son

causa de flemones perivesicales que pueden quedar circunscritos o bien extenderse a gran parte del tejido celular pelviano.

Los traumatismos de la vagina determinan algunas veces inflamaciones del *paracolpium*, que al igual que las precedentes, pueden quedar circunscritas o ser el punto de origen de verdaderas pelvi-celulitis difusas.

La patogenia de la pelvi-celulitis en todas sus formas, así la circunscrita como la difusa, se halla siempre en la penetración de agentes microbianos, ya directamente en el tejido celular, ya de modo indirecto, y este es el caso más frecuente, a través de los vasos linfáticos flogoseados.

La virulencia del agente microbiano es un factor de gran importancia en la evolución del flemón pelviano. Heridas insignificantes ocurridas en la vagina o en el cuello del útero en el estado puerperal, son en algunas ocasiones determinantes de flemones pelvianos difusos y aun de carácter gangrenoso, cuando el estreptococo, que es el germen más frecuentemente productor del proceso, es hemolítico y dotado de gran virulencia. Por el contrario, las infecciones determinadas por agentes de escasa virulencia dan lugar a procesos localizados, que en el concepto clínico acusan por lo general escasa gravedad.

SINTOMATOLOGÍA.—La pelvi-celulitis difusa aparece casi siempre en el estado puerperal, y así el estado general como el local denotan un proceso patológico de suma importancia.

Es raro que su aparición sea tardía; por lo común aparece en los primeros días del puerperio. A los síntomas locales de empastamiento, inmovilización de los órganos, dolor espontáneo y a la presión que acusa toda la región pélvica, únense síntomas de reacción general intensa por la parte que en la inflamación toma el peritoneo pelviano.

En los casos graves se produce un esfacelo extenso del tejido celular que puede conducir a la muerte antes que el organismo haya tenido tiempo de aprestarse a la defensa. Si al igual que en los flemones difusos de otra parte cualquiera del cuerpo, se practican incisiones liberatrices, aparece un líquido seroso que prontamente adquiere los caracteres de sanies, con el olor de podredumbre característico.

A los fenómenos locales y de reacción peritoneal únense otros pertenecientes a otros aparatos, cuales son vómitos, timpanismo, astringencia de vientre, etc. A esto se asocia un estado general grave: la temperatura es elevada, el pulso sumamente frecuente, y bien pronto aparecen fenómenos de delirio, agitación, coma y muerte.

Las prácticas actuales de asistencia a partos y la técnica utilizada en las operaciones que se realizan en los órganos genitales, excluyen, casi de modo absoluto, las formas hipertóxicas de esta inflamación difusa del tejido celular pelviano y van resultando verdaderas rarezas clínicas casos de esta naturaleza.

Las formas circunscritas ofrecen una sintomatología muy distinta, según la zona del tejido celular pelviano que experimenta el fenómeno de inflamación.

En los casos de flemón de la base del ligamento ancho, lo mismo que en las inflamaciones peri-vaginales, peri-vesicales y peri-rectales, cuando son aisladas, llega a producirse frecuentemente un absceso que hace proeminencia bien en la vagina, bien en el interior de alguna de las cavidades pélvicas abriéndose unas veces en la vagina, que es el caso más favorable, o en el recto o vagina. La abertura de la colección purulenta representa en muchos casos la terminación del proceso de inflamación.

Los casos descritos ya de antiguo con el nombre de flemón de ligamento ancho, que ocupan primitivamente el tejido celular situado en la parte alta del

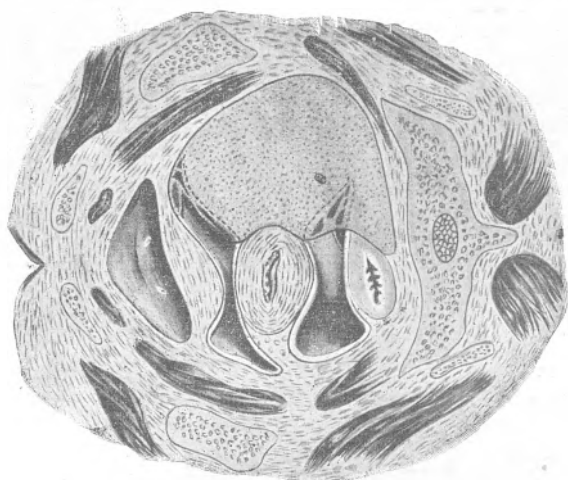


Fig. 374.—Colección purulenta del parametrio derecho.

ligamento ancho, tienen sintomatología por todo extremo característica. Aparecen a veces en los primeros días que siguen al parto, pero más frecuentemente las manifestaciones sintomáticas de esta inflamación sobrevienen después de muchos días en que los fenómenos generales de infección puerperal se han modificado y en los que el proceso primitivo del endometrio ha desaparecido.

La sintomatología es en estos casos la siguiente: Dolor espontáneo bastante agudo en una de las fosas ilíacas, que se exagera por la presión realizada sobre la zona colocada inmediatamente por encima del ligamento de Poupart; a este dolor vivo que en la región percibe la enferma, agrégase una sensación de dureza, de pastosidad profunda que contrasta notablemente con la blandura que ofrece el lado opuesto.

La inflamación del tejido celular colocado entre las hojas del ligamento

ancho hace que éstas se separen y que el límite peritoneal, que en estado normal se halla al nivel del ligamento de Poupert, ascienda a dos, tres, cuatro traveses de dedo por encima de este ligamento y que la induración, que en un principio se hallaba separada de la piel, se haga de tal manera superficial, que llegue a constituir en muchas ocasiones un verdadero abombamiento de la región.

Los síntomas generales que acompañan a este proceso son fiebre, que raras veces pasa de 39°, y muy frecuentemente no existe reacción peritoneal de ninguna especie, o ésta sólo se ha producido en el primero o segundo día de iniciarse el proceso.

Las temperaturas van descendiendo hasta quedarse en las proximidades de 38°, con ligeros descensos y el pulso se halla en relación con estas elevaciones térmicas, sobrepasando raras veces el número de 120 pulsaciones por minuto, pero no descendiendo casi nunca por debajo de 100.

La marcha de este proceso es generalmente lenta. En algunas ocasiones llega a formarse una colección de pus que se aproxima a las paredes abdominales y que puede espontáneamente abrirse al exterior. Muy comúnmente fórmanse pequeños abscesos que no comunican entre sí, que dan lugar a una hiperproducción de tejido conjuntivo de aspecto lardáceo y de consistencia dura, que permanece semanas y aun meses, sin llegar a la curación ni a la abertura del absceso.

Lo más común es que estas llamadas terminaciones por induración no representen más que un foco central de inflamación supurativa, rodeado de una cantidad considerable de tejido conjuntivo denso que no permite la abertura espontánea de la colección purulenta, y que, por permanecer en un estado de virulencia atenuada, queda muchos meses sin experimentar variación alguna.

PRONÓSTICO.—La pelvi-celulitis difusa es enfermedad grave, conduce frecuentemente a la muerte y como va acompañada de fenómenos de propagación peritoneal, es posible confundirla con la pelvi-peritonitis, ya que el cuadro sindrómico generalizado domina por completo la escena y marca en su conjunto un cuadro clínico de gran complejidad.

Una intervención oportuna puede llegar, lo mismo que en el flemón difuso de otros puntos del organismo, a solucionar de modo favorable el proceso.

Las pelvi-celulitis circunscritas, por lo general, acusan infecciones de menor virulencia, y, por lo tanto, el pronóstico es de mucha menor gravedad, y a no ocurrir complicaciones, cual la abertura del absceso en la cavidad de la gran serosa peritoneal, es raro que el proceso no termine por la curación, ya espontáneamente, ya ayudado por los recursos quirúrgicos.

TRATAMIENTO.—En la pelvi-celulitis difusa el desbridamiento amplio del

tejido celular practicado por vagina o por vía abdominal subperitoneal, es el único recurso de que disponemos para combatir este proceso, mas como quiera que frecuentemente la pelvi-peritonitis complica el proceso, las aplicaciones de hielo en el bajo vientre se hallarán indicadas, a la par que todos los recursos terapéuticos de sueroterapia de que hoy podemos disponer contra las inflamaciones de origen microbiano.

En la pelvi-celulitis circunscrita es de rigor la abertura de la colección purulenta por el punto más fácilmente accesible. En el flemón del ligamento ancho, la vía de acceso es la laparotomía subperitoneal, debiendo tener mucho cuidado al practicar la incisión, de evitar en absoluto la cavidad de la serosa.

Es muy frecuente que en el centro de la masa indurada, que constituye el flemón del ligamento ancho, haya una colección mayor o menor de pus, que es la que explica la larga duración del proceso.

En algunos casos, a pesar de haber llegado con el dedo, después de la incisión, al centro de la zona inflamada y no haber encontrado pus, hemos colocado una gasa empapada en esencia de trementina, que hemos dejado por espacio de cuarenta y ocho horas allí, logrando con ello una supuración que en breve tiempo ha conducido a la desaparición de la masa indurada que constituía la enfermedad.

En otros casos en los que por la duración del proceso, la dureza de las partes y la ausencia de síntomas generales hemos creído que no habíamos de encontrar pus, hemos practicado en el seno de la masa indurada inyecciones de suero equino fisiológico con resultados verdaderamente sorprendentes. Después de la segunda o tercera inyección de 10 c. c. de suero equino fisiológico, hemos visto disminuir la masa de induración y en algunas ocasiones hemos obtenido la curación completa en un plazo menor de tres semanas.

En general, para todos los flemones del tejido celular pelviano, sea cual fuera la forma de pelvi-celulitis y sea cualquiera la situación del absceso, la regla es la de producir una fácil y pronta evacuación de pus, debiendo evitar en absoluto la vía transperitoneal, ya que ella representa un peligro inmenso de peritonitis difusa que resulta en la inmensa mayoría de los casos mortal.

ALTERACIONES TRÓFICAS DEL OVARIO

En este capítulo inclúyense una serie de perturbaciones funcionales ováricas, coexistiendo unas veces con lesiones anatómicas macroscópicas evidentes, y otras en las que, a pesar de existir una sintomatología general muy importante, no se encuentran alteraciones orgánicas de ninguna clase.

Forman estas alteraciones tróficas un estado intermedio entre la inflamación y el de la perturbación nutritiva, y si bien desde la época de Lisfranc en Francia y de Tyllt en Inglaterra, fueron las lesiones ováricas primitivas aceptadas como determinantes de gran número de alteraciones funcionales de los genitales, puede decirse que hasta los modernos estudios sobre las secreciones internas, no han tenido explicación satisfactoria gran número de alteraciones funcionales que en los genitales femeninos se presentan, en casos en que las lesiones anatómicas apenas si merecen ocupar la atención.

Ovaritis escleroquística.

En algunos casos las lesiones del ovario se caracterizan por la aparición de gran número de quistes, de tamaños que varían entre el de un grano de mijo y el de una avellana, o aun mayores, que dan a la glándula un aspecto abollonado por completo; entre estos quistes existe una esclerosis de tejido conjuntivo que forma verdaderas cintas que separan estas pequeñas colecciones serosas.

El número de colecciones quísticas es muy variable en unos casos de otros, así como también la cantidad de tejido conjuntivo esclerosado que se halla en su superficie, hasta el punto que en algunos casos domina por completo el proceso quístico, mientras en otros apenas si se hallan restos de las vesículas y folículos que constituyen la capa parenquimatosa del ovario.

Como grados avanzados del mismo proceso pueden ser considerados algunos casos en los que una cantidad considerable de folículos en evolución quística han experimentado una completa regresión, desapareciendo las colecciones serosas que van acompañadas de hiperfunción ovárica y son sustituidas por un estado de esclerosis en que desaparece todo rastro de folículo y se halla el órgano entero constituido por una masa atrófica, como la que corresponde a una mujer de edad muy avanzada.

Histológicamente, las formaciones quísticas de esta ovaritis forman dos tipos completamente distintos. Uno de ellos lo constituyen formaciones quísticas procedentes de los folículos primordiales, en las que toda traza de óvulo ha desaparecido y la cubierta más interna se halla constituida por elementos epitelioides planos. Otras formaciones quísticas son verdaderas hidropesías de los folículos de De Graaf, que, habiendo llegado a su grado de madurez completa, no pudiéndose abrir al exterior, sufren la disgregación del elemento ovular, así como también del cúmulus prolifero y elementos de la capa granulosa. Excepcionalmente se encuentran también formaciones quísticas que no

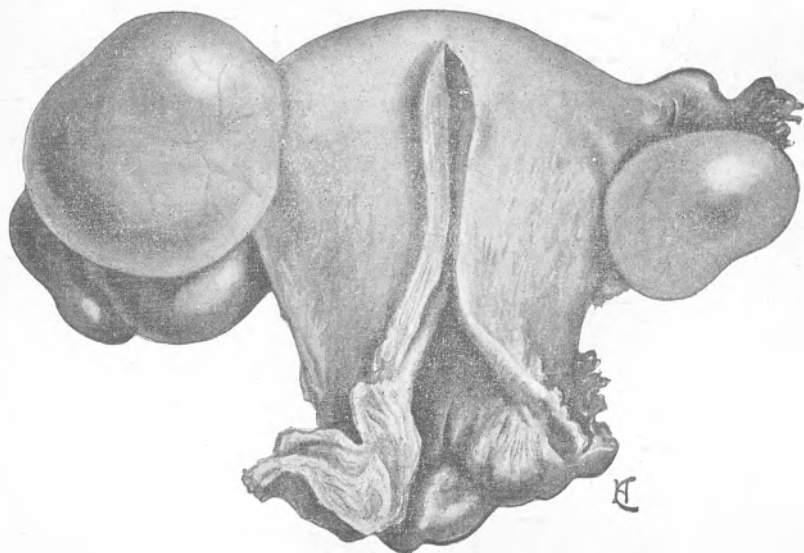


Fig. 375. - Ovaritis escleroquística bilateral.

resultan de esta hidropesía folicular, sino que son resultado de disgregación de tejido, ya que en la túnica interna no se encuentra capa epitelial ni epitelioides de ninguna especie.

El tejido conjuntivo, escaso en la porción parenquimatosa del ovario en estado normal, en las ovaritis escleroquísticas toma una importancia considerable, hasta el punto de llegar a constituir en algunos casos una verdadera cubierta de tejido fibroso que impide la dehiscencia de las vesículas de De Graaf maduras.

En el estroma, el proceso de esclerosis de tejido conjuntivo existe asimismo, pero hállase precedido de un estado de hiperformación vascular, en el que las arterias toman un aspecto más o menos helicino. Los elementos celulares del estroma van desapareciendo y en los casos muy avanzados el proceso

de retracción es tan considerable como el que hemos descrito en la periferia o porción parenquimatosa del órgano.

Generalmente, las lesiones de la ovaritis escleroquistica son bilaterales, pero distan mucho de estar en igual grado en un ovario de otro. Aun tratándose de un proceso de evolución bilateral, las diferencias son en algunos casos tan marcadas, que se encuentra unas veces un ovario en estado verdaderamente atrófico y, en cambio, el del lado opuesto con una exuberancia de formaciones quísticas que duplican y triplican el volumen del órgano.

Es muy frecuente encontrar los ovarios escleroquisticos desplazados de su



Fig. 376.
Formaciones proliferantes de una ovaritis escleroquistica.

lugar normal. El fondo de saco de Douglas es el punto en que más frecuentemente se hallan situados.

Algunas veces presentan adherencias los ovarios escleroquisticos con los órganos vecinos, pero no es infrecuente hallarles completamente libres y movibles dentro de la cavidad pelviana.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.—La infección no juega papel alguno en la aparición de la enfermedad escleroquistica de los ovarios. Debe ser considerada como una enfermedad trófica, en la que las alteraciones anatómicas se presentan a consecuencia de perturbaciones funcionales de los genitales, ya de causa directa, ya por efecto de perturbaciones generales de nutrición.

Entre las causas más frecuentes debemos citar el vicio solitario. La acción

congestiva que sobre los genitales ejerce la masturbación repetida una y otra vez, es causa de un estado permanente de perturbación circulatoria que influye sobre la nutrición del órgano de modo altamente pernicioso, determinando las modificaciones foliculares que producen las formaciones quísticas y las transformaciones esclerósicas del tejido conjuntivo ovárico, que conducen al estado complejo denominado escleroquístico. La hiperfunción genital puede encerrar a la enferma en un círculo vicioso, en el que la hiperactividad genésica induce al vicio solitario y éste a la formación escleroquística por efecto de la mayor actividad genital.

La relación que existe entre las congestiones sexuales repetidas y el establecimiento de la enfermedad escleroquística, se comprueba por la similitud de efectos que se producen en los casos de vicio solitario y en los de coito realizado de modo incompleto con el objeto de evitar la gestación.

Se ha supuesto por algunos autores que tal vez la masturbación, en vez de actuar como causa productora, sea resultado de la hiperfunción ovárica. En realidad, la aparición del vicio en niñas muy jóvenes, sin que pueda atribuirse al ejemplo o contagio su existencia, hace pensar en la posibilidad de la existencia de una causa orgánica central como factor primitivo.

Es indudable que la hiperfunción ovárica lleva casi siempre aparejada en su principio, por lo menos, un estado de excitación genital que puede ser determinante del vicio solitario; pero como quiera que las excitaciones genésicas repetidas, por causas muy variadas, actúan de modo directo sobre el funcionalismo genital, nos inclinamos a considerar la masturbación más como causa de la enfermedad que como efecto de la misma.

El coito interrumpido una y otra vez, las excitaciones incompletas, las alteraciones que de análoga naturaleza se producen en mujeres casadas con hombres de potencia sexual insuficiente, son causas reconocidas de esta enfermedad.

Las enfermedades diatésicas, principalmente el artrismo, son también causas determinantes de esta ovaritis.

En la patogenia de estas enfermedades hay que atribuir a las *hormonas resultantes de la función ovárica* un papel preponderable, y como quiera que la relación existente entre las glándulas de secreción interna extragenitales y las de la glándula sexual no puede negarse, hay que aceptar que las perturbaciones de desarrollo y de función del tiroides, hipófisis, glándulas suprarrenales, etc., pueden ser por su defecto o exceso, concausas de la degeneración escleroquística de los ovarios.

Algunas neuropatías pueden influir asimismo en su aparición, pero creemos que en la mayoría de las ocasiones, las perturbaciones nerviosas son resultado de la alteración quística de los ovarios, más que causa productora.

SINTOMATOLOGÍA.—Por lo que se refiere al funcionalismo genital, encuéntrase gran variedad sindrómica entre unas enfermas y otras.

Ordinariamente, las enfermas con alteraciones tróficas de los ovarios son dismenorréicas; los dolores de la menstruación pertenecen más al período prodrómico y aun al intermenstrual que al momento de expulsión de la sangre, aun cuando en algunas ocasiones, por coexistir aplasia genital con degeneración quística de los ovarios, puede aparecer la dismenorrea con su mayor intensidad, en las primeras horas de la aparición del flujo menstrual.

Respecto a la cantidad de sangre, el síntoma es variable; es muy frecuente que en los primeros tiempos aparezcan verdaderas menorragias, que después de algunos meses son sustituidas por amenorrea casi completa.

En otras ocasiones llegan a presentarse hemorragias de una persistencia y rebeldía tales a toda clase de tratamientos, que pueden constituir motivo de seria preocupación para el porvenir de la enferma.

La relación que se admite entre la clorosis y la degeneración escleroquística del ovario, depende probablemente de la hipofunción consecutiva a la hiperfunción de las secreciones internas de esta glándula.

El sentido genital se halla en la mayoría de las enfermas de este proceso altamente perturbado. Es frecuente en mujeres casadas hallar una absoluta falta de satisfacción genésica en el acto del coito, y en cambio, prodúcense actos de verdadera sedación con excitaciones extragenitales.

La esterilidad es síntoma que acompaña frecuentemente a la ovaritis escleroquística. Este hecho depende con toda probabilidad de las alteraciones que experimentan las vesículas de De Graaf, que impiden la dehiscencia del óvulo en buenas condiciones, para que la fecundación se realice.

SÍNTOMAS GENERALES.—La característica sintomatológica de la ovaritis escleroquística es la existencia de manifestaciones nerviosas muy raras. Las neuralgias rebeldes de puntos muy distantes, la intercostal, cefalalgias, gastralgias, etc., se presentan de modo muy frecuente. Sensación de laxitud en algunas ocasiones, contracturas en las extremidades inferiores, en los músculos de la nuca y aun generalizadas, ataques pseudo-histéricos con pérdida total de conocimiento, constituyen en algunas ocasiones los síntomas más importantes de la enfermedad que estudiamos.

Precisamente a la abundancia de estos fenómenos pseudo-histéricos y a la curación que en algunas ocasiones se ha podido lograr por medio de la extirpación de los ovarios, se debe la boga que en un tiempo tuvo la operación de Battey para el tratamiento del histerismo.

En realidad, los síntomas de la hiperfunción ovárica se asemejan en muchos puntos con los que presenta la hipofunción y efecto de esta semejanza se han producido en las épocas en que la operación de Battey se practicaba

con frecuencia, verdaderos cataclismos, ya que al practicar la extirpación de los ovarios en enfermas que presentaban trastornos nerviosos por hipofunción, lo que se hacía era agravar considerablemente el proceso, convirtiendo a algunas enfermas pseudo-histéricas en locas.

Cuál sea el mecanismo por medio del cual se producen las alteraciones nerviosas en los casos de ovaritis escleroquísticas, se ignora en la actualidad; pero es indudable que a la secreción interna del ovario, ya en su función folicular, ya en la de glándula intersticial alterada por exceso o por defecto, es a lo que debe atribuirse.

DIAGNÓSTICO.—La ausencia de antecedentes que puedan hacer sospechar una causa infectiva, puede guiar directamente al ginecólogo en la exploración de las enfermas.

Es frecuente encontrar en las enfermas que se masturban los labios menores hipertrofiados, de los dos lados o de uno sólo. La hipertrofia del clitoris acompaña alguna vez a esta hipertrofia de las ninfas.

La disposición hipertrófica de las ninfas y del clitoris, si bien no es señal segura de vicio solitario, es muy frecuente hallarla en los casos en que alteraciones pseudo-histéricas ligadas con alteraciones escleroquísticas del ovario, inducen a la exploración ginecológica. Cuando a una disposición anatómica hipertrófica de los labios menores se asocia el hallazgo de ovarios muy dolorosos a la compresión, prolapsados en el fondo de saco de Douglas, las probabilidades de acierto no sólo de la enfermedad, sino de su patogenia, aumentan considerablemente. En mujeres delgadas, por el tacto rectal combinado con la palpación y mejor por tacto vaginal, encuéntrase frecuentemente las abolladuras propias de las tumoraciones quísticas mencionadas.

Por lo general, el útero ofrece un volumen inferior al normal, y es muy frecuente encontrar asociada la aplasia de la cara anterior del útero con una anteflexión exagerada, en las alteraciones escleroquísticas.

PRONÓSTICO.—Es enfermedad de difícil curación por los medios médicos.

Indudablemente, la opoterapia ha abierto un nuevo campo de tratamiento de este proceso que permite en algunos casos obtener un resultado curativo. Para los casos muy avanzados, en aquellos en que el proceso quístico es perfectamente reconocido por la exploración física, el tratamiento operatorio puede ser el único medio de llegar a obtener la curación, si bien débese reconocer que los progresos en el empleo de los medios físicos hace cada día más rara la indicación operatoria.

TRATAMIENTO.—La vida higiénica, los baños de sol, el régimen anti-artrítico, las duchas escocesas, los baños clorurado-sódicos, etc., son medios de tratamiento que producen frecuentemente alivio.

Los sedantes del sistema nervioso, entre los cuales mencionamos principalmente por su acción electiva el bromuro de estroncio y el óxido de cerio, influyen asimismo de modo favorable en la evolución de este proceso.

La radioterapia, en los casos de menorragias y, en general, siempre que se presenten manifestaciones de hiperfunción ovárica, produce buenos resultados. Con la radioterapia no debemos llegar a la amenorrea, basta sencillamente obtener la oligomenorrea, que significa disminución de la hiperfunción.

El tratamiento operatorio es un arma de dos filos que puede resultar en unos casos curativo, pero que en otros, cuando los trastornos generales dependen de una disminución considerable de la función ovárica, puede resultar altamente perjudicial; así es que hay que ser muy parcos en aconsejar el tratamiento operatorio en casos de esta naturaleza y sólo como recurso supremo, cuando todos los demás hayan fracasado, es cuando podrá tener su indicación.

Cuando el proceso es avanzado y puede atribuirse más a la hipofunción de estos órganos que a la hiperfunción, la diatermia, así como las corrientes galvánicas de poca intensidad, 5 ó 6 miliamperios, pueden influir favorablemente en la disminución de los síntomas dismenorreicos y amenorreicos que tan frecuentemente se presentan en los casos avanzados de enfermedad. El tratamiento por la d'Arsonvalización es un medio que empleamos en la actualidad y del que creemos pueden obtenerse grandes resultados, especialmente cuando la irritabilidad es la característica sintomática de este proceso.

NEOPLASIAS DEL OVARIO

Las neoplasias del ovario se dividen en quísticas y sólidas. La mayor frecuencia de las primeras y el papel importantísimo que su tratamiento operatorio representa en la historia de la Ginecología, nos induce a comenzar el estudio de las neoplasias del ovario por el capítulo de los quistes.

Quistes del ovario.

Se presentan con gran frecuencia, pudiendo encontrarles en todas las edades, si bien son diagnosticados más a menudo en la época de la actividad genital, o sea entre los veinte y los cincuenta años. En la literatura médica se encuentran numerosas observaciones de quistes del ovario en niñas muy pequeñas, y nosotros hemos tenido ocasión de operar a una niña de veintiséis meses de un voluminoso quiste del ovario, a otra de cinco años, a dos de diez y a una de once.

Obsérvanse también los quistes del ovario en edad avanzada, si bien no puede precisarse cuál fué la época del comienzo de la formación neoplásica. Las observaciones publicadas de mujeres con quistes del ovario pasando de la edad de ochenta años, no son muy raras, pero en un conjunto de cerca de 1.000 casos reunidos por Olshausen, sólo una séptima parte corresponde a mujeres de más de cincuenta años. El caso de edad más avanzada operado por nosotros corresponde a una mujer de setenta y siete, pero la historia de la misma nos indica que doce años antes de operarla nosotros, ya se había diagnosticado su existencia por otro ginecólogo.

ETIOLOGÍA.—Muy poco es lo que se sabe respecto a la causa determinante de la formación de los quistes del ovario.

La naturaleza epitelial de los mismos hace que se considere a la actividad genital como un factor de importancia en su aparición. Las observaciones de casos en niñas en los primeros tiempos de la vida no invalidan esta etiología, ya que es sabido que aun en las primeras épocas que siguen al nacimiento, existe una función ovárica que produce crecimiento de los folículos primordiales, aun cuando éstos no llegan a su completa madurez.

