

**Síntomas y diagnóstico.**—En la metritis intersticial crónica, más que en ninguna otra, adquiere relieve el llamado síndrome uterino por su persistencia y tenacidad. Inapetencia, ansiedad precordial, gastralgia á veces, astringencia frecuente, meteorismo persistente por parte del tubo digestivo; jaquecas, irregularidades en el sueño, fatiga cerebral, neuralgias faciales é intercostales, incapacidad para los trabajos mentales, irritabilidad de carácter por parte del sistema nervioso; arritmias y taquicardias por parte del aparato circulatorio; la tos uterina, disnea y algunas veces asma por parte del respiratorio; irregularidades en la función renal, polaquiuria y poliuria en el urinario; fatiga muscular al menor esfuerzo por parte del aparato motor. Todo ello constituye un complejo sintomático tan rebelde y acentuado á veces, á la vez que tan variado, que convierte á las enfermas en verdaderas inválidas; el quietismo á que las condena la fatiga que les produce el menor esfuerzo y la superalimentación hija de la ansiedad precordial, ocasionan con frecuencia obesidad muy marcada, compañera frecuente de la metritis parenquimatosa.

Es verdad que no todas las metritis parenquimatosas ofrecen este cuadro general tan acentuado, propio particularmente de los infartos, hijos de un estado constitucional ó de desórdenes funcionales del aparato genésico; el verdadero cuadro de neurastenia multiforme que en tales casos existe y coincide con la metritis se presenta de manera que bien cabe preguntarse si es causa de la metritis ó efecto de la misma. Por lo que en otros sitios he indicado, ya se comprende que mi convicción en este punto es la de que se achacan á las alteraciones uterinas fenómenos que no tienen en ellas su origen patogénico. Existe en todo ello un verdadero círculo vicioso; la constitución neuro-artrítica, ó simplemente neuropática, crea la predisposición á los trastornos circulatorios; los desórdenes genitales de todo orden estimulan aquélla y éstos; la congestión uterina se hace crónica, y la metritis intersticial es una nueva espina que aumenta todos los desórdenes, y así lentamente va creándose un estado especial en el que la lesión uterina aparece como la más evidente y á ella se achaca todo el cuadro patológico, siendo así que en realidad no representa más que un órgano víctima de múltiples deficiencias orgánicas y fisiológicas.

Todo ello aparece más evidente cuando se estudian los síntomas directos producidos por la metritis intersticial, pues su carácter es precisamente la versatilidad y poca fijeza de los trastornos funcionales.

El síntoma más constante viene representado por el dolor lumbar, al que sigue en orden de frecuencia la sensación de peso hipogástrico. Irradiaciones dolorosas á la vejiga, al ano, á las regiones ováricas y hacia los nervios crurales que no tienen nada de fijo ni característico. En cambio, el dolor lumbo sacro, que aparece al principio con intermitencia, se hace luego continuo ó persiste con exacerbaciones en los períodos menstruales ó en los *raptus* congestivos durante todo el período genital de la mujer, aun á través de cambios tan radicales como los que sufre el aparato genésico en el embarazo, parto ó puerperio.

La menstruación nada ofrece de característico, pues unas veces aumenta y otras disminuye. En general, hay tendencia á la menorragia, particularmente en los primeros tiempos en que todavía las lesiones anatómicas no son definidas y las congestiones existen con intermitencias; otras veces es la endometritis concomitante la causa de las hemorragias; el síntoma metrorragia es bastante

común, pero no obligado, de las formas con grande hipertrofia. En otros casos queda la menstruación reducida al mínimo, y aun no faltan en ocasiones amenorreas más ó menos pasajeras, á pesar de que el infarto uterino es evidente.

La leucorrea es un síntoma de escaso valor, pues si no es debida á la endometritis concomitante se presenta con intermitencias, coincidiendo con los períodos congestivos que originan una irritación funcional glandular; dicha leucorrea suele ser clara; cuando la metritis está definitivamente constituida, suele desaparecer.

La metritis intersticial, pero particularmente la constitucional ó no microbiana, no impide, sobre todo al principio, las funciones de fecundación, y en ello se encuentra una prueba de la influencia que el estado general ejerce sobre el útero, pues una vez terminado el laborioso período de la fecundación é incubación, persiste en sus alteraciones. Cuando el infarto es inveterado y definitivamente constituido, la fecundación suele ser difícil y no es rara la esterilidad.

