

Por último, el tejido conjuntivo submucoso toma parte en el proceso cuando éste es intenso; aumentando en cantidad, ocasiona con el tiempo la atrofia de las fibras musculares, que son substituídas por conjuntivas, constituyendo lo que Thomas denomina hiperplasia areolar, y siendo, por tanto, el elemento principal de la forma hipertrófica.

Histológicamente, los quistes del cuello del útero son verdaderos acini glandulares, con su epitelio cilíndrico con gran número de células caliciformes;

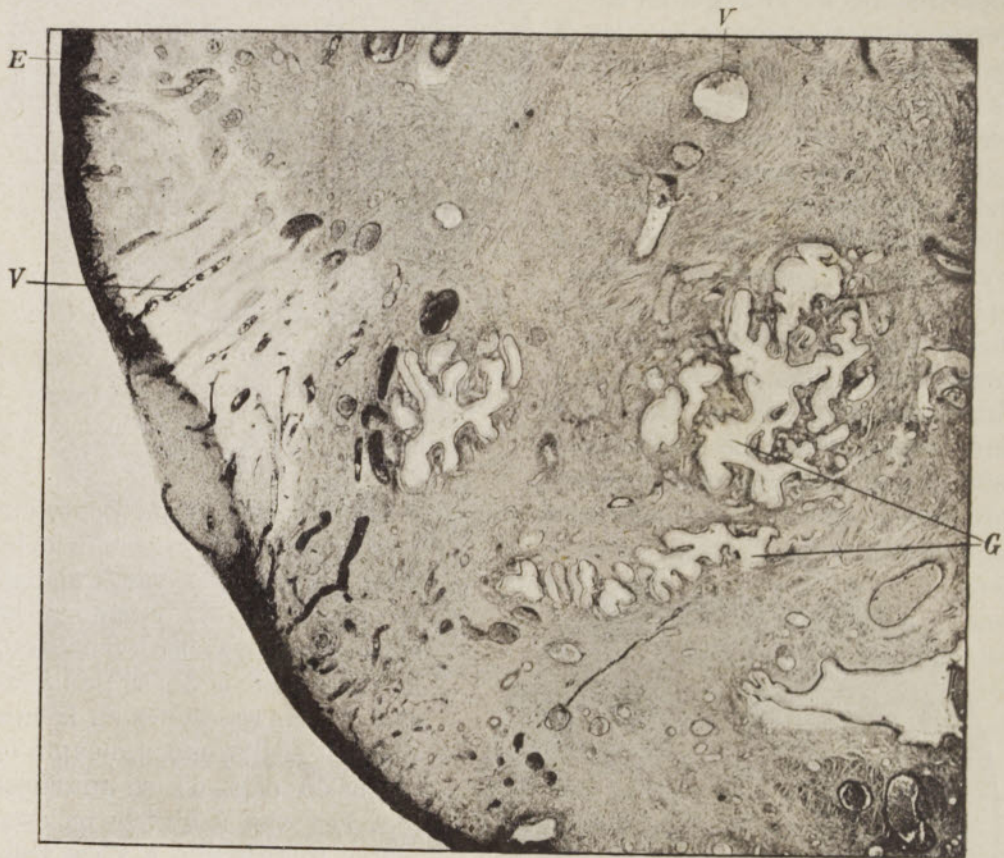


FIG. 9

Pólipo mucoso insertado en la parte alta del conducto cervical y alojado desde larga fecha en la vagina (corte transversal en su parte media).

E, epitelio pavimentoso estratificado, con su capa córnea, que aparece de color más obscuro, recubriendo la superficie del pólipo, en vez del epitelio cilíndrico que normalmente le corresponde.—*G*, glándulas.—*V*, vasos capilares muy dilatados; los más superficiales atraviesan perpendicularmente la mucosa y están trombosados.

(Aumento 22 diámetros.)

el contenido es su producto de secreción (fig. 8). Los pólipos mucosos del cuello, por su estructura son verdaderos adenomas típicos: algunos de ellos puros, con escaso tejido conjuntivo, otros con utrículos quísticos y algunos con gran desarrollo del tejido vascular (figs. 9, 10 y 11), lo que les comunica un aspecto de tejido eréctil, y en su estructura merecen bien el nombre de cavernosos por la semejanza que con este tejido presentan sus dilataciones vasculares. Están

cubiertos por una delgada capa de epitelio cilíndrico (fig. 11), que á veces se convierte en estratificado (figs. 9 y 10).

Síntomas y diagnóstico.— El síntoma culminante de la metritis cervical es la *leucorrea*. Sus caracteres son los mismos de la secreción fisiológica: un líquido mucoso, glutinoso, más ó menos espeso y de color variable; unas veces transparente como en estado normal, distinguiéndose sólo por su cantidad;

otras es turbio, ó amarillento, ó amarillo-verdoso, según la cantidad de glóbulos de pus que pueda contener, pues en los períodos de agudización de la dolencia el derrame se hace purulento. La cantidad varía según las formas: á veces es en cantidad abundantísima, de 50 y más gramos en una noche ó durante el día: su eliminación es, por lo común, intermitente, pues queda pegada al cuello y retenida en la vagina hasta que la hay en cantidad bastante para ser eliminada; algunas enfermas notan perfectamente esta intermitencia en la eliminación.

Cuando se mezcla con ella la leucorrea uterina ó vaginal, más claras y acuosas, no es tan característica la eliminación de masas glerosas que distinguen la metritis cervical. Las formas catarrales y poliposas son las que producen más abundante leucorrea, menos la hipertrófica, y en la quística puede casi faltar; la complicación del desgarro suele producir aumento en la leucorrea. La leucorrea por sí sola constituye un síntoma muy molesto, por la sensación desagradable que produce á la enferma, aparte de que cuando es abundante no hay duda que constituye para el organismo una fuente de expoliación, que ocasiona fenómenos generales deprimentes y depauperantes.

La menstruación suele alterarse en la metritis cervical; no es raro que exista cierto grado de dismenorrea, sobre todo en las formas catarrales y complicadas; su cantidad no suele alterarse en las formas catarrales simples y quísticas, lo mismo que la periodicidad; empero en las formas hipertróficas con ectropión, simples ó complicadas, es frecuente el adelanto menstrual, su mayor duración y la existencia de verdaderas menorragias; en la forma poliposa, no sólo la menstruación está alterada como en el caso anterior, sino que uno de los síntomas más característicos de los pólipos mucosos del cuello son las me-



FIG. 10

Pólipo mucoso del cuello uterino (porción de la figura anterior).

E, epitelio plano estratificado de la superficie, con su capa córnea C.—V, vasos capilares que atraviesan el epitelio. Están muy dilatados y son los causantes de las hemorragias del tumor.

(Aumento 120 diámetros.)

trorragias irregulares, atípicas, no muy abundantes por regla general, pero extremadamente persistentes.

La vascularización de la mucosa en las diferentes formas de erosión, de ectropión y de degeneración poliposa, es causa de que el cuello sangre fácilmente al menor contacto al practicar una exploración con el espéculum ó los dedos, ó por el coito, que á menudo va seguido en tales circunstancias de pequeñas y pasajeras metrorragias.

La esterilidad es muy común en ciertas formas. La cervicitis de las nullíparas es uno de los obstáculos más serios para la fecundación, tanto si el cuello

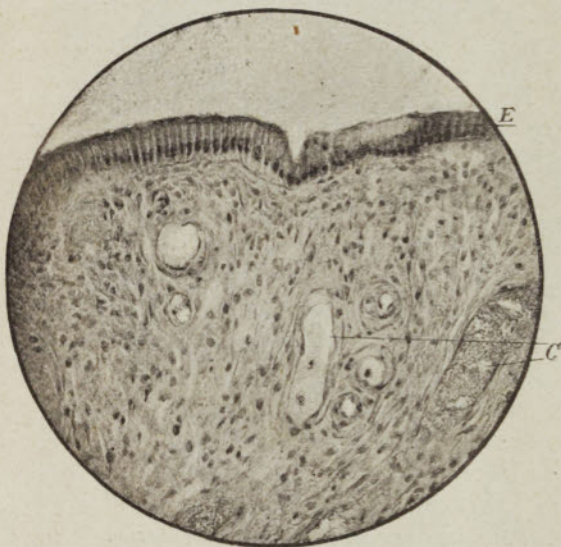


FIG. 11

Pólipo mucoso del cuello uterino alojado en la vagina.

E, epitelio cilíndrico de la superficie, igual al que reviste el conducto cervical.—*C*, capilares sanguíneos extraordinariamente dilatados que llegan hasta la capa epitelial, uno de ellos con un trombus.

(Aumento 120 diámetros.)

está estrechado como si su orificio externo es normal: en uno y otro caso el moco cervical obra á manera de tapón, impidiendo mecánicamente el paso de los espermatozoides. En estos casos, no obstante, es en los que el orgasmo venéreo, al que tanta importancia concede el vulgo para la fecundación, contrayendo el útero, puede provocar la expulsión del tapón cervical y dejar el conducto libre precisamente en los momentos en que los espermatozoides son depositados en el fondo de la vagina. La forma hipertrófica es causa también de esterilidad, pues por una parte el moco obtura el cuello, y por otra, el engrosamiento de la mucosa disminuye ú obtura su calibre por coaptación. Los pólipos mucosos son también un obstáculo á la fecundación, pero no es raro ver sobrevenir un embarazo existiendo pólipos cervicales.

La degeneración quística, si es discreta y no existen ó se han disipado los fenómenos de catarro cervical, no se opone á la fecundación.

El desgarró del cuello complicado ó no con metritis cervical, no suele influir en la facilidad de la fecundación. Por el contrario, puede observarse que aun en casos de metritis cervical intensa con desgarró, el embarazo se realiza, lo que demuestra que la esterilidad producida por la endocervicitis es preferentemente de origen mecánico. En cambio, algunos autores han insistido acerca de la facilidad con que en los úteros con desgarró, sobre todo si éste es algo profundo, sobreviene el aborto (1). Mis observaciones me inclinan á creer acertadas las observaciones de Emmet, Munde, Goodell, Wells, Smith y otros gine-

(1) WELLS: *Cervical laceration and uterine disease. American Journal, etc.*, 1888, pág. 260.—DODERLEIN: *Annales de Gynecologie et d'Obstetrique*, tomo LIV, pág. 384; 1900.

cólogos americanos, si bien éstos exageran algo, mientras que muchos autores alemanes conceden al desgarró escaso valor bajo este concepto.

Las manifestaciones locales dolorosas son muy variables. Algunas veces no experimentan las enfermas dolor ninguno, otras se presenta lumbago, á veces dispareunia y neuralgias pélvicas variadas. Es muy difícil dilucidar la parte que en las manifestaciones de los fenómenos dolorosos locales corresponde á la metritis cervical; son numerosos los casos en que apenas existe sensación ninguna dolorosa con metritis muy acentuadas; con todo, no suele faltar cierto malestar en el bajo vientre. Las manifestaciones francamente dolorosas en los anexos, recto y vejiga urinaria, parecen más bien ser debidas á complicaciones ó á la predisposición de la enferma á padecer neuralgias; dada la predisposición, sin duda no es indiferente la metritis en la producción de los síntomas dolorosos.

No siempre los fenómenos dolorosos son locales; á veces se presentan á distancia en forma de jaquecas ó neuralgias faciales, intercostales, raquídeas, etcétera; son muy frecuentes las neuralgias en forma de gastralgia ó ansiedad precordial, neuralgia umbilical y á veces enteralgias. En estos casos también debe concederse gran importancia al temperamento de la enferma, pues es fácil convencerse que las lesiones que en unas son intolerables, pasan para otras casi desapercibidas. Los demás síntomas reflejos que pueden presentarse, como llamaradas en el rostro, perversiones del gusto, etc., se encuentran en el mismo caso. Una de las manifestaciones reflejas que parece menos dudosa, es la atonía del tubo digestivo, traducida por constipación habitual, trastornos dispépticos y tendencia al meteorismo; sin duda es de las más frecuentes y la que guarda una relación más inmediata con la existencia de la metritis cervical. Existe, no obstante, un hecho que caracteriza el reflejismo de la endocervicitis; generalmente son más exageradas sus manifestaciones en las lesiones pequeñas que en las más acentuadas; así, se observa un cuadro más complicado en la simple forma catarral que en las lesiones quísticas y poliposas; la misma forma hipertrófica parece más tolerada que la catarral.

La influencia del desgarró sobre las manifestaciones dolorosas locales y reflejas ha sido muy discutida. La teoría de Emmet (1), fundada en la excitación de los filetes nerviosos en la cicatriz de la rasgadura como origen de multitud de reflejos y fenómenos dolorosos, cuenta, sobre todo en América, acérrimos partidarios, los que aceptan dicha influencia hasta el punto de conceder poca importancia en estos casos á la metritis cervical coexistente (2). Creo que ha habido y hay todavía exageración en las creencias de los autores americanos al señalar la importancia del desgarró por lo que se refiere á la provocación de síntomas; en efecto, cuando se observa un cuello con desgarró profundos, pero sin ninguna complicación flogística uterina ni peri-uterina, no suele ocasionar síntoma ninguno local ni general; he visto una porción de casos en estas condiciones. Cuando coexiste con el desgarró una metritis cervical, lo que generalmente sucede, existen fenómenos dolorosos como en los demás casos de metritis simple; pero además se presenta el dolor que se despierta en algunas

(1) EMMET: *La pratique des maladies des femmes*, págs. 476 y sigs., 1887.