Ni la herencia ni las condiciones especiales de la nutrición juegan un papel

reconocido en la producción de estas neoplasias, así como tampoco pueden atribuirse a las excitaciones sexuales, ya que aparecen los quistes del ovario en una proporción casi igual en mujeres solteras que en casadas, y en las dotadas de un sentido genital grande, que en aquéllas que lo tienen adormecido.

El punto de origen de los quistes del ovario es el epitelio germinativo de Waldeyer, ya en lo que constituye la capa más superficial del ovario, ya en las invaginaciones determinantes de los tubos de Valentín Pflüger. La opinión de Michell, que atribuye el origen de los quistes ováricos a una hidropesía del folículo de De Graaf, no es admitida hoy por ningún anatomo-patólogo, puesto que las condiciones especiales del epitelio, que constituye la túnica interna de la mayoría de los quistes del ovario, no corresponden a la estructura del folículo de De Graaf distendido.

Waldeyer atribuía la formación de los quistes del ovario a la persistencia de los tubos de Pflüger en la edad adulta, o bien a la formación extraembrionaria de estos cordones por heterocronia. El fenómeno formativo de los cordones de Valentín Pflüger se realiza cuando el epitelio germinal no ha llegado a adquirir los caracteres propios del epitelio cilíndrico, y, por tanto, en la época del nacimiento ha cesado por completo, en condiciones normales, la formación de estos tubos.

Se ha aceptado por Malassez, Froment y Van Stiel la existencia de un proceso de invaginación del epitelio de Waldeyer, cuyas invaginaciones pueden dar lugar a la formación de los quistes del ovario. Las hiperplasias foliculares, que pueden dar lugar de modo patológico a la formación papilar y glandular está fuera de duda y ello obliga a admitir la existencia de algunos quistes del ovario resultantes de la proliferación de la túnica interna del folículo, cosa esencialmente distinta de la distensión del folículo admitida por Michell.

Bland Sutton considera los quistes del ovario como procedentes de tres puntos esencialmente distintos: unos cuyo origen se halla en la parte más superficial del ovario—ooforon—, a las cuales denomina *quistes ooforíticos*, y cuya estructura la estima glandular; unos segundos, cuya procedencia es el estroma que denomina *paraoforíticos*, de estructura papilar, y un tercer grupo, procedentes del paraovario, o sea de los restos de los cuerpos de Wolf, situados entre las hojas del ligamento ancho, que pueden ser papilares o glandulares.

La opinión de Bland Sutton no es admitida en la actualidad, por hallarse en oposición con las diversas observaciones de quistes de naturaleza papilar, cuyo origen es evidentemente periférico, y por no encontrarse en el estroma del ovario elementos epiteliales que justifiquen el origen de neoplasias quísticas, cuya parte fundamental está constituida siempre por los epitelios.

En observaciones nuestras, cual las que representan las figuras 379 y 380, se ve que las formaciones papilares en las cavidades de los folículos pueden encontrarse de modo perfectamente claro; la comunicación que presentamos nosotros al II Congreso Español de Cirugía, celebrado en Madrid en el año 1908, demuestra hasta la evidencia que la naturaleza papilar y glandular de un quiste no depende de que proceda de una invaginación del epitelio de Waldeyer o de una proliferación patológica de un folículo ya constituido.

DIVISIÓN.—La primera que en el estudio de estas neoplasias debemos establecer es la que separa en quistes *mucoïdes* y quistes *dermoides*, o sea quistes cuya túnica interna se halla constituida por elementos epiteliales pertenecientes al tipo mucoso, o quistes dermoides, que se hallan formados por células ectodérmicas con producciones anejas procedentes de estos mismos elementos celulares.

Además de los quistes mucoides y dermoides hay que estudiar un tercer grupo, que si bien por sus caracteres anatomo-patológicos puede ser asimilado a los quistes del ovario, su origen no se halla en esta misma glándula, sino en los restos epiteliales de los conductos de Wolf que quedan incluidos entre las hojas de los ligamentos anchos.

Por lo que se refiere a la frecuencia de las distintas variedades de quistes mucoides, dermoides y para-ováricos, de nuestra estadística personal deducimos que el 83 por 100 de los operados por nosotros eran mucoides, un 11 por 100 dermoides, y un 6 por 100 tenían su origen en el para-ovario.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Los quistes del ovario, ordinariamente, son unilaterales, pero en un 8 ó un 10 por 100 de casos existe la neoplasia en los dos ovarios, y no son raras las observaciones en que después de la extirpación de un quiste del ovario, al cabo de algunos años ha tenido que recurrirse a una nueva operación por un quiste del otro ovario, lo que indujo a Lawson Tait a aconsejar la práctica de la extirpación de los dos ovarios, aun cuando se encontrara sano uno de ellos.

Esta opinión, que hoy no es defendida por ningún ginecólogo, tiene precisamente su fundamento en algunos casos en que, por formarse una nueva neoplasia en el ovario que se consideró sano, ha habido necesidad de reabrir el vientre al cabo de un tiempo de haber practicado la ovariectomía.

El volumen de los quistes del ovario es muy variable. Hace treinta años no era infrecuente encontrar quistes de 30 y más litros de cabida. Las dificultades diagnósticas y la denominación genérica de hidrópicas entre las que eran incluidas muchas de estas enfermas, hacía que algunas llegaran a adquirir volúmenes tan sumamente extraordinarios, que se cita en la literatura algún caso en que era mayor el peso de la tumoración que el de la totalidad de la enferma. La

figura 377 representa una mujer operada por nosotros en la Facultad, cuyo peso total antes de la operación era de 94 kilos, y el quiste líquido contenido pesaron 46 kilos, lo que representa un peso de la mujer sin su tumoración de 48 kilos. En la actualidad, como quiera que las seguridades diagnósticas son grandes, es muy raro que lleguen a nuestra presencia enfermas con quistes tan voluminosos, pero es asimismo raro el que se diagnostiquen en las primeras

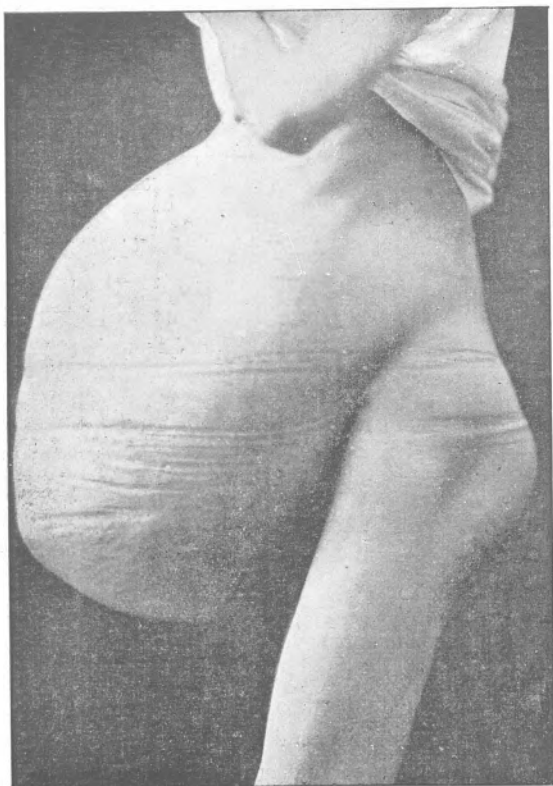


Fig. 377.—Quiste del ovario de 46 kilos de peso en una mujer que antes de operar pesaba 94 kilos.

épocas de desarrollo, cuando tienen volúmenes inferiores a la cabeza de un feto. Sólo la casualidad o la concomitancia con otros afectos genitales induce a estas enfermas al reconocimiento, y entonces se encuentran los quistes cuando son pequeños. Fuera de estas condiciones, generalmente no son diagnosticadas por el ginecólogo hasta que llegan a tener volúmenes que producen la distensión del abdomen.

La forma es variable; al lado de quistes completamente esféricos, existen

otros irregulares, con abolladuras; otros en forma alargada, unas veces lisas, otras formando tumoraciones agrupadas.

La coloración es generalmente en su túnica externa de un blanco anacorado; pero en algunas ocasiones un proceso de inflamación concomitante le hace perder el aspecto lustroso y ofrece un color rojizo más o menos oscuro.

Según se hallen constituidos por una sola cavidad o por muchas, se dividen los quistes del ovario en *uniloculares* y *multiloculares*, pudiendo ser *pauciloculares* cuando están constituidos por un reducido número de cavi-



Fig. 378. - Quiste voluminoso cuya sección daba el aspecto de un panal.

des, *multiloculares* propiamente dichos cuando éstas son muy numerosas y *reticulares* o *areolares*, cuando el número de cavidades es tan considerable que a la sección el tumor parece, como el fotografiado de la figura 378, hallarse constituido por un panal.

Los quistes uniloculares son sumamente raros; aun en aquellos casos que parecen hallarse formando una sola cavidad, no es infrecuente hallar en algún punto de la pared dos, tres o más cavidades quísticas pequeñas, completamente independientes de la cavidad mayor.

En algunas ocasiones se encuentran tres o cuatro cavidades grandes y gran número de cavidades pequeñas, independientes las unas de las otras.

La multiplicación de las cavidades del quiste puede ser tal, que llegue a aparentar la tumoración por su consistencia un tumor sólido. A la sección se ve que van abriéndose cavidades de distintos tamaños, que dejan verter contenido

de color diferente en unas cavidades de otras, desde un líquido claro o cetrino en las unas, a un líquido sumamente espeso, gelatinoso, casi coloideo y de un color obscuro en otras.

Existe una variedad de quistes, la menos frecuente de todas, en la que el contenido es seroso, de un color ligeramente amarillo, constituyendo la variedad denominada *quistomas simples* o *quistes serosos*, cuya patogenia se había atribuido a una distensión de los folículos de De Graaf. Por lo común, estos quistes serosos, llamados también quistomas simples, no alcanzan volúmenes muy considerables, sus paredes son delgadas y la túnica interna se halla revestida de una capa epitelial del tipo cúbico.

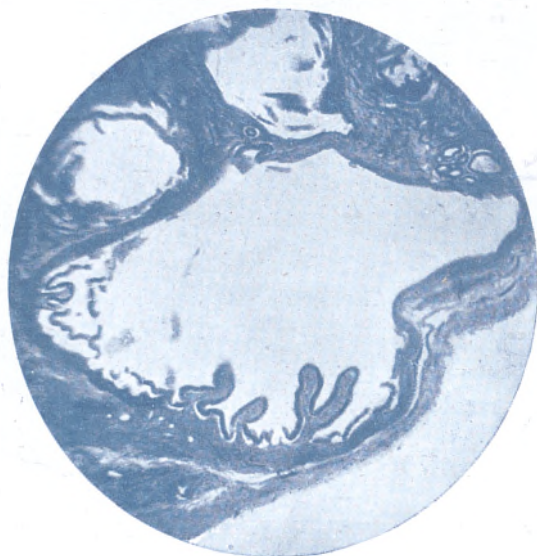


Fig. 379.—Formaciones papilares en un quiste folicular.

Frecuentemente, los quistes contienen un líquido espeso, de coloración variable, desde el amarillento hasta el moreno muy obscuro, mucilaginoso, y alcanzando algunas veces la consistencia de la substancia coloide.

Lo que da esta consistencia al líquido quístico es la pseudo-mucina; es una albúmina que no da la reacción de la mucina tratada por el ácido acético, pero que se coagula fácilmente por el calor. La coloración oscura depende de hemorragias de mayor o menor intensidad que, al disolverse la hematina en el líquido que rellena la cavidad quística, lo tiñe de un color más o menos obscuro, según la cantidad de sangre derramada.

Desde el punto de vista histo-patológico, debemos considerar al quiste formado por tres capas: una externa *fibrosa*, una interna *epitelial* y una

capa *celulosa* intermedia, por la que circulan los vasos nutricios de la neoplasia.

El epitelio ofrece diversas formas. Frecuentemente las células son caliciformes, en algunas ocasiones cúbicas, existiendo una poliestratificación bastante marcada. Al empujar a la capa de epitelio el tejido conjuntivo de la capa celulosa, constitúyense papilas en el interior del quiste y toma entonces éste el nombre de *quiste prolífero papilar*. En otras ocasiones se producen invaginaciones del epitelio, que dan lugar a la formación de una especie de glándulas de tipo tubular constituyendo el quiste de forma *glandular*.

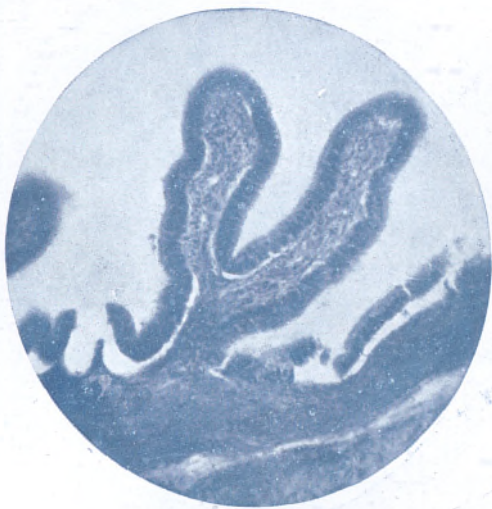


Fig. 380.—Una formación papilar del quiste de la figura anterior a mayor aumento.

Estas glándulas, al invaginarse, llegan algunas veces a ponerse en contacto por la extremidad libre de su conducto, y entonces el contenido de las mismas, y lo que constantemente van vertiendo las células caliciformes que forman su capa epitelial, queda retenido en el interior de las mismas y constituyen cavidades secundarias por retención, que, a su vez, dan lugar a nuevas formaciones glandulares y son causa de nuevas colecciones quísticas, incluidas las unas dentro de las otras.

Tanto el quiste prolífero papilar como el glandular deben ser considerados como formaciones epiteliales, y la poliestratificación, que en un principio es poco acentuada, llega con el tiempo a tomar los caracteres propios de las formaciones atípicas, y no es infrecuente la transformación de la neoplasia benigna en una neoplasia epitelial atípica o maligna.

Las formaciones papilares pueden aparecer sólo en los quistes cuyo

origen se halla en las invaginaciones del epitelio de Valdeyer, sino como lo demuestra la figura 379, se observan también completamente típicas en quistes de origen folicular.

En realidad, no varían ni en su génesis ni en su origen las formas papilares de las formas glandulares; pero en la evolución clínica, las formas papilares parecen tener mayor tendencia que las glandulares a la transformación en tumoraciones malignas.

En los primeros tiempos, las proliferaciones papilares quedan encerradas dentro de la túnica fibrosa que envuelve la totalidad de la neoplasia quística,

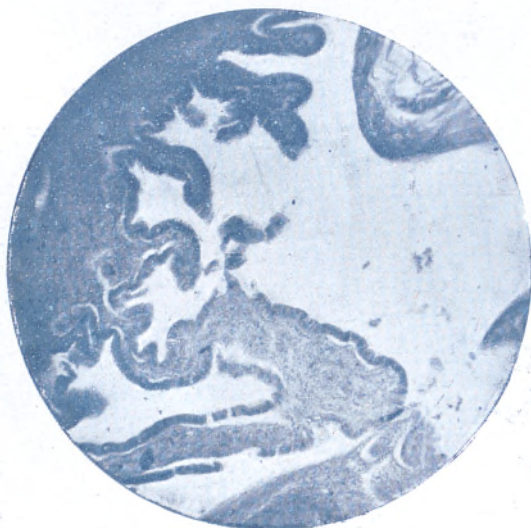


Fig. 381.—Quiste prolífero papilo-glandular.

pero por desgaste, y abrirse la cavidad del quiste, o bien por exuberancia de formaciones epiteliales, se producen excrecencias de origen papilar en la túnica externa del quiste, que dan lugar a la formación de neoplasias secundarias.

Cuando un quiste papilar se abre en la cavidad del peritoneo, o cuando las excrecencias nuevamente formadas llegan a perforar la pared fibrosa, se convierte la neoplasia en un verdadero *papiloma*, que puede determinar, por injertos, formaciones análogas en los órganos con que se pone en contacto; así se encuentra en cierto número de quistes papilíferos formaciones dendríticas externas, y otras producciones papilomatosas en el intestino, vejiga, útero, etc., y en algunas ocasiones extendidas a toda la cavidad peritoneal.

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO.—Por lo común, en los primeros tiempos

el quiste no produce alteraciones que repercutan sobre el funcionalismo general, y, por lo tanto, nada induce al reconocimiento de la mujer, y por este motivo, lo más frecuente es que en la primera época de las formaciones quísticas, cuando su volumen no es lo suficientemente grande para determinar fenómenos de compresión sobre los órganos vecinos, pase desapercibido, y sólo cuando llega a producir aumento de volumen del vientre, o cuando por las presiones ejercidas sobre los órganos pelvianos ocasiona trastornos, es cuando se hace el diagnóstico.

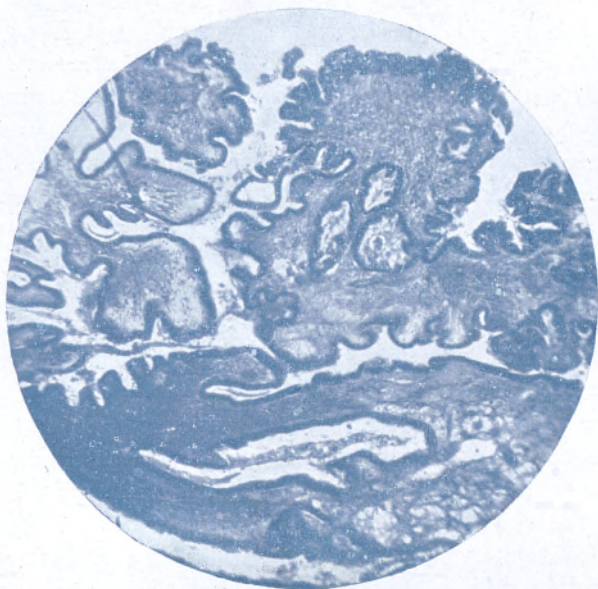


Fig. 382.—Poliestratificación del epitelio de un quiste papilar.

En algunas ocasiones, por coincidir la afección ovárica con alguna lesión uterina, el reconocimiento ginecológico se ha impuesto, y ello ha permitido el hallazgo o descubrimiento de un quiste de pequeño volumen.

Por sí, la neoplasia es indolora, tanto espontáneamente como a la compresión; pero cuando el tumor se hace de gran volumen, los síntomas que produce varían según sea su desarrollo abdominal, como es el caso más frecuente, por tratarse de tumores pediculados, o bien de desarrollo pelviano, como los incluidos entre las hojas de los ligamentos anchos, que determinan compresiones del recto, de la vejiga y aun desviaciones uterinas que son causa de trastornos dolorosos, no por el quiste en sí, sino por las perturbaciones funcionales que en los órganos comprimidos determina.

Cuando los quistes llegan a adquirir un cierto volumen, la exploración

directa permite recoger una serie de datos que pueden conducir a un diagnóstico preciso de la lesión. La existencia de una tumoración más o menos renitente, que da la sensación por persecución de onda líquida, es síntoma constante en los quistes mucoides del ovario.

El aspecto del vientre es variable en unos casos de otros. Ordinariamente el aumento de volumen del vientre no es completamente simétrico, sino, por el contrario, presenta diferencias entre una y otra mitad del mismo, no solamente en la configuración, si que también en la tensión de las paredes. La forma del vientre es globulosa, de manera que la porción correspondiente a los vacíos resulta algo más estrecha que la zona media del abdomen. En algunos casos, cuando el tumor no tiene gran volumen, si las paredes del vientre son flácidas y no ofrecen resistencia al reconocimiento, no solamente se limita la tumoración, sino que se la puede hacer cambiar de sitio con relativa facilidad; pero en los casos de tumores de gran volumen, éste ocupa gran parte de la cavidad abdominal, las paredes son resistentes y es muy difícil desplazar el tumor.

A la percusión, nótase macidez en la parte anterior del vientre, en tanto que la porción más declive presenta sonoridad. Esto es debido a que el tumor se halla comprimiendo directamente la pared anterior del vientre y las asas intestinales han sido empujadas hacia la columna vertebral y hacia el diafragma; de ahí que se encuentren las zonas de sonoridad muy marcadas en los puntos declives y macidez en la porción alta.

Si se hace cambiar de posición a la enferma no cambian las zonas de macidez que la percusión permitió reconocer en la posición primitiva, carácter éste que lo diferencia de los síntomas que proporciona la ascitis, en que las zonas de sonoridad cambian con la posición de la enferma: si ésta se inclina del lado derecho, el punto más declive es macizo en la ascitis y esta macidez cambia de lugar, colocándose en el lado izquierdo cuando el decúbito se verifica hacia este lado.

En algunos casos el quiste del ovario puede ir acompañado de ascitis, y este síntoma, suministrado por la percusión, se comprende que no sea de gran valor, ya que la zona de macidez puede cambiar, no por la tumoración quística, sino por el líquido ascítico que acompaña al proceso ovárico.

Como regla general de diagnóstico en los tumores abdominales debe tenerse presente que la ascitis, estando la mujer en decúbito supino, produce una forma de vientre de batracio, es decir, más ensanchado en las porciones bajas, con macidez en esta región y sonoridad en la porción alta, por colocarse los intestinos, que contienen una cantidad mayor o menor de gases, en la porción más prominente y dando, por lo tanto, sonoridad a la percusión.

La resistencia que ofrecen las paredes del vientre varía notablemente, según la tensión que el quiste tenga, por hallarse más o menos repleto de líquido, y también por la naturaleza multilocular o areolar. En el proceso

quístico, excepcionalmente, puede llegar a ser la dureza de las partes tan considerable que permita la confusión con una tumoración sólida.

A la exploración por la vagina en los casos de quiste, pueden encontrarse síntomas muy distintos, según sea el desarrollo completamente abdominal o una parte del tumor esté enclavada en la pelvis. Si el quiste es completamente abdominal y de pedículo largo puede no encontrarse la neoplasia a la explora-

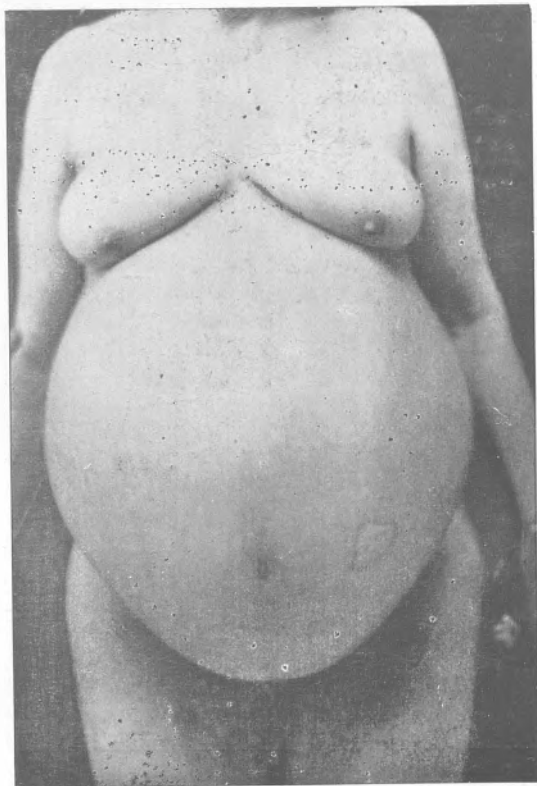


Fig. 383.
Quiste del ovario que había sido puncionado varias veces.

ción por la vagina: más frecuente es que la palpación combinada con el tacto dé la impresión de la existencia de una tumoración renitente apreciable en el fondo de saco anterior o en alguno de los laterales.

En los casos de quiste unilateral puede no existir perturbación alguna en la función menstrual, pero no es infrecuente que, a la larga, se produzca amenorrea, ya por afectarse el estado general de la paciente, ya por alteraciones que en el ovario del lado opuesto se hayan producido.

Si la lesión es unilateral y el otro ovario se halla completamente sano, es posible que la fecundación se realice, y no son raros los casos en que a pesar de existir un quiste del ovario, la mujer se hace embarazada, pudiendo llegar hasta el fin de la gestación, y en algunas ocasiones la existencia de la tumoración quística ser causa de distocia.

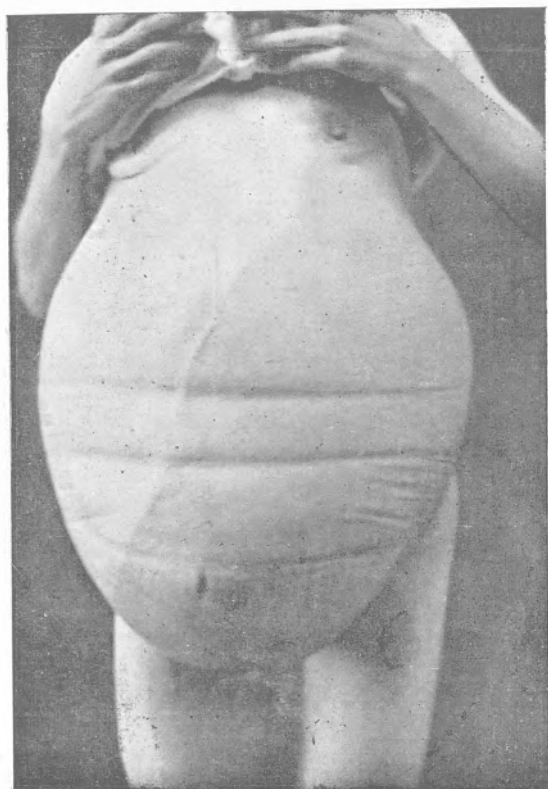


Fig. 384.—Voluminoso quiste del ovario, acompañado de ascitis y edema cutáneo.

En los primeros tiempos, como quiera que la naturaleza del tumor, aun siendo epitelial, no tiene carácter de malignidad, puede permanecer sin afectar a la totalidad del organismo, pero a la larga, ya porque se produzcan complicaciones en el mismo tumor, ya por la transformación del proceso epitelial típico en una formación neoplásica de este tejido completamente atípica, se producen trastornos generales que interesan profundamente a la totalidad del organismo. Las enfermas enflaquecen, adquieren un color amarillento y ofrecen el aspecto de hallarse afectas de un proceso grave.

El diagnóstico de los tumores quísticos del ovario tiene que hacerse diferenciándoles principalmente de las otras neoplasias abdominales y también de la ascitis. En la ascitis, la forma del vientre, en primer término, y la percusión permitían establecer el diagnóstico de un modo preciso. Hay, sin embargo, que tener en cuenta la posibilidad que los tumores quísticos del ovario, ya por haberse abierto alguna cavidad y vertido su contenido en la gran serosa abdominal, ya por fenómenos de peritonitis química, hállanse algunas veces complicados con ascitis, y en este caso el diagnóstico ofrece mayores dificultades.