La exploración directa arroja los datos de mayor valor para el diagnóstico; el tacto y la inspección descubren un cuello engrosado á veces enormemente, duro al tacto y decolorado ó congestionado, pero liso en su superficie: á veces se encuentran los síntomas de metritis cervical con placas catarrales y huevos de Nabot. La palpación combinada descubre un útero aumentado de volumen, pero regular en su forma y á veces doloroso á la presión. Aunque pueden existir úteros voluminosos en los que su cavidad no se halla aumentada, porque el engrosamiento de las paredes no originan siempre dilatación de la cavidad, comúnmente ésta está más pronunciada, y el histerómetro nos dará la medida exacta penetrando de ocho centímetros en adelante.

El diagnóstico no suele ser difícil, pues la exploración directa, demostrándonos un útero hipertrófico, duro, algo rígido y completamente regular en sus formas, no permite dudas. Más difícil será averiguar su naturaleza, lo que debe hacerse con un estudio detenido de la anamnesis de la enferma, ya en sus manifestaciones locales para saber si precedió una infección, ya en sus modalidades generales para indagar si su origen está en una causa orgánica no efectiva.

El diagnóstico de las complicaciones que pueden acompañar la metritis parenquimatosa, como la endometritis y las desviaciones, tampoco ofrece dificultades, así como la existencia de alteraciones anexiales, recordando siempre la frecuencia con que á la metritis crónica intersticial suele acompañar la degeneración quística de los ovarios.

Puede fácilmente confundirse con la metritis la existencia de miomas. Realmente los pequeños miomas intersticiales y algunos miomas difusos ofrecen grandes dificultades para el diagnóstico diferencial, y más de una vez ginecólogos curtidos en el diagnóstico han confundido un útero miomatoso con una metritis parenquimatosa y viceversa; si una exploración combinada detenida ó el histerómetro no descubren alguna irregularidad en la superficie del órgano ó hacia su cavidad, el diagnóstico se hace imposible. Verdaderamente, entre una metritis total con hipertrofia é hiperplasia conjuntiva y muscular y nódulos miomatosos difusos y múltiples ó circunscritos, pero intersticiales, no existe otra diferencia que la distribución de la lesión, que nuestros medios ex-

ploratorios no siempre pueden apreciar. Clínicamente poca importancia tiene este diagnóstico diferencial, pues cuando las dificultades llegan á este extremo se confunden las lesiones y las indicaciones en ambos casos.

Las neoplasias malignas intra-uterinas producen un aumento de volumen del útero confundible con la hipertrofia de la metritis parenquimatosa, pero los síntomas de ambas son distintos, y en último resultado una buena exploración intra-uterina con el dedo ó con la cucharilla servirán para disipar toda duda. Esta exploración digital intra-uterina en los casos de mioma, sólo podrá servir para el diagnóstico diferencial cuando él ó los miomas forman relieve debajo de la mucosa y hacia la cavidad del órgano.

**Curso, complicaciones, formas clínicas y pronóstico.**—El curso de esta dolencia es eminentemente crónico, y queda estacionario una vez adquirido todo su desarrollo. Muchas de las enfermas afectas de infarto del útero muestran ya su predisposición desde los comienzos de la vida menstrual con tendencia á la menorragia producida por los *raptus* congestivos del aparato genital. Otras presentan las primeras alteraciones al comenzar la vida sexual, y algunas comienzan en el transcurso de una infección aguda ó de un puerperio accidentado. En estas últimas el cuadro se desarrolla con bastante rapidez para alcanzar su máximum en el espacio de algunos meses; en las otras su desarrollo es más lento.

De todas maneras, la época de la vida en que suele presentarse la metritis parenquimatosa con todo su cortejo sintomático suele ser de los treinta años en adelante. El cuadro va acentuándose hasta llegar á la menopausia, en cuya época sufre los efectos de la atrofia genital que caracteriza dicha época crítica, y el infarto disminuye hasta desaparecer, apagándose lentamente todas sus manifestaciones; es de notar, sin embargo, que la atrofia uterina, propia de la menopausia, es más lenta y tardía cuando existe metritis parenquimatosa que en los demás casos.

Cuando la metritis no es bastante acentuada para producir la esterilidad, los cambios del embarazo, parto y puerperio pueden ser favorables al curso de la metritis parenquimatosa si es de causa local ó infectiva; pero en los casos, bastante numerosos, en los que el hábito morboso juega un gran papel patogénico, terminadas las metamorfosis del período de generación, los fenómenos patológicos siguen con igual ó mayor intensidad que antes.