(2) Véase T. C. SMITH: *Lacerations of the cervix uteri*. *American Journal*, etc.; pág. 46, 1891.

cicatrices al tocarlas en su ángulo, dolor vivo y reflejos intensos que han sido motivo de que algunos autores describieran ese ángulo con el nombre de *clavo doloroso*, y que Roser describiera el *ectropión doloroso*. Estos casos existen casi siempre asociados con la metritis ó con las parametritis antiguas; creo que Fritchs (1) se aproxima á la verdad cuando dice que son debidas tales manifestaciones á cicatrices parametríticas que inmovilizan el útero, aunque por lo general los autores alemanes muestran la misma exageración al disminuir la importancia de los desgarros del cuello que los americanos al aumentarla. El cuello del útero desgarrado, movable y sin metritis, no ocasiona, por regla general, síntoma ninguno; lo mismo ocurre en algunos cuellos desgarrados con metritis intensas; en cambio existen cicatrices de desgarros verdaderamente dolorosas, generalmente hacia el ángulo, de donde parte una pequeña induración parametrítica; aun faltando esta complicación, puede la cicatriz ser dolorosa y extremadamente sensible por excitación de los filetes nerviosos, como quiere Emmet, ó por otro mecanismo cualquiera; he visto un caso que cada vez que se tocaba el ángulo de la cicatriz se producía un dolor tan angustioso, que ocasionaba un síncope; estas cicatrices dolorosas se observan también en los desgarros del periné; también en las fistulas urinarias, el tejido cicatricial que forma sus bordes es á veces extremadamente sensible, de manera que el fenómeno no es exclusivo del desgarro del cuello, sino de toda cicatriz genital; de modo que en definitiva es un caso concreto de un fenómeno general y no un hecho común y peculiar del desgarro del cuello. Aun considerándolo así, en los casos en que existe, tiene toda la importancia que algunos ginecólogos le atribuyen, y basta por sí solo para dar origen á indicaciones especiales.

El diagnóstico de la metritis cervical debe siempre establecerse mediante la exploración directa; nunca los datos recogidos de la anamnesis ni los síntomas subjetivos bastan para un diagnóstico de metritis del cuello.

El tacto vaginal y combinado proporciona síntomas importantes, y en los casos dudosos son los de más valor. Ciertamente que en algunas formas, como en la catarral y en la hipertrófica simples, apenas proporciona síntoma ninguno, como no sea en la última cierta blandura y relieve del hocico de tenca, en los casos muy pronunciados. Empero los quistes de Naboth se aprecian perfectamente en su número, situación y volumen por los relieves ó abolladuras que forman en la superficie de la porción vaginal del cuello. La degeneración poliposa y los pólipos mucosos se aprecian perfectamente por el tacto en todas sus condiciones de implantación, número, volumen y blandura.

Donde tiene particular aplicación el tacto es en el diagnóstico del desgarro del cuello, pues mejor que con ningún espéculum puede apreciarse su profundidad, y sobre todo las zonas dolorosas que existen; á menudo indica el tacto la existencia de un desgarro que apenas se hace visible al espéculum. En los casos de desgarro en que la mucosa se halla al descubierto y más ó menos hipertrofiada, el tacto será lo único que nos permita establecer su friabilidad é induración para orientarnos en un diagnóstico diferencial. Nunca, al reconocer con el tacto un cuello afecto de metritis cervical, debe dejar de hacerse la exploración combinada para saber con ella cómo está el cuerpo del útero y los anexos, y no

(1) *Traité des maladies des femmes* pág. 190, 1898

atribuir á la dolencia cervical lo que quizás dependa de alguna lesión de vecindad; así nos convenceremos que muchos de los fenómenos dolorosos atribuidos al desgarro, son dependientes de lesiones peri-uterinas.

El examen visual se impone para apreciar la forma y extensión del ectropión y de las placas catarrales ó erosiones. Con el espéculum cilíndrico puede verse bien la superficie vaginal del cuello, pero en un caso complicado con desgarro, se explora mucho mejor con el espéculum de Cusco, y aun preferentemente con las valvas de Simón, porque con ellas pueden separarse los labios del desgarro y apreciar mejor la magnitud de éste y la importancia de las lesiones mucosas.

El examen visual nos permite ver el moco que sale por el hocico de tenca y principalmente apreciar su consistencia en aquellos casos en que es pegajoso y espeso. Descubierta el cuello, debe separarse con torundas de algodón el moco existente en su superficie, para apreciar debidamente los cambios que presentan la coloración y lisura de la porción vaginal y la mucosa endocervical; entonces puede observarse la rubicundez de las placas catarrales y su forma: aparecen de un color rojo subido, y á veces sangran fácilmente, sobre todo en la forma papilar, al pasar la torunda de algodón. La mucosa endocervical, exceptuando las formas hipertróficas, que forman un rodete rojizo y con relieve alrededor del hocico de tenca, no es visible al examen con el espéculum; no obstante, en los casos complicados con desgarro, éste deja al descubierto la mucosa. En las formas catarrales simples sin placas en la porción vaginal, el espéculum poco descubre, y tan sólo apreciamos la leucorrea que rezuma al través del hocico de tenca en mayor cantidad de la normal y por lo común menos clara y transparente que en los cuellos normales; generalmente se observa alrededor del orificio externo del cuello cierta rubicundez difusa más marcada en uno de los labios que en otro, debida sin duda al efecto irritante del moco cervical; en efecto, cuando la metritis reside en el epitelio pavimentoso de la porción vaginal, dicha rubicundez se halla en el labio anterior, porque dada la anteflexión del órgano el moco se escurre por su propio peso por la superficie de dicho lado: en cambio, si con el catarro cervical coincide una retrodesviación, la rubicundez se encuentra en el labio posterior, por el que se escurre la leucorrea cervical.

Los quistes se descubren fácilmente por su color blanquecino transparente en la parte más prominente de los mismos. Los pólipos se ven á veces sin necesidad de espéculum, pues no es raro que lleguen á alcanzar bastante longitud, ocupando la vagina hasta llegar cerca la vulva, y aun en ocasiones salir fuera de ésta tres y cuatro centímetros; su color es siempre rojo intenso, excepto algunos muy antiguos ó que salen fuera de la vulva, en los que el epitelio se modifica, haciéndose escamoso y adquiriendo la superficie del pólipo un color más blanquecino.

Algunas veces será útil emplear pinzas largas ó el histerómetro para separar los labios y apreciar la profundidad de un desgarro; pero ordinariamente bastan el tacto y el espéculum para apreciar todos los caracteres de la metritis cervical y sentar su diagnóstico, ya que éste, fundado en los síntomas antedichos, no ofrece ordinariamente la más pequeña dificultad.

El diagnóstico diferencial ofrecerá dificultades para especificar ciertas formas que aun siendo metritis cervicales, no pertenecen al capítulo de las mismas

como las *placas mucosas* en el cuello, muy raras y fáciles de diagnosticar, y la existencia de chancros duros que alguna vez asientan en dicha región: se distinguen porque forman verdadera ulceración limitada á una zona determinada y con pocas lesiones en el resto de la mucosa, en tanto que la metritis cervical, aunque con zonas de mayor intensidad, es siempre una afección generalizada á toda la mucosa.

La verdadera dificultad diagnóstica se encuentra en diferenciar ciertas formas de ectropión con el epiteloma incipiente del cuello. Debe basarse el diagnóstico en dos síntomas principales: la facilidad con que sangra el epiteloma y la base de induración que el tacto descubre debajo de la zona ulcerada. En la metritis cervical el tejido no es friable como en el epiteloma, no sangra fácilmente ni existe base de induración; por otra parte, el epiteloma suele estar acantonado en uno de los labios del cuello ó hacia uno de los lados; la metritis, en cambio, es generalizada. Generalmente estos datos, bien apreciados, bastan para establecer un diagnóstico; sin embargo, existen casos en los que la metritis se halla en un período de agudización y sangra fácilmente, ó bien la hipertrofia mucosa se presenta irregular y ofrece verdaderas tumoraciones, á veces algo duras, sea por su larga fecha, sea por efecto de ciertos tratamientos inoportunos; en estos casos, ni el tacto ni la vista bastan para esclarecer las dudas y establecer un diagnóstico, siendo preciso para ello ó someter la enferma á un tratamiento adecuado, en cuyo caso, si se trata de una metritis en período de eretismo, la mejoría no tardará en manifestarse, no cambiando el estado de cosas si se trata de un epiteloma, ó bien extraer con el dedo, una tijera ó la cucharilla, una pequeña porción de tejido que se analizará al microscopio, que en definitiva es el que debe resolver estos casos dudosos para no perder la oportunidad de un tratamiento adecuado.

Algunas formas pueden dar lugar á confusiones diagnósticas raras: recuerdo el caso de una señora que contrajo matrimonio próxima á la menopausia, que después de algunos desarreglos cesó la menstruación, creyendo estar embarazada; á los dos meses se presentó una metrorragia irregular, no muy abundante, que á los tres días adquirió grandes proporciones, temiendo la enferma se tratara de un aborto; á pesar de no existir dolores practiqué una exploración y encontré un cuerpo planiforme, alargado y blando en la vagina que procedía del cuello, igual que se encuentran á veces las secundinas retenidas en la vagina por una pequeña adherencia intra-uterina. Busqué esta adherencia, que desprendí, llamándome la atención su resistencia. Examinada *grosso modo* la pieza, me pareció una secundina: la hemorragia cesó en absoluto y la familia guardó la pieza en alcohol. A los tres meses fuí llamado y comprobé un embarazo de cinco meses, con lo que entré en sospechas de mi primer diagnóstico. El examen de la pieza que casualmente guardaban los interesados, me permitió cerciorarme de que había arrancado un pólipo mucoso del cuello, que me hizo creer en un aborto. Claro que estos errores se evitan con un examen detenido, pero para ello se necesita la sospecha que nos induzca por tal camino.

Una de las confusiones diagnósticas trascendentales consiste en atribuir á la metritis cervical fenómenos dolorosos que obedecen á lesiones peri-uterinas: un examen atento evitará la confusión, debiendo recordar que la metritis cervical, en todas sus formas, puede existir sin ninguna manifestación dolorosa, y

que, por lo tanto, cuando éstas existen debe buscarse cuál es el origen de las mismas y no atribuirles á la primera lesión que aparece á la vista: este error es frequentísimo entre los médicos en general y los ginecólogos poco experimentados.

Curso y complicaciones.—Caracterizan la metritis cervical su cronicidad y rebeldía. Muy pocas veces ofrece tendencia á la curación espontánea, al contrario, es eminentemente progresiva y alguna de sus formas sólo aparecen en las últimas etapas de su desarrollo. Una vez iniciada la metritis cervical, en los casos en que no resulta un obstáculo para la fecundación, suele persistir aún al través de partos y puerperios; tampoco desaparece la metritis cervical al aparecer la menopausia, al contrario, persiste con carácter progresivo.

No es extraño que al interrogar una enferma afecta de largo pólipo mucoso del cuello, y ya entrada en la vejez, nos refiera que en su juventud, hacia los veinte años, comenzó á presentar los síntomas de una metritis cervical con sus pérdidas glerosas típicas que se sostuvieron toda la vida hasta venir á parar en la hipertrofia glandular originaria del pólipo.

La degeneración quística suele aparecer también después de mucho tiempo de persistir la metritis cervical, sea espontáneamente, sea por efecto de tratamientos tópicos mal dirigidos.

En el curso de la dolencia se observan frecuentemente períodos de agravación ó mayor intensidad en que se hace más patente la dolencia: son verdaderas agudizaciones provocadas por las causas comunes de la metritis, hijas comúnmente de reinfecciones del cuello ó exaltación de la virulencia de las colonias existentes si todavía no estaban agotadas.

Los casos complicados con desgarró son los que con mayor frecuencia presentan esos períodos de avivamiento de la dolencia, lo que se comprende dada la influencia que hemos dicho tenía el desgarró en el desarrollo de la metritis cervical, poniendo la mucosa al descubierto y en contacto de las secreciones vaginales. Emmet había insistido ya sobre este punto (1) antes de la controversia sobre el origen microbiano de la metritis cervical, y sus mismas teorías las acepta actualmente Doderlein (2), fundándose en el estudio microbiológico más detenido y analítico de tal asunto.

Cuando, según veremos al hablar del tratamiento, no poseíamos medios para obtener una curación radical de la metritis cervical, las enfermas eran asistidas asiduamente al despacho del ginecólogo, y en particular las que sufrían metritis con desgarró; el alivio y hasta una curación aparente se obtenían á veces fácilmente, pero la recidiva era casi segura, particularmente cuando existía desgarró.

La duración, por tanto, de la metritis cervical no tiene límites y suele durar toda la vida, ofreciéndose con diferentes fases y variando la intensidad de sus manifestaciones. Un tratamiento adecuado triunfa con seguridad de una dolencia tan pertinaz.