En estos casos, la palpación combinada con el tacto puede llegar a dar la impresión de la existencia de una tumoración limitada completamente independiente de los demás síntomas de líquido libre dentro de la cavidad del peritoneo. Los antecedentes que suministre la enferma respecto a la evolución de la enfermedad sirven de mucho para aclarar el diagnóstico.

Con los *miomas uterinos*, el diagnóstico es fácil en la inmensa mayoría de los casos. La resistencia que ofrecen los tumores miomatosos es completamente distinta de la resistencia que ofrecen los quistes del ovario. Hay que hacer excepción, sin embargo, de aquellos casos de tumores fibromatosos que han sufrido la degeneración quística, en los que se observan fenómenos de renitencia muy parecidos a los que ofrecen los quistes del ovario multiloculares. Los datos que suministre la menstruación en uno y otro caso permiten casi siempre el establecimiento del diagnóstico, ya que en los tumores fibroquísticos del útero la función menstrual, lejos de disminuir y aun de desaparecer, como ocurre en los quistes del ovario, presenta una historia de menorragias más o menos abundante.

El diagnóstico de los quistes del ovario con los *tumores sólidos* del mismo no ofrece, por lo general, dificultades, porque si bien los síntomas de inspección y percusión pueden ser análogos, la resistencia y mayor dureza que ofrecen los tumores sólidos, apreciables principalmente por tacto y palpación combinados, permiten establecer la diferenciación.

La *tuberculosis peritoneal enquistada* puede ofrecer verdaderas dificultades diagnósticas. Los síntomas de percusión, los de inspección y aun las alteraciones funcionales de la menstruación pueden ser completamente idénticas en uno y otro caso. La historia de la enferma, la existencia de procesos febriles de escasa intensidad, pero de gran constancia, así como el reconocimiento por la vagina de nódulos de induración en las trompas, pueden servir de elemento diagnóstico para diferenciar uno y otro proceso.

CURSO.—En términos generales, puede decirse que la evolución del quiste del ovario es siempre lenta, pero existe una gran variedad entre unos y otros casos. Son muchas las enfermas que después de haber pasado un período más o

menos largo, que puede ser incluso de años, en que reconocida la existencia del tumor, apenas ha presentado fenómenos de molestia por parte del organismo, de repente cambia el proceso, el tumor se hace rápidamente voluminoso, produce trastornos locales de compresión y generales del organismo, y en un período sólo de algunos meses la enferma, a no ser operada con rapidez, fallece a consecuencia del tumor.

En otras ocasiones el crecimiento se hace lentamente, pero de modo constante, y en términos generales debemos decir que desde el punto de vista anatómo-patológico, aun sin complicaciones de ninguna especie, el final de los quistes del ovario de tipo mucoso es el que se conviertan, por la proliferación

exuberante de su epitelio, en tumores epiteliales atípicos, verdaderos carcinomas con las complicaciones propias de esta hiperproducción celular, que afectan no solamente a la tumoración en sí, sino a todo el organismo.



Fig. 385.—Transformación carcinomatosa de un quiste ovárico.

COMPLICACIONES.—El curso de crecimiento de estos tumores puede perturbarse por complicaciones de diversa índole, entre las cuales debemos mencionar la *inflamación*, que produce fenómenos de peritonitis, cuya consecuencia es el establecimiento de adherencias grandes con los órganos

con que se halla en contacto el tumor, y, en consecuencia, las asas intestinales, principalmente, se adhieren por neomembranas de modo tan íntimo con la pared del quiste, que llegan a formar un todo único.

Las adherencias resultantes de esta peritonitis, que pueden ser sépticas o simplemente de naturaleza química, en un principio son poco sólidas, pero más adelante llegan a organizarse de tal modo que es imposible separarlas por disección obtusa.

La inflamación del quiste puede conducir a la *perforación de sus paredes* y a que se vierta su contenido en la cavidad de la gran serosa abdominal, o bien que el proceso de inflamación haya dado lugar a adherencias con asas intestinales y que el contenido quístico se vierta en el interior de la cavidad del intestino cuando se produce la perforación, y, en consecuencia, que la enferma expulse, a modo de diarrea, una cantidad considerable de líquido, pudiéndose complicar aún este fenómeno porque el contenido intestinal pase a la cavidad

del quiste y los agentes microbianos, encontrando medio de cultivo apropiado, desarrollen un proceso séptico que pueda matar a la enferma en poco tiempo.

La inflamación del quiste puede llegar también a la *supuración*, y ésta, produciendo una colección de pus que se abre en el peritoneo, ser causa de una peritonitis mortal, o bien el establecimiento de adherencias con las paredes abdominales conduce a que la colección se vierta al exterior.

Una complicación de una importancia extraordinaria, más propia de los quistes de mediano volumen que de los voluminosos es la denominada *torsión del pedículo*.

Esta se verifica con bastante frecuencia, siendo tanto más fácil que se produzca, cuanto mayor es su longitud. Los quistes de mediano volumen son los que experimentan más a menudo esta complicación, por la movilidad que pueden tener dentro de la cavidad del abdomen, mientras que cuando un quiste tiene un volumen considerable, es muy difícil el que pueda movilizarse hasta el punto de llegar a producir una torsión tal de su pedículo que produzcan alteraciones circulatorias de importancia.

Se retuerce algunas veces el pedículo, dando dos o más vueltas sobre sí mismo. La consecuencia inmediata de la torsión del pedículo es una detención en la circulación venosa, ya que siendo las venas superficiales y de pared muy delgada, son las que más prontamente experimentan los fenómenos de flexión y acodamiento; y cuando la torsión se verifica varias veces sobre el pedículo, puede llegar a producirse incluso la oclusión de los vasos arteriales que conducen la sangre al quiste.

El primer fenómeno resultante de la torsión del pedículo es un éxtasis venoso que da lugar a que se produzcan fenómenos hemorrágicos dentro de la cavidad del quiste. Las alteraciones nutritivas que experimenta la pared del quiste por efecto de la torsión, pueden llegar hasta la *gangrena*; queda entonces el quiste convertido en un cuerpo muerto colocado entre las vísceras abdominales, y los fenómenos que se producen acusan una gravedad muy grande.

Los síntomas de la torsión del pedículo son, en primer término, un dolor más o menos agudo en el punto de implantación del mismo, y consecutivamente a esto *prodúcense* fenómenos peritoníticos que se traducen por timpanismo, frecuencia de pulso, en algunas ocasiones elevación de temperatura y, en general, todos los síntomas de una peritonitis, que puede, aun siendo de origen químico, determinar la muerte de la enferma.

La torsión del pedículo es un accidente grave que requiere siempre la intervención inmediata, puesto que significa un peligro grande para la enferma, la permanencia de una tumoración, cuya vitalidad está tan perturbada que puede constituir un cuerpo muerto, dentro de la cavidad del peritoneo.

Ruptura del quiste.—Los quistes pueden, ya espontáneamente, ya por

efecto de un traumatismo, sufrir la ruptura de sus paredes y derramarse el contenido en la cavidad peritoneal.

Es de todo punto excepcional que se verifique la curación por este mecanismo; sólo en algunos quistomas simples, quistes serosos de contenido hialino, puede seguir a la ruptura la curación. Por lo común, la ruptura de la pared de un quiste y el que se vierta el contenido del mismo en la gran cavidad de la serosa, es causa de fenómenos peritoneales flogísticos de naturaleza tóxica que repercuten sobre la totalidad del organismo en sentido desfavorable.

En algunas ocasiones se cierra la abertura formada en la pared del quiste y vuelve a llenarse la cavidad con el producto de las secreciones producidas por el epitelio de su túnica interna. En otras, a la ruptura del quiste sucede la formación de un papiloma ovárico, y el líquido que queda derramado en la cavidad peritoneal, constituye una ascitis que tiene, por lo común, los caracteres del que pertenece a los tumores malignos.

El volumen considerable del quiste puede llegar a producir perturbaciones circulatorias de gran importancia que se traducen por fenómenos pleuro-pulmonares; la disnea es en algunas ocasiones tan grande, que pone en verdadero peligro, por sí, la vida de la enferma.

Demons atribuye a perturbaciones en la circulación linfática del abdomen los fenómenos pleurales, que algunas veces presentan las enfermas, en quistes de desarrollo muy grande.

La *degeneración maligna* de los tumores quísticos no debe considerarse como una complicación, sino más bien como una consecuencia natural de la evolución de los mismos. Las metástasis que en distintos puntos del peritoneo se producen a consecuencia de la transformación maligna de una neoplasia quística, así como los injertos que las excrecencias papilomatosas de los mismos ofrecen en algunas clases de quistes, pertenecen a la evolución normal de esta clase de neoplasias.

PRONÓSTICO.—El quiste del ovario debe ser considerado siempre como enfermedad grave. En algunas ocasiones puede un quiste del ovario pasar gran número de años sin provocar trastorno de ninguna especie; pero no es infrecuente ver enfermas en las que después de haber pasado dos, tres o más años sin que la presencia del quiste repercuta sobre la totalidad del organismo, cambia de repente el cuadro clínico y la enferma va ya perdiendo de día en día, hasta que la muerte sobreviene si no acude la cirugía a solventar el conflicto.

Aparte de las complicaciones y accidentes que pueden determinar una gravedad muy grande, el quiste puede resultar grave por sí por la transformación epitelial maligna de la túnica interna.

Es asimismo grave en algunas ocasiones sólo por el aumento de volumen.

En algunos casos, como el de la figura adjunta, el quiste llegaba a pesar 46 kilos, cuando la enferma no pesaba, una vez extirpado el tumor, más que 48. Estos quistes de crecimiento tan extraordinario pueden producir la muerte sólo por las perturbaciones que determinan sobre los demás órganos abdominales y por las alteraciones que provocan en la circulación pulmonar.

En términos generales puede decirse que el quiste, en cuanto comienza a producir alteraciones generales sobre la totalidad del organismo, tiene una gravedad tan grande que exige la intervención inmediata. Son tales y tantos los peligros que la existencia de estas neoplasias representa, que no puede aceptarse en ningún caso el concepto de benignidad; deben ser siempre considerados como enfermedades graves que requieren una inmediata intervención.

TRATAMIENTO.—El único tratamiento de los quistes del ovario es el operatorio. Ni la medicación interna ni los medios radioactivos tienen eficacia alguna ni como medio curativo ni como paliativo.

La *punción*, que en otros tiempos llegó a constituir un método de tratamiento, no solamente no debe ser considerada como útil, sino por el contrario, debe ser reputada perjudicial. Tanto si se hace la punción por el abdomen como si se hace por la vagina, no hay que fiar en ella como medio de curación, y en cambio tiene el peligro de producir peritonitis, no solamente infectivas sino de naturaleza química, que dan lugar a adherencias que conviertan en muy difícil la operación que más tarde tenga que practicarse.

La punción por la vagina podrá estar indicada en algunas ocasiones cuando en el momento del parto, en un caso de coexistencia de quiste y embarazo, pueda representar un peligro de distocia; pero si el diagnóstico se ha hecho con anterioridad, no debemos esperar a que el parto se presente para acudir a la intervención, y, por lo tanto, no se presentará tampoco la oportunidad del tratamiento por la punción.

En algunos casos pueden aparecer fenómenos pleuropulmonares de tal importancia, que exijan como medida de salvación inmediata la punción del quiste para ganar el tiempo necesario para poder realizar el acto operatorio en buenas condiciones; pero no debemos fiar nunca en la punción como tratamiento curativo del quiste, y sólo tendrá su indicación, como mal menor, en aquellos casos en los que por cualquier circunstancia no pueda practicarse la operación inmediata.

La única indicación de tratamiento de los quistes del ovario es la *ovario-tomía*, que se practicará por vía abdominal. Las extirpaciones de quistes de ovario realizadas por vía vaginal no ofrecen, en nuestro sentir, ventaja alguna; es sólo aumentar las dificultades de la operación, convirtiendo en difícil lo que realizado en buenas condiciones puede resultar por laparotomía, operación sumamente fácil.

Desde el momento en que se diagnostica un quiste del ovario, la indicación operatoria se presenta, no debiendo en modo alguno demorar la intervención, ni por consideraciones de edad ni tampoco por la presunción de degeneración maligna, ya que la única probabilidad de curación que puede ofrecerse a la enferma es la que da la ovariectomía.

El diagnóstico de cuál sea el lado en que existe la tumoración, lo mismo que el diagnóstico de si existen o no adherencias, constituyen, dada la técnica actual de la intervención, problemas que no son a discutir. Las dificultades técnicas se vencerán en el curso de la intervención; pero, como principio general, debemos tener presente que el caso que aparenta más sencillo puede revestir en el acto operatorio serias dificultades, y, por lo tanto, no está autorizado a practicar una ovariectomía aquél que no se encuentra en condiciones de habilidad quirúrgica para hacer una disección cuidadosa de intestino y una reparación de una herida del mismo, en caso que accidentalmente se produjera.

Entre un quiste pediculado, libre de adherencias, y un quiste incluido en el ligamento ancho o fuertemente adherido al intestino, hay un abismo en cuanto a dificultades operatorias y es muy posible que el caso que antes de abrir el vientre se supone sencillo, pueda presentar complicaciones que exijan la mayor habilidad quirúrgica.

En la técnica de la intervención debemos distinguir los quistes pediculados de aquéllos que se hallan incluidos dentro del ligamento ancho, y aun en cada modalidad de quistes, los que se hallan libres de adherencias y los que presentan éstas.

En los casos pediculados, libres de adherencias, la operación es sumamente sencilla: laparotomía media infra-umbilical, o bien con las incisiones transversales de Pfannenstiel o de Bardenhauer; llégase a la cavidad peritoneal y encuéntrase la superficie brillante del quiste. Por medio de un trócar se punciona éste y se vacía una gran porción de líquido; se coge con unas pinzas de Koeberle o de Pean u otro instrumento parecido, sacando al exterior la masa tumoral; se aplica una pinza en el pedículo, se secciona y se liga éste en masa o aisladamente cada uno de los vasos importantes, y luego con un catgut fino se peritoniza la superficie de sección.

La operación en las condiciones que acabamos de citar puede resultar de una brevedad tal, que en diez minutos o quince quede terminada.

Frecuentemente, los quistes, aun siendo pediculados, presentan adherencias con el peritoneo parietal, adherencias que generalmente no son resistentes y que basta pasar el borde cubital de la mano para despegarla. De mayor importancia son las adherencias que presentan algunas veces con el peritoneo visceral que cubre las asas intestinales; llegan algunas veces estas asas a estar tan íntimamente unidas con la pared del quiste, que es necesario hacer

una disección muy cuidadosa para poder separar unas de otras, y aun a veces es tal el peligro de que al disecar se rompa la pared del intestino, que se hace preciso dejar adherida a la misma alguna porción de la túnica fibrosa de la neoplasia.

Cuando las adherencias son muy íntimas, este principio se convierte en una regla de conducta que exige el mayor cuidado para no dejar algún trozo de la túnica interna o epitelial del quiste, pues ello representaría el peligro de una reproducción de la neoplasia por la proliferación del epitelio allí dejado. El quedar algún trozo de túnica fibrosa pegado al intestino no representa peligro de ninguna especie; el dejar un trozo de la túnica epitelial es un defecto de técnica que puede resultar muy caro para la enferma.

En algunas ocasiones son tales y tantas las adherencias que se hallan entre el tumor y las asas intestinales, que resulta completamente imposible la extirpación de la totalidad del quiste. Para estos casos se ha recurrido a la llamada *marsupialización*, que consiste en extirpar todo cuanto se pueda del quiste y dejar la porción que se halla tan íntimamente pegada a los intestinos, que no hay posibilidad de extirparla sin lesionar éstos, constituyendo una especie de bolsa que se cose a la pared abdominal, viniendo a representar la *bolsa de los marsupiales*, de lo que los americanos tomaron el nombre para aplicarlo a esta técnica.

La marsupialización puede ser necesaria en algunos casos; pero es tan excepcional que resulte precisa, que nosotros, en nuestra ya larga práctica, sólo dos veces nos hemos visto obligados en quistes mucoides del ovario a marsupializar. Dados los peligros que representa la marsupialización por la facilidad de la reproducción, supuraciones consecutivas, etc., que pueden presentarse, creemos preferible aumentar la gravedad del acto operatorio a dejar una operación incompleta, como representa la extirpación parcial de un quiste del ovario.

En los quistes incluidos en el ligamento ancho, quistes del para-ovario o que han nacido en el mismo ovario y que han ido separando las dos hojas peritoneales que constituyen el hilio del mismo, la técnica resulta mucho más difícil. Es preciso, como primer tiempo, después de abierta la cavidad del vientre, incindir el peritoneo y hacer la disección obtusa que permite la separación de la serosa de lo que constituye la pared del quiste.

Ordinariamente, esta separación se realiza con facilidad; pero hay que tener en cuenta que, por lo mismo que se ha desarrollado el quiste dentro de las hojas del ligamento ancho, el uréter ocupa en algunas ocasiones situaciones muy anormales, y que es muy fácil seccionar este órgano confundiéndolo con algunas bridas o con algunas adherencias del quiste. Algunas veces se halla situado por encima, otras lo cruza por su parte interna, en algunas ocasiones se halla completamente hacia el lado externo.

Los vasos ilíacos se hallan también en contacto inmediato con la tumoración, y no es raro encontrar el útero tan desviado, empujado por la tumoración que se ha desarrollado entre las hojas del ligamento ancho de un lado, que resulta difícil poder reconstituir la posición anatómica normal del mismo. En un caso de esta naturaleza, operado recientemente, encontramos el útero, de tamaño normal, situado por encima del ombligo e invertido de tal modo, que se hallaba más bajo el fondo que el istmo. En algunos casos en que la desviación del útero es tan considerable, podrá resultar conveniente, al hacer la extirpación total del quiste, extirpar asimismo el útero para dejar el suelo pelviano bien constituido.

Los cuidados consecutivos a la ovariectomía son los mismos que pertenecen las laparotomías todas en general. La hemostasia debe procurarse que sea completa y la peritoneización debe ser también hecha de tal manera que no queden superficies cruentas de ninguna especie.

En los casos de quistes incluidos en los ligamentos anchos, tanto si son hialinos del para-ovario, como si son papilares o glandulares, es de todo punto conveniente evitar que queden piltrafas que puedan, por mortificación, servir de elementos de cultivo a los agentes microbianos.

En las ovariectomías es de todo punto excepcional tener que recurrir a desagüe de ninguna especie. Exceptúase de estos casos aquellos en que, por complicaciones sépticas pre-operatorias, hay que procurar evitar la generalización del proceso peritonítico.

La oclusión de las paredes del abdomen, así como el tratamiento posterior a la intervención, es el que corresponde a todas las intervenciones abdominales.

Las complicaciones son también las mismas.

Quistes dermoideos.

Los *quistes dermoideos* del ovario se hallan constituidos, como su nombre indica, por una membrana cuya estructura es la del dermis cutáneo.

La frecuencia con que se presentan, según nuestra estadística personal, no alcanza más allá de un 11 por 100 del conjunto de los casos de quistes de ovario.

Pueden ser unilaterales, y excepcionalmente se presentan también en ambos ovarios. La bilateralidad es mucho menos frecuente que en los quistes mucoides.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—El volumen de los quistes dermoides del ovario es generalmente pequeño. Varía ordinariamente entre el tamaño de una manzana o de una naranja, al de una cabeza de feto. Sin embargo, excepcionalmente, encuéntrase algunos de tamaño mucho mayor, pudiendo en algunos

casos llegar a alcanzar volúmenes tan grandes como los que adquieren los mucoides.

Cuando llegan a volúmenes tan considerables, generalmente son tumores mixtos, es decir, *muco-dermoides*, en parte mucoides y en parte dermoides, y es precisamente esta variedad mixta la que más confusiones motiva en el concepto patológico.

La pared del quiste dermoideo se halla constituida por una túnica fibrosa externa, una capa celulosa media, y una túnica interna que se halla formada por piel. Esta túnica interna está constituida por células epiteliales, colocadas de tal manera, que las más externas son casi esféricas y proceden de un cuerpo completamente parecido al de Malpighio, y las más internas se hallan aplanadas de tal modo que constituyen una capa córnea.

En la superficie de esta capa dérmica existen verdaderas papilas que, en algunos casos, forman elevaciones dentro de la cavidad quística. En esta capa encuéntrase folículos pilosos, algunas veces en cantidad considerable, glándulas sudoríparas y glándulas sebáceas.

Como quiera que la abertura de las glándulas y de los folículos se halla dentro de la cavidad del quiste, el producto de secreción de las glándulas, así como los pelos de los folículos pilosos, acumúlense en el interior del quiste, constituyendo una masa más o menos espesa, untuosa, en la que existe una cantidad de pelos algunas veces considerable. Al mismo tiempo, en las paredes de estas neoformaciones encuéntrase dientes muy frecuentemente, los que rara vez ofrecen el aspecto de completa normalidad; su número es variable, contándose en la literatura médica casos de más de 200 piezas dentarias.

Encuéntrase asimismo incluídos en la pared del quiste, en algunas ocasiones, trozos de huesos, y son muchos los casos en que estos mismos huesos presentan implantados en ellos piezas dentarias, lo que ha hecho que fuesen considerados en algunas ocasiones como verdaderos rudimentos de maxilares.

En la pared del quiste encuéntrase también con relativa frecuencia substancia tiroidea, que, como es sabido, procede de la capa octodérmica.

Ruge, encontró en un quiste dermoideo una pequeña masa de una estructura acinosa; que por su situación debajo de un hueso, que contenía dientes, lo consideró como rudimento de una glándula submaxilar.

Encuéntrase asimismo debajo de la capa dérmica muy frecuentemente, elementos de procedencia mesodérmica: tales son los cartílagos, huesos, fibras musculares lisas y estriadas.

Elementos nerviosos y aun substancia cerebral se han encontrado en algunas ocasiones, y puede decirse que en estado más o menos rudimentario, hállese en algunas ocasiones vestigios de tejidos de las tres capas que constituyen el blastodermo.

Los quistes de gran volumen generalmente son tumores mixtos, en los que al tiempo de existir una parte que corresponde al tipo dermoideo, preséntanse asimismo otras porciones de tejidos con los caracteres de las mucosas, con epitelios cilíndricos y aun en algunas ocasiones en diversos puntos se han hallado pestañas vibrátiles.

Los rudimentos de órganos que algunos autores han encontrado, corresponden más bien al tipo de un teratoma que al del quiste dermoideo.

El contenido lo constituye generalmente una sustancia espesa, grumosa, formada por el producto de la secreción de la túnica interna del quiste, y en el que se halla algunas veces una cantidad tan considerable de pelos, que forman éstos la parte más importante del contenido quístico.

En algunas ocasiones, principalmente en los quistes mixtos, además de esta sustancia grumosa de que hablamos, se encuentra un líquido amarillento con gran cantidad de colesterina.

Los quistes dermoideos, así como los mucoides, pueden ser uniloculares o multiloculares. Muy frecuentemente la bolsa constituye una sola cavidad; pero en algunas ocasiones son varias, completamente independientes, y aun el contenido resulta del todo diferente. Al lado de una bolsa quística que contiene sustancia sebácea, gran cantidad de pelos, dientes, etc., se encuentran otras cavidades con líquido seroso más o menos espeso, llegando, en algunas ocasiones, a contener gran cantidad de sustancias coloideas.

PATOGENIA.—Varias son las hipótesis que se han emitido para explicar el origen de los quistes dermoideos del ovario; pero en realidad ninguna de ellas está libre de objeciones, y hoy puede decirse que, a pesar de lo seductoras que resultan algunas de las opiniones emitidas sobre la génesis de los mismos, no hay ninguna que dé satisfactoria explicación del problema genético.

Verneuil los consideró como resultantes de un enclavamiento de sustancia ectodérmica, y, en realidad, este origen puede ser aceptado para los quistes superciliares y los que se presentan en la región del cuello, dependientes del enclavamiento del tejido ectodérmico entre las hendiduras branquiales.

Basándose en este hecho, al parecer comprobado, se ha pretendido generalizar a los quistes dermoideos del ovario igual origen, y teniendo en cuenta los estudios de Ghy sobre el cordón axial, Lannelongue se hizo un partidario decidido de esta teoría, aceptando que al formarse las glándulas genitales, una porción del tejido ectodérmico podía quedar incluido dentro de la misma y ser más tarde el origen del desarrollo del quiste.

En realidad, la teoría del enclavamiento no tiene hoy satisfactoria explicación, dados los conocimientos modernos que se refieren al desarrollo de la glándula genital, ya que si bien ésta procede de la hoja del blastodermo en el punto correspondiente al cordón axial, no toma parte en ella la cara más

externa de la membrana blastodérmica. Por otra parte, la existencia en muchos quistes de esta naturaleza, de tejidos mesodérmicos, y aun la presencia de quistes mixtos, en que las tres hojas del blastodermo se hallan representadas, o sea el epitelio con pestañas vibrátiles, el córneo y las producciones mesodérmicas, huesos, cartílagos, etc., no permiten aceptar esta patogenia.

Otra teoría para explicar la formación de los quistes dermoideos es la llamada de la «partenogenesis».

Teniendo en cuenta que ciertos animales inferiores se reproducen en varias generaciones sin necesidad de que el elemento macho vaya a fecundar el óvulo, por contener éstos los elementos pertenecientes a los dos sexos, se ha admitido la idea de que pudiera un óvulo femenino, dotado de la substancia masculina y de la femenina, sufrir el impulso de crecimiento que determina la formación de un nuevo sér; pero que tratándose de la especie humana, en que es indispensable, como en las demás especies animales superiores, la conjunción del elemento masculino con el femenino, la célula, que se halla dotada de este poder reproductor, puede llegar a la constitución de tejidos los más variados, pero no a la producción regular de órganos.

De manera que, en realidad, dentro de la teoría partenogenética, se admite el quiste dermoideo formado por un óvulo hermafrodita que crece, que llega a diferenciarse en sus elementos, pero no a agruparse éstos de modo suficientemente regular para llegar a constituir órganos de constitución completamente normal.

Dentro de la teoría de la partenogenesis se explica, por tanto, que puedan existir representaciones de todas las hojas blastodérmicas, y explica asimismo el que puedan existir elementos pertenecientes a las tres capas blastodérmicas, piel, huesos, substancia nerviosa, mucosas con sus epitelios, etc.