Sin duda, la metritis cervical tiene más importancia por las complicaciones

(1) Loc. cit., págs. 455 y siguientes.

(2) DODERLEIN: Ponencia del Congreso de París de 1900. *Comptes rendus*, pág. 265

que puede y suele acarrear que por la enfermedad en sí misma. No debe olvidarse que el cuello del útero, organizado para resistir los ataques microbianos, representa la *zona barrera* entre el exterior séptico y el interior puro, sin microbios en estado normal, constituido por tejidos que resisten poco y que á menudo son invadidos por los gérmenes patógenos. La metritis cervical altera esa barrera, disminuye ó destruye la defensa, y los gérmenes que llegan á la vagina encuentran facilitada su penetración por las alteraciones del cuello.

Dos caminos abre la metritis cervical á la infección: la mucosa y la vía vascular (linfática ó sanguínea).

La endometritis del cuerpo complicando la endocervicitis es tan frecuente, que, según he indicado antes, algunos autores, particularmente Mendes de Leon en su ponencia del Congreso de París, se resisten á admitir como afecciones independientes las endometritis del cuello y del cuerpo. Realmente no es raro que el istmo ponga obstáculo á la progresión de la infección hasta el endometrio; pero ó el germen es virulento, como el gonococo, ó el cuello está modificado, como durante el puerperio, y las colonias microbianas atraviesan fácilmente el orificio interno del cuello é invaden la mucosa del cuerpo del útero. Ya en este sitio, la infección gana fácilmente la trompa, y de aquí el ovario y el peritoneo; á menudo una de las complicaciones de la metritis cervical es la endometritis del cuerpo y la anexitis. Este mecanismo de la infección ascendente está hoy perfectamente comprobado.

Indudablemente el útero se defiende, traduciéndose por lo general los fenómenos irritativos que la invasión microbiana produce en el istmo por una complicación de la metritis cervical, respecto la que Doleris ha llamado la atención de un modo especial; dicha complicación es el espasmo del orificio interno, hijo, bien de la contracción muscular, bien del engrosamiento de la mucosa, que, al adosarse, obtura el istmo y produce fenómenos de retención que se manifiestan por cólicos uterinos, particularmente durante el período menstrual, en forma de dismenorrea más ó menos intensa y de una esterilidad sostenida; por eso el catarro cervical con dismenorrea que no procede de lesiones anexiales ocasiona casi siempre esterilidad.

Además de la vía mucosa, la metritis cervical abre fácilmente camino á la infección vascular: en la metritis crónica casi siempre es la vía linfática la invadida; en la metritis aguda puerperal ó traumática puede también ser la venosa la alterada. Se comprende fácilmente que en los casos de metritis cervical con erosiones, y más todavía en los pocos en que hay verdaderas ulceraciones, ó bien cuando un desgarró deja al descubierto la mucosa cervical y ésta, por la flogosis, tiene un epitelio irritado y propenso á la descamación, que el más pequeño motivo podrá ocasionar la penetración en la red linfática subepitelial de colonias microbianas; el coito, una exploración algo brusca, una torunda que limpie el cuello y aun simples microbios en estado de virulencia, pueden fácilmente traspasar el epitelio alterado y la linfangitis sobreviene.

De aquí la frecuencia de las parametritis crónicas y sub-agudas en los casos de metritis cervical, perceptibles al tacto por induraciones dolorosas alrededor del cuello. Esas infecciones pueden invadir el tejido celular del ligamento ancho y originar un flemón ó una parametritis, como pueden correr hacia el Douglas ó hacia adelante, provocando infecciones en todas estas zonas. Aun

siguiendo la vía linfática pueden llegar al peritoneo y al estroma del ovario ocasionando flogosis agudas ó crónicas de estas regiones. Esas invasiones linfáticas llevan también la infección del cuello á los genitales internos.

El hecho de que la metritis cervical sangra al menor contacto da á comprender cómo puede la infección propagarse por la vía venosa, aunque el hecho es tan raro en las cervicitis crónicas como frecuente es la invasión linfática.

Así se comprende la frecuencia con que las metritis cervicales inveteradas van acompañadas de alteraciones peri-uterinas, sea del tejido celular, sea de los anexos. Es frecuente observar enfermas que sufren una metritis cervical sin propagaciones á las zonas vecinas, y á los dos años encontrar una anexitis quística ó bien un útero que va perdiendo su movilidad por infiltraciones repetidas del tejido celular peri-uterino. La metritis cervical no es más que una etapa de la infección genital ascendente, y ella á su vez abre la puerta á las infecciones altas.

Algunos autores atribuyen un importante papel á la metritis cervical en la producción de las posiciones viciosas del órgano uterino; en efecto, tanto la metritis del cuerpo como las flogosis peri-uterinas, son causas sumamente abonadas para la producción de las desviaciones uterinas; además, los desgarros profundos del cuello, haciendo perder á éste parte de su consistencia, quitan al cuerpo uno de los apoyos principales para sostenerse en su posición normal.

Otra de las complicaciones á que puede dar lugar es la estrechez consecutiva del conducto cervical por engrosamiento de la mucosa, fenómeno que viene á aumentar las manifestaciones dolorosas del espasmo ó estrechez del istmo y aumentar las probabilidades de una esterilidad.

Una de las complicaciones frecuentes en la metritis cervical complicada con grandes desgarros, es la producción del aborto. Olshausen (1), Doleris (2) y otros autores insisten sobre el particular; ya indiqué antes que mis observaciones me obligan á conceder mucha importancia á la metritis cervical complicada con grandes desgarros en la producción del aborto.

Algunos autores han insistido acerca la importancia que tiene la metritis cervical crónica en la producción de neoplasias malignas del cuello. Breisky y muchos otros autores admiten una marcada influencia de la metritis cervical en el desarrollo del epiteloma; admiten que esa causa de irritación formativa constante que supone la metritis puede ser motivo de la aparición de la neoplasia maligna. Lutton (3) cree que el desgarro con metritis cervical tiene una influencia especial y muy marcada en la aparición del cáncer del útero. Algunos autores fundan en parte la necesidad de la intervención quirúrgica en la metritis cervical para evitar la producción de la neoplasia maligna. Siendo dos enfermedades bastante frecuentes, es bien difícil aclarar si una obra directamente para producir la otra ó si se trata de simples hechos de coincidencia. He visto algunos casos de cáncer del cuello recaer en úteros afectados de metritis cervical inveterada, como también he visto algún caso recaer en cuellos que

(1) R. OLSHAUSEN y J. VEIT: *Tratado de Obstetricia*, traducción española de Goyanes, 1903, pág. 502.

(2) *Metritis et fausses metritis*, 1903, págs. 355 y siguientes

(3) *American journal of Obstetrics*, tomo XLVI, pág. 97; 1902.

habían sufrido antes una operación plástica, y aunque no me atreveré á negar del todo que la metritis cervical crónica sea indiferente á su producción, no estoy tampoco del todo convencido de que pueda tener una influencia decidida.

La sospecha de que la metritis cervical crónica pueda influir en el desarrollo de la neoplasia epitelial es un motivo más para considerar dicha dolencia como una enfermedad seria, con la que no se debe transigir siquiera para evitar el gran número de complicaciones que acabo de indicar, todas ellas de mayor entidad y más graves que la metritis cervical.

Tratamiento.—El tratamiento de la metritis cervical comprende un sinnúmero de medios que han gozado de más ó menos boga en épocas distintas. Recuérdese que hubo un tiempo en que la patología del cuello absorbía casi la Ginecología; cuando comenzó á aplicarse el espéculum, los ginecólogos concedieron exagerada importancia á las lesiones del cuello, y siendo raro que exista una lesión peri-uterina sin metritis cervical, ya que por lo común tiene en ésta su puerta de entrada, todas las afecciones genitales se hacían depender del estado del cuello del útero, y la terapéutica local, con el espéculum cilíndrico y los distintos tópicos, constituía toda la terapéutica ginecológica; nada lo indica mejor que los *días de espéculum* señalados en todas las clínicas ginecológicas, y en las que una enferma tras otra se sentaban en la silla de reconocimientos, se aplicaba un espéculum, se practicaba un toque, y eso se repetía una y otra semana.

Muchas enfermas afectas de lesiones peri-uterinas nada beneficiaban con este tratamiento, y recuerdo perfectamente el partido que un eminente ginecólogo de la escuela antigua, hombre de gran perspicacia clínica, el doctor Rull, sacaba de este hecho, sometiendo á muchas enfermas que acudían á su consulta á un tratamiento de reposo, que si no producía grandes resultados, tenía la ventaja de no avivar enfermedades en las que las lesiones visibles del cuello eran lo que menos importancia tenía, aunque quizás hubiesen sido la causa de la afección principal.

Dada la importancia que en el origen y patogenia de muchas afecciones genitales sabemos tiene la metritis cervical, se comprende la importancia que debemos conceder al tratamiento, pues con él no sólo curamos una enfermedad molesta, sino que prevenimos gran número de complicaciones.

Las indicaciones derivan de dos hechos principales: 1.º, prevenir la infección ó reinfección del cuello, que tan propenso es á ello cuando sufre las lesiones de la metritis cervical; 2.º, reintegrar al estado normal la mucosa modificando sus lesiones para obtener una curación definitiva.

La primera indicación se cumple empleando una medicación tópica adecuada para mantener lo más limpia y aséptica posible la región del cuello y de los genitales externos. Las irrigaciones vaginales abundantes, calientes y que tengan en solución alguna substancia apropiada, son de rigor en el tratamiento de la metritis cervical; han de ser abundantes para que mecánicamente arrastren las mucosidades y secreciones del cuello y de la vagina; calientes, porque de esta manera, por la acción del calor, se descongestiona el cuello del útero y se combate uno de los elementos primordiales de la metritis cervical; y que contengan alguna substancia astringente (tanino, sulfato de zinc, de alú-

mina ó de cobre, etc.), ó antiséptica (ácido bórico, permanganato potásico, lisol, ácido fénico, formol, ácido salicílico, etc.); de esta manera, además de las acciones antedichas, obtenemos un efecto directo sobre los gérmenes vaginales y uterinos, combatimos la infección existente y evitamos las reinfecciones.

Para coadyuvar estas mismas indicaciones, los supositorios vaginales glicerinados con ictiol, tanino, bismuto, protargol, yodoformo, creosoformo, etcétera, aplicados después de una irrigación vaginal, diariamente ó en días alternos, son un medio precioso. La corriente exosmótica que la glicerina verifica sobre la porción vaginal del cuello, arrastra microbios al exterior y descongestiona el órgano, y la substancia antiséptica, al quedar libre, se deposita sobre el cuello y fondos vaginales, formando, por decirlo así, una atmósfera desinfectante sumamente beneficiosa para la antisepsis útero-vaginal.

Al lado de los supositorios debemos citar los tapones de algodón empapados en diferentes substancias, medio que algunos consideran preferible á los supositorios y que se aplican directamente en el cuello por el mismo ginecólogo por medio de un espéculum cilíndrico, dejándolos doce ó veinticuatro horas. El medio es bueno y eficaz, pero no tanto como los supositorios, porque al fin y al cabo el tapón retiene siempre en el fondo de la vagina, durante su permanencia, parte de los productos de secreción, cuyos malos efectos no siempre bastan á contrarrestar las propiedades antisépticas del tópicó empleado; he visto muchos casos tolerar mal esta medicación, y creo, por lo tanto, muy preferibles los supositorios á los tapones.

Cualquiera de estos medios que se emplee, debe siempre recordarse que hay que evitar que las substancias empleadas, así en irrigaciones como en supositorios ó tapones, no sean demasiado enérgicas por su naturaleza ó cantidad, pues de otro modo los efectos irritantes producidos por las mismas pueden contrarrestar los beneficios que esperamos.

Este tratamiento tan sencillo, por sí solo es eficaz como medio paliativo; en las metritis cervicales abandonadas, los efectos que se obtienen son rápidos y seguros, la leucorrea disminuye rápidamente y los dolores menguan ó desaparecen. Muchas enfermas se creen curadas á las tres ó cuatro semanas de emplear con asiduidad el tratamiento indicado; sin embargo, pocas son las que realmente curan por tan sencillos medios; la mayoría ve reaparecer los síntomas en cuanto cesa el tratamiento, y el ginecólogo comprueba que la mucosa continúa lesionada, si bien con menos hiperemia, menos sensibilidad y con su hipersecreción muy disminuída.

Siempre hay que contar con que este tratamiento es la base de un tratamiento curativo; los medios más apropiados que voy á indicar fracasarán casi siempre si no se acompañan de la aplicación de irrigaciones por lo menos, de supositorios ó tapones, medios que constituyen por sí solos una verdadera indicación causal.

La indicación de reintegrar la mucosa cervical á la normalidad, combatiendo la hiperplasia é hipertrofia glandular y corrigiendo la descamación epitelial, se logra con diferentes medios que cumplen una verdadera indicación curativa. Si las lesiones no son antiguas y son poco acentuadas, se comprende que al cumplir la indicación causal podrán sufrir una regresión y volver á la normalidad; pero cuando han alcanzado cierto grado de desarrollo y se han

hecho ya definitivas, como en las formas catarrales inveteradas, en las hipertróficas, en las complicadas con desgarros y en los ectropiones, es preciso emplear medios enérgicos capaces de modificar profundamente la mucosa. Estos medios los constituyen los diferentes tópicos que se aplican sobre la mucosa.

Todos ellos son antisépticos enérgicos y cáusticos más ó menos potentes; la lista es numerosa y cada uno de ellos goza de la predilección de ginecólogos distinguidos; lo que prueba que la indicación puede cumplirse bien con diferentes substancias: tintura de yodo (Courty), tintura yodo-yodurada (Churchill), ácido fénico (Lawson-Tait), ácido nítrico (Fritchs), creosota (Doleris), cloruro de zinc (Brosse), nitrato ácido de mercurio (Scanzoni), formalina (Doderlein), sulforcinato de sosa (Legueu), ácido acético (Hoffman), azul de metileno (Chalaix-Vivier), levadura de cerveza (Landau), ácido pícrico, crómico; soluciones de clorato de potasa y de sosa, sulfato de zinc y de cobre, bicloruro de mercurio; substancias pulverulentas, yodoformo, bismuto, airoi; pomadas de protargol, eurofeno, etc., etc.

Al escoger el agente que queremos emplear, hemos de tener en cuenta que sus efectos no han de ser destructores, sino profundamente modificadores de la mucosa y exentos de todo peligro de intoxicación. Cualquier agente que destruya la mucosa superficialmente, como el nitrato de plata, soluciones, aun ligeras, de cloruro de zinc, ácido nítrico, etc., tiene el inconveniente de provocar en la superficie la formación de tejido cicatricial que, obturando las glándulas que quedan por debajo, favorecen la degeneración quística; cuando modificando la mucosa no podemos curarla y hay que apelar á medios destructivos, es preferible, según indicaré luego, destruirla completamente.

Entre los diversos agentes que he empleado, doy la preferencia á la tintura de yodo, solución al tercio de creosota en glicerina y solución al tercio de ácido fénico en alcohol.

Estas substancias se aplican en la porción vaginal del cuello con un pincel y dentro del conducto cervical con un aplicador (1) ó torundita de algodón; en uno y otro caso se emplea el espéculum cilíndrico. El líquido sobrante se seca con torundas de algodón ó con una irrigación para que no obre sobre la vagina. Se hacen una ó dos curaciones por semana, á la vez que se insiste en el tratamiento causal antes indicado.

Si las lesiones no son antiguas y profundas, en los casos de metritis catarral ligera, de erosiones no muy extensas, en ciertas formas con pequeños desgarros, algunas hipertróficas no muy pronunciadas, se observa que la porción vaginal toma su aspecto normal y el conducto cervical deja de ofrecer la leucorrea típica y cesa el engrosamiento de la mucosa; diez ó doce curaciones bastan. Lo que no se logra con diez ó doce curaciones difícilmente se logra con mayor insistencia, y entonces es preferible recurrir á otra indicación más radical. Conviene dejar consignado que muchas metritis cervicales se curan con este tratamiento.

Cuando las lesiones son antiguas, definitivas y muy acentuadas, incapaces de sufrir una regresión que reponga la mucosa al estado normal, se impone la destrucción del endometrio cervical; cuando la cervicitis viene complicada con

(1) Véase tomo I, pág. 153.

grandes desgarros ó cuando presenta la forma hipertrófica ó la quística, dicha indicación constituye el único recurso.

Existe una pequeña intervención, recomendada y practicada por Doleris, que tiene aplicación en algunos casos, y que no deja de ser eficaz si se limita su empleo á las formas tributarias de la misma. Consiste en practicar una dilatación muy amplia del cuello por medio de laminarias, para lograr desplegar los repliegues de la mucosa cervical, y luego practicar verdaderas escarificaciones desde el istmo al hocico de tenca, que profundicen unos dos milímetros; para ello ha hecho construir su *herce* (rastrillo) con tres ó cuatro láminas cortantes (fig. 12), que se pasa distintas veces por toda la superficie de la mucosa, con lo que se abren los acini glandulares y se provoca una hemorragia que descongestiona la región y es sumamente beneficiosa. En seguida se procura desinfectar la mucosa, y el mejor medio para ello es taponar el cuello del útero con una tira de gasa empapada en glicerina creosotada al 40 por 100, aplicando luego



FIG. 12

Rastrillo de Doleris.

un taponamiento vaginal; á los dos días se retira y practica varios días el tratamiento tópico antes indicado, repitiendo toques con la misma glicerina ó bien con tintura de yodo. He podido convencerme de su eficacia en casos en que, si bien inveterados, conservan la forma catarral con poco engrosamiento de la mucosa y escasas erosiones, y particularmente en aquellos en que á la condición anterior se junta un cuello estrechado ó cónico; en los demás, produce resultados deficientes. Es un tratamiento muy bien tolerado por las enfermas, escasamente doloroso y que puede practicarse en el gabinete del ginecólogo.

Cuando está indicada la destrucción de la mucosa, puede realizarse con el termo-cauterio, con los cáusticos potenciales y con el bisturí. Desechar *a priori* y en absoluto la eficacia del termo-cauterio y de los cáusticos, es demostrar un exclusivismo injusto que quita de las manos de los ginecólogos medios que, bien aplicados, son tan eficaces é inofensivos como la operación plástica más perfecta. Negar que ésta realiza el ideal en el tratamiento de las metritis cervicales, es desconocer la perfección que con ella se logra en la curación de todas las formas de endocervicitis.

Puesto el cuello al descubierto, puédesse perfectamente, con el termo-cauterio ó el gálvano-cauterio, destruir la mucosa cervical en tanta extensión y profundidad como se desee: se forma una escara que se desprende á los pocos días, dejando el conducto cervical convertido en un trayecto ulcerado sin restos de mucosa; la cicatrización suele obtenerse bastante rápidamente, pero el cuello se deforma y estrecha, pudiendo hasta llegar á la obturación; la metritis queda radicalmente curada, pero es substituída por otra dolencia, quizás peor, cual es la deformidad del cuello, que puede llegar hasta la atresia.

La misma destrucción de la mucosa puede obtenerse aplicando un cáustico

potencial enérgico cual la pasta de Viena, el cloruro de zinc, el ácido nítrico puro, el cáustico de Filhos y otros; todos forman una escara más ó menos profunda que, al desprenderse, arrastra la mucosa, dejando una extensa superficie ulcerada que debe cicatrizar por granulación, presentando, por lo tanto, los mismos inconvenientes y peligros que la escara producida por el termo-cauterio.

De aquí que tales tratamientos hayan sido abandonados de una manera general, y fácilmente se comprende que no deben emplearse jamás cuando se trata de formas generalizadas y en que la destrucción de la mucosa debe ser total. En cambio, cuando se trata de formas localizadas, ó sean aquellas en que la hipertrofia de la mucosa cervical es patente en un solo labio del cuello por deformidad debida á partos anteriores (lámina I, v), en que la destrucción de la masa hipertrofiada basta para obtener la curación, si además recae en una enferma en las proximidades de la menopausia y en la que, por tanto, una deformación tiene poca importancia, teniendo en cuenta que dicha destrucción parcial no puede nunca conducir á una atresia, no hay inconveniente en emplear el termo-cauterio, siempre éste de preferencia á los cáusticos, por la dificultad de limitar la acción de estos últimos á la zona dañada. En realidad son muy contados los casos tributarios de este tratamiento, pero cuando se presentan pueden ser fácilmente vencidos por este medio, mucho más sencillo en su aplicación que las operaciones plásticas.

El procedimiento preconizado por Richelot (1) en estos últimos años de substituir las operaciones plásticas por la aplicación del cáustico de Filhos sobre la mucosa en sesiones sucesivas, realizando una destrucción lenta de la misma, dudo mucho que logre generalizarse é imponerse, á pesar de los esfuerzos del autor para demostrar su eficacia (2). Richelot mismo no lo considera superior á la intervención quirúrgica, y al reasumir los efectos del mismo, dice: «En cuanto al Filhos, hasta ahora desconocido, es el otro método eficaz para curar la metritis cervical inveterada. Es un tratamiento fácil que produce siempre resultado siguiendo las indicaciones y reglas expuestas: destruye seguramente los tejidos enfermos, restaura la forma y las funciones y no presenta ningún peligro (3).» Como Doleris, Pozzi y otros, creo que el cáustico de Filhos puede curar cervicitis superficiales, pero que adolece de los defectos de todo cáustico y que no puede reconstruir cuellos deformados por desgarros profundos, ó por degeneraciones quísticas, ó grandes hipertrofias mucosas.

Las operaciones plásticas sobre el cuello del útero en los casos de metritis cervical, están indicadas en los casos rebeldes ó inveterados, en aquéllos en que existen deformaciones por desgarros anteriores, en las formas hipertróficas con ectropión y en las degeneraciones quísticas; las contraindicaciones son la existencia de flogosis peri-uterinas agudas y las anexitis quísticas, pues en estos casos las maniobras necesarias para la intervención pueden ocasionar complicaciones de importancia.

Las operaciones plásticas contra la endocervicitis crónica son: la *traqueleorrafia* ú operación de Emmet, y la *amputación anaplástica* ú operación de

(1) RICHELLOT: *Chirurgie de l'uterus*, pág. 66

(2) *Annales de Gynecologie et d'obstetrique*, pág. 152; 1902.

(3) RICHELLOT: *Chirurgie de l'uterus*, pág. 87.

Schroeder. Estudiaré su técnica junto con las demás intervenciones quirúrgicas que se practican en el útero contra las metritis.

TUBERCULOSIS DEL CUELLO

Actualmente, cabe desglosar del capítulo de las endometritis del cuello, la tuberculosa, porque ha adquirido verdadera entidad clínica y puede diagnosticarse diferenciándola de las demás (1). A medida que es mejor conocida se reúnen mayor número de casos: ha dejado de ser una enfermedad rara como cuando Cornil, Weil, Rostorn, Beyea y otros describieron los primeros casos. En mi clínica oficial, y en los últimos tres años, he visto diez casos seguros y probablemente algún otro no diagnosticado, y desde hace bastantes años vengo observando ciertas formas clínicas que antes presumía que eran de naturaleza tuberculosa, pero que hoy tengo de ello la evidencia por las observaciones practicadas: entre ellas se cuentan los casos que en la primera edición denominaba *cervicitis mucoide* (2) y algunas otras cuya semejanza con un *lupus* del cuello es manifiesta. Si he de atenerme á mis observaciones, sobre todo por lo referente á los últimos años, en que he fijado en ello mi atención, la tuberculosis del cuello es bastante más frecuente de lo que dicen los autores, aún los más recientes (3), pues la mayoría no le concede todavía bastante personalidad y frecuencia para estudiarla separadamente.

Etiología y patogenia. — Indiscutiblemente la tuberculosis del cuello puede ser primitiva y debida á un contagio directo, como lo prueban los hechos experimentales de laboratorio: empero los pocos casos que se citan en la especie humana apenas existe ninguno al abrigo de todo reproche. Sin desechar, por tanto, su existencia debe aceptarse como una verdadera rareza clínica. Alguno de los casos que yo he observado entre unos 45 que he visto y que me parecieron pertenecer á esta categoría, pude convencerme que no merecían tal calificativo.

Casi siempre la tuberculosis del cuello es una manifestación concomitante ó tardía de la tuberculosis del aparato genital: detrás de la tuberculosis aparente y diagnosticable del cuello se encuentra la bacilosis de los anexos, clínicamente visible unas veces, larvada otras, aunque en plena potencia infectiva, y en ocasiones curada ya y con sólo lesiones antiguas que permiten claramente establecer su filiación.

La tuberculosis anexial se instala por vía endógena, sea sanguínea, sea al

(1) En el Congreso antituberculoso celebrado en Barcelona en 1910, en la sección de Tocoginecología, se discutió el tema «Tuberculosis del cuello del útero». Se presentaron casos interesantes por los doctores Recasens, Terrades, Horno, Alcorta, Ribas y Nubiola. Además, el doctor Recasens, presentó preparaciones sobre lo mismo en la conferencia sobre «La tuberculosis genital en la mujer», que dió con motivo de dicho Congreso.

(2) Primera edición, tomo II, página 32.

(3) POZZI: *Traité de Gynecologie*, 4.^a edición, tomo II, pág. 1066, 1907; y también A. DODERLEIN y B. KRONIG: *Ginecologia Operativa*, 2.^a edición, 1906, traducción italiana, pág. 309

través del tubo digestivo (la mayoría de veces por vía vascular y procedente de un foco larvado de otro sitio del organismo). De los anexos se propaga directamente á la cavidad del útero y al cuello por arrastre al través de la superficie mucosa y quizás también por metastasis linfática; así se comprende cómo la tuberculosis genital, siendo muy á menudo generalizada, va en sus localizaciones de mayor á menor desde los anexos á la vulva: la del cuello del útero más frecuente que la de la vulva y vagina, la del cuerpo más que la del cuello y la de los anexos infinitamente más que las anteriores.