Esta teoría satisfacería por completo todas las exigencias si no tuviese en su contra argumentos de una importancia considerable, cual son el que se encuentran también en los testículos quistes de esta naturaleza, y no se ha observado nunca en el espermatogonio, el que existiera en ninguna especie animal como productor de nuevos organismos. Además se han encontrado quistes dermoideos entre las hojas del mesenterio y en otros puntos de la cavidad abdominal, en los que no cabe el aceptar que pudiera allí existir un óvulo hermafrodita que entrara en actividad formativa.

Otra teoría es la llamada de la *célula nodal*, de Bard. En esta teoría se supone la persistencia en el organismo de células diferenciadas que no siguen la evolución normal de los demás elementos, y que quedando alguna de estas células indiferenciadas, reciben más adelante el impulso de crecimiento, pudiendo llegar a constituir tejidos de diversa especie, porque contiene dentro de sus mismos elementos la potencia genética formadora de las distintas clases de tejidos.

Esta concepción de Bard, puramente teórica, ya que no se basa en ningún

hecho comprobado de hallazgo de células indiferenciadas en la forma por él supuesta, ha sido modificada en el sentido de aceptar la persistencia de un blastomero o célula primitiva de la segmentación que el óvulo experimenta, en estado de latencia; es decir, que alguno de los blastomeros no sigue a los demás en su división hasta llegar a constituir la membrana blastodérmica, sino que queda en el estado de vida latente, y que al impulso de crecimiento, que más tarde puede adquirir este blastomero, es al que se debe la formación de la producción quística que nos ocupa.

Esta teoría de Roux es la misma teoría de Bard, en la que al nombre de célula nodal se ha sustituido la palabra *blastomero*, sin que ello signifique, en realidad, una nueva teoría. Al igual que la célula nodal de Bard, nadie ha podido demostrar la existencia de esos blastomeros, y por lo tanto, dentro del terreno de la investigación científica, no cabe tampoco sin una demostración considerar esta teoría más que como un producto imaginativo.

Otra teoría se ha admitido también aceptando que pudiera representar una inclusión fetal. La idea de la *diplogenesis*, si puede ser aceptada para algunos teratomas del ovario, no lo es para los quistes dermoideos. La idea de una gestación ectópica y formación de un teratoma a consecuencia de un vicio de desarrollo, es asimismo inaceptable, porque quistes dermoides del ovario se encuentran en niñas de la más tierna edad.

Son precisas nuevas investigaciones para llegar al conocimiento patológico de esta modalidad de quistes, que, en realidad, constituyen motivo de grandes controversias.

La sintomatología de los quistes dermoideos del ovario es tan parecida a la de los mucoides, que no necesitan descripción aparte. Debe, sin embargo, tenerse presente que, por lo común, provocan menos reacción que los quistes mucoides. Son asimismo indoloros, y a la exploración dan generalmente una sensación de pastosidad algo distinta de los síntomas que por palpación y tacto combinados se observan en los quistes mucoides.

Las complicaciones pueden ser exactamente las mismas que en los demás quistes del ovario, y el tratamiento no merece indicación especial; la ovariectomía debe practicarse tan pronto como se diagnostique la existencia del quiste, no modificándose la indicación operatoria por la naturaleza mucoide o dermoide de la neoplasia.

Quistes hidatídicos.

Aunque no conociendo ningún caso de localización primitiva en ovario, en casos de hidatidosis generalizada de la cavidad abdominal se pueden encontrar pequeños quistes hidatídicos en pleno tejido ovárico, como en un caso operado por nosotros este curso en el Hospital de la Moncloa.

TUMORES SÓLIDOS DEL OVARIO

En los ovarios desarróllanse *fibromas, fibromiomas, sarcomas, endoteliomas, carcinomas, papilomas y teratomas*.

Fibromas y fibromiomas del ovario.

Estas tumoraciones preséntanse con una frecuencia mucho menor que las de igual naturaleza de localización uterina, y, si bien su tamaño ordinariamente es pequeño, en algunas ocasiones llegan a adquirir volúmenes verdaderamente extraordinarios. Spiegelberg publicó un caso que tenía 50 centímetros de longitud por 40 de ancho y 23 de espesor; Weyssiere operó uno de 35 centímetros de longitud; Dagron operó uno de 10 kilos de peso, y son bastante numerosos los casos publicados cuyo peso pasa de 6 kilos.

Nosotros hemos operado uno de 18 centímetros de largo por 26 de ancho y 11 de espesor, de un peso superior a 5 kilos, y son varios los que hemos tenido ocasión de operar del tamaño de una cabeza de feto.

Muchos autores dudan que los casos de fibromas ováricos de gran volumen sean positivamente de esta estructura y los consideran como fibrosarcomas. No participamos de esta opinión porque estudios histológicos, detenidamente practicados en algunos de los casos operados por nosotros, nos han demostrado la naturaleza fibromiomatosa pura.

Por lo general, los fibromiomas ováricos son unilaterales, carácter que se halla en oposición con el de los sarcomas, que, por lo común, se hallan en los dos lados. A pesar de ello, tenemos algunas observaciones personales de tumores fibromiomatosos desarrollados en ambos ovarios, y en alguno hemos encontrado coincidencia de desarrollo de fibromiomas en los dos ovarios al tiempo que existía un fibromioma voluminoso del útero. Casos análogos de bilateralidad han publicado Martín, Morely, Jaboulay, etc.

Examinados desde el punto de vista histo-patológico, encuéntranse constituidos por elementos musculares de fibra lisa, en la que los núcleos han desaparecido, o se hallan tan modificados en su estructura que su tinción resulta muchas veces difícil, por lo cual han sido considerados muchos de estos elementos como verdaderas fibras de tejido conjuntivo.

El punto de origen de los fibromas ováricos se halla en el estroma del

órgano, pudiendo en algunos casos iniciar su desarrollo en los vasos de los ligamentos tubo o útero-ováricos.

La patogenia de los mismos hay que atribuirle principalmente al eretismo vascular que acompaña a los órganos genitales en su funcionalismo especial y a la acción de las hormonas de procedencia ovárica que determinan la hiperplasia de las fibras constitutivas del tumor.

SINTOMATOLOGÍA.—Por lo general, cuando son pequeños, no ocasionan trastornos de ninguna especie, y sólo un examen o exploración ginecológica, practicada con motivo de perturbaciones de origen uterino, pone en condiciones de reconocer su existencia. Cuando alcanzan grandes volúmenes producen el abultamiento del vientre y es raro que determinen fenómenos de compresión.

En los casos de bilateralidad pueden existir perturbaciones en la función menstrual, oligorrea o amenorrea; pero, ordinariamente, no existen alteraciones catameniales, a menos que no existan lesiones miomatosas del útero.

La ascitis se presenta raras veces en los fibromiomas ováricos, hasta tal punto que algunos autores niegan su existencia y admiten este síntoma como carácter diferencial de los sarcomas, en los que se presenta de modo constante. Nuestras observaciones personales no nos permiten aceptar como síntoma característico la existencia o ausencia de ascitis, ya que en algunos casos, cuyo examen histológico nos permite afirmar su naturaleza fibromatosa pura, la hemos hallado, y en cambio, en otros que habían alcanzado volúmenes bastante considerables, este síntoma no existía. Probablemente la ascitis, en los casos de fibroma del ovario, depende de alteraciones peritoneales de naturaleza flogística, que nada tienen que ver con la estructura de la neoplasia; excepcionalmente es resultado de fenómenos de compresión.

El desarrollo de los tumores fibromiomatosos del ovario es generalmente abdominal, y como consecuencia, es raro que se observen síntomas vesicales o de compresión de recto.

La palpación combinada con el tacto permite reconocer los caracteres de la tumoración, la cual, generalmente, se desplaza fácilmente de un punto a otro de la cavidad abdominal.

La dureza de la tumoración, así como algunas abolladuras que puede presentar, pueden servir de carácter diferencial, no sólo con los quistes del ovario, sí que también con los sarcomas, si bien no puede ser tomado este síntoma de la irregularidad de la superficie como característico, ya que en tumoraciones sarcomatosas y en quistes multiloculares pueden encontrarse análogos caracteres.

DIAGNÓSTICO.—La diferenciación con los tumores fibromatosos uterinos debe realizarse por la exploración directa del útero. En los ováricos, la

independencia de este órgano es tal, que puede por sí sola servir de elemento diagnóstico definitivo. La histerometría acusa normalidad en la longitud de la cavidad uterina y sirve para comprobar la independencia de la tumoración fibromatosa.

El diagnóstico con los fibromiomas uterinos pediculados subperitoneales se hace verdaderamente difícil. En un caso operado por nosotros, que es el representado en la figura 224, el diagnóstico se hizo de todo punto imposible, porque la movilidad e independencia con el útero eran casi absolutas; el pedículo que lo adhería a la matriz era tan largo, que todos los datos suministrados por la palpación y por el tacto resultaban idénticos a los que proporcionan los fibromas ováricos.

Por el contrario, en algunos casos de inflamaciones anexiales tumorales puede haberse producido la fusión del tumor con las paredes del útero, y suministrar datos engañosos respecto a la independencia de la tumoración ovárica.

Las alteraciones de la menstruación faltan pocas veces en los miomas uterinos, y en cambio son excepcionales en los de localización ovárica.

Excluida la idea del tumor uterino, el diagnóstico debe hacerse respecto a la naturaleza del tumor ovárico.

Del sarcoma se diferencia, en líneas generales, por la ausencia de la ascitis, por la unilateralidad de la tumoración, por su mayor dureza, el desarrollo más lento y la influencia que sobre el estado general de la enferma produce, que es mucho más deprimente en el sarcoma que en el fibroma.

Ninguno de estos síntomas es suficiente para establecer de modo seguro el diagnóstico diferencial; pero la reunión de varios puede servir de elemento diagnóstico.

Se diferencian de los tumores salpingíticos quísticos por la consistencia de la tumoración, por el dolor, que no falta en las inflamaciones salpingianas y es raro en las neoplasias ováricas, y por la historia suministrada por la enferma, en la que no faltan nunca los datos que diferencian los estados de inflamación de los neoplásicos.

El diagnóstico con los carcinomas y endoteliomas del ovario no ofrece, por lo común, dificultad, pues son estas neoplasias de escaso desarrollo, y establecen adherencias inmediatas e injertos en los órganos con que se hallan en contacto, determinando ascitis muy abundantes y presentando una evolución rápida en la que los fenómenos de malignidad aparecen desde el principio.

CURSO.—Ordinariamente, los tumores fibromiomatosos del ovario tienen una evolución lenta. Cítanse, sin embargo, algunos casos, como el de Jacobs, que en tres meses pasó el fibroma ovárico del tamaño de un huevo al de una cabeza de niño, y en un caso operado por nosotros hemos visto en cinco meses pasar el tumor del tamaño de una naranja al de un melón muy grande.

TRATAMIENTO.—El tratamiento debe ser operatorio. La *extirpación* se practicará según las reglas generales de la laparotomía y teniendo en cuenta que generalmente no presentan estos tumores adherencias, y ofrecen un pedículo largo, resulta en la inmensa mayoría de los casos operación sencilla en todos sus tiempos.

No tenemos experiencia personal alguna respecto al tratamiento *rönt-genterápico* en esta clase de tumores, pero por similitud con lo que ocurre en los pediculados subperitoneales, creemos que la influencia que ejercen los rayos X sobre los mismos no se produce de modo primitivo, y la disminución del volumen de la neoplasia debe verificarse de modo muy lento.

Sarcoma del ovario.

Los sarcomas del ovario pueden ofrecer las variedades del *globo-celular* o del *fuso-celular*.

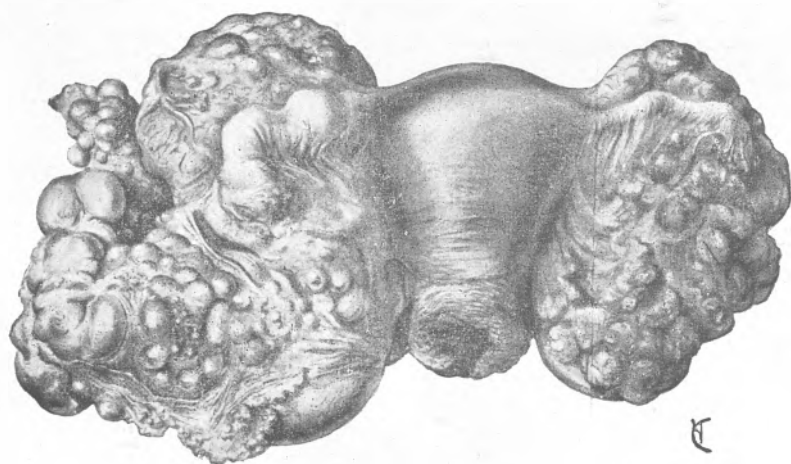


Fig. 386.—Sarcoma del ovario bilateral.

La forma más comúnmente observada es el *fibrosarcoma*, hasta el punto que son muchos los autores que al hablar de los fibromas del ovario de gran volumen, los consideran siempre de naturaleza fibrosarcomatosa. No participamos de esta opinión, y si bien consideramos el fibrosarcoma del ovario como el más frecuente de ellos, no aceptamos que resulten siempre sarcomatosos los tumores muy voluminosos sólidos desarrollados en estas glándulas.

Los sarcomas se presentan en todas las edades: recordamos un caso que operamos en una niña de tres años, de sarcoma bilateral, del tamaño de una mandarina, en el ovario izquierdo, y de una cabeza de feto en el ovario

derecho. Obsérvanse asimismo en la vejez, pero el mayor número se halla en mujeres comprendidas entre los veinte y treinta y cinco años.

Ordinariamente, su superficie es lisa, la consistencia intermedia entre la de un fibroma y la de un quiste; en algunas ocasiones puede ser la dureza muy pronunciada, así como ofrecer grandes abolladuras en su superficie.

SINTOMATOLOGÍA.—Es la correspondiente a todos los tumores sólidos del ovario; pero así como los fibromas la ascitis es excepcional, en los sarcomas casi nunca falta este síntoma.

Por lo general, la base de implantación es amplia; córrase la producción neoplásica hacia el útero y no es infrecuente que este órgano, incluido entre los sarcomas de los dos lados, tome una parte más o menos importante en la extensión neoplásica.

EVOLUCIÓN.—Es en los sarcomas generalmente mucho más rápida que en los fibromas, si bien en algunas ocasiones se observa un estado como de latencia que puede persistir meses y aun años, para después, en breve tiempo, adquirir un desarrollo extraordinario, con todos los caracteres de la malignidad de estas neoplasias.

TRATAMIENTO.—La *extirpación* es el único tratamiento recomendable en la actualidad. Esta debe practicarse no sólo de los anejos, si que también del órgano uterino.

La *radioterapia* y *radiumterapia* en el estado actual de nuestra técnica, no son aplicables para los casos de sarcoma del ovario más que en aquellas condiciones de inoperabilidad en que puede ensayarse como medio paliativo.

Carcinoma del ovario.

Las neoplasias epiteliales del ovario pueden ser *primitivas* o *secundarias*.

El *cáncer primitivo* es poco frecuente. Tiene su origen generalmente en el epitelio de la capa ovígena del ovario y afecta con frecuencia la forma histológica del carcinoma tubular. Raras veces llega a adquirir volumen superior al de una naranja. Produce injertos de la misma naturaleza epitelial en las vísceras que se hallan en contacto con él. Constituye una tumoración fija con propagaciones hacia el útero y con injertos en las asas intestinales, vejiga, etc.

El carcinoma primitivo del ovario puede ser unilateral o bilateral. Frecuentemente aparece en los dos ovarios, quedando el cuerpo del útero englobado por la producción neoplásica.

Por lo común va acompañado de gran cantidad de *ascitis* de color obscuro

a causa de los frecuentes derrames de sangre que se producen al desmoronarse las producciones epiteliales. El *dolor* aparece generalmente de modo primitivo, dolor espontáneo que si bien no aumenta con la compresión directa, se exagera algunas veces con la movilización de los órganos genitales.

Son frecuentes los fenómenos de compresión de recto, determinantes del *estreñimiento*, y no es raro ver aparecer copiosas *hemorragias intestinales*.

El tratamiento del carcinoma primitivo del ovario excluye casi siempre la operación por la imposibilidad de extirpar todos los puntos afectos. Si por acaso se ha hecho el diagnóstico de modo primitivo y puede extirparse todo lo enfermo, es de recomendar el empleo inmediatamente después de la *radioterapia* como complemento del tratamiento operatorio.

Cáncer secundario.—En la evolución normal de los quistes ováricos, la degeneración maligna de los mismos por proliferación exuberante de las capas de epitelio que constituyen su túnica interna, y su conversión en carcinoma, es la regla.

En tanto la degeneración maligna de la túnica interna se halla encerrada dentro de la túnica fibrosa, no merece ser colocada esta neoplasia en el grupo de los carcinomas; pero lo común es que lleguen a producirse proliferaciones de la pared del quiste, que algunas veces llega a evertirse, y que las producciones papilomatosas vayan creciendo y constituyan un tumor canceroso secundario con todos los caracteres propios de estas neoplasias epiteliales malignas.

Prodúcese entonces el *papiloma del ovario*, que tiene gran facilidad de hacer injertos de naturaleza epitelial en los órganos que se hallan en contacto con él, resultando, como en el cáncer primitivo, la producción de ascitis con derrames de sangre más o menos abundantes y con la evolución y curso del carcinoma primitivo.

Existe un tiempo dentro de la evolución del carcinoma secundario, en el que cabe la extirpación de toda la neoplasia maligna; pero la misma facilidad con que se producen los injertos epiteliales y las formaciones neoplásicas en los órganos vecinos conducen bien pronto a la enferma a un estado caquéctico en el que hay que prescindir de los recursos operatorios por la imposibilidad de extirpar todo lo invadido.

Como único recurso puede emplearse el *tratamiento radioterápico*, pero con pocas probabilidades de alcanzar la curación, dada la rapidez con que se va produciendo la infiltración epiteliomatosa.

Endotelioma del ovario.

El endotelioma del ovario constituye una neoplasia rara. El origen es mesodérmico; su punto de partida es el endotelio de los vasos, y la disposición anatómica constituye un tipo intermedio en el sarcoma y el carcinoma primitivo.

Su volumen, generalmente, no es muy grande, pero existen algunas observaciones en las que ha llegado a tener el tamaño de una cabeza de feto. Su superficie, por lo general, es lisa o con pequeñas abolladuras, y el examen histológico demuestra la existencia de una cantidad de elementos endoteliales, muy parecidos en su distribución al carcinoma, pero que se diferencia de él por el carácter de las células aplanadas que forman la parte principal de la neoplasia.

Al igual que el sarcoma y el carcinoma, produce *ascitis*, y en algunas ocasiones la consistencia de la tumoración es tal que asemeja por completo a una producción fibromatosa.

Tumor de naturaleza esencialmente maligna, tiene, por lo general, un crecimiento rápido y conduce prontamente a la caquexia.

Su tratamiento es operatorio. No tenemos experiencia personal alguna por lo que se refiere al tratamiento *radio* o *radiumterápico* de esta neoplasia, si bien, por similitud con los demás tumores malignos del ovario, creemos debe darse la preferencia al tratamiento operatorio. Después de la operación, al igual que en las otras neoplasias malignas del ovario, es muy conveniente hacer aplicaciones preventivas de rayos X, repetidas durante varios meses con intervalos cada vez mayores.

Teratomas.

Deben distinguirse los *teratomas* del ovario de las inclusiones fetales que pueden ocupar los más diversos puntos del cuerpo.

El teratoma del ovario, si bien debe colocarse entre los tumores sólidos, tiene una cantidad tan considerable de cavidades quísticas de diversa naturaleza, que bien pudiera considerarse como intermedio entre los quistes y los tumores sólidos.

Por lo general, son tumores de pequeño volumen; pero en la literatura médica se encuentran descritos una serie de casos en los que ha alcanzado la tumoración el volumen de una sandía o de un melón grande.

Desde el punto de vista de su estructura se diferencian de los quistes dermoideos en que en éstos la colocación de los tejidos procedentes de las distintas capas blastodérmicas guarda una disposición que pudiéramos llamar anatómica, en tanto que en el teratoma, la distribución es completamente atípica; encuéntrase en él, elementos procedentes de todas las capas blastodérmicas, y al lado de pequeñas cavidades quísticas de contenido sebáceo y piloso se encuentran otras de contenido de pseudo-mucina, y aun en algunas revestidas de epitelio cilíndrico hállanse fibras estriadas, si bien estos elementos se encuentran generalmente en escasa cantidad.

Forman parte también de los teratomas los tejidos óseo, cartilaginoso, nervioso, con distribución completamente irregular.

El tejido cartilaginoso se presenta frecuentemente muy abundante en células, encontrándose fases de transición entre el tejido conjuntivo fibrilar y el cartílago, así como también entre el cartílago hialino por una parte y el fibroso y tejido óseo por otra (Pfannenstiel).

Además de las cavidades quísticas de naturaleza dermoidea y las de naturaleza endodérmica, encuéntrase otras cavidades formadas por destrucción de tejidos.

El tejido adiposo, de igual manera que la sustancia nerviosa, está distribuido en el tumor con mucha irregularidad entre los elementos de diversa clase que forman la neoplasia.

Los tejidos procedentes del endodermo, mesodermo y ectodermo, se hallan mezclados sin orden de ninguna especie, de manera que considerada la tumoración en su disposición histológica, forma un proceso morboso atípico, en el que se hallan representados gran número de tejidos.

Indudablemente, alguno de los teratomas de gran volumen que se han descrito, deben ser considerados como quistes dermoideos, pero está fuera de duda que la disposición atípica de los tejidos marca caracteres especiales de estos tumores, que en algunas ocasiones pueden llegar a adquirir considerable volumen.

El diagnóstico real de estas neoplasias no puede hacerse más que *á posteriori* con el examen microscópico. Confúndense en su aspecto clínico con los quistes multiloculares y aun con los sarcomas ováricos.

El tratamiento es el de las demás tumoraciones del ovario.

Tumores de las trompas.

En las trompas desarróllanse *quistes*. Muy frecuentemente en el pabellón se encuentra una bolsa quística formada a expensas de la hidátide de Morgani.

No es raro encontrar asimismo pendientes de otras franjas de la trompa, pequeños quistes desarrollados a expensas de vestigios epiteliales del conducto de Wolf.

Encuéntrense asimismo en la trompa quistes de mayor volumen, que llegan a adquirir el tamaño de una naranja, formados por invaginaciones epiteliales anómalas procedentes de los conductos de Müller.

Por lo general, los quistes de la trompa se hallan libres, flotantes en la cavidad pelviana, no dando más síntomas que los que por exploración directa puedan reconocerse y que se confunden generalmente con los del hidrosalpinx.

Su tratamiento es puramente quirúrgico y la operación generalmente fácil, ya que se trata de tumores pediculados, cuya extirpación puede realizarse en pocos minutos.

Tumores sólidos de las trompas.—Son muy raros; hemos tenido ocasión

de observar dos casos de *fibroma de la trompa*: uno de ellos coincidiendo con tumores análogos del útero, y otro completamente independiente. No ofrecen particularidad anatómica ni clínica que merezca una descripción especial.

Los *sarcomas* de la trompa son sumamente raros. Es evidente que pueden desarrollarse asimismo tumores de naturaleza epitelial, ya de forma papilar, ya verdaderos carcinomas, pero debe ser esta enfermedad sumamente rara, ya que no hemos encontrado en nuestra práctica ni un solo caso de esta naturaleza.

Pero en la trompa, así como en el ovario, puede desarrollarse el *papiloma*, que en su esencia se halla constituido por proliferaciones conjuntivas recubiertas con una o varias capas de elementos epiteliales. Cuando la distribución epitelial es completamente regular, la tumoración no ofrece carácter alguno de malignidad; pero lo común es que se produzca una proliferación abundante de los elementos celulares, y que lo que en un principio podía constituir el tipo de una tumoración benigna, se convierta más adelante en el tipo del tumor papilomatoso maligno con todos los caracteres del carcinoma papilar de forma estratificada.

En los tumores de las trompas es de una importancia considerable establecer el diagnóstico con las tumoraciones de origen flogístico. El hidrosalpinx, el piosalpinx y el hematosalpinx pueden confundirse con las neoplasias tubáricas; pero ordinariamente en los antecedentes de la enferma, en la ausencia de dolores y en la movilidad de estas últimas, encuéntranse datos suficientes para establecer la distinción entre los procesos flogísticos y los neoplásicos.

El tratamiento de todas las tumoraciones tubáricas de naturaleza neoplásica debe ser la extirpación.

TUMORES DE LOS LIGAMENTOS REDONDOS

El *fibroma* del ligamento redondo, aunque raro, no lo es tanto que no se encuentre en el conjunto de historias clínicas de todos los ginecólogos algún que otro caso.

Ordinariamente son unilaterales y toman su origen en el interior de la cavidad abdominal, y en algunos casos en el interior del conducto inguinal.

Raras veces llegan a adquirir grandes volúmenes. Sin embargo, nosotros hemos operado un caso en que la tumoración alcanzó el tamaño de una granada grande.

Los que se desarrollan en el interior del conducto inguinal permiten la confusión con una hernia, especialmente con el epiplocele, pero la dureza, la irreductibilidad y la ausencia de fenómenos intestinales, excluye la posibilidad de confusión.

Los de crecimiento intra-abdominal se confunden completamente con los tumores fibromatosos de implantación uterina.

TRATAMIENTO OPERATORIO.—La operación puede realizarse en los intra-abdominales con laparotomía media infra-umbilical y en los de crecimiento inguinal, haciendo una incisión parecida a la del tratamiento de la hernia, practicando la enucleación del tumor, cosa que se practica generalmente de un modo bastante fácil.

TUMORES DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS

Entre las hojas de los ligamentos anchos puede desarrollarse el *fibroma*, cosa verdaderamente excepcional.

El carácter principal de los tumores fibromatosos desarrollados entre las hojas de los ligamentos anchos, es el de que empujan al útero hacia uno de los lados de la cavidad pelviana y determinan muy prematuramente fenómenos de compresión. Es enfermedad realmente rara, y el diagnóstico, por lo común, no se hace más que en el momento operatorio.

La *enucleación* es el método de tratamiento que debe emplearse, debiendo tener presente la posibilidad de que se halle desviado el ureter del lado en que existe la neoplasia y el peligro que corre de dañarse durante la operación.

Quistes incluidos en los ligamentos anchos.

Estos toman su origen en los restos de los cuerpos de Wolf, que se conocen con el nombre de *para-ovario* o *epooforon*.

Los restos del cuerpo de Wolf, que quedan incluidos entre las hojas del ligamento ancho, presentan la disposición de un peine y se hallan formados por 12 a 15 pequeños conductillos reunidos por uno transversal, constituidos por una pared de tejido conjuntivo revestida en su cara interna por una capa de epitelio cilíndrico. Estos conductos terminan todos en fondo de saco.

En algunas ocasiones encuéntrase en el interior de los ligamentos anchos quistes de procedencia ovárica que, habiendo nacido en el mismo estroma, o en la porción de parénquima más próxima al hilio, tienen un crecimiento hacia abajo, separando primeramente las hojas de éste, y después desarrollándose en el interior de la porción extensa del ligamento ancho presentan caracteres clínicos completamente análogos a los que ofrecen los quistes del para-ovario.

Esta clase de neoplasias están constituidas ordinariamente por una sola cavidad formada por una túnica conjuntiva, en cuya cara interna se halla una capa de células epiteliales cúbicas o aplanadas.

Los quistes del para-ovario formados por varias cavidades entre sí, deben ser considerados, más que como invaginaciones análogas a las que constituyen

los quistes multiloculares del ovario, como reunión de varias formaciones quísticas que toman cada una un origen en distintas capas del epooforon.

Es muy dudoso que los quistes del para-ovario sean de forma papilar o que tomen los caracteres de los quistes glandulares del ovario. Creemos que los quistes de forma glandular y papilar que se encuentran entre las hojas de los ligamentos anchos, más que quistes del para-ovario, deben ser considerados como quistes ováricos que por su crecimiento hacia el hilio se convirtieron en intraligamentarios.

Los quistes del para-ovario contienen generalmente un líquido transparente, de muy poca densidad, en el que no existe ni pseudomucina ni albúmina y, en cambio, contiene una cantidad considerable de sales, principalmente sulfatos, cloruros y algunos carbonatos alcalinos. Excepcionalmente lo forma el contenido de los quistes para-ováricos un líquido moreno y espeso, pero no puede negarse que alteraciones secundarias de la pared (esteatosis, hemorragia, etc.), pueden hacer cambiar el aspecto comúnmente claro y transparente del contenido.

La situación de estas formaciones quísticas intraligamentarias influye de modo muy notable en la estática de los genitales. El útero se encuentra algunas veces completamente inclinado hacia el lado opuesto y en otras es empujado hacia arriba, llegando a invertir hasta su posición vertical.

El ureter, que se halla contenido dentro del ligamento ancho, puede ser desviado en los más diversos sentidos, de manera que al practicar la extirpación del quiste debe tenerse muy presente este hecho para no producir lesiones en el mismo.

En algunas ocasiones, el peritoneo que forma las hojas del ligamento ancho y que constituye la cubierta más externa de estos quistes, sufre, por efecto de la distensión excesiva, una ruptura por la que se escapa una porción mayor o menor del quiste, que se halla, por este hecho, sin cubierta peritoneal. Más frecuentemente el crecimiento lento de estas tumoraciones da lugar a que el peritoneo se distienda de modo considerable, y que llegue a formar, aun en algunos casos que llegan a tener volúmenes considerables, la cubierta más externa de toda la tumoración quística.

La disposición intraligamentaria de esta clase de quistes produce fenómenos de compresión pelviana muy acentuados, y los trastornos resultantes de esta compresión sobre vejiga y recto manifiéstanse con bastante intensidad.

DIAGNÓSTICO.—Puede suponerse en algunos casos, por el crecimiento intrapélvico de la tumoración y la fijación que experimentan los órganos en la pelvis contenidos, pero es en muchas ocasiones imposible antes de la abertura del vientre establecer el diagnóstico diferencial entre una y otra clase de quistes.

EVOLUCIÓN.—Los quistes del para-ovario propiamente dichos, no tienden nunca a la transformación en tumoraciones malignas, y creemos que los casos citados por Werth y los de Sängner, de cánceres de origen para-ovárico, deben ser considerados como transformaciones de quistes ováricos incluidos en los ligamentos anchos.

En el quiste del para-ovario se citan algunos casos de curación después de su abertura espontánea en la cavidad del peritoneo o después de su punción. Sin negar la posibilidad de este hecho, lo más frecuente es que si el primero de estos fenómenos se realiza, vuelva luego a rellenarse la cavidad del quiste y ser sólo temporaria la desaparición del tumor.

TRATAMIENTO.—Debe ser operatorio, teniendo cuidado de las relaciones anatómicas que más arriba hemos mencionado, y en algunas ocasiones resultará tal vez conveniente practicar la histerectomía, para poder dejar el suelo de la pelvis en condiciones favorables para una pronta curación.

GESTACIÓN ECTÓPICA

Denominase ectópica la gestación en la que la inserción del huevo se verifica fuera de la cavidad del útero; extiéndose la denominación al embarazo que se produce en un cuerno de útero rudimentario, en un caso de útero bicorné, porque la evolución y los accidentes son en un todo iguales a los que resultan de la inserción extrauterina del huevo.

Es enfermedad bastante frecuente, si bien en muchas ocasiones pasa indagnosticada. Todos los años, en nuestra Clínica de la Facultad de Medicina, tenemos ocasión de operar de seis a diez casos: este número es suficiente para demostrar la frecuencia; hay que suponer un número grande que, por no ser diagnosticados o por presentar síntomas de escasa importancia, no exigen tratamiento especial.

DIVISIÓN.—El desarrollo extrauterino del huevo fecundado puede producirse: 1.º, en la trompa; 2.º en el ovario, y 3.º, en la cavidad peritoneal.

La gestación tubárica es la más frecuente de todas; el 95 por 100 de casos observados de gestación extrauterina pertenecen a la variedad tubárica; sigue a éstos la ovárica, y sólo como caso muy excepcional debe contarse la abdominal primitiva.

ETIOLOGÍA.—La causa más frecuente de la gestación tubárica es la inflamación catarral de la trompa: los desprendimientos epiteliales que se producen en los procesos salpingíticos dan lugar a adherencias entre los repliegues de la mucosa tubárica, cuya consecuencia es la formación de fondos de saco, en los que se detiene el óvulo fecundado en su progresión hacia el útero.

La pérdida de las pestañas vibrátiles de los epitelios tubáricos es asimismo causa de detención del óvulo, que, en su evolución de crecimiento, después de la fecundación, bien pronto adquiere un tamaño superior al que permite su progresión a lo largo de la cavidad tubárica.

Los acodamientos congénitos de la trompa y los subsiguientes a procesos perimetriticos y perisalpingíticos son causa de inflexiones de algunas franjas que detienen la progresión ovular, habiendo permitido la permeabilidad de otros canales tubáricos la ascensión del espermatozoide y la fecundación del huevo.

La existencia de divertículos anormales de origen congénito a lo largo de las paredes de la trompa, así como la existencia de trompas supernumerarias, son causas reconocidas de la detención del óvulo fecundado y desarrollo consiguiente de una gestación ectópica; hemos tenido ocasión, hace poco tiempo, de observar un caso típico de desarrollo de una gestación ectópica en una trompa supernumeraria, en la que la tumoración embrionaria que había alcanzado el tercer mes formaba una especie de bolsa colgante del tercio interno de la trompa normal, completamente independiente de ella, salvo el pedículo de sostén.

El mayor número de gestaciones tubáricas se observa en mujeres que en sus antecedentes presentan síntomas de inflamación salpingiana; entre los treinta y los cuarenta años es la época en que mayor número de veces se observa: muy a menudo se presenta en mujeres que llevan algunos años de casadas, estériles, y su primera gestación es ectópica; la multiparidad es circunstancia favorable para su presentación, probablemente por existir restos de algún proceso salpingiano catarral consecutivo a algún parto o aborto anterior.

Además de las causas arriba apuntadas hay que agregar las que dependen de condiciones especiales del huevo, que impiden su progresión normal a lo largo de la cavidad de la trompa: la fecundación del óvulo en el tercio más externo de la trompa, o en la superficie del ovario, puede ser causa que, creciendo más de lo que permite el volumen normal de la cavidad tubárica, se detenga antes de llegar al ostium uterino y se produzca la forma intersticial de la gestación ectópica.

Las inflamaciones tubáricas intensas, con destrucción de la capa epitelial, no permiten la inserción ovular; la mucosa tubárica requiere un estado de suculencia análogo al que ofrece la mucosa del útero en los períodos pre y post-menstruales, para que la nidación del huevo pueda verificarse; los estados escleróticos de la mucosa tubárica no permiten tampoco la inserción del óvulo fecundado, aunque éste se detenga en su camino.

La supermigración interna del óvulo fecundado y la migración externa, a la que Sippel da un positivo valor etiológico, distan mucho de estar comprobadas; es cierto que en algunos casos de oclusión del pabellón por efecto de un proceso salpingítico se puede suponer la supermigración interna, pero como quiera que la oclusión total puede haberse realizado después de comenzada la gestación tubárica, no es suficiente el proceso anatómico de la oclusión para admitir sin discusión el proceso de la supermigración interna. La presencia de un cuerpo amarillo en el lado derecho y existencia de una gestación tubárica del otro lado, permite suponer la migración externa del óvulo, pero no afirmarla de modo absoluto, ya que el tiempo que puede transcurrir entre la ruptura de un óvulo y la fecundación permite formular dudas sobre cuál fué el óvulo

fecundado que se ha detenido en la trompa. Muchos más visos de probabilidad, sin embargo, ofrece la migración externa del óvulo que la interna, y en estos casos basta el crecimiento mayor que puede haber experimentado el óvulo en sus divisiones carioquinéticas al verificar un tan largo camino, para explicar su detención en la trompa y su inserción en ella, dando lugar al proceso patológico de la gestación ectópica.

La tuberculosis anexial que pasa muchas veces desapercibida y que con tanta frecuencia es causa de esterilidad, puede producir anomalías de dirección de la trompa y alteraciones anatómicas de las franjas que sean causa de gestación tubárica; algunos de los casos de embarazo extrauterino observados en nulíparas, deben ser atribuibles a este proceso etiológico; son muchas las mujeres que reuniendo estas condiciones, hace pensar su historial clínico en procesos fímicos antiguos y curados aparentemente.

La gestación tubárica a la vez en ambas trompas es posible, pero rara; la repetición del embarazo tubárico en la misma mujer se observa con relativa frecuencia; hemos tenido nosotros varios casos de esta naturaleza, y entre ellos merecen especial mención dos, en los que habiendo practicado la salpingectomía de la trompa enferma, una al año y la otra a los cinco años, tuvieron que ser reoperadas de nuevo por una gestación ectópica del otro lado; la segunda tuvo su segunda gestación ectópica dos años después de un parto normal, ocurrido a los tres años de practicada la primera operación.

En la etiología de la gestación ovárica existe una gran obscuridad, ya que hasta la fecha no ha sido posible averiguar cuál pueda ser el mecanismo que impide al óvulo salir de la vesícula de De Graaf cuando se rompe, ya que no es posible aceptar que, sin que se produzca la rotura del ovisaco, pueda el espermatozoide penetrar por su solo esfuerzo dentro de la vesícula.

La existencia del embarazo extrauterino ovárico primitivo ha sido durante mucho tiempo puesto en duda, pero observaciones cuidadosamente recogidas no sólo en el sentido clínico, sino seguidas de minucioso examen histológico, han puesto fuera de duda la certeza de las gestiones ováricas primitivas. Para admitir la certidumbre de una gestación ovárica primitiva, cree Spiegelberg necesario que se reúnan las siguientes condiciones: 1.^a, integridad absoluta de la trompa; 2.^a, que el tumor fetal debe hallarse en conexión con el útero por medio del ligamento del ovario, y que su posición corresponda en su mayor porción a este órgano, y 3.^a, en las paredes del saco debe hallarse tejido ovárico. En algunos casos de los observados por nosotros, la existencia de tejido ovárico en diferentes puntos de las paredes del tumor embrionario pudo ser perfectamente reconocido.

En algunos casos, el saco embrionario se halla situado primitivamente en el espacio que separa la trompa del ovario, constituyendo una tumoración tubo-ovárica; estos casos pueden explicarse por la dificultad que encuentre el

óvulo para penetrar en la trompa cuando la fecundación se verifica inmediatamente después de la dehiscencia ovular y haber comenzado el proceso de crecimiento del óvulo antes de penetrar en la trompa, y después, por falta de relación entre el volumen del huevo fecundado y la entrada del pabellón, se detiene el óvulo dando lugar a la forma tubo-ovárica, denominada por algunos ovárica secundaria; en realidad no puede ser denominada ovárica, ya que el tejido de esta glándula no forma parte del saco embrionario.

La gestación abdominal aun hoy día no es admitida por muchos autores su existencia de modo primitivo y, por lo tanto, el proceso etiológico no puede ser determinado. Teniendo presente algunas de las observaciones publicadas, entre las cuales merecen especial mención las de Rein y del Conde de San Diego, parece no puede negarse su existencia: los casos que como tales han sido publicados ofrecían una integridad absoluta de las trompas, y en ello principalmente se basaron los autores para admitir la naturaleza abdominal primitiva; en realidad, no existiendo en el historial de la enferma ningún dato que permita suponer un accidente de ruptura tubárica, el dato de la integridad de la trompa es de importancia, porque si bien es posible que una trompa que se rompe y deja salir el huevo a la cavidad del peritoneo pueda cicatrizar y no dejar señal alguna de su ruptura, no es posible admitir que el proceso se verifique sin dar manifestación clínica alguna de que se haya producido el accidente.

Por otra parte, admitiendo como se admite, aun cuando como cosa excepcional, la migración externa del huevo y la posibilidad de la gestación ovárica y tubo-ovárica, no hay razón alguna para negar la posibilidad de encontrarse óvulo y espermatozoide dentro de la cavidad del peritoneo, y que una vez hecha la conjunción, crezca y se desarrolle el huevo en forma análoga a como lo verifica cuando desde la trompa rota cae en la cavidad del peritoneo.

La existencia de la gestación abdominal secundaria o consecutiva a una gestación que comenzó en la trompa está admitida por todos los autores, hasta el punto de creer muchos que todos los casos de gestación extrauterina que llegan al quinto mes son siempre forzosamente abdominales, ya en su totalidad, ya conservando alguna relación con el punto de la trompa o del ovario en que primitivamente se desarrollaba.

La etiología de la gestación abdominal secundaria es siempre resultado de un aborto tubárico (?) o de un accidente de ruptura de la trompa, en la que el saco fetal, al romperse, dejó caer el óvulo fecundado ya en vías de desarrollo dentro de la cavidad del peritoneo sin perder su vitalidad, y entonces, adhiriéndose a la serosa, desarróllase, tomando sus elementos de nutrición de los órganos en que van implantándose las vellosidades placentarias: hemos tenido ocasión de observar algún caso en que toda la pared del saco fetal que había llegado a término tenía vellosidades placentarias, hasta el punto de poder afirmar que todo el saco era placenta: esta extensión considerable se había

verificado a expensas del espesor, pues la delgadez era tal que más parecía que no existía placenta que lo que en realidad era; sólo en el punto que permanecía adherente a la trompa era en donde existía un espesor algo mayor.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. —En la gestación tubárica el óvulo puede implantarse en cualquier punto de la trompa, pero lo más frecuente es que se verifique la inserción del óvulo en la unión del tercio externo con el medio, tomando entonces la denominación de ampular: puede asimismo insertarse en la porción franjeada de la trompa y al crecer formar una tumoración tubo-ovárica.

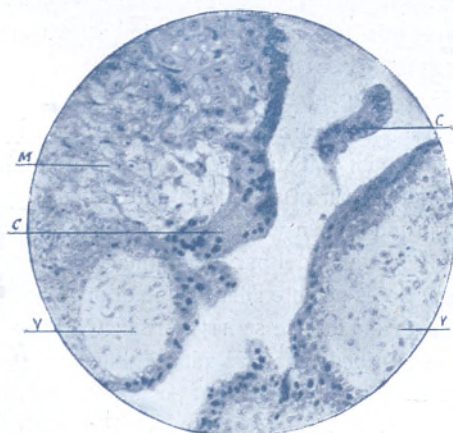


Fig. 387.—Embarazo tubárico de dos meses y medio (Fargas).—M, mucosa tubárica con gruesas células conjuntivas del todo iguales a las células deciduales de la mucosa uterina en el embarazo normal; C, células sincitiales (masa protoplasmática multinucleada); V, vellosidades coriales; la de la izquierda contigua a la misma mucosa.

Denomínase ístmica la gestación tubárica que se desarrolla en la porción más próxima al útero; en algunos casos la implantación se verifica en la porción de trompa que atraviesa la pared uterina antes de abrirse en su interior; la gestación intersticial, que es como se denomina esta forma, tiene como característica que el ligamento redondo se halla en la parte externa de la tumoración y en algunos casos el huevo se desarrolla parcialmente dentro de la cavidad uterina; cítanse, en la literatura médica, algunos casos de esta naturaleza que al llegar el huevo hacia la mitad del embarazo se hizo la gestación francamente uterina; sin negar la posibilidad del hecho parece tratarse en estos casos de una implantación en el ostium uterino, que al principio dió lugar a una desviación y desarrollo irregular de la matriz que se corrigió espontáneamente al llegar a meses mayores de la gestación.

Al implantarse el óvulo en la trompa da lugar a un proceso de hipertrofia

de los elementos conjuntivos y a la transformación decidual de las células del corion mucoso; los pliegues de la trompa forman al óvulo una envoltura parecida a la caduca refleja de la gestación normal; el espesor de esta capa es muy variable en unos casos de otros, y aun en los diferentes puntos de la misma; los trofoblastos, al crecer, van penetrando en el espesor de las paredes de la trompa, llegando a la capa muscular y aun a la serosa; la acción directa de los trofoblastos y la indirecta, procedente de las hormonas producidas en el cuerpo amarillo, dan lugar a un proceso de hipertrofia de los elementos musculares, análogos a los que se producen en las fibras del útero en un caso de embarazo normal; esta hipertrofia es desigual en los distintos puntos de la trompa, y se produce con mayor intensidad en los primeros tiempos; después, la presión de la masa ovular y la acción penetrante y destructiva de los trofoblastos adelgaza la pared en algunos puntos, y a ello es debido principalmente el proceso destructivo que conduce a la perforación tubárica en los demás fenómenos que la acompañan.

Los vasos tubáricos experimentan, por el hecho de la inserción ovular en la trompa, un proceso de hiperplasia que duplica y triplica su volumen normal; las venas que van a formar el plexo pampiniforme se hallan muy aumentadas de volumen y flexuosas, formándose senos, en los que se bañan las vellosidades coriales y la arteria útero-ovárica, así como las anastomosis de la terminal de la uterina con el extremo de aquélla experimentan un aumento considerable de volumen, por cuyo motivo la ruptura de las paredes de la trompa motiva, en algunas ocasiones, una hemorragia considerable que puede resultar mortal en breve espacio de tiempo.

La serosa que envuelve a la trompa se engruesa asimismo al principio de la gestación, experimentando después, por la distensión y presión del huevo, el mismo fenómeno de adelgazamiento que se produce en la capa muscular; las células endoteliales que la cubren toman en algunas ocasiones un aspecto decidual. A medida que se va verificando el crecimiento del óvulo, los trofoblastos van penetrando en las capas más profundas, determinando las masas plasmodiales, oclusiones vasculares, resultantes, tal vez, de procesos endoarteríticos que, al extenderse, son causa de perturbaciones nutritivas del saco. Éste, por lo general, crece en dirección a la parte libre de la cavidad peritoneal, pero en algunas ocasiones el crecimiento se hace hacia abajo, separando las hojas del peritoneo del ligamento ancho.

El pabellón de la trompa, en la que se ha desarrollado la gestación queda permeable muchas veces hasta el segundo o tercer mes; pasados éstos, la regla es que se produzca su oclusión completa; el mecanismo de la oclusión es análogo al que actúa en los casos de salpingitis, debiendo atribuir a una acción química el fenómeno irritativo que conduce a la imbricación de las franjas y a su adherencia. Cuanto más cerca del pabellón se desarrolla el saco

embrionario, más pronto se produce el fenómeno de oclusión; en algunos casos de gestación ístmica, el pabellón ha quedado sin ocluirse.

La trompa del otro lado al que se ha producido la gestación, experimenta ligeras modificaciones, análogas a las que se producen en la gestación normal; la transformación decidual de los elementos conjuntivos de su mucosa alcanza, en algunas ocasiones, gran intensidad; los fenómenos irritativos que en el peritoneo pelviano se producen a consecuencia de una gestación tubárica alcanza en muchas ocasiones a la serosa que tapiza la trompa sana, y a consecuencia de ello se producen fenómenos de perisalpingitis que pueden llegar a ser causa de la oclusión del pabellón del lado sano; esta circunstancia debe ser tenida en cuenta para explicar ciertos estados de esterilidad definitiva en enfermas con antecedentes de una gestación tubárica unilateral.

El útero, en los casos de gestación extrauterina, experimenta un trabajo de hipertrofia y modificación de los elementos de su mucosa completamente análogos, aunque de menor intensidad que los que experimenta en los casos de implantación normal del huevo; el aumento de volumen y la transformación en caduca de su mucosa explica los síntomas que permiten al inexperimentado confundir los accidentes que producen la interrupción de la gestación tubárica con los de un aborto uterino; el aumento de volumen del útero, la hemorragia externa y la expulsión de la caduca son consecuencia de las modificaciones que experimenta el órgano uterino por efecto de la gestación, aun cuando ésta sea extrauterina.

Muy comúnmente, dentro de la cavidad ovular, hállanse coágulos que dan un aspecto negruzco a la bolsa embrionaria; estas hemorragias proceden de la atrofia de las vellosidades coriales, que, al retraerse, han dejado abiertos algunos de los senos venosos en que se hallaban introducidas, y son resultado de la insuficiencia nutritiva.

Las formaciones trofoblásticas, que en un principio se hallan en toda la superficie del huevo, van atrofiándose en la parte que corresponde a la mucosa refleja, y se circunscriben al punto de implantación directa a la pared de la trompa, que es donde se forma la masa placentaria y el sitio en el que van a producirse los fenómenos de destrucción de la pared cuando la gestación vaya avanzando.

El crecimiento del óvulo en el interior de la trompa produce la distensión de las paredes hasta una época, en que, llegada al máximo de lo que éstas pueden hacerlo, se produce la ruptura, o lo que es más frecuente, adelgazada en un punto la pared tubárica, no sólo por el fenómeno de la distensión sino por la penetración de los trofoblastos en su pared, con las propiedades destructivas que poseen llegan a determinar la erosión primero, y luego la ruptura tubárica, interesándose en este fenómeno vasos de calibre muy variable en unos casos de otros. La ruptura de la pared tubárica es indefectible en el

curso de los primeros meses de la gestación desarrollada en la trompa; este órgano no está preparado para poder experimentar el fenómeno de hiperplasia y distensión que una gestación normal representa, y unas veces muy al principio, por la acción de los trofoblastos, y otras al llegar al tercero o cuarto mes, por la acción común de distensión y adelgazamiento resultante de la acción de las vellosidades coriales, las paredes se rompen y sobrevienen los fenómenos que más adelante describiremos.

Es cierto que en la literatura médica se encuentran descritos varios casos de gestación tubárica llegada a término sin haberse producido la ruptura y haber las paredes de la trompa permitido la distensión completa hasta el final del embarazo ectópico; pero no consideramos los casos publicados suficientemente claros para poder admitir sin discutir el proceso de distensión que ello supone; nos inclinamos a creer que en ellos lo que se produjo fué un proceso de distensión y agrietamiento de la serosa que permitió, al igual que lo que ocurre en algunos casos de quistes de para-ovario, el que el huevo se hiciera francamente abdominal, sin haber producido accidente que pudiera hacer sospechar el momento en que el paso de la cavidad tubárica a la peritoneal se realizó, por producirse de manera lenta sin determinar ruptura vascular alguna.

Estos casos pertenecen, indudablemente, a algunos desarrollados en las proximidades del pabellón, no siendo posible admitir su existencia, ni aun con la interpretación que nosotros le damos, para los casos desarrollados en la porción ístmica o la intersticial de la trompa.

En la forma ovárica, las vellosidades coriales penetran en el parénquima ovárico, y si aun cuando muy tempranamente se extiende la formación placentaria fuera de la glándula, el primitivo punto de desarrollo se verifica en ella.

Los elementos celulares conjuntivos que existen en el estroma ovárico experimentan la transformación decidual, y las células luteínicas de la teca se hiperplasian, hasta el punto de rodear en algunos casos a la totalidad del huevo fecundado.

El crecimiento intraovárico del óvulo hace que éste se encuentre rodeado en parte por una especie de casquete de substancia glandular, lo que permite hallar tejido ovárico en distintos puntos de la pared del saco, carácter que le distingue de las gestaciones tubo-ováricas, en las que, si bien el óvulo llega a estar en contacto con el ovario, éste no penetra en su interior y sólo el desarrollo y penetración de vellosidades coriales en la superficie del ovario que se halla en relación con él, permite confundirlo a un examen ligero con la verdadera gestación ovárica.

La anatomía patológica de la gestación ectópica en su forma abdominal primitiva, no puede describirse, ya que no hay casos observados de los primeros meses, y los que como tal han sido descritos pertenecientes a gestaciones avanzadas, están sujetos a discusión. En cambio, las lesiones y disposición

ovular de la gestación ectópica abdominal secundaria presenta un sin fin de variedades que la gran cantidad de casos observados permite describir con exactitud. El quiste fetal se halla formado a veces por las membranas ovulares y en otras sólo por neomembranas que la reacción peritoneal ha producido alrededor del huevo que cayó en la cavidad de la gran serosa.

La placenta es muy variable, en unos casos completamente laminar se inserta en gran parte de la superficie del quiste, su delgadez llega en estas ocasiones a ser tal, que resulta difícil precisar sus límites; mas frecuentemente se inserta en un punto limitado de la superficie quística, y en estos casos por lo general es la trompa, ovario, peritoneo pelviano y cara posterior del útero, el sitio donde existe el mayor grosor del órgano y en donde se hallan los grandes vasos que sirven a la nutrición del feto.

Excepcionalmente se halla independiente la placenta de la trompa; estos casos son los que han sido calificados como de gestación abdominal primitiva, pero cabe la posibilidad que el huevo desprendido de la trompa y caído en la cavidad peritoneal, al crecer y desarrollarse no haya sido obstáculo a la cicatrización de la herida tubárica, por la que salió de su cavidad.

Las vellosidades coriales, al crecer, producen los fenómenos destructivos que caracterizan a los trofoblastos en los primeros tiempos del desarrollo embrionario y fórmanse en consecuencia los senos venosos, en los que se implantan las vellosidades coriales y por donde toman los elementos necesarios para la vida del feto; las modificaciones vasculares se producen en toda la extensión de la zona placentaria, y como quiera que en muchas ocasiones ésta se extiende a las asas intestinales, vejiga, epiplón, etc., la íntima relación establecida entre el huevo y estos órganos es tal, que su separación brusca puede ser causa de hemorragias y aun de desgarros que pongan la vida de la mujer en serio peligro de muerte. Esta circunstancia obliga en los casos de operación en el curso de una gestación en meses mayores, a ser muy prudentes en el desprendimiento placentario, por poderse producir una hemorragia difusa que no se pueda cohibir.