Se observan en clínica dos grupos de tuberculosis del cuello. Uno en el que recae la dolencia en enfermas amenorreicas, con útero pequeño, pubescente; en



FIG. 13

Cervicitis tuberculosa. Aspecto de una fungosidad del hocico de tenca, sin nódulos tuberculosos ni células gigantes. Glándulas cuyas células presentan degeneración mucosa. Infiltración leucocitaria de la luz de la glándula.

(Aumento 150 diámetros.)

la anamnesis de estas enfermas se encuentra casi siempre la historia de trastornos pelvi-abdominales sufridos en la segunda infancia ó al comenzar la pubertad, y que no fueron otra cosa que manifestaciones de una tuberculosis génito-peritoneal, que al desaparecer dejaron una aplasia uterina característica: de ello he podido convencerme analizando detenidamente algunos de estos casos y en tres ocasiones en que hube de practicar la laparotomía por otras causas, existiendo á la vez tuberculosis cervical: esta forma tiene su mayor frecuencia entre los 15 y 25 años, pudiendo presentarse también en edades más avanzadas, y un caso he visto á los 50 años en una mujer amenorreica siempre y con una historia de tuberculosis pelvi-peritoneal á los 13 años.

En el otro grupo, más frecuente que el anterior, se presenta la dolencia en todas edades, siendo quizás más frecuente de los 20 á los 30, pero pudiendo existir aún después de la menopausia. Coincide con otras manifestaciones de tuberculosis genital larvadas ó visibles: no es raro que una exploración detenida pueda descubrir á la vez una anexitis tuberculosa, pero aún en los casos en que la exploración clínica resulte negativa, es de pensar que la lesión anexial se encuentra latente: en cuatro casos de esta índole y en los que aun buscándolos no pude por la exploración descubrir lesiones anexiales al practicar en tres de ellos la castración total por la vagina, encontré una tuberculosis anexial intensa, y en el otro pude convencerme de lo mismo por una laparotomía que la existencia de un pequeño quiste del ovario izquierdo me indujo á practicar.

Aunque algunas veces encontramos la manifestación de la tuberculosis genital en el cuello en enfermas que llevan el sello de la bacilosis y presentan

lesiones pleuríticas ó pulmonares, no es raro encontrar la dolencia en mujeres de apariencia sana y robusta y en las que la más prolija exploración no descubre otra huella de la infección bacilar que la que se encuentra en el aparato genésico.

Anatomía patológica.—Prescindiendo de la forma miliar, de escasa importancia clínica por su rareza y por ser muy fugaz, reviste dos formas cuando las lesiones producidas por el bacilo de Koch alcanzan todo su desarrollo: la forma *fungosa* y la *ulcerosa*.

La forma *fungosa* tiene su asiento ora en la porción vaginal del cuello, ora en el conducto cervical. Cuando se halla en la porción vaginal, encuéntrase una serie de fungosidades poliposas en número variable, pero siempre múltiple y generalmente diseminadas por toda la superficie de la porción vaginal, de volumen muy variable, blandas al tacto, de color rosado y casi siempre recubiertas de un moco pegajoso, muy espeso y fuertemente adherido, de ma-



FIG. 14

Corte de una fungosidad tuberculosa de la porción vaginal del cuello.

SG, superficies glandulares. — M, moco espeso que aglutina las fungosidades. Abundantes leucocitos en el moco y en el tejido.

(Aumento 170 diámetros.)

nera que una torunda de algodón con dificultad lo separa. Sangran fácilmente al tacto, y aunque no ofrecen la friabilidad de las excrecencias epiteliomatosas, no es difícil desprender algún trozo con la uña. En ocasiones son tan exuberantes, que comunican al cuello el aspecto de coliflor y le dan todas las apariencias de un epiteloma efflorescente. Cuando tiene su asiento en el conducto cervical, los repliegues del árbol de la vida están engrosados y tumescentes, sangran fácilmente y se presenta también el moco espeso y pegajoso: es frecuente que el hocico esté entreabierto, pero las fungosidades no son tan exuberantes como en la porción vaginal.

La forma *ulcerosa* puede ocupar cualquier sitio del cuello, pero de preferencia se encuentra en el punto de unión de la mucosa cervical con la de la porción vaginal: las alteraciones no suelen ser muy extensas, porque, aunque tienen carácter invasor, como tienen tendencia á la retracción esclerósica, á la vez que invaden nuevas porciones producen una atrofia y reducción del cuello muy notables, tanto que pueden llegar á ocasionar deformaciones muy sensibles

y casi la desaparición del cuello con ligera induración del mismo. Cuando el proceso ataca principalmente al conducto cervical puede ocasionar la obturación del mismo y dar lugar á la formación de una piometra, porque raras veces deja de estar invadida también la mucosa del cuerpo: he visto un caso de esta índole que operé practicando la histerectomía abdominal con el diagnóstico de

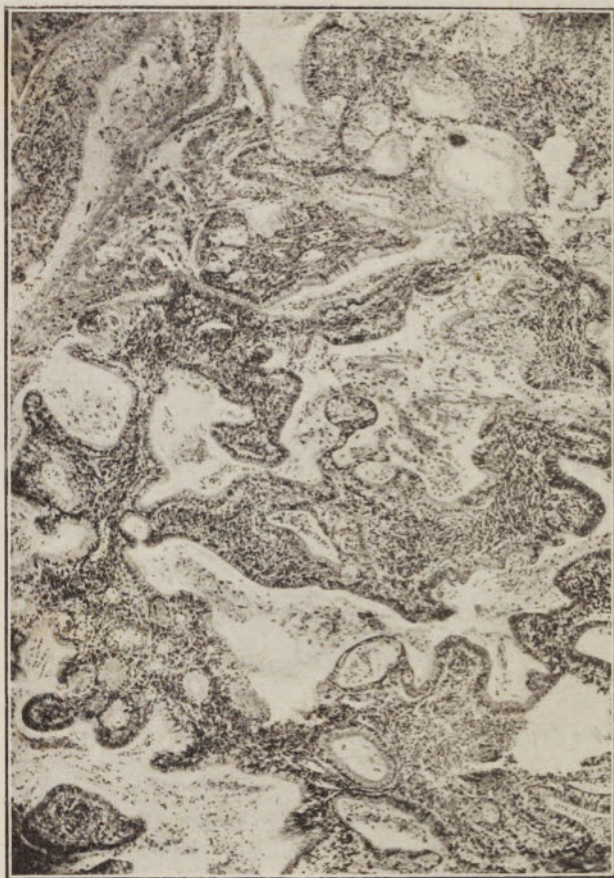


FIG. 15

Tuberculosis del cuello del útero de forma papilomatosa. (Corte en el hocico de tenca). Nótese la gran hiperplasia glandular, exuberante, con escasez de tejido conjuntivo y casi sin nódulos tuberculosos.

(Aumento 50 diámetros.)

epesíficas, pero el epitelio glandular está en forma que revela su naturaleza bacilar. Su estructura es verdaderamente la de un adenoma con gran hiperplasia glandular, presentando el epitelio cilíndrico con sus células alargadas y en degeneración mucosa; en algunos puntos los núcleos celulares están más próximos á la superficie que á la profundidad: en la figura 14 se observa el moco espeso (*M*) que cubre la superficie de las fungosidades y las aglutina. Esta forma, que en la edición anterior había descrito con el nombre de *cervicitis mucoide*, por el carácter especial de la secreción, no presenta en el espesor de la

epitelioma del cuello y piometra consecutiva: había en el útero unos 300 gramos de pus, y aparte de que las lesiones peri-uterinas me sirvieron para sospechar su naturaleza, el examen histológico demostró claramente que se trataba de tuberculosis.

A veces pueden combinarse las dos formas, *ulcerosa* y *fungosa* y comunicar al cuello aspectos variados, lo que da origen á que algunas multipliquen el número de variedades y que pueda fácilmente confundirse con una neoplasia.

Examinadas las lesiones al microscopio son enteramente características, aun cuando recaiga el corte sobre puntos en los que no se encuentran las lesiones propias del bacilo de Koch, como lo son los nódulos tuberculosos y las células gigantes.

Las figuras 13 y 14, precedentes de fungosidades tuberculosas del cuello y de cortes practicados en la parte superficial de las mismas, no presentan lesiones

fungosidad lesiones típicas, pero por dos veces me ha sido dable descubrir el bacilo de Koch, lo que junto con sus caracteres clínicos basta para su calificación.

En todo caso, la hiperplasia glandular, que casi podría llamarse adenoma bacilar, es el fenómeno dominante. Las figuras 16 y 17 proceden de cortes cerca de la base de implantación de las fungosidades y en ellos se observa la gran hipertrofia glandular con muy escasos nódulos tuberculosos y células gigantes; en cambio se observan en algunas de las células de sus exuberantes glándulas (*G* fig. 16) la degeneración mucosa. Tanto en estas preparaciones como en las anteriores llama la atención el número extraordinario de leucocitos que se encuentran.

En ciertas formas mixtas y en algunas francamente papilomatosas, si se practican cortes en la base de implantación de las fungosidades que interesen algo el tejido cervical se observan (fig. 18) gran número de nódulos tuberculosos típicos que no dejan lugar á duda respecto á su naturaleza: estos nódulos tienen gran cantidad de células gigantes con sus células epitelioides que las circundan en medio de una masa de infiltración de pequeñas células (fig. 18).

En las formas ulceradas, si están en plena actividad se observa algo parecido á la fig. 18, pero si se encuentra en período de reparación, es á veces difícil encontrar algo que recuerde su naturaleza, porque el tejido infectado y flogosoado es substituído por tejido conjuntivo esclerógeno que nada tiene de característico.

Síntomas y diagnóstico.—Existe un gran número de tuberculosis del cuello que van acompañadas de amenorrea: la enferma presenta leucorrea abundante é intermitente y pequeñas hemorragias atípicas, que se presentan sobre todo cuando se produce un traumatismo como en el acto del coito: en esta forma existe siempre esterilidad y no experimenta la enferma dolores si á la vez no existe infección del cuerpo y de los anexos en período de actividad.

Cuando recae la tuberculosis en enfermas en plena actividad genital, no existe la amenorrea; pero en lo demás es enteramente igual y la esterilidad, aun-



FIG. 16

Porción de la fig. 15 aumentada.

Tuberculosis del cuello uterino; forma papilomatosa. — *G*, glándulas muy desarrolladas y exuberantes con degeneración mucinosa de algunas células. El tejido conjuntivo y los espacios interglandulares están llenos de leucocitos.

(Aumento 150 diámetros.)

que no absoluta, es la regla: hasta hoy no he tenido ocasión de observar un solo caso de tuberculosis del cuello en una mujer embarazada.

Pueden ó no existir fenómenos generales y según mi observación más bien son negativos: realmente la mayoría ofrecen un sello florido y de robustez.

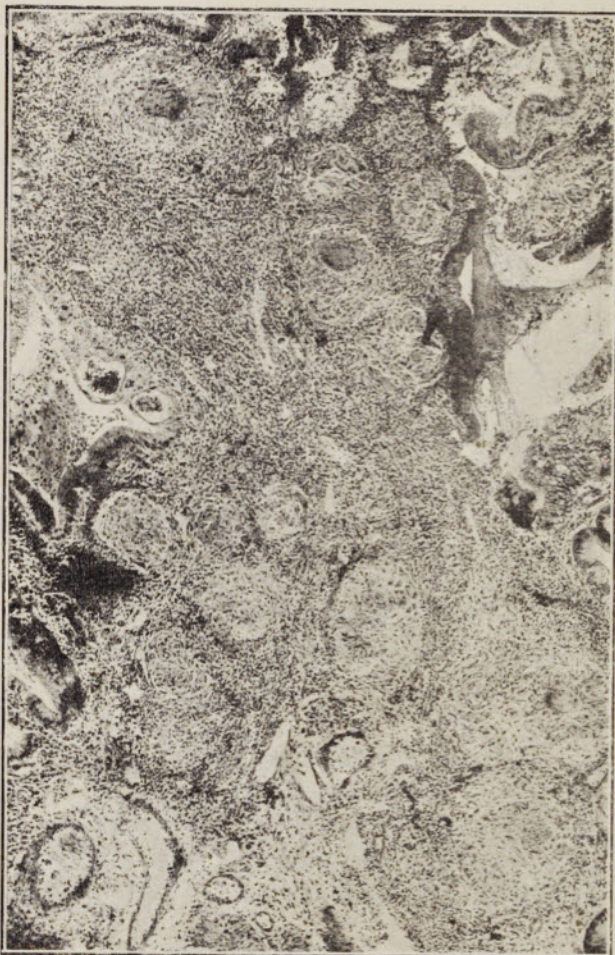


FIG. 17

Tuberculosis del cuello del útero forma papilomatosa. (Corte en la base de implantación de las fungosidades). Son visibles gran cantidad de nódulos tuberculosos típicos con sus células gigantes.

(Aumento 60 diámetros.)

Contra lo que se ha dicho, entiendo que el diagnóstico clínico de la tuberculosis del cuello, principalmente en su forma fungosa, es fácil: con la única lesión que puede confundirse es con el epiteloma; empero, en la tuberculosis fungosa las fungosidades son múltiples y repartidas y el nódulo epitelial suele ser único y aun en sus períodos adelantados, por lo común deja libre uno de los labios del cuello, sobre todo en la forma efflorescente; la base de implantación ofrece una zona indurada más típica y extensa en el epiteloma que en la tuberculosis; la leucorrea es pegajosa en la tuberculosis y saniosa en el epiteloma, como que la primera es hija de una secreción y la segunda de la disgregación de los tejidos. Si á esto se añade la historia de la enferma, el diagnóstico clínico entre el epiteloma y la forma fungosa es fácil.

La forma ulcerosa sin fungosidades es más difícil de diagnosticar de ciertas formas de cáncer del cuello:

el corrosivo por ejemplo. La ulceración de este último ofrece más carácter destructivo, lo que se conoce porque profundiza más, sangra más fácilmente y produce por tanto también más metrorragias, su induración es más extensa, no presenta en ningún sitio zonas de reparación, como suele presentarlas la tuberculosis y la uña se hinca más fácilmente en la superficie de la úlcera cancerosa, formada por tejido epitelial, que va disgregándose, que en la úlcera tuberculosa que tiene su asiento sobre una zona de tejido esclerógeno.

Cuando existan dudas deberá recurrirse al examen histológico. Al practicar dicho examen debe tenerse muy en cuenta el carácter especial de las lesiones tuberculosas para evitar confusiones: he tenido ocasión de ver un caso en el que parecía el diagnóstico algo dudoso con un epiteloma y clínicamente creí en una forma tuberculosa; el examen histológico dió el dictamen de carcinoma, y al proceder á la castración total por la vagina, las lesiones del cuerpo y de los anexos demostraron una tuberculosis casi confluyente, pudiéndose además descubrir el bacilo en las mismas lesiones del cuello; éstas eran enteramente parecidas á las de la fig. 16, pero como en éstas, en ningún sitio el epitelio había destruído la membrana basal del mismo. Únicamente cabe error por la falta de conocimiento ó de hábito de examinar lesiones tuberculosas de esta índole: en caso de duda, el examen debe alcanzar las partes profundas extrayendo un trozo con el bisturí ó la tijera. Puede también recurrirse á la inoculación en conejillos de Indias, pero entiendo que muy pocas veces será necesario recurrir á este extremo.

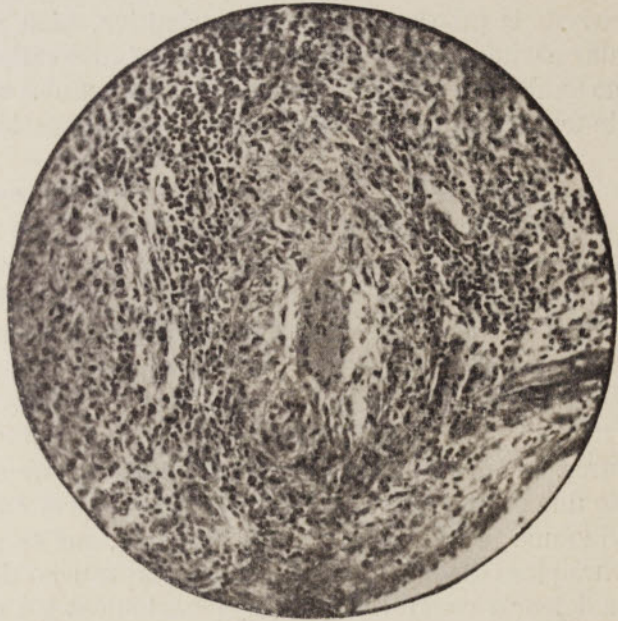


FIG. 18

Ampliación de la fig. 17.

Tuberculosis del cuello uterino de forma papilomatosa. Nódulo tuberculoso en pleno tejido conjuntivo. En el centro aparece una célula gigante rodeada de células epitelioides y de una zona de infiltración de pequeñas células.

(Aumento 150 diámetros.)

Curso y complicaciones.— Aparte algunos casos de marcha rápida y que se traducen más por los fenómenos que determinan á causa de la invasión de las partes altas del aparato genital, es una enfermedad de curso lento y muchas veces enteramente larvado.

Siendo rarísima como tuberculosis primitiva y, por lo tanto, como punto de origen de la invasión de las partes altas, su curso y complicaciones están superpuestas á la marcha de la tuberculosis alta; rarísimo será observar en la clínica un caso de tuberculosis genital ascendente; por el contrario, la descendente es la regla.

Los casos en que adquiere mayor relieve, son aquéllos en los que la localización cervical aparece como una manifestación tardía de la tuberculosis genital, particularmente aquéllos, no raros, en los que la tuberculosis anexial se ha curado espontáneamente y todas las manifestaciones bacilares quedan reducidas á la lesión del cuello.

Se observa entonces su marcha lenta con tendencia á veces á la curación espontánea para algunas formas ulcerosas y con carácter enteramente estacio-

nario en las formas fungosas, de las que algunas también desaparecen espontáneamente.

Una de las complicaciones más serias es la obturación cicatricial del cuello y la piómetra consecutiva y la puerta abierta que sus lesiones mantienen en la región cervical para infecciones secundarias, que con frecuencia comunican á la lesión mayor entidad clínica de la que tenía.

Puesta sobre el tapete la cuestión clínica del efecto preventivo y á veces curativo que algunas tuberculosis locales atenuadas pueden ejercer en la evolución de bacilosis en otros órganos más nobles de una parte, y de otra la rareza de la tuberculosis cervical primitiva, bien se comprende que no hemos de alarmarnos cuando una lesión cervical tuberculosa solicite nuestros cuidados: si no temiera ser más absoluto de lo que en clínica se puede ser, diría que no hemos de temer una generalización por la existencia de lesiones cervicales.

Tratamiento. — La observación clínica se va imponiendo y ya estamos hoy todos convencidos que al encontrar lesiones tuberculosas genitales, no hemos de precipitarnos cual si se tratara de una neoplasia maligna persiguiéndola con patentes medios quirúrgicos y con frecuencia mutilantes. Una observación atenta que nos indique si tiende espontáneamente á la curación favoreciéndola con medios generales y locales adecuados, nos permitirá en algunas ocasiones obrar médicamente para llegar á una curación.

Las observaciones de Aron, Stolper, Pillaud, Joannesco, Pfannenstiel y otros, en las que sobrevino tuberculosis miliar aguda después de un raspado ó de una extracción total por tuberculosis, y el caso de Sweiffel, en el que sobrevino una recidiva en la cicatriz vaginal, que se generalizó al peritoneo y acabó curándose espontáneamente al cabo de mucho tiempo, nos obligan á considerar la dolencia como otra infección cualquiera y á recordar que el bacilo de Koch, junto á un traumatismo, puede avivarse é invadir el organismo hasta entonces indemne.

Todo ello nos impone cierta conducta de prudencia y á no sentar indicaciones quirúrgicas más que en determinados casos y adoptando técnicas precisas.

En los casos de tuberculosis del cuello y en los que los genitales internos parecen libres de infección por haberse curado ya sus lesiones, si se trata de la forma ulcerosa podremos, si los tratamientos tópicos no surten efecto, emplear el termo-cauterio, y en las formas fungosas, una vez destruídas las excrecencias con la cucharilla, aplicar también el cauterio actual. Varias veces he recurrido á este tratamiento sin inconveniente y obteniendo resultados permanentes.

En aquellos casos en que la tuberculosis del cuello no es más que una manifestación de lesiones más profundas, si por los fenómenos que éstas produzcan ó por la intensidad de las lesiones está indicada la intervención, ésta no debe ser parcial, como la amputación del cuello ó el raspado, sino total, extrayendo, sea por la vagina, sea por el abdomen, útero y anexos: es menos fácil dejar focos para la recidiva ó la generalización. Aun en aquellos casos que las lesiones anexiales parecen dudosas, por lo común sorprende el intenso grado que las mismas presentan.

Hasta hoy, procediendo así, no he visto ningún caso de recidiva ni de generalización.

Únicamente estará indicada la intervención radical urgente en algún caso en que la lesión del cuello sea primitiva y pueda desde allí invadir el organismo: empero, estos casos, como queda dicho, son una verdadera rareza clínica. De modo que el tratamiento quirúrgico radical no tiene por base la defensa del organismo, sino la curación de los desórdenes locales.

ENDOMETRITIS DEL CUERPO

Etiología y patogenia.—Consecutiva muchas veces á una metritis aguda, reconoce por origen las mismas causas, y traduce la persistencia de las lesiones por aquélla producidas. No ofrece dudas la etiología en estos casos; las mismas causas que originaron la metritis aguda, por la persistencia de su acción ó por las condiciones del terreno, producen la endometritis crónica, y por lo tanto, tiene gran importancia el agente infectivo como causa determinante de la endometritis.

Sin duda que muchas de las endometritis que Doderlein invoca como argumento para demostrar que un gran número no son de origen microbiano, pertenecen á esta categoría. Se comprende fácilmente que la infección aguda produjo en el endometrio un trabajo de flogosis que dió origen á las lesiones anatómicas propias de la endometritis en cualquiera de sus formas; la infección desapareció y con ella los microbios causantes, pero los efectos producidos perduran y persisten haciendo crónica la lesión, aunque no lo sea la infección. No por eso, aunque haya desaparecido el microbio que las ocasionó, dejan de ser de origen microbiano; adquirida la cronicidad y persistencia de las lesiones, puede perfectamente desaparecer el agente ocasional sin que la mucosa recobre su integridad anatómica.

Esto aparece claro en aquellos casos en que, como antecedentes, figuran una metritis aguda hija de una invasión gonocócica ó de trastornos de origen puerperal; ó bien en las que una neoplasia intra-uterina ó del cuello crearon condiciones favorables á la infección.

Empero al lado de estas formas consecutivas á la metritis aguda, existen un número bastante crecido de endometritis del cuerpo en el que no se reconoce un comienzo claro de invasión microbiana. Su desarrollo tiene lugar de una manera silenciosa y lenta, apareciendo progresivamente los fenómenos anatómicos y demás que caracterizan la endometritis del cuerpo, sin que pueda invocarse como causa un agente determinado. Bumm, Doderlein, Menge (1) y muchos otros han examinado metritis de esta naturaleza en distintos períodos y no han podido hallar microbio ninguno que explique su origen infectivo. Clínicamente aparecen estos casos como libres de un ataque infectivo; ni el antecedente de una afección febril aguda, ni siquiera el coito, pues pueden observarse en vírgenes, ni el menor rastro de una afección gonocócica ocurrida extemporáneamente, autorizan á suponer una infección. Ni por la vía circulatoria ni por el tramo vulvo-vaginal se descubren huellas de que una infección

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo II, pág. 278.

haya podido alcanzar el útero, porque desde la vulva hasta el istmo todo aparece sano y normal y no hay anamnesis de afecciones febriles agudas; y sin embargo, en cualquiera de sus formas, puede la endometritis del cuerpo existir en tales condiciones. No podemos invocar, como para la endocervicitis, la acción patógena más ó menos fugaz y ocasional de la flora de la vagina, porque sabido es que la cavidad del útero está normalmente libre de microbios. Comprendemos fácilmente que en la región del cuello las alteraciones anatómicas y fisiológicas del mismo puedan crear una receptividad tal que aun microbios tan inocuos como los de la flora vaginal puedan lucir propiedades patógenas poco intensas y fugaces, pero lo que ocurre en el cuello no puede ocurrir en el cuerpo del útero.

Se comprende que los ginecólogos admitan endometritis del cuerpo de origen no microbiano, llamadas también endometritis simples ó falsas metritis (Doleris).

La etiología invocada para estos casos por Doleris (1), Doderlein (2), Bumm, Treub y otros, discrepa poco de la invocada en tiempos de Scanzoni (3), Courty (4) y muchos otros.

Atendidos los cambios que en estado normal experimenta el endometrio y el trabajo de desintegración y renovación que á cada período menstrual tiene lugar, no cuesta trabajo comprender cómo determinadas condiciones, alterando el modo de ser del órgano, pueden exagerar ese trabajo de la mucosa uterina y convertirlo en hecho patológico creando lesiones permanentes que no son más que una exageración de fenómenos normales en la vida del endometrio. Sin duda que el elemento que más puede modificar ese trabajo de la mucosa uterina es la *congestión* del órgano, gracias á la que el movimiento de desintegración y renovación puede alterarse y convertirse en patológico, produciendo hipertrofias y aun hiperplasias de los elementos constitutivos de la misma.

Si las alteraciones circulatorias y nutritivas del útero pueden engendrar en el endometrio procesos hipertróficos é hiperplásicos, como no parece dudoso, y como lo han aceptado siempre Treub y Doleris y lo aceptan hoy Bumm, Pfannestiel, Doderlein y otros, la etiología tradicional recobra toda su importancia.

Estoy convencido de que existen un gran número de endometritis del cuerpo, cuya etiología es independiente de toda acción microbiana y cuyas lesiones anatómicas de hipertrofia é hiperplasia son enteramente parecidas á las producidas por la acción de los gérmenes; el elemento patógeno principal de la endometritis es la congestión más ó menos sostenida, sea provocada por un microbio virulento, sea producida y mantenida por otras circunstancias del todo ajenas á la infección del endometrio.