Al igual que en las gestaciones ovárica y tubárica, el útero experimenta un aumento de volumen en los tres primeros meses, casi como si se tratara de una gestación normal: la mucosa se modifica hasta convertirse en caduca y es expulsada cuando la gestación se interrumpe y las mamas experimentan iguales fenómenos de turgencia y crecimiento y secreción de calostro que en las gestaciones uterinas.

EVOLUCIÓN. — Toda gestación ectópica es patológica y no puede terminar más que con la muerte del producto de la concepción, a no ser que el arte quirúrgico intervenga en época en que la viabilidad del feto permita su extracción en buenas condiciones para vivir la vida exterior.

Los casos de gestación intersticial que terminaron espontáneamente haciéndose uterino, ya hemos dicho en páginas anteriores el concepto que nos merecen.

La gestación tubárica termina, por lo común, en los dos o tres primeros meses, bien porque no encontrando condiciones de desarrollo se desprenda el óvulo y muera, constituyendo el aborto tubárico, o porque rompiéndose la trompa pase el óvulo a la cavidad peritoneal, y si continúa viviendo dé lugar a una gestación abdominal secundaria y si muere, termine con ello la gestación.

El aborto tubárico es por lo menos tan frecuente como la ruptura de la trompa; sus causas son de dos órdenes: las primeras, análogas a las que pueden ser causa de una interrupción de un embarazo normal; y las segundas, dependientes de la falta de relación que existe entre el huevo que se desarrolla y las paredes de la trompa en que se halla insertado.

La falta de desarrollo suficiente de los vasos tubáricos y de las lagunas en las que las vellosidades placentarias se hallan implantadas, conduce a una insuficiencia nutritiva, y consecutivamente a la atrofia parcial de éstas, cuyo resultado final es la muerte del óvulo; una vez perdidas las relaciones nutritivas entre continente y contenido, el óvulo se desprende y actúa como un cuerpo extraño dentro de la cavidad tubárica y causa contracciones de los elementos musculares con tendencia a la expulsión de aquél; si el óvulo se halla cerca del pabellón de la trompa, la expulsión puede verificarse cayendo en la cavidad peritoneal acompañado de una cantidad mayor o menor de sangre, que produce fenómenos reaccionales en la gran serosa, en proporción a la que se ha vertido.

La hemorragia que acompaña al aborto tubárico se produce por un mecanismo análogo al que la ocasiona en el aborto uterino; la sangre derramada de los senos que quedaron abiertos al desprenderse el óvulo, va empujando al óvulo en sentido opuesto al de su inserción, y acumulándose en la cavidad tubárica, la distiende dando lugar a un hematosalpinx; el volumen de la tumoración hemática depende de la cantidad de sangre vertida y de la mayor o menor facilidad que tenga la trompa de distenderse. Si el pabellón de la trompa no está ocluido como ocurre generalmente en los dos primeros meses, una cantidad de sangre puede verterse a la cavidad del peritoneo, determinando allí fenómenos reaccionales de importancia.

Dentro de la colección hemática que constituye el hematosalpinx se pueden hallar en los primeros tiempos los restos ovulares, pero pasado algún tiempo se han ido disgregando los elementos embrionarios, y sólo el examen microscópico permite reconocer la existencia de vellosidades coriales y las alteraciones propias de la trompa en gestación.

Los casos de implantación ovular cerca del pabellón pueden dar lugar al desprendimiento del óvulo en la cavidad del peritoneo, dotado todavía de vida

y en condiciones de crecer secundariamente en la cavidad de la serosa, no diferenciándose en su evolución de los casos de gestación ectópica abdominal secundaria, resultantes de la caída del huevo en el peritoneo después de la ruptura de la trompa.

Es de todo punto excepcional que el aborto tubárico dé lugar a síntomas de hemorragia intensa, pero la formación de hematoceles retrouterinos a consecuencia de los mismos no es un hecho que pueda reputarse como excepcional; lo mismo ocurre con la producción de los hematoceles peritubáricos, que por su disposición parecen continuarse con el hematosalpinx, y que son debidos a pequeñas pérdidas hemáticas que al salir por el pabellón de la trompa determinan la formación de neomembranas que envuelven los coágulos, en los que muy rara vez se encuentran restos del óvulo.

El desprendimiento del óvulo en el aborto tubárico va seguido de contracciones uterinas que tienden a la expulsión del cuerpo extraño, pero es muy raro que la intensidad de las mismas sea causa de dolores fuertes; los fenómenos generales que acusa la enferma son más del reflejo producido por el insulto que recibe la serosa peritoneal, que efecto de las contracciones tubáricas. Al cabo de poco tiempo las contracciones cesan, se establece una especie de tolerancia y los fenómenos productores del hematosalpinx se suceden, por lo general, sin ocasionar grandes molestias a la enferma.

La mayor parte de hematosalpinx que hay ocasión de observar son resultado de gestaciones tubáricas en las que el aborto hizo cesar el proceso de la evolución embrionaria; la conversión del huevo en una mola embrionaria que permanezca tiempo y más tiempo en la cavidad de la trompa, es completamente excepcional; lo que ocurre más a menudo es la reabsorción embrionaria y que la sangre derramada vaya soltando su parte líquida y depositándose en las paredes coágulos fibrinosos cada vez más densos, hasta convertir a la trompa en una tumoración de consistencia casi leñosa.

RUPTURA TUBÁRICA.—Es accidente que sigue en frecuencia al aborto tubario. La trompa en estado de gestación se rompe por diversas causas, ligadas todas ellas con la disposición anatómica del órgano que no está preparado para experimentar la distensión que la gestación representa, ni tampoco en condiciones de resistir a la acción destructiva de los trofoblastos, necesaria para la implantación de las vellosidades coriales.

El adelgazamiento que se produce en las paredes de la trompa al crecer el óvulo puede por sí sólo ser suficiente para que la ruptura se produzca, pero si en las condiciones de adelgazamiento por el hecho de la distensión, se agrega una causa traumática, cual puede ser un golpe, caída, coito violento, esfuerzo muscular rudo, etc., la ruptura puede producirse inmediata y sobrevenir los accidentes que no pueden desligarse de la causa aparente que actuó como

determinante de los mismos; las impresiones morales intensas pueden producir enérgicas contracciones de las fibras musculares de la trompa, que falta de resistencia por el adelgazamiento de sus paredes, determine de modo inmediato la ruptura.

Las paredes tubáricas experimentan al tiempo que una extraordinaria distensión que debilita su resistencia, una alteración en su textura por efecto de la acción de los trofoblastos, que llega en muchos casos a ser suficiente por sí sola para que se produzca la ruptura de sus paredes. Muy frecuentemente la ruptura se produce sin que ninguna causa aparente haya intervenido; en la plenitud del sueño, en estado de reposo, sobreviene el accidente con todo el



Fig. 388.—Ruptura de la trompa, por la que se ve salir el embrión (Ribas).

aparato de gravedad propio de la reacción peritoneal, sin que causa física ni moral pueda ser invocada; por lo general, estos casos se presentan cuando la acción penetrante de los elementos ectodérmicos en las paredes de la trompa se ha verificado antes que ésta se haya podido preparar con un trabajo de hipertrofia para recibir las vellosidades coriales. Obsérvanse casos en los que la ruptura de la trompa se produce a las pocas semanas de haberse iniciado la gestación, antes que pueda ser invocado el proceso de adelgazamiento por distensión; en algunos de estos casos, la intensidad de los síntomas es tal, que no guarda relación con el escaso desarrollo del embarazo.

Muy frecuentemente, la ruptura se produce de modo consecutivo al aborto tubárico; el desprendimiento del óvulo da lugar a una pérdida de sangre, que acumulándose en el interior de la trompa, fuerza de modo rápido la distensión de sus paredes, y consecuencia de ello es la ruptura de la trompa, en algunos casos, las pérdidas de sangre que forman el hematoma salpingiano se producen

en varios días consecutivos; el desprendimiento del óvulo no es completo, las hemorragias se suceden sin apariencia de proceso importante, y después de varios días de malestar, aparece el fenómeno de la ruptura por haberse alcanzado un límite en la distensión que podían resistir las paredes de la trompa.

La ruptura tubárica se produce lo más frecuentemente por la parte cubierta de peritoneo, y así el óvulo como la sangre se derraman en la cavidad de la serosa; pero en algunas ocasiones, la efracción se produce por el lado correspondiente al mesosalpinx, y entonces se acumula entre las hojas del peritoneo, formándose un hematoma, que empujando el útero lateralmente puede constituir

un voluminoso tumor hemático pelviano.

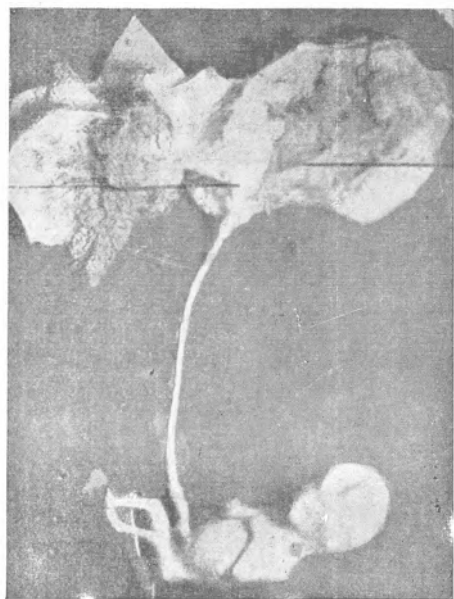


Fig. 389.—Trompa izquierda rota; placenta adherida parcialmente; embrión unido a ella por el cordón.

La ruptura de la trompa se produce en algunas ocasiones después de la muerte del producto de la concepción; en los casos que sucede al aborto tubárico esta es la regla. Cuando se produce de modo primitivo, sea por la distensión de las paredes del saco, sea por la acción de los trofoblastos, pueden ocurrir distintos fenómenos: 1.º, el huevo sale en su totalidad de la cavidad de la trompa; 2.º, al producirse la ruptura se abre el saco ovular, sale el embrión y la placenta continúa adherida a las paredes de la trompa; 3.º, el huevo sale parcialmente por la abertura tubárica, formando una especie de tapón por el que se vierte una cantidad mayor o menor de sangre, siguiendo en

muchos casos un proceso de destrucción que da lugar a cambios profundos en la situación del huevo y en las reacciones peritoneales.

Cuando al romperse la trompa es expulsado íntegro y totalmente el huevo en la cavidad peritoneal, cae por lo general en el fondo de Douglas, rodeado de alguna cantidad de sangre, y allí se enquista o sufre la disgregación que termina por la reabsorción completa. En estas condiciones de ruptura, la herida de la trompa puede cicatrizar no dejando rastro alguno de la misma; es probable que en algún caso excepcional pueda el huevo íntegro desprendido por completo y caído, dotado de vitalidad en la cavidad de la serosa, se injerte en las partes

con que se pone en contacto y se produzca una gestación abdominal secundaria que pueda llegar hasta el final de la época normal de desarrollo del producto de la concepción. Algunos de los casos de gestación abdominal primitiva, que han sido publicados, son considerados por algunos autores como pertenecientes de esta categoría.

Cuando la ruptura da lugar a la salida del embrión, quedando retenida la placenta y parte de las membranas fetales en la trompa, pueden ocurrir diferentes casos; unas veces el cordón que une al embrión con sus anejos se rompe y aquél cae envuelto en sangre a la cavidad del peritoneo, y ocurre con él lo mismo que cuando el óvulo en su totalidad sale de la trompa; se forma un hematocele, el embrión se reabsorbe o se enquistas, y a no venir un proceso infectivo a complicar la situación, la enferma se repone en unos meses del proceso patológico que representó la gestación tubárica y la ruptura de la trompa. Esta, en la que se hallan al principio adheridas placenta y membranas, va desprendiéndose de ellas y retornando a su volumen primitivo, cicatriza de sus lesiones en tanto que los anejos coarrugados y por fin desprendidos experimentan igual proceso de reabsorción que el que produce la desaparición del hematocele formado a raíz de la ruptura.

En otras ocasiones, al verificarse la ruptura, lo hacen también las membranas ovulares y el embrión pasa a la cavidad peritoneal, quedando en conexión con la placenta, que quedó total o parcialmente adherida a la trompa, por medio del cordón umbilical que va asegurando su nutrición; en estas condiciones puede el embrión continuar viviendo, rodear de una membrana quística de origen peritoneal, y la placenta que en un tiempo era completamente tubárica, va extendiéndose hacia afuera y tomando implantación en los órganos vecinos, cara externa de útero, ovario, intestinos, etc. En estas condiciones puede seguir el desarrollo fetal hasta llegar a término con los peligros de los accidentes propios de la gestación abdominal.

Más frecuentemente ocurre que habiéndose desprendido parcialmente la placenta se produzcan hemorragias de repetición que ponen en serio peligro la vida de la mujer, pues en tanto el embrión vive, la repetición de las pérdidas de sangre es segura; ocurre en estos casos lo mismo que en los desprendimientos ovulares intrauterinos; si la desinserción es incompleta, pueden sobrevenir hemorragias de gran intensidad, que sólo cesan al verificarse la des-implantación total.

El caso más favorable es aquel en que la ruptura de la trompa va acompañada de la muerte del embrión y desinserción total de la placenta.

Cuando la ruptura de las paredes tubáricas da lugar a la salida parcial del huevo y queda éste por su zona placentaria adherido a la trompa, el crecimiento se hace con mayor facilidad y puede formarse una gestación abdominal secundaria, en la que apenas si han aparecido síntomas que acusaran la

ruptura; en otras ocasiones, la sangre derramada, no pudiendo verterse en la cavidad peritoneal por formar el huevo un tapón en el lugar de la ruptura, se acumula en el interior de la trompa, dando lugar a contracciones dolorosas que destapando el orificio por expulsión del huevo en la cavidad peritoneal permiten que la sangre se vierta en ella. En otros casos entre el huevo y los bordes de la trompa rota se desliza una cantidad de sangre que va acumulándose en el peritoneo, llegando por su constancia y repetición a constituir un peligro muy grande para la madre, que va agotando de modo continuo sus fuerzas, sin que en ningún momento se haya producido un fenómeno cataclísmico que acuse una pérdida hemática considerable.

La cantidad de sangre que en las rupturas tubáricas se vierte es muy variable en unos casos de otros; desde aquel en que por haberse roto algún vaso grande en pocos minutos queda la mujer exangüe y muere sin dar tiempo al arte a que acuda en su auxilio por los medios operatorios que en la actualidad posee hasta aquel otro en que la ruptura se ha verificado sin dar apenas señal de su producción, existe una variedad infinita. En ocasiones la pérdida de sangre es única, la enferma en breve tiempo pierde toda la que debía perder por haberse producido el desprendimiento total del huevo, y si resiste su organismo esta hemorragia, los fenómenos de reabsorción pueden llegar a alcanzar la curación sin que ningún otro fenómeno de esta naturaleza se produzca; mas frecuentemente, a una pérdida hemática de relativa intensidad sigue un descanso, y al cabo de cierto tiempo, horas, días, semanas, repite la hemorragia una o más veces y va la enferma perdiendo fuerzas y acentuándose la gravedad; en ocasiones, después de una o dos hemorragias de escasa intensidad, se produce una abundantísima que mata a la enferma en breve tiempo.

Cuando la sangre se vierte entre las hojas del ligamento ancho, es raro que peligre la vida de la enferma por la cantidad perdida, pero el hematoma que se forma puede dar lugar a fenómenos dolorosos de gran importancia, además de los propios de la tumoración enquistada pelviana que se produce.

La inmensa mayoría de casos de gestación ectópica quedan interrumpidos en el curso de los primeros tres o cuatro meses de iniciado el embarazo: unas veces por aborto tubario, otras porque al romperse la trompa el óvulo desprendido en su totalidad muere o porque parcialmente separada la placenta de las paredes tubáricas no encuentra elementos suficientes para la nutrición y muere también el embrión, lo cierto es que sólo un número relativamente pequeño de casos continúa el curso de una gestación abdominal y llega el producto de la concepción a alcanzar el desarrollo correspondiente a la época normal de la terminación del embarazo. Cuando esto ocurre, al llegar el feto a la madurez completa, se presentan síntomas como de un parto que comienza y después de algunas horas cesan y el feto deja de sentirse, y si se practica la auscultación no se perciben tampoco los latidos fetales. El producto de la concepción ha

muerto y entonces comienzan a producirse fenómenos que llaman la atención de la enferma; el vientre en lugar de crecer disminuye de volumen; el líquido amniótico se reabsorbe y desde aquel momento constituye el feto para el organismo, un cuerpo extraño cuyo destino puede ser vario: unas veces sigue la reabsorción de las partes líquidas que se inició con la del líquido amniótico, las membranas fetales se aplican al cuerpo del feto y redúcese el volumen de éste convirtiéndose las partes blandas en una especie de substancia grasosa en la que se halla además de grasa, colestestina, sales calizas, pigmento amorfo y cristalizado. A medida que pasan meses y aun años, se depositan mayor cantidad de sales calizas y se van reabsorbiendo las partes blandas y queda el feto convertido en una masa dura, que si bien conserva la forma del feto está muy reducida de tamaño y ofrece una consistencia pétreo. Denomínase al feto conservado en estas condiciones *litopedion*, pudiendo permanecer años y más años en la cavidad del vientre sin producir trastorno de ninguna especie.

Otras veces, después de un tiempo de tolerancia por parte del organismo y sin que en muchas ocasiones se pueda atribuir causa especial alguna, se produce una infección del quiste fetal y con gran variedad de síntomas, según la intensidad y naturaleza del proceso, fórmanse colecciones séptico-pútridas que al abrirse al exterior, o en algún órgano pelvi-abdominal, son causa de graves accidentes. La abertura en las paredes del vientre en la vejiga, recto, vagina, intestino, etc., se han observado muchas veces, y puede ello significar la curación del proceso o motivo de serias complicaciones que maten a la enferma.

La infección de un quiste fetal es causa muy frecuente de peritonitis, siendo el peligro de la misma tanto más intenso cuanto mayor sea el producto de la concepción que entra en putrefacción y la virulencia y septicidad de los agentes que producen esta complicación.

En tanto el quiste fetal se halla en la cavidad del vientre, el peligro de infección persiste aun en los casos en que han transcurrido años sin haber producido su presencia síntoma de intolerancia alguna. Las condiciones de medio de cultivo que representa siempre un cuerpo muerto colocado en el organismo, debe hacer considerar al quiste fetal como una amenaza constante para la vida de la enferma.

La expulsión espontánea del quiste se produce muchas veces: desde la observación publicada por Albucasis hasta hoy, han sido casos de esta naturaleza motivo de infinidad de comunicaciones; la superficie del cuerpo y la vagina representan los mejores puntos para la expulsión y aun extracción del contenido de un quiste fetal. La vejiga y el intestino son puntos que no pueden llamarse de elección, pero por los cuales algunas veces se ha llegado a la curación. En ocasiones, pequeñas operaciones como son aberturas amplias de abscesos, han sido suficientes para alcanzar la curación. La primera cesárea,

atribuida a Paulus, practicada en el siglo vi, en Mérida, indudablemente fué un caso de gestación extrauterina infectada, que fué abierta por las paredes del vientre, logrando la extracción del feto y la curación de la enferma.

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO.—En los primeros tiempos de una gestación ectópica puede no existir síntoma alguno que permita suponer su existencia; la mujer se cree embarazada y acusa sólo las molestias propias de este estado: vómitos, náuseas, inapetencia, mareos, perturbaciones del gusto, pigmentación, etc., las reglas se suspenden y nada hace pensar en la anormalidad del sitio donde se desarrolla la gestación; en algunos casos existen ligeras perturbaciones menorrágicas de pequeña intensidad y en otros dolores poco acentuados en el lado donde radica la trompa que contiene el huevo fecundado. Si por motivo de estas molestias, que obedecen más al estado salpingítico anterior que al embarazo, se practica un reconocimiento, se nota el útero aumentado de volumen como corresponde al estado de gestación supuesto, y además, el anejo del lado dolorido aumentado de volumen y algo más sensible que de ordinario. Este es un dato que puede ser lo suficiente para llamar la atención del clínico y hacerle suponer la anormalidad de la gestación.

Las seguridades diagnósticas de una gestación ectópica en estos primeros tiempos, no puede suministrarla el examen físico, sino sólo suponerla; la reacción de Abderhalden puede venir a completar el supuesto.

Es raro que se pase del cuarto mes sin que los accidentes de ruptura tubárica aparezcan; en el caso, que consideramos del todo excepcional, que pase de este tiempo sin que se presenten accidentes y el huevo continúe creciendo, se notará que no guarda proporción el tamaño de la matriz con el que corresponde al embarazo; mientras el útero cesa de crecer, la tumoración salpingiana o abdominal se va haciendo cada vez mayor.

Al llegar al quinto mes se perciben claramente los latidos del corazón fetal y los movimientos activos se hacen cada vez más claros; la exploración detenida permite reconocer que la tumoración es completamente independiente del útero; el diagnóstico se impone y con él la línea de conducta a seguir. Hacer el diagnóstico en estas condiciones es raro; por lo general las mujeres atribuyen todas las molestias que sienten a los trastornos propios de una gestación normal, y van siguiendo el curso del embarazo, sin que den ocasión a reconocimientos que permitan conocer de qué se trata; por esto son tan escasas las enfermas en que se llega al diagnóstico antes de la muerte del feto, acaecida al llegar al término del desarrollo fetal.

Hemos dicho anteriormente que al llegar el feto a su completo desarrollo aparecen contracciones uterinas acompañadas de la pérdida de una ligera cantidad de sangre, y en algunas ocasiones de la expulsión de toda la caduca uterina; este estado denominado por los ingleses *missed labour* va luego seguido de

un período de acalmia y disminución de la tumoración característica de este proceso, al tiempo que dejan de percibirse latidos fetales y movimientos activos.

Los síntomas del quiste fetal se deducen del historial de la enferma a la vez que por el examen físico se recogen datos que sirven para afirmar el diagnóstico.

El aborto tubárico pasa muchas veces indagnosticado; muy a menudo el retraso del período menstrual hace pensar a la mujer en una gestación; la aparición de algunas gotas de sangre por la vagina y la expulsión de una caduca hace pensar un aborto uterino y como no ocurran fenómenos peritoneales de alguna importancia, no se practica la exploración y sólo tiempo después, al ver que persiste alguna molestia en los vacíos, es cuando a la exploración se encuentra un tumor salpingiano poco doloroso que es un hematosalpinx.

En otras ocasiones la intensidad de los fenómenos reaccionales del peritoneo es tal, en el momento de producirse el aborto tubárico, que verificada la exploración acude a la mente en vista del historial de la enferma la idea de la gestación ectópica, pero a no haberse producido una gran pérdida hemática en la cavidad del peritoneo, las dudas diagnósticas persisten sobre la naturaleza del tumor salpingiano.

El estado general de la enferma en el momento de producirse el aborto puede servir de base diagnóstica; en el momento de verificarse el desprendimiento del óvulo, si se vierte sangre en la cavidad del peritoneo, puede producirse un estado lipotímico, con frecuencia de pulso, sensación de mareo y náuseas, que no se presentan nunca en los casos de aborto uterino. Si se examinan los coágulos expulsados por vagina, se encuentran grandes o pequeños trozos de caduca, pero nunca los restos del óvulo que se halla en los casos de aborto uterino.

Lo más frecuente es que se diagnostique el aborto tubárico cuando por la ruptura de la trompa se producen accidentes que por su intensidad no permiten que la enferma pase sin asistencia médica.

La ruptura de la trompa produce un dolor agudo en la fosa ilíaca correspondiente al lado de la lesión; la caída de sangre en la cavidad del peritoneo ocasiona un estado lipotímico que puede alcanzar al del síncope completo; muy frecuentemente las lipotimias se suceden con ligeros intervalos de reacción general: en algunos casos repiten después de varios días con intensidad variable. Por lo general, el estado lipotímico guarda relación con la cantidad de sangre vertida en la serosa peritoneal, pero no con el tiempo de la gestación; hay enfermas que estando sólo en gestación de algunas semanas llegan al síncope completo por haberse producido una hemorragia cataclísmica, verdadera inundación peritoneal que pone en peligro inminente de muerte y, por el contrario, hay otras que al producirse la ruptura en el tercero o cuarto mes de

la gestación apenas si determina el insulto que produce la entrada de sangre en el peritoneo más que un ligero estado lipotímico.

La frialdad de la piel, estado nauseoso, vómitos, frecuencia de pulso y



Fig. 390.—Feto y placenta extraídos de un quiste de gestación ectópica abdominal secundaria, cuatro meses después del término normal. El feto macerado pesaba 4.200 gramos.

sensación de angustia acompaña al dolor producido por la ruptura tubárica; a cada nueva entrada de sangre en la cavidad de la serosa peritoneal repiten estos síntomas de intolerancia de la serosa, y como quiera que aquélla puede verificarse sólo una vez o presentarse a repetición, los síntomas acusan una diferencia considerable en intensidad y duración en unos casos de otros.

Los casos de hemorragia extraperitoneal por producirse la ruptura en el punto correspondiente al mesosalpinx, acusan por lo general una sintomatología de una intensidad mucho menor; la lipotimia puede faltar, así como la frecuencia de pulso; en cambio, el dolor y los síntomas que proporciona la exploración son más acentuados, pudiéndose reconocer fácilmente la desviación lateral que experimenta el útero.

Después de la ruptura de la trompa, los síntomas varían según el óvulo haya muerto o se haya injertado en las partes vecinas, dando lugar a una gestación abdominal secundaria. En el primer caso, puede formarse un hematocele que seguirá el proceso de resolución propio de los mismos; puede infectarse o por la gravedad de los síntomas se habrá operado a la enferma, librándola de los peligros que representa la posibilidad de que aparezcan accidentes ligados con el estado en que quedaron los órganos afectos.

Cuando se produce la gestación abdominal secundaria, la tumoración quística va aumentando de volumen y aparecen pronto los movimientos activos del feto, y pueden apreciarse por auscultación los latidos del corazón fetal.

Siguiendo el curso de la gestación abdominal, puede producirse la ruptura de las paredes del quiste, y entonces los síntomas son análogos a los de la ruptura de la trompa; esto es muy raro que ocurra; lo más frecuente es que la gestación abdominal siga, que llegue a término y que se presente entonces el *missed labour* o parto frustrado y que desaparezcan movimientos fetales y latidos cardíacos, al tiempo que el vientre, en vez de seguir la evolución de crecimiento, comienza a disminuir de día en día.

Como quiera que ningún otro proceso más que la gestación extrauterina pasada de término presenta síntomas análogos, el diagnóstico es fácil e infundible, tanto más cuanto lo más común es que coincidiendo con estos fenómenos se haya producido la expulsión total o parcial de la caduca por los genitales.

PRONÓSTICO.—Toda gestación ectópica debe ser considerada como enfermedad grave, ya que la cantidad y calidad de los accidentes que puede producir son capaces de ocasionar la muerte de la enferma. Este concepto de gravedad disminuye en algunos casos considerablemente cuando se diagnostica después de haberse producido los accidentes y éstos revisten escasa gravedad. Antes de interrumpirse el embarazo, no se sabe lo que puede ocurrir, ya que desde la hemorragia cataclísmica que se lleva a la enferma en unas pocas horas a los casos de infección seguidos de peritonitis mortal, todos los accidentes son posibles; cuando se ha interrumpido la gestación, el pronóstico varía notablemente en unos casos de otros; el aborto tubárico, por lo general, acusa una gravedad pequeña, pero en algunos casos las hemorragias a repetición pueden poner en peligro la vida de la enferma.

La ruptura tubárica, si va seguida de la expulsión completa del óvulo, es o no grave, según la cantidad de sangre vertida en el peritoneo; lo más común es que cuando la expulsión se verifica de una vez, la enferma reaccione de su pérdida hemática, y que desde aquel momento, salvo el caso que se produzca una infección secundaria, vayan todas las cosas en sentido de la normalidad.

Las hemorragias cataclísmicas, como su nombre indica, pueden llevarse a la enferma en breve espacio de tiempo, y por lo tanto, son estos casos de gravedad extrema; a éstos siguen los de hemorragia a repetición, ya en el mismo día, ya en días sucesivos; en tanto la ruptura de la trompa y desprendi-

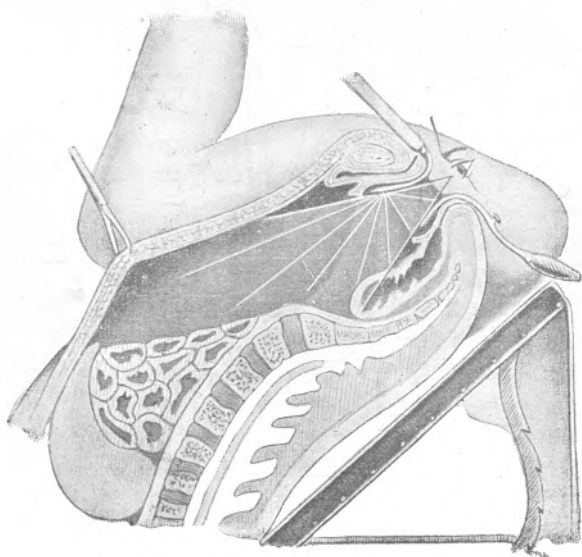


Fig. 391.

Valva de Dimitri D'Ott colocada para el reconocimiento pelviano.

miento parcial del huevo dan lugar a pérdidas de sangre, el peligro es grande; son estos casos los que más obligan a la intervención operatoria por la incógnita que representa la continuidad de la pérdida de sangre.

Las gestaciones abdominales representan siempre un peligro de infección después que el quiste fetal ha dejado de crecer, y por lo tanto, su gravedad es considerable, requiriendo su extirpación rápida. El hallarse distanciada la época en que se hace el diagnóstico de la que dejó de crecer el quiste, y la tolerancia grande del organismo a su presencia en la cavidad abdominal no disminuye la gravedad, pues el peligro de infección es el mismo siempre.

TRATAMIENTO.—La gestación ectópica diagnosticada antes de la aparición de los accidentes, por lo mismo que acusa una gravedad cuyo alcance es

para nosotros desconocido, debe ser tratada siempre como si fuera un tumor maligno (Wert); pasados los seis meses, como quiera que el peligro de ruptura del quiste es muy pequeño, no vemos inconveniente alguno en esperar arma al brazo uno o dos meses más para asegurar la viabilidad del feto, y entonces practicar la operación; por lo mismo que la dilación se hace en beneficio de la vida del feto, no creemos prudente alcanzar el límite de término, porque las dificultades de precisar la época del comienzo pudiera ser motivo de que se presentaran los fenómenos del parto frustrado con la consiguiente muerte del producto de la concepción.

La línea de conducta que se debe seguir en caso que el diagnóstico de la gestación ectópica se haya realizado después de la aparición de los accidentes varía considerablemente en unos casos de otros; nuestra conducta debe subordinarse a la importancia de los accidentes que se hayan presentado.

Los casos de aborto tubárico, que dan lugar a la formación de hematosalpinx y a hematoceles de no muy gran tamaño, se curan solos en muchos casos, y como quiera que si la expulsión o desprendimiento del huevo se hizo totalmente, la gravedad no aumenta más que en el caso que se presente una infección, la expectación es una buena regla de conducta.

Cuando por efecto de la ruptura de la trompa se produce una hemorragia intensa, que no sabemos si repetirá o no, pues ignoramos las condiciones en que quedó el huevo, la indicación operatoria existe, ya que el peligro que representa la repetición de la hemorragia es mucho mayor que el de la operación. Las hemorragias a repetición, aun cuando no sean muy intensas, obligan asimismo a la intervención operatoria, ya que la constancia de las pérdidas representa siempre un peligro para la vida de la enferma.

Cuando pasados unos días del accidente se reconoce la formación de un hematocele y el crecimiento simultáneo de una tumoración abdominal, debe también operarse, ya que ello indica que el embarazo sigue, formándose un quiste fetal y los peligros de nuevos accidentes reaparecen.

La operación que debe practicarse en los casos de gestación ectópica es la extirpación del saco fetal con la trompa, si es en ella donde está el huevo, o sus lesiones no permiten suponer una *restitutio ad integrum*, aun habiendo expulsado en su totalidad el producto de la concepción.

La laparotomía es la vía de elección siempre que no habiendo procesos sépticos deben extiparse órganos: la vía vaginal, muy recomendada por Duhrsen, Kossmann y Dimitri D'Ott, está preñada de dificultades técnicas que no reportan ventaja alguna.

Dimitri D'Ott recomienda el uso de las valvas iluminadoras para hacer la extirpación de todas las partes enfermas, dejando la cavidad peritoneal del todo limpia y asegurándose, con la inspección directa, de que la hemostasia se ha hecho de modo perfecto; no dudamos de la habilidad del médico ruso, pero

creemos que, no existiendo infección, no hay ventaja alguna en complicar los procedimientos operatorios.

Para los casos en que la infección se ha producido, consideramos la técnica D'Ott como excelente, y a ella hemos recurrido en varias ocasiones, estando del todo satisfechos de sus resultados.

Cuando se trata de practicar la extracción de un quiste fetal que alcanzó los meses mayores del embarazo, según se halle el feto vivo o muerto; en el primer caso, la extracción del feto se practicará como si se tratara de una cesárea, y luego se examinarán las condiciones de la placenta y las del quiste fetal; si la implantación de la placenta se halla en las asas intestinales y ocupa una gran extensión, no teniendo probabilidades de dominar la hemorragia, lo mejor es dejar aislado el quiste, dejando para después de pasados algunos días, hacer la extracción del anejo fetal y de la totalidad del quiste, si ello es posible.

Cuando el feto está muerto desde algunos días, la extracción de la placenta no ofrece peligro alguno, pues los vasos se hallan ya cerrados, y debe procederse a la extracción del quiste en su totalidad.

En algunos casos la extirpación total de las paredes del quiste fetal es muy difícil por las adherencias que tiene con asas intestinales; para estos casos puede recurrirse a la marsupialización, pero teniendo siempre presente que las operaciones incompletas representan siempre un desdoro de la Cirugía.

HEMATOCELE PELVIANO

Conócese con este nombre a la colección de sangre enquistada en la cavidad pelviana, denominándose *hematoma pelviano* al acúmulo de sangre derramada y formando colección entre las hojas del ligamento ancho.

Por su situación, el hematocele puede ser *retro-uterino*, *ante-uterino* y *peri-anexial*. La forma más frecuente es el hematocele retro-uterino.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.—En la inmensa mayoría de los casos el hematocele es consecuencia de una ruptura tubárica por un embarazo extrauterino; algunas veces depende del aborto tubárico.

En estados varicosos de la pelvis puede una ruptura, ya espontánea—cosa muy rara—, ya accidental, resultado de un traumatismo, ser determinante de un derrame de sangre en la cavidad del peritoneo pelviano, que al enquistarse, constituye un hematocele.

Es preciso, para merecer el nombre de hematocele, que la colección de sangre derramada en la cavidad del peritoneo, haya dado lugar a la formación de neomembranas que la enquisten y la separen de la totalidad de la cavidad de la gran serosa. La sangre flúida que se derrama entre las asas intestinales en los casos de ruptura de una trompa en gestación ectópica, en que la hemorragia toma la forma cataclísmica, no merece el nombre de hematocele: representa ella solamente un síntoma, el más importante, del accidente, pero no es un hematocele.

Aun cuando en la inmensa mayoría de los casos el origen del hematocele sea la ruptura de una trompa en gestación ectópica, constituye una entidad clínica especial por haber desaparecido con la muerte del óvulo la causa determinante de su producción y, en cambio, persistir con todos sus caracteres, la colección de sangre enquistada.

Excepcionalmente, puede una intervención quirúrgica ser causa de un hematocele, y de ello hemos tenido ocasión de ver dos casos en que se ha formado una colección enquistada retro-uterina de bastante importancia, a consecuencia de una perforación de útero producida en el acto de un raspado.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Ordinariamente, la colección de sangre que constituye el hematocele ocupa el fondo de saco de Douglas. Tanto si es por

ruptura de una trompa que contenga un óvulo en período más o menos avanzado de crecimiento, como si es resultado del desprendimiento del óvulo y hemorragia consecutiva, como ocurre en el aborto tubárico, o si se ha producido la colección de sangre por efecto de una ruptura accidental de un vaso pelviano, al caer la sangre en la cavidad peritoneal busca el punto más declive que en la situación normal de los órganos, es el fondo de saco de Douglas.

Por efecto de la reacción peritoneal que se produce en la serosa al contacto de la sangre, fórmanse neomembranas que tienden a aislarla. Al enquistarse, fórmase una tumoración circunscrita, engrosándose las neomembranas por capas de fibrina que en ellas van depositándose lentamente.

En los primeros tiempos, la sangre derramada que se enquista en el Douglas es líquida, pero bien pronto el agua se reabsorbe y fórmanse coágulos al principio blanduzcos, que más adelante por la reabsorción progresiva del líquido van haciéndose cada vez más duros, experimentando el proceso lento de reabsorción que conduce, al cabo de unos cuantos meses, a la desaparición completa de dicho derrame.

El volumen del hematocele es muy variable; desde la colección que apenas llega a ocupar la parte más declive del fondo de saco de Douglas, hasta colecciones hemáticas del tamaño de una granada y aun de la cabeza de un feto que remonta, empujando los intestinos hacia una parte próxima a la línea umbilical, encuéntranse todos los tamaños.

En los hematoceles pequeños, apenas si la situación del útero y del recto se halla modificada; en las grandes colecciones hemáticas enquistadas puede el útero ser empujado considerablemente hacia la sínfisis pubiana, determinando compresiones vesicales, así como por la presión que sobre el recto produce puede ser motivo de una incompleta oclusión del último tramo del intestino.

Ordinariamente, las neomembranas que se forman para enquistar la sangre derramada, interesan a los anejos del útero y muy a menudo se hallan éstos incluidos o formando parte de la tumoración que constituye el hematocele. En algunas ocasiones son sólo los anejos de un lado los que se hallan incluidos en la tumoración hemática y excepcionalmente se hallan del todo independientes ambas trompas y ovarios.

En casos raros, la sangre puede coleccionarse en el fondo de saco vésico-uterino, y entonces la compresión de la vejiga se hace de modo más directo y la inclinación del útero hacia atrás, es la consecuencia de la presión ejercida por la sangre derramada y coagulada. En algunos casos de aborto tubárico puede formarse un hematocele lateral en forma periforme, correspondiente al extremo de una trompa, pudiendo las neomembranas formadas constituir una tumoración del todo independiente y parcialmente movable.

Para que se constituya el hematocele es preciso que la cantidad de sangre derramada no sea en sus primeros momentos muy abundante, pues de otro modo

toma el carácter de hemorragia cataclísmica. Generalmente, las pérdidas considerables de sangre consecutivas a rupturas de grandes vasos en casos de gestación ectópica, dan lugar a síntomas de una importancia tan considerable y a una difusión de la sangre entre las asas intestinales, que no llega a formarse lo que es considerado como condición indispensable para ser denominada hematocele: el enquistamiento de la colección hemática.

El color de la sangre que constituye el hematocele, en sus comienzos es rojo vivo, toma más tarde un aspecto negruzco, y, finalmente, las últimas etapas del hematocele que desaparece por reabsorción, vienen a estar constituidas únicamente por capas de fibrina más o menos blanquecinas.

SINTOMATOLOGÍA.—Teniendo en cuenta que, aceptando con Nélaton la denominación de hematocele solamente para aquellos casos de sangre derramada enquistada, no se debe incluir como síntomas del mismo los fenómenos de reacción peritoneal intensa que caracterizan a la ruptura tubárica en los momentos que se produce, pero es un dato de una importancia considerable para el juicio diagnóstico la historia que puede aportar la mujer, del comienzo de su enfermedad.

En el hematocele retro-uterino, se encuentra el fondo de saco de Douglas distendido por una masa de consistencia pastosa si el hematocele es reciente, dura si el hematocele lleva ya algún tiempo de producido. El útero se halla más o menos desviado hacia adelante, y practicando el tacto rectal, encuéntrase la misma tumoración que la exploración por el fondo de saco vaginal nos demuestra, hallándose bastante separada la pared intestinal de la pared posterior del útero.

En los casos de hematocele ante-uterino, la colección es muy fácilmente apreciable por el tacto combinado con la palpación abdominal. La existencia de perturbaciones vesicales resultado de la compresión del reservorio urinario, junto con los síntomas directos que la exploración por tacto y palpación nos suministra y los antecedentes que respecto al comienzo de la enfermedad nos proporciona la enferma, son datos más que suficientes para poder hacer el diagnóstico con grandes probabilidades de certeza.

Bastante más difícil es el diagnóstico del hematocele lateral, ya que los síntomas se confunden en absoluto con los de los procesos salpingianos de forma tumoral.

Cuando el hematocele no está complicado, la observación en días sucesivos de la enferma permite reconocer el cambio que en la dureza de la tumoración ante o retro-uterina se va produciendo, siendo de notar el hecho que apenas si ofrecen síntomas generales de ninguna especie. La fiebre no existe, y en caso de aparecer, representa una complicación séptica del hematocele.

El dolor es poco acentuado; sólo se manifiesta en forma de peso; la compresión producida por el tacto es ligeramente dolorosa.

COMPLICACIONES.—La más importante complicación del hematocele retro-uterino es la infección. Esta se produce muy a menudo por la entrada de agentes microbianos desde el intestino a la colección hemática; el coli-bacilo, cuya virulencia puede aumentarse por la semi-oclusión que la compresión del intestino experimenta por el hecho de la tumoración, es el determinante, en muchas ocasiones, de una infección del hematocele.

Los agentes microbianos que accidentalmente pueden penetrar en el hematocele, encontrando un excelente caldo de cultivo, se multiplican en gran cantidad y determinan fenómenos reaccionales de carácter séptico, que cambian por completo el cuadro del proceso.

Los dolores agudos, los fenómenos reaccionales, no sólo del peritoneo, sino del organismo en general, la frecuencia del pulso, son consecuencias inmediatas de la complicación séptica.

Cuando un hematocele se infecta, puede espontáneamente abrirse en la vagina, en el recto o en la vejiga, dando lugar a fenómenos análogos a los descritos en el capítulo de las salpingitis, cuando las colecciones purulentas se abren en estos mismos órganos.

CURSO.—En la inmensa mayoría de los casos, el hematocele tiene tendencia a la curación espontánea. La reabsorción se verifica de modo lento, tardando en algunas ocasiones cinco y seis meses para alcanzar la desaparición completa de la colección hemática.

Como quiera que estos fenómenos de reabsorción se verifican de un modo lento y la paciente apenas si experimenta molestias de ninguna especie, por la existencia de un hematocele de mediano o pequeño tamaño, la enferma casi no se da cuenta de la existencia del mismo cuando han pasado los fenómenos reaccionales que motivaron su formación y van desapareciendo los que la misma colección producía por compresión en los órganos vecinos. Pero cuando en el curso de este proceso se producen fenómenos infectivos, cambia por completo el cuadro para transformarse en el que ofrecen las supuraciones pelvianas desarrolladas en un medio de cultivo del todo favorable.

PRONÓSTICO.—Habiendo excluido de la denominación «hematocele» los grandes derrames de sangre que no se enquistan en la cavidad peritoneal, debemos considerar a la enfermedad como de pronóstico relativamente benigno.

El peligro de la infección, sin embargo, debe ser tenido siempre en cuenta, ya que, a la hora menos pensada, en el curso de un proceso de reabsorción, al parecer del todo normal, puede sobrevenir el fenómeno infectivo que cambia

por completo el pronóstico. La infección de un hematocele, a no acudir con medios quirúrgicos en auxilio de la enferma, puede ser motivo de fenómenos generales graves y aun de una peritonitis mortal.

TRATAMIENTO.—El hematocele por sí, en tanto no determina fenómenos de compresión muy exagerados que perturben el funcionalismo vesical o rectal, o no presente fenómenos de infección de ninguna especie, no requiere tratamiento quirúrgico ninguno. Basta en los primeros tiempos el reposo en la cama y también el reposo genital absoluto.

Después que la colección se ha ido endureciendo por reabsorción de la parte líquida, no hay inconveniente alguno en que la mujer se mueva y que se dedique a sus habituales ocupaciones.

En los casos de hematocele que producen síntomas de compresión, si éstos no desaparecen prontamente con la aplicación de vejigas de hielo en la región del hipogastrio, para asegurar la no continuación o repetición de la hemorragia, es preciso practicar la abertura de la colección hemática y el vaciamiento de la misma.

En casos perfectamente asépticos, en que sólo el volumen y la compresión son los determinantes de la indicación operatoria, puede elegirse indiferentemente la vía vaginal o la vía abdominal; mas para aquellos casos en que la reacción peritoneal es manifiesta, y en que los fenómenos febriles hacen suponer la infección de la colección de sangre, la vía abdominal debe ser proscrita en absoluto. La colpotomía es la operación de elección, que será anterior o posterior, según se trate de un hematocele ante o retro-uterino.

La evacuación del contenido hemático y el reconocimiento por medio de valvas endoscópicas, cuales son las de Dimitri D'Ott, que permiten la exploración de toda la cavidad constituyente del hematocele, es el medio más utilizado para solucionar el proceso.

En los casos de infección, es indispensable que la abertura del fondo de saco que permita la salida del contenido del hematocele, sea muy amplia y se mantenga abierta durante unos cuantos días, para que puedan salir libremente los exudados que allí se forman.

Si uno o ambos anejos están incluidos en la colección hemática y parecen muy profundamente alterados, es conveniente practicar como complemento de la intervención la extirpación de los mismos, utilizando la incisión de la colpotomía practicada.

En ningún caso estimamos conveniente establecer el desagüe abdominal existiendo un proceso infectivo acompañado de fenómenos generales febriles.

En las colecciones de sangre entre las hojas del ligamento ancho, que forman el llamado hematoma pelviano, es muy raro que se produzcan infecciones secundarias que obliguen a una intervención quirúrgica. En casos de

varicocele pelviano puédense formar extensas colecciones intraligamentarias que den lugar a fenómenos de compresión que desvíen los órganos genitales. Cuando por haberse producido un hematoma considerable o un proceso infectivo del mismo se encuentre obligado el ginecólogo a intervenir, debe tener presente la posibilidad de herir la arteria uterina o el ureter, y, por tanto, tiene que ser muy parco en la incisión del fondo vaginal lateral en que se halla la tumoración, al tiempo que se asegura por una sostenida compresión, el que se produzcan nuevas pérdidas hemáticas.

FIN

ÍNDICE DE MATERIAS

	Págs.
<i>Breve reseña histórica.</i>	5
<i>Topografía de los órganos genitales femeninos</i>	15
Irrigación sanguínea de los genitales	22
Tejido celular pelviano	26
Vasos y ganglios linfáticos.	33
Inervación del aparato genital femenino.	38
Medios de sostén del aparato genital de la mujer.	44
Relaciones del aparato urinario con el genital.	48
<i>Desarrollo de los órganos genitales femeninos.</i>	51
Desarrollo de los genitales externos.	55
<i>Métodos generales de exploración ginecelógica</i>	58
Exploración física.	62
— por medio de instrumentos.	72
<i>Etiología general.</i>	86
Inflamaciones.	86
— genitales producidas por agentes comunes.	86
Infecciones saprofiticas.	91
<i>Inflamaciones genitales producidas por agentes específicos.</i>	93
<i>Tuberculosis genital.</i>	103
<i>Inflamaciones genitales amicrobianas.</i>	115
<i>Neoplasias genitales.</i>	124
<i>Traumatismos.</i>	131
<i>Anomalías de dirección y posición.</i>	133
<i>Concepto etiológico de los vicios de conformación.</i>	136
<i>Influencia de las glándulas endocrinas sobre el funcionalismo genital.</i>	138
<i>Falsas genitales.</i>	147
<i>Sintomatología especial de las ginecopatías.</i>	156
Dolor.	156
Leucorrea.	163
Amenorrea.	168
Menopausia.	173
Dismenorrea.	178
Menorragias y metrorragias.	181
Esterilidad.	183
<i>Síntomas generales de las afecciones genitales.</i>	190
Pronóstico.	193

	Págs.
<i>Terapéutica general de las ginecopatías.</i>	196
Medicación higiénica.	196
— emenagoga.	198
— hemostática.	200
— astringente.	203
— analgésica.	204
— resolutive.	205
— tónica.	209
— antiséptica.	210
— opoterápica.	213
<i>Hidroterapia en las ginecopatías.</i>	215
<i>Tratamiento hidro-mineral.</i>	220
<i>Mecanoterapia.</i>	227
Sismoterapia.	229
Fototerapia.	229
Electroterapia ginecológica.	235
Corrientes farádicas.	238
— de alta frecuencia.	242
Diatermia.	244
<i>Terapéutica radioactiva.</i>	252
Röntgen y curieterapia ginecológica.	252
Radiumterapia y mesoriumterapia.	290
<i>Ginecología operatoria.</i>	299
Indicaciones de procedimientos quirúrgicos en el tratamiento de algunas afecciones genitales.	299
<i>Antisepsia y asepsia.</i>	307
<i>Del desagüe.</i>	312
<i>Ligaduras y suturas.</i>	318
<i>De la anestesia.</i>	325
Anestesia lumbar.	329
— paravertebral y parasacra.	334
— general.	336
<i>Accidentes y complicaciones post-operatorios.</i>	343
Schock traumático.	343
Hemorragias secundarias.	344
Peritonitis.	347
Peritonismo.	349
Hematemesis.	351
Dilatación aguda de estómago.	352
Parotiditis.	352
Complicaciones post-operatorias del aparato respiratorio.	353
Trombosis y embolias.	354
Flemones en las paredes abdominales después de las laparotomías.	356

Trastornos en la unión de la línea de sutura abdominal.	357
Fístulas estercoráceas.	359

GINECOLOGÍA ESPECIAL

<i>Enfermedades de la vulva.</i>	361
Inflamaciones de la vulva.	361
Vulvitis simples.	361
— gonocócica.	361
— diftérica.	362
— gangrenosa.	362
— erisipelatosa.	362
— flemonosa.	363
Bartolinitis.	365
Manifestaciones vulvo-vaginales venéreas y sifilíticas.	371
Leucoplasia vulvar.	374
Craurosis vulvar.	376
Prurito vulvar.	379
Tuberculosis de la vulva.	381
Estiomene de la vulva.	382
<i>Neoplasias de la vulva.</i>	386
Moluscum pendulum.	386
Lipoma.	386
Elefantiasis de la vulva.	387
Quistes de la vulva.	389
Carúncula irritable de la uretra.	391
Carcinoma de la vulva.	392
Sarcoma de la vulva.	400
<i>Rasgaduras del periné.</i>	401
Desgarros de periné de fecha lejana.	410
<i>Anomalías de desarrollo de la vulva.</i>	415
Ausencia de vulva.	416
Abertura del recto en el seno uro-genital.	417
Hipospadias femenino.	417
Epispadias.	418
Tratamiento de algunos de los vicios de conformación de la vulva.	418
Hermafroditismo.	419
Atresia de las ninfas.	421
Hipertrofia de la vulva.	421
<i>Enfermedades de la vagina.</i>	423
Inflamaciones. — Vaginitis o colpitis.	423
Neoplasias de la vagina. — Quistes.	430
Miomas de la vagina.	433

	Pags.
Cáncer de la vagina..	434
Sarcoma de la vagina.	437
Otras neoplasias malignas.	439
Vaginismo.	439
Traumatismos de la vagina.	443
Colpocele.	444
Cistocele.	444
Rectocele.	451
Enteroccele.	454
<i>Enfermedades de la vejiga femenina.. . . .</i>	<i>456</i>
Exploración.	456
<i>Inflamaciones. Uretritis.</i>	<i>460</i>
Cistitis.	461
Neoplasias de la vejiga.	467
<i>Fístulas vaginales.</i>	<i>469</i>
— urinarias.	469
— vésico-vaginales.	469
— vagino-uretrales.	488
Tratamiento post-operatorio de las fístulas vesicales y uretrales.	489
Fístulas vagino-uretrales.	491
— recto-vaginales.	495
— entero-vaginales.	501
<i>Vicios de conformación de la vagina.</i>	<i>505</i>
Imperforación de himen.	505
Hematocolpos.	506
Ausencia de vagina.	507
Vagina tabicada.	509
Atresias vaginales.	510
<i>Enfermedades de la matriz.</i>	<i>512</i>
Metritis.	512
— aguda.	512
— crónica.	517
Laceración del cuello.	519
Erosiones cervicales.	523
Metritis corporal.	531
<i>Algunas formas especiales de metritis.</i>	<i>556</i>
<i>Metritis exfoliatriz.—Dismenorrea membranosa</i>	<i>556</i>
Metritis crónica dolorosa.	558
— sifilitica.	559
— saprofítica.	559
<i>Neoplasias del útero.</i>	<i>560</i>
Miomas, fibromas y fibromiomas.	560
Evolución de los miomas.	577