Así comprenderemos que en la etiología y patogenia de la endometritis del cuerpo, gozan un gran papel ciertos estados locales del útero que modifican su circulación, como las estrecheces del cuello, las anteflexiones y retroflexio-

(1) DOLERIS: *Metritis et fausses metritis*, pág. 414.

(2) *Loc. cit.*, pág. 289.

(3) SCANZONI: *Órganos sexuales*. Edición española, 1862, pág. 142.

(4) COURTY: *Traité pratique des maladies de l'uterus et de ses annexes*, 3.^a edición, 1891, página 772.

nes, los prolapsos, miomas y neoplasias malignas del cuello ó del cuerpo; en todos estos estados es frecuente la existencia de endometritis.

Todos los clínicos admiten la influencia de los procesos ováricos sobre la circulación del órgano uterino y la coexistencia de endometritis con anexitis de cualquiera forma ó naturaleza.

Los efectos del coito abusivo ó incompleto y de la masturbación, se dejan sentir también en la etiología de estas formas de endometritis, no obrando de otra manera que por la congestión que producen.

Las enfermedades generales, ó localizadas en órganos distantes como el hígado y el corazón, producen también, manteniendo congestionado el órgano, alteraciones anatómicas persistentes en el endometrio.

El artrismo, tan abonado para producir desarreglos vaso-motores, no es indiferente á la producción de estos trastornos vasculares del aparato genital que conducen á las alteraciones de la mucosa.

Hasta las profesiones se comprende que no sean indiferentes á este supuesto, y todas aquellas que favorecen las congestiones genitales deben tenerse en cuenta al estudiar la etiología de la endometritis.

Si existen numerosos casos en los que sólo cabe apuntar en el activo etiológico las causas enumeradas, sin que el examen directo haya podido comprobar la existencia de un microbio patógeno ni saprógeno, debe aceptarse por lo menos que la congestión por ellas producida crea en

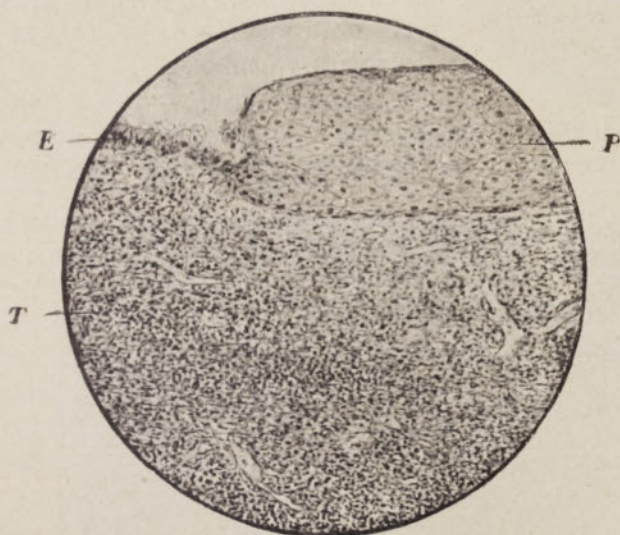


FIG. 20

Mucosa uterina con atrofia glandular, endometritis intersticial y degeneración estratificada del epitelio de la superficie.

P, placa de epitelio plano estratificado continuándose con el epitelio normal.—*E*, éste parece continuarse con las células situadas más profundamente.—*T*, tejido conjuntivo infiltrado de pequeñas células; algunos capilares aparecen seccionados.

(Aumento 90 diámetros.)

el órgano un estado de receptividad tal que las lesiones anatómicas se hacen permanentes, sea que se desarrollen espontáneamente, sea que en algún momento intervenga de manera más ó menos fugaz la acción de algún microbio.



FIG. 19

Mucosa normal de la pared anterior del útero (mioma intersticial de la misma pared).

M, mucosa con sus glándulas tubulosas simples algo inclinadas.—*C*, capa muscular.—*I*, infiltración hemática.

(Aumento 30 diámetros.)

Esa obscuridad en la etiología de dicha dolencia comunica mayor importancia y realce al estudio de las lesiones anatómicas que la constituyen, porque sea cual sea su origen, bien deba buscarse en un proceso microbiano, bien en una alteración circulatoria ó trófica, la lesión de la mucosa es lo que da carácter á la enfermedad.

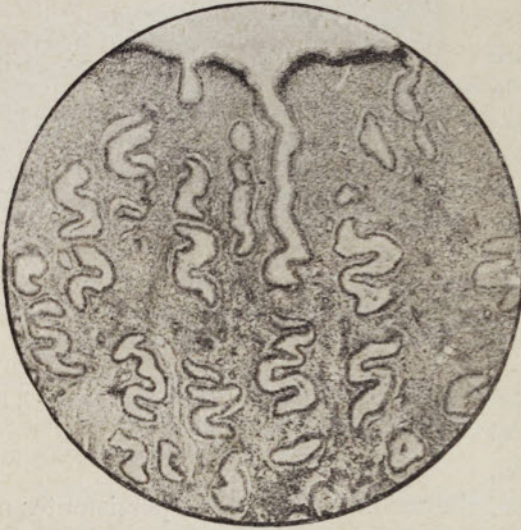


FIG. 21

Endometritis glandular simple. Las glándulas, muy hipertrofiadas y tortuosas, aparecen como discontinuas al corte. El tejido conjuntivo es normal.

(Aumento 30 diámetros.)

Anatomía patológica. — Es difícil clasificar las lesiones del endometrio y agruparlas debidamente, pues dista mucho de haber unanimidad entre los autores acerca su clasificación. Sin embargo, la división de Sinety es la más generalmente aceptada y la que se impone, por comprender en su agrupación las distintas formas de lesión de la mucosa uterina en la endometritis. Pueden agruparse en una forma *glandular*, otra *intersticial* y otra *mixta*.

Debe recordarse que la mucosa intra-uterina forma una delgada capa de unos dos milímetros de grosor, de color rosa pálido, lisa y uniforme en su superficie; sus elementos consti-

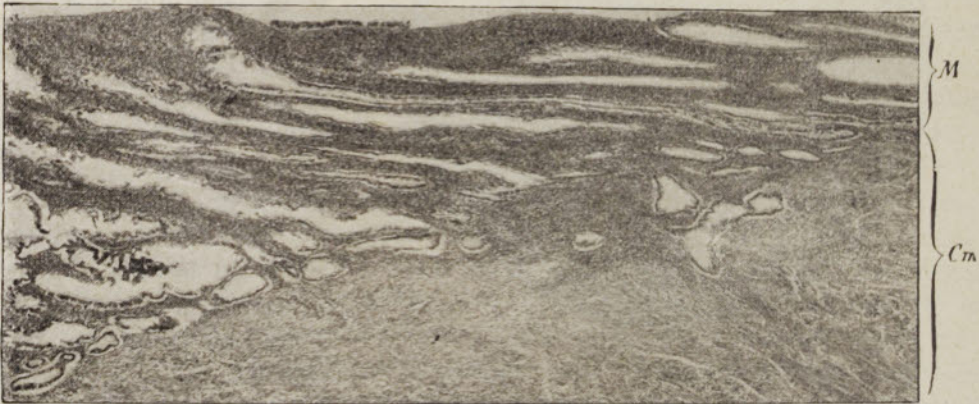


FIG. 22

Hiperplasia glandular de la mucosa uterina. (Miomias intersticiales y subperitoneales.) La mucosa va adelgazándose hacia la derecha. Las glándulas, tortuosas y dentadas, se hacen lisas y se disponen paralelamente á la superficie como si experimentaran un es iramiento y compresión.

M, mucosa. — Cm, capa muscular.

(Aumento 45 diámetros.)

tutivos son, de una parte, el epitelio cilíndrico ciliado que cubre la mucosa y penetra en las glándulas tubulares y rectas con contornos cilíndricos regula-

res (fig. 19), y de otra, un estroma de tejido conjuntivo que rodea dichas glándulas y forma el armazón de dicha membrana.

Cuando existe endometritis, el grosor de la mucosa aumenta, pudiendo alcanzar seis y ocho milímetros; su superficie es rojiza con numerosas manchas más oscuras, y de aspecto unas veces liso y otras amamelonado ó afelpado, pudiendo presentar un aspecto poliposo y aun verdaderos pólipos de volumen variable, desde un grano de arroz al de una ave-llana, raras veces más grandes, con base de im-plantación ancha ó pe-dículo delgado.

Examinada al mi-croscopio en cortes trans-versales y perpendicula-res, se observa que el epitelio de cubierta pre-senta á veces descama-ciones y más á menudo alteraciones propias de la flogosis con aumento de volumen de las célu-las, que frecuentemente se deforman alterándose su forma cilíndrica y su-perponiéndose en varias capas, de manera que parece hacerse indiferente; la kariokinesis es ac-tiva y no es raro encon-trar entre las células al-gún glóbulo blanco es-capado por diapédesis (1).

Aunque muy raras veces, este epitelio se hace pavimentoso, si no en toda su extensión, en placas (fig. 20).

Las alteraciones de las glándulas y del estroma son las que dan carácter á las distintas formas que he anunciado.

En la *endometritis glandular*, el fenómeno dominante es la hipertrofia de las glándulas: esta hipertrofia las comprende todas, de manera que las que en estado normal son cortas, poco desarrolladas y profundizan escasamente en la mucosa, adquieren en la endometritis glandular gran desarrollo, lo que hace que algunos autores juzguen y admitan que puede haber también hiperplasia glandular. Veremos en otro capítulo que la hiperplasia glandular del endometrio constituye una verdadera neoplasia con tipo clínico y anatómico bien definido, constituido por el verdadero adenoma; el llamado por algunos

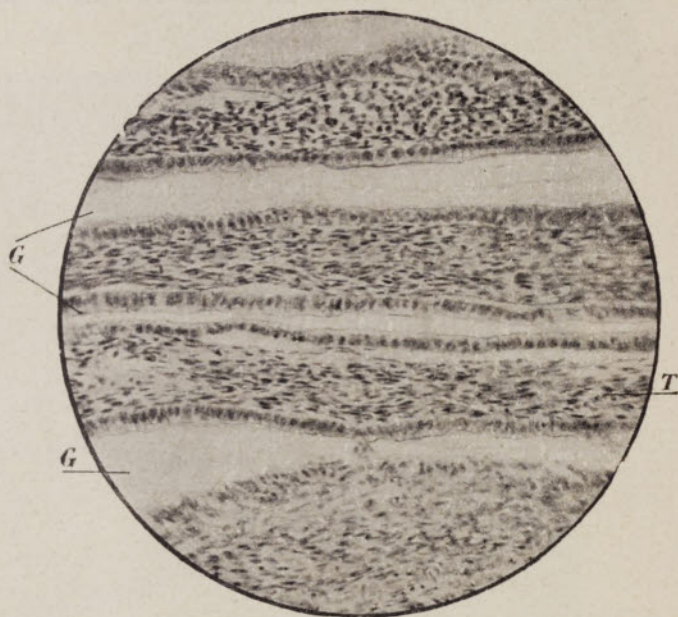


FIG. 23

Porción de la figura 22 ampliada.

G, glándulas tubulosas extraordinariamente alargadas y dispuestas paralelamente á la superficie de la mucosa. Las células de revesti-miento forman una capa única y son cuboides en lugar de cilíndricas. —T, tejido conjuntivo muy espeso y abundante en fibro-células, pero no en tejido de infiltración inflamatoria.

(Aumento 150 diámetros.)

(1) CORNIL: *Leçons sur l'anatomie pathologique des metritis, etc.*, pág. 29.

autores alemanes *adenoma benigno*, no sería más que la endometritis glandular; pero es preferible reservar la palabra *adenoma* para el tipo definido de hiperplasia, sin que esto prejuzgue la cuestión patogénica de si el adenoma tiene ó no tiene su origen en una endometritis glandular.

Un corte vertical (figs. 21, 22 y 23) en un endometrio afecto de metritis glandular demuestra las glándulas alargadas, tortuosas, algunas en forma de tirabuzón, en vez de ser rectas como en estado normal; algunas veces traspas-

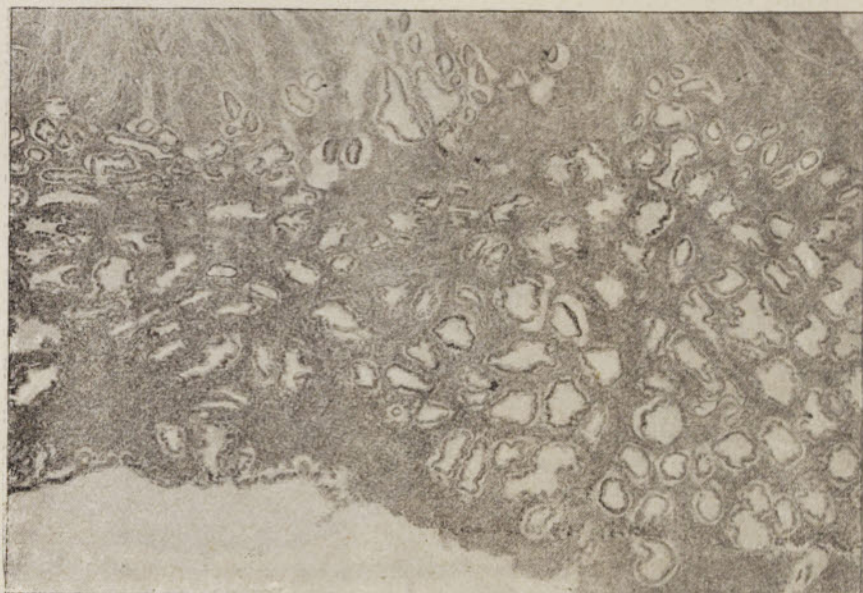


FIG. 24

Hiperplasia glandular de la mucosa uterina. Las glándulas son tortuosas y de sección transversal dentada. La mucosa es muy gruesa hacia el lado derecho y va adelgazándose hacia la izquierda. (Miomias intersticiales y subperitoneales.)