	Págs.
Complicaciones y alteraciones histológicas que pueden experimentar los miomas.	579
Miomas telangiectásicos.	586
Pronóstico de los miomas en general.	587
Tratamiento operatorio.	593
Miomectomías e hysterectomías vaginales y abdominales.	594
<i>Miomas y embarazo.</i>	615
<i>Neoplasias malignas del útero.</i>	623
Carcinoma del útero.	623
— cervical.	628
— del cuerpo del útero.	664
Tratamiento radioactivo del cáncer del útero.	673
Otros medios de tratamiento del carcinoma uterino.	680
<i>Coexistencia de carcinoma y embarazo.</i>	682
Sarcoma del útero.	686
Sincitioma o corio-epitelioma.	692
<i>Cambios de posición y dirección del útero.</i>	700
Breves consideraciones sobre las causas productoras de los cambios en la estática uterina.	700
Prolapso del útero.	702
<i>Elongación hipertrófica del cuello uterino.</i>	729
<i>Cambios de dirección del útero.</i>	733
Anteversión y anteflexión.	734
Retrodesviaciones.	739
<i>Inversión uterina.</i>	757
<i>Vicios de conformación del útero.</i>	763
Ausencia del útero.	763
Falta de fusión de los conductos de Müller.	764
— de desarrollo o ausencia de un conducto de Müller.	767
Accidentes resultantes de anomalías de desarrollo y vicios de conforma- ción del útero.	768
Hematometra.	770
<i>Enfermedades de las trompas, ovarios y tejido celular pelviano.</i>	773
Salpingo-ovaritis.	773
Lesiones de las trompas.	776
Piosalpinx.	784
Hidrosalpinx.	785
Hematosalpinx.	787
Lesiones de los ovarios.	788
— peri-anexiales.	790
Cirugía conservadora de los anejos.	821
<i>Pelvi-peritonitis.</i>	823
Pelvi-celulitis.	830

	<u>Págs.</u>
<i>Alteraciones tróficas del ovario.</i>	836
Ovaritis escleroquística.	836
<i>Neoplasias del ovario.</i>	843
Quistes del ovario.	843
— dermoideos.	862
— hidatídicos.	866
<i>Tumores sólidos del ovario.</i>	867
Fibromas y fibromiomas del ovario.	867
Sarcoma del ovario.	870
Carcinoma del ovario.	871
Endotelioma del ovario.	872
Teratomas.	873
Tumores de las trompas.	874
<i>Tumores de los ligamentos redondos.</i>	876
— — anchos.	877
Quistes incluidos en los ligamentos anchos.	877
<i>Gestación ectópica.</i>	880
<i>Hematocele pelviano.</i>	903

ÍNDICE ALFABÉTICO

	Págs.
A	
Aborto tubárico.....	889
Absorción, coeficiente de.....	259
Acido bórico.....	211
— fénico.....	211
— tímico.....	211
Acción biológica de los rayos X. . .	279
Agua oxigenada.....	212
Alantoidea, vesícula.....	53
Alexander, operación de.....	752
Alta frecuencia, corrientes.....	242
Amasamiento.....	747
Amenorrea.....	168
Ampollas de rayos X.....	275
Amputación de cuello.....	530
Analgésica, medicación.....	204
Anestesia.....	10 y 325
— extradural.....	333
— general.....	336
— local.....	325
— lumbar, técnica.....	332
— parasacra.....	334
— paravertebral.....	334
— troncular.....	329
Anestesiador, aparato Alsina.....	337
— aparato Recasens... ..	339
— Ombredanne.....	340
Aniodol.....	211
Anteflexión — —.....	734
Anteversión del útero.....	734
Antisepsia.....	10 y 307
Antiséptica, medicación.....	210
Argirol.....	212
Arsonval, corrientes.....	242
Astringente, medicación.....	203
Atresia de las ninfas.....	421
Auscultación.....	68

	Págs.
B	
Bartolinitis.....	97 y 365
Bartolino, glándula	56
— quistes glandulares.....	366
Barros radioactivos.....	298
Boldina.....	202
Bolsa de hielo.....	218

C

Campos grandes, técnica rayos X.	285
— pequeños, técnica rayos X.	285
Canales, rayos	256
Cánula de Suárez de Mendoza.	207
Carcinoma de útero.	623
— de la vulva.	392
— Anatomía patológica.	628
— — —	664
— de cuerpo de útero.	664
— Diagnóstico.	670
— — diferencial.	636
— Etiología.	632
— Evolución.	637
— Histerectomía abdominal	648
— Histopatología.	623
— Operación de Macken-	
— rodt.	657
— Operación de Wertheim.	648
— Pronóstico.	639
— Recidivas.	647
— Sintomatología.	633 y 668
— Tratamiento.	640
— — operatorio.	640
— — —	672
— — radioactivo	673
— y embarazo.	682

D	
Deciduoma.	130
Declive, posición.	62
Dermatol.	212
Desagüe.	312
— Mickulicz.	312
— vaginal.	315
Desgarros del periné.	401
Diafragma pelviano. 28 y	47
Diatermia.	242

E

	Págs.
Diatermia, técnica e indicaciones	247
Dilatación aguda de estómago	352
Dilatadores de Hegar	79
— Ellinger	79
Dimitri D'Ott, valvas	74
Dirección y posición, anomalías	133
Dismenorrea	178
— Etiología y patogenia	556
— membranosa	556
— Pronóstico	557
— Tratamiento	558
Dispersión	261
Dolor	156
— espontáneo	159
— provocado	160
Dorso-sacra, posición	62
Dosificación de rayos X	262
Dosis biológica	269
Douglas (Pliegue de)	17
Duchas	219
E	
Extropión	524
Electroscopio de Dessauer	266
Electroterapia	235
Elefantiasis de la vulva	387
Elitrorrafia	448
Elongación hipertrófica del cuello uterino	729
Embarazo ovárico	882
Embolia	354
Emenagoga, medicación	198
Endocervicitis. Sintomatología	525
— Tratamiento	528
— Idem operatorio	529
Endocervicitis	520
Endocrinas, glándulas	138
Endometritis decidual	537
Enterocele	454
Entero-vaginales, fístulas	501
Epispadias femenino	418
Ergotina	200
Ergotinina	201
Ernutina	201
Erosiones cervicales	523
Escala de Walter	264

	Págs.
Escisión de prueba.....	81
Espectrografo.....	259
Espectrogramas.....	258
Espéculum..... 6, 7 y	72
Espinterómetro.....	263
Esterilidad.....	183
— Causas.....	184
Estiomene de la vulva.....	382
Etiología general.....	86
Evisceratio.....	705
Examen histológico.....	81
— químico.....	81
Exploración, física.....	62
— histológica.....	79
— instrumental.....	72
— métodos generales de.....	58

F

Falsas genitales.....	147
Farádicas, corrientes.....	239
— indicaciones.....	239
— Técnica.....	240
Ferguson, Espéculum.....	72
Fibromas del útero.....	560
— Anatomía patológica.....	561
— Diagnóstico.....	575
— Evolución.....	577
— Histopatología.....	560
— Patogenia.....	563
— Sintomatología.....	568
Fístulas entero-vaginales.....	501
— estercoráceas.....	359
— recto-vaginales.....	495
— urinarias.....	469
— vaginales.....	469
— vagino-uretrales.....	491
— vésico-vaginales.....	469
Filtración, rayos X.....	260
Flemón difuso pelviano..... 27 y	32
— ligamento ancho.....	27
Formol.....	211
Fototerapia.....	229

G

Gaertner, conductos de.....	55
-----------------------------	----

Galvánicas, corrientes.....	236
— indicaciones.....	236
— técnica general.....	237
Genitales femeninos, topografía ..	15
— externos, desarrollo.....	55
— inervación.....	38
— internos, desarrollo.....	51
— irrigación sanguínea.....	22
— medios de sostén.....	44
— falsas.....	147
— inflamaciones amicrobia- nas.....	115
— neoplasias.....	124
— causas.....	124
Genital, tubérculo.....	55
— tuberculosis.....	103
Génito-peritoneal, tuberculosis ..	110
Genu-pectoral, posición.....	63
Gestación ovárica, etiología.....	882
— abdominal.....	883
— — secundaria.....	883
— ectópica.....	880
— — pronóstico.....	899
— — tratamiento.....	900
— diagnóstico.....	896
— evolución.....	888
— extrauterina, útero en la.....	886
— sintomatología.....	896
— tubárica — Anatomía pa- tológica.....	884
— — ístmica.....	884
Gimnasia sueca.....	227
Ginecología operatoria.....	299
Ginecopatías, sintomatología.....	156
Glándulas endocrinas.....	138
Gonococia.....	95
— conyugal.....	99
— localizaciones.....	96
Gonocócica, inflamación.....	87
Gubernaculum testis.....	55

H

Hamamelis virginica.....	201
Hegar, dilatadores.....	79
Helmitol.....	213
Hematemesis.....	351

	Págs.
Hematocele pelviano.....	903
— etiología y patogenia..	903
— anatomía patológica..	903
— sintomatología.....	905
— complicaciones.....	905
— tratamiento.....	907
Hematocolpos.....	506
Hematoma pelviano.....	903
Hematometra..... y 170	770
Hematosalpinx..... 783 y	787
Hemisección del útero.....	811
Hemorragias secundarias.....	344
Hemostática, medicación.....	200
Hemostáticos locales.....	202
Hermafroditismo.....	419
Hiatus genitalis.....	700
Hidrastrina.....	201
Hidrastris canadiensis.....	201
Hidromineral, tratamiento.....	219
Hidrosalpinx..... 783 y	785
Hidroterapia.....	215
Himen.....	56
Himen, imperforación.....	505
Hiper-tiroidismo.....	139
Hipertrofia de la vulva.....	421
Hipofisina.....	214
Hipófisis, funciones de la.....	143
Hipospadias femenino.....	417
Hipo-tiroidismo.....	139
Histerectomía, historia.....	8
Histerometría.....	75
Histeropexias abdominales... 709 y	755
— vaginales.....	710
Histeroma.....	560
Histerotomía vaginal.....	712
Histológica, exploración.....	79
Histológico, examen.....	81
Homo-organoterapia.....	199

I

Incisión de Alexander Adams	301 y 303
— de Bardenhauer.....	301 y 303
— de Pfannestiel.....	301 y 303
Incisión media infra-umbilical	301 y 303
Incisiones operatorias.....	303
Infarto uterino.....	558

	Págs.
Infecciones saprofiticas.....	91
— sífilíticas.....	93
— venéreas.....	93
Inflamaciones.....	86
— gonocócica.....	87
— genitales amicrobia- nas.....	115
Intensímetro de Furstenau.....	266
Inversión uterina.....	757
Irrigaciones calientes.....	215
Inspección.....	65
Interrogatorio.....	58
Intrauterino, tacto.....	76

K

Kraurosis vulvar.....	376
Kromayer, lámpara de.....	230
Kunstner, operación de.....	761

L

Lámpara de Kromayer.....	230
Laparotomía, historia.....	8
Latero-abdominal, posición.....	64
Lawson-Teit, operación de.....	411
Legración uterina.....	552
Leucoplasia vulvar.....	374
Ligadura.....	318
Ligamento ancho, flemón.....	27
— — topografía.....	27
Ligamentos púbeo-vésico-uterinos..	702
— anchos, tumores de los.....	877
— redondos, acortamiento intra-peritoneal.....	754
— Idem tumores de los.....	876
— útero-sacros.....	44
— anchos.....	47
— de Mackenrodt.....	45
— redondos.....	45
Lipoma de la vulva.....	386
Lisol.....	211
Litopedion.....	895
Linfática, circulación.....	37
Linfáticos de la pelvis.....	33
Lupus vulvar.....	108

	Págs.		Págs.
M			
Masaje	228	Metritis saprofítica	559
— vibratorio.....	229	— sifilítica.....	559
Material de sutura, esterilización..	320	Metrorragias	181
Matriz, enfermedades de la.....	512	Metroscofia.....	74
Meato urinario, relaciones del	49	Microcidina.....	212
Mecanoterapia.....	227	Miomas alteraciones histológicas...	579
Medicación analgésica.....	204	— anatomía patológica.....	561
— antiséptica	210	— complicación	579
— astringente.....	203	— del útero.	560
— emenagoga.....	198	— diagnóstico.....	575
— hemostática	200	— electrolisis	589
— higiénica.....	196	— evolución	577
— opoterápica	213	— histerectomía en los 594,	
— resolutiva.....	205	596, 599, 602 y.....	606
— tónica.....	209	— histopatología	560
Menopausia.....	137	— miomectomías	594 y 597
— artificial.....	177	— opoterapia.....	588
Menorragias	181	— patogenia.....	563
Mesonefros.....	51	— pronóstico y tratamiento..	587
Mesotorium.....	291	— radioterapia	589
Mesotoriumterapia.....	290	— sintomatología.....	568
Metanefros.....	51	— telangiectásicos.....	586
Metritis.....	512	— tratamiento medicamentoso	588
— aguda.....	512	— tratamiento operatorio ..	593
— — anatomía patológica.	513	— y embarazo.....	615
— — etiología.....	513	Mixedema	139
— — sintomatología	514	Moluscum pendulum.....	386
— — tratamiento.....	516	Mucosa uterina, estado premens-	
— corporal	531	trual.....	534
— anatomía patológica	532	Müller, conducto de.....	52 y 53
— glandular	532	N	
— intersticial	532	Nabot, huevos de.....	522
— crónica	517	Narco-anestesia	342
— — curso y complica-		Neoplasias genitales.....	124
— — ciones.....	545	— malignas del útero.....	623
— — diagnóstico.....	546	— del útero.....	560
— — etiología.....	517	— — vagina	430
— — examen físico	544	— de la vulva.....	386
— parenquimatosa.....	512	Neugebauer, Le-Fort, operación de.	726
— — pronóstico.....	547	Nieve carbónica.....	203
— — sintomatología	539	Nitrato de plata	212
— — tratamiento.....	547	Novocaína.....	326
Metritis crónica dolorosa.	558	O	
— exfoliatriz	456	Ocreína.....	199 y 213
— mixta.....	537	Operatorias, incisiones.....	301

	Págs.
Opoterapia homóloga.....	214
Opoterápica, medicación.....	213
Organoterapia.....	145
Osteomalacia.....	145
Ovarina.....	213
Ovárica, hiper-función.....	141 y 143
— hipofunción.....	140
Ovario, inervación.....	38
— neoplasias del.....	843
— anatomía patológica.....	845
— carcinoma del.....	871
— degeneración maligna.....	858
— dermoideos.....	862
— — patogenia.....	864
— endotelioma del.....	872
— fibromas del.....	867
— función endocrina.....	141
— marsupialización.....	861
— quistes del.....	843
— ruptura.....	857
— sarcoma del.....	870
— sintomatología.....	850
— teratomas del.....	873
— torsión del pedículo.....	857
— tratamiento.....	859
— tumores sólidos del.....	867
Ovariomiom.....	199
Ovariectomía, historia.....	7
Ovaritis escleroquistica.....	836
— etiología y patogenia.....	838
— sintomatología y diagnós- tico.....	840
— tratamiento.....	841

P

Palpación.....	67
Paracistim.....	27, 29 y 30
Paracolpium.....	27 y 29
Paradidimu.....	51
Parametrium.....	27 y 29
Paraovarium.....	51
Paraprotium.....	27, 29 y 30
Pared abdominal, flemones.....	356
Pared abdominal, topografía.....	16
Parotiditis.....	352
Pelviano, diafragma.....	28 y 47

Pelviano, flemón difuso.....	27 y 32
— tejido celular.....	26
Pelvi-celulitis.....	830
Pelvi-peritonitis.....	823
Pelvis, vasos y ganglios linfáticos.....	33
Pelvitermo.....	207
Percusión.....	68
Peritonitis.....	347
Peritonismo.....	349
Periné, desgarros del.....	401
Permanganato potásico.....	221
Pesarios.....	750
Pflüger, cordones de.....	55
Piosalpinx.....	783
Pneumo-peritoneo.....	82 83 y 84
Pólipos mucosos.....	524
Posición dorso-sacra.....	62
Posición de pie.....	62
— declive.....	64
— de Sims.....	63
— de Trendelenburg.....	64
— de la talla.....	65
— genu-pectoral.....	63
— latero-abdominal.....	64
— supina.....	62
Post-operatorias, complicaciones respiratorias.....	353
Pronefros.....	51
Prolapso de útero.....	702
Pronóstico.....	193
Prurito vulvar.....	379

Q

Quinesiterapia.....	228
Quiste fetal.....	897
Quistes del ovario.....	843
(Véase: Ovario, quistes).....	846 y 847

R

Radioactiva, terapéutica.....	252
Radio cualímetro de Bauer.....	263
Radio-técnica de aplicación en el cáncer del útero.....	677
Radioterapia profunda, instalación.....	271
Radium.....	291

	Págs.
Radium, acción biológica.....	293
Radiumterapia.....	290
— indicaciones.....	294
— técnica.....	294
Rathke, repliegues de.....	53
Rayos Alfa.....	254
— actínicos.....	230
— Beta.....	254
— canales.....	256
— catódicos.....	254
— Gamma.....	254
— rojos e infra-rojos.....	230
— secundarios.....	261
— ultra-violeta.....	230 y 231
— X.....	256
— X, acción nociva.....	289
Recamier, espéculum.....	72
Rectal, tacto.....	71
Rectocele.....	451
Recto-vaginales, fistulas.....	495
Reposo genital.....	197
Resolutiva, medicación.....	204
Retro-desviación movable.....	747
Retzius, cavidad.....	29 y 50
Röntgenterapia, contraindicaciones.....	288
— indicaciones.....	281
— técnica.....	285
Röntgenaterpia.....	289
Rosenmüller, órgano de.....	51
Ruptura tubárica.....	890

S

Sarcoma de la vulva.....	400
— del útero.....	686
Salpingostomía.....	821
Salpingo-ovaritis.....	773
— Diagnóstico.....	797
— Exploración.....	794
— Lesiones de las trompas en.....	776
— — de los ovarios en.....	788
— — peri-anexiales.....	790
— Pronóstico.....	799
— Sintomatología.....	792
— Tratamiento médico.....	801
— — operatorio.....	806

Saprofíticas, infecciones.....	91
Schock traumático.....	343
Schroeder, operación de.....	529
Secacornina.....	201
Semicupios.....	219
Seno uro-genital.....	164
Sexuales, glándulas.....	54
Sifilíticas, infecciones.....	93
— manifestaciones vulvares.....	371
Sims, posición.....	64
Sims-Simon, valvas.....	73
Somnoformo.....	341
Sismoterapia.....	229
Spray de Lister.....	11
Sublimado corrosivo.....	211
Sulfato de cobre.....	212
Supermigración ovular.....	881
Suspensorium fibro-elasticum.....	28
Supina, posición.....	62
Sutura abdominal, trastornos.....	257
Suturas.....	218

T

Tacto vaginal.....	69
— intra-uterino.....	76
— rectal.....	71 y 796
— vesical.....	72 y 796
Talla, posición de la.....	65
Tejido celular pelviano.....	26
Tenosina.....	201
Terapéutica general.....	196
— radio-activa.....	252
Termo-coagulación.....	242
Testis gubernaculum.....	55
Thorning, operación de.....	725
Timol.....	211
Tiroidina.....	213
Tónica, medicación.....	209
Tourneux, tapón de.....	53 y 56
Traquelorrafia de Emmet.....	531
Traumatismos.....	131
Trendelenburg, posición.....	64
Trígono vesical.....	49
Trombosis.....	354
Trompas, tumores de las.....	875
Tubérculo genital.....	55

	Págs.		Págs.
Tuberculosis genital.....	103	Vagina, taponamiento.....	203
— génito-peritoneal.....	110	— vicios de conformación...	505
Tubo Lillienfeld.....	276	Vaginal, columna.....	44
— de Coolidge.....	276	— tacto.....	69
— con osmo regulador.....	275	Vaginales, fistulas.....	469
— Macalaster.....	276	Vaginismo.....	439
		— traumatismos.....	443
U		Vaginitis.....	423
Ulcus rodens.....	382	— anatomía patológica.....	425
Uraco.....	53	— diagnóstico.....	427
Uretra, carúncula irritable.....	391	— etiología.....	423
— femenina, relaciones de la.	49	— pronóstico.....	427
Uretritis.....	460	— sintomatología.....	425
Urotropina.....	213	— tratamiento.....	428
Útero, innervación.....	39	Vagino-uretrales, fistulas.....	491
— ausencia.....	763	Valvas.....	73
— bicorne.....	765	Vejiga, enfermedades de la.....	456
— bilocular.....	766	— exploración de la.....	456
— cambios de posición y direc-		— neoplasias de la.....	467
— ción.....	700 y 733	Venéreas, inflamaciones.....	93
— carcinoma.....	686	— manifestaciones vulvares	371
— didelfo.....	764	Vesical, tacto.....	72
— legrado de.....	552	— trígono.....	49
— medios de sostén.....	44	Vésico-vaginales, fistulas.....	469
— neoplasias.....	561	Viburnum prunifolium.....	201
— — malignas.....	623	Vicios de conformación, etiología	136
— retro-desviaciones.....	739	Vulva, anomalías del desarrollo de la	415
— sarcoma.....	686	— ausencia de la.....	416
— sincitioma.....	692	— carcinoma de la.....	392
— topografía.....	18	— elefantiasis de la.....	387
— unicornio.....	767	— enfermedades de la.....	361
— vicios de conformación.....	763	— estiomene de la.....	382
		— hipertrofia de la.....	421
V		— innervación.....	42
Vagina, atresia de la.....	510	— inflamaciones de la.....	361
— ausencia.....	507	— lipoma de la.....	386
— cáncer de la.....	434	— neoplasias de la.....	386
— corio-epitelioma de la.....	439	— quistes de la.....	389
— enfermedades de la.....	423	— sarcoma de la.....	400
— innervación.....	42	Vulvar leucoplasia.....	374
— miomas de la.....	433	— craurosis.....	376
— neoplasias de la.....	430	— prurito.....	379
— quistes de la.....	430	— tuberculosis.....	381
— sarcoma de la.....	437	Vulvitis diftérica.....	362
— tabicada.....	509	— erisipelatosa.....	362
		— etiología.....	367
		— flemonosa.....	363

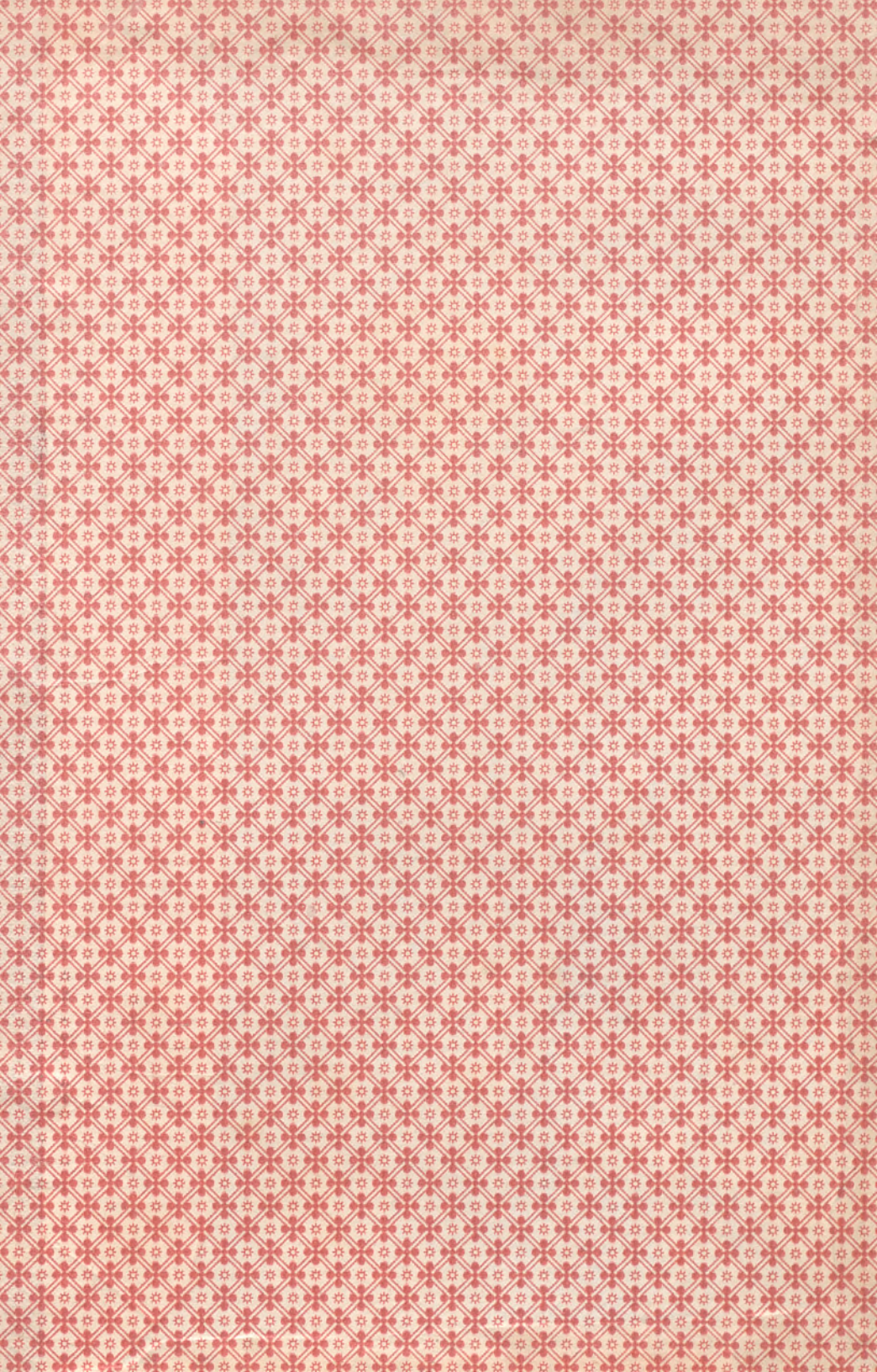
	<u>Págs.</u>		<u>Págs.</u>
Vulvitis gangrenosa..	362	X	
— gonocócica.....	361	Xeroformo.....	212
— simple.....	361		
— sintomatología.....	363	Y	
— tratamiento.....	368	Yodoformo.....	212
W		Yodo-yoduradas, soluciones.....	212
Wertheim-Schautta, operación de..	715	Yontocuatímetro de Wintz.....	267
Wolf, conductos de.....	51	— de Friedrich.....	267
— cuerpo de.....	51		

PLANTILLA PARA LA COLOCACIÓN DE LAS LÁMINAS

Lámina	I.	Página	282
—	II.	—	570
—	III.	—	578
—	IV.	—	628
—	V.	—	666
—	VI.	—	674
—	VII.	—	676
—	VIII.	—	682
—	IX.	—	786
—	X.	—	838









DR. S. RECASENS

TRATADO
DE
GINECOLOGIA

F.F.V.

G 27647