(Aumento 45 diámetros.)

san el grosor de la capa mucosa y penetran por sus fondos de saco en la capa muscular. Un corte transversal (figs. 24 y 25) demuestra que su forma circular ha desaparecido para presentarse festoneadas y arrugadas en los contornos, ofreciendo una gran variabilidad de forma.

Algunas veces he tenido ocasión de observar que el alargamiento de la glándula da origen á una forma rara de endometritis glandular (fig. 26), debida á que las glándulas se invaginan como un dedo de guante, presentándose dos superficies epiteliales en contacto ó separadas por el moco que segregan (figura 27, I y III), y aun algunas ofrecen una invaginación triple (fig. 27, II), con tres capas epiteliales.

En la endometritis glandular, las alteraciones del epitelio de las glándulas son las mismas que las que ofrece el epitelio de la superficie de la mucosa. Pueden obturarse y convertirse en quísticas.

La *endometritis intersticial* es la inflamación del tejido conjuntivo inter-

glandular. El tejido conjuntivo aparece infiltrado de células redondas, pequeñas, de escaso protoplasma, que están diseminadas por toda la mucosa ó agrupadas en focos (figs. 28 y 29), encontrándose éstas de preferencia cerca de la capa muscular; las glándulas permanecen normales; algunas veces se descubren los microbios causantes de la infección.

Más adelante aumentan las células alargadas y aparecen fibrillas amorfas, producto de condensaciones intercelulares que comprimen y ahogan las glándulas, originando con frecuencia su atrofia: unas veces por compresión directa de las glándulas y por un fenómeno parecido á lo que ocurre en los miomas (fig. 30), y otras alterando y dificultando la circulación por compresión de los vasos, pero conduciendo siempre á la atrofia glandular.

Así se constituye el verdadero tipo de endometritis atrófica, en la que la

mucosa queda reducida á una capa de tejido conjuntivo con fibro-células alargadas y haces de fibras conjuntivas con muy escasas glándulas (figura 31); ó bien éstas desaparecen por completo (fig. 32), presentando un verdadero tipo de degeneración senil y constituyendo á la mucosa en un estado de esclerosis definitivo, puesto que á la atrofia glandular va unida una disminución notable de los vasos sanguíneos. La atrofia glandular y la esclerosis constituyen la terminación natural de muchas endometritis intersticiales.

La *endometritis mixta* está constituida por la reunión de los dos elementos: hipertrofia glandular é hipertrofia

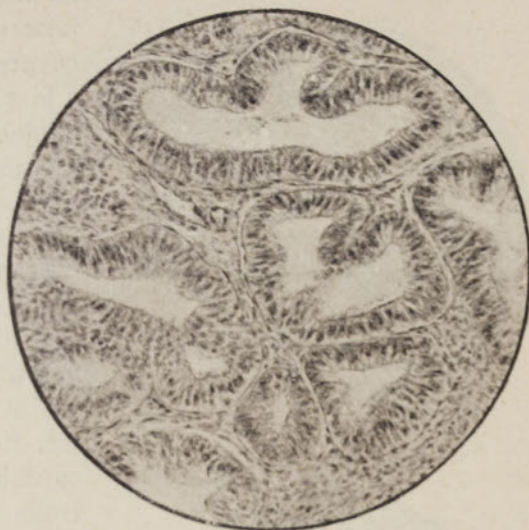


FIG. 25

Endometritis glandular. Las glándulas son muy abundantes y su sección transversal muy festoneada; su estructura es normal. El tejido conjuntivo está ligeramente infiltrado de pequeñas células.

(Aumento 150 diámetros.)

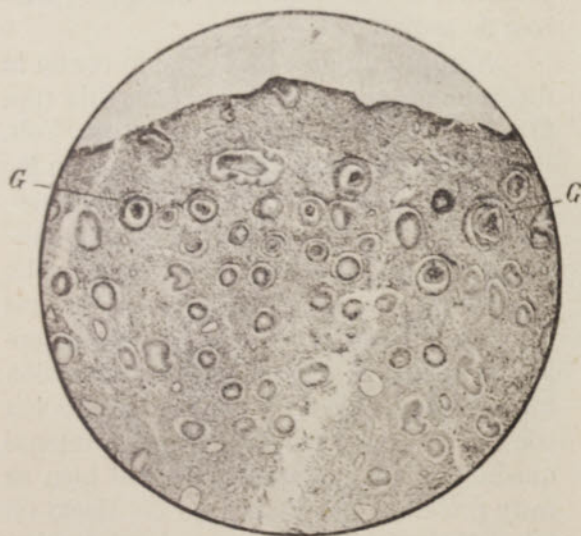


FIG. 26

Endometritis glandular hipertrofica, con invaginación en dedo de guante de los fondos de saco glandulares.

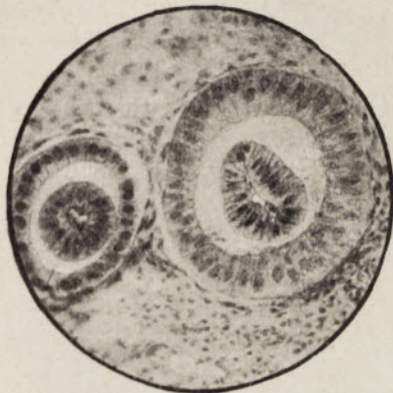
G, glándulas invaginadas.

(Aumento 30 diámetros.)

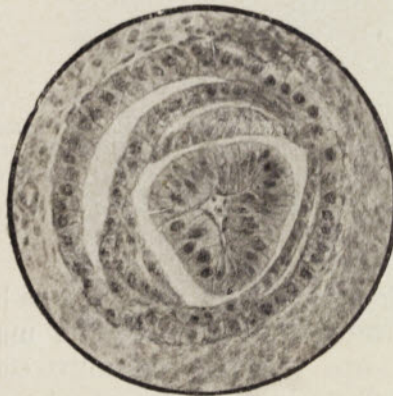
é hiperplasia conjuntivas, existiendo, además, por regla general, una hipertrofia vascular notable; los capilares sanguíneos están notablemente dilatados, como cavernosos y reducidos en su constitución á la capa endotelial (fig. 33); los linfáticos dilatados también se hacen visibles en las preparaciones. En conjunto, el tejido se parece al tejido cavernoso por el predominio del sistema vascular; es el tipo de la endometritis fungosa de Recamier.

Los *pólipos intra-uterinos* pertenecen casi todos, por su estructura, á este tipo vascular ó mixto (fig. 34) y están constituidos por una notable hipertrofia glandular. Entre las glándulas existe una gran cantidad de tejido conjuntivo con hipertrofia é hiperplasia vascular (fig. 35) muy notables, lo que da á comprender por qué todas estas formas son hemorrágicas y por qué los pólipos mucosos endo-uterinos son también origen de metrorragias persistentes, por reducido que sea su volumen. Se comprende que los pólipos mucosos intra-uterinos, aunque no tan frecuentes como los del cuello, raras veces se presentan solitarios, si no múltiples, aunque variables de tamaño.

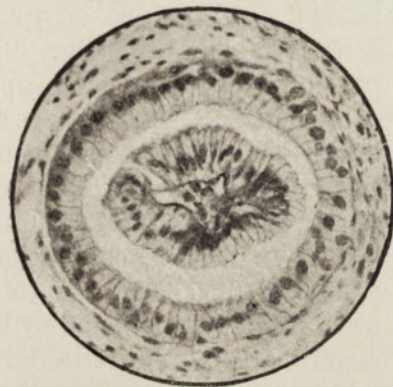
Algunos autores han querido ver en la forma anatómica de la endometritis una filiación patogénica. Doleris, Pinkuss, Veit, Richelot y muchos otros creen ver en las lesiones glandulares el tipo de la endometritis trófica no infecciosa ó falsa endometritis, y en las lesiones intersticiales el sello de la infección, la unión de las dos formas representaría la conjunción de dos elementos patogénicos: trófico para la alteración glandular é infectivo para la alteración conjuntiva y vascular. Así teóricamente queda completo el cuadro, pero, si bien es muy probable que haya algo de cierto en tales distinciones, falta una demostración categórica en este sentido, pues si es verdad que algunos autores, como Richelot (1) y otros, admiten como signo de la verda-



I



II



III

FIG. 27

Endometritis glandular hipertrófica con invaginación glandular. Tipos de glándulas invaginadas.

(Aumento 175 diámetros.)

(1) *Chirurgie de l'uterus*, pág. 104.

dera flogosis infectiva la infiltración microcelular de la mucosa, Doderlein (1) y otros declaran que dicha infiltración puede existir aun en las endometritis tróficas sin intervención de ningún elemento microbiano; realmente así parece debe ser, y de aquí que el estudio anatómico de la endometritis conserve todo el valor que le dieron los trabajos de Ruge, Sinety, Schröder, Pilliet, Pichevin y muchos otros.

Es indudable que en ciertas formas de endometritis se descubren huellas de su origen, sea ó no infectivo. La endometritis tuberculosa (fig. 36), con sus células gigantes, descubre su filiación patogénica aun sin que exista el bacilo de Koch. La endometritis subsiguiente á un aborto sin infección, revela su origen por la presencia de las

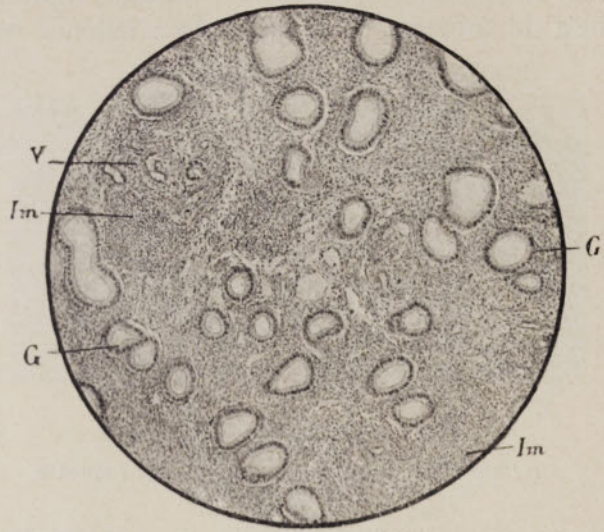


FIG. 28

Endometritis intersticial subaguda. Las glándulas son normales y cortadas transversalmente. El tejido conjuntivo infiltrado de células inflamatorias.

G, glándulas. — V, vaso capilar. — Im, focos de mayor infiltración micro-celular.

(Aumento 50 diámetros.)

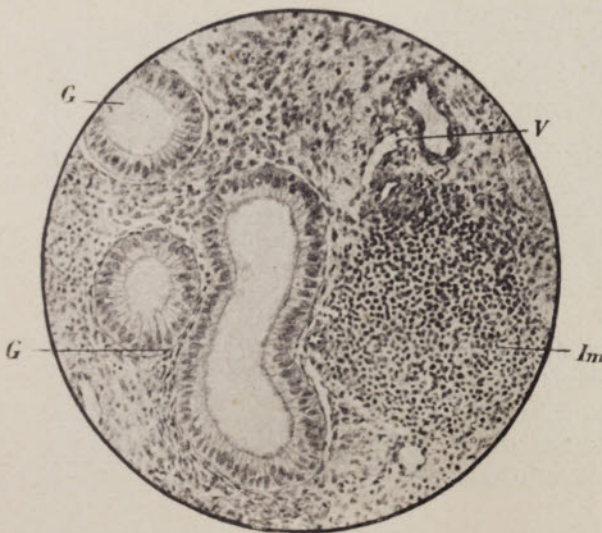


FIG. 29

Endometritis intersticial subaguda (porción de la figura anterior).

G, glándulas normales, con epitelio cilíndrico de una sola capa de células, con pestañas vibrátiles. — Im, placa de infiltración micro-celular. — V, vasos.

(Aumento 150 diámetros.)

alargadas células deciduales (fig. 37).

Existe una forma de endometritis, la exfoliatrix ó dismenorrea membranosa, en la que las alteraciones anatómicas, según Sinety, Ruge, Doleris y otros, son las de la endometritis intersticial con tejido conjuntivo más ó menos avanzado en su desarrollo, presentando á veces una verdadera infiltración microcelular con pocas alteraciones glandulares, y sin embargo, es en la que parece menos discutible su origen trófico sin la intervención de elementos microbianos.

(1) *Loc. cit.*, pág. 104.