Por todo ello se comprende que la metritis parenquimatosa es una de las afecciones uterinas más estacionarias y rebeldes que existen.

Las complicaciones á que puede dar lugar son pocas, porque aun en los casos en que son de origen infectivo, la inflamación del parénquima uterino y su esclerosis consecutiva no tiene tendencia á la propagación, al contrario de lo que ocurre en la metritis mucosa; las desviaciones uterinas más bien son causa que efecto de la metritis intersticial.

Si bien con gran frecuencia se encuentran lesiones ováricas concomitando con la metritis intersticial, sobre todo esclerosis y degeneraciones quísticas, no es que el estado del útero influya como agente causal, sino que la misma causa que produjo la alteración uterina ocasiona las lesiones ováricas, y ello se comprende, pues los accesos congestivos productores de la metritis no se localizan

al útero, sino que alcanzan todo el aparato genésico, produciendo las alteraciones ováricas.

No se ha encontrado relación entre la metritis intersticial y el desarrollo de neoplasias malignas, pues la única que con ella pudiera tener relación patológica es el sarcoma, enfermedad relativamente rara, dada la gran frecuencia de la metritis parenquimatosa. En cambio, puede influir notablemente en el desarrollo de miomas, y sin duda que muchas veces existe una metritis intersticial como preludio de la degeneración miomatosa; ya he indicado antes como, aun bajo el punto de vista de su anatomía patológica, parece existir cierto parentesco entre el desarrollo de miomas y la metritis intersticial de carácter orgánico.

Aunque todos los casos de metritis parenquimatosa tienen un gran parecido, sin duda que con regular frecuencia se presentan algunas formas que se distinguen por algunos de sus caracteres, y entre ellas pueden notarse como más frecuentes y características las que podemos llamar metritis dolorosa, metritis hemorrágica, metritis puerperal y metritis de la menopausia.

La *metritis dolorosa crónica* forma un verdadero tipo clínico; así como, por regla general, la endometritis no suele ser dolorosa, en la metritis intersticial el síntoma dolor es uno de sus caracteres más marcados. Algunas veces este síntoma se exagera y da origen á una forma de metritis en la que los dolores espontáneos y provocados llegan á ser muy intensos: dismenorrea, dispareunia, tenesmo vesical, dolor anal y coxigodinea, todos los que se exasperan al menor movimiento ó cansancio ó por cualquier alteración de vecindad, sobre todo por parte del tubo digestivo; enfermas existen en las que la ingestión de alimentos ó bebidas determina sensaciones dolorosas por parte del útero. La palpación hipogástrica y combinada, y aun el simple tacto vaginal, despiertan dolores intensos, y el histerómetro llega á ser insoportable. Algunas de estas enfermas tienen verdaderos ataques de histeralgia, y las hay en las que la más pequeña impresión repercute en el útero despertando dolor.

La *metritis puerperal* es la que tiene su comienzo en un parto ó en un aborto, y no son pocas las enfermas que indican taxativamente que sus sufrimientos comenzaron después de tal ó cual parto ó aborto. Ora ha ocurrido una infección que ha paralizado el movimiento involutivo del útero, quedando establecida la metritis llamada subinvolutiva, generalmente acompañada de endometritis, por lo menos al principio; ora la involución, por causas ajenas del todo á la infección, se realiza lenta é incompletamente dejando establecida la hipertrofia del útero; la multiparidad basta para producir el fenómeno, y á poco que la enferma esté propensa, se desarrolla el cuadro de la metritis intersticial con sensación de peso, lumbago y menorragias á veces abundantísimas, pero que suelen conservar su periodicidad; á medida que transcurre tiempo, si no se corrige la dolencia, las hemorragias se hacen menores y la metritis entra en el tipo corriente y clásico del infarto, en el que las pérdidas sanguíneas no suelen ser un síntoma culminante.

La *metritis hemorrágica* ofrece algunos tipos muy marcados y de gran importancia clínica. Deben desde luego descontarse aquellas enfermas en las que á la vez existe endometritis causante de las pérdidas sanguíneas, pues en ellas el cuadro es mixto y prácticamente deben más bien considerarse como en-

dometritis que como metritis intersticiales. Sin endometritis del cuello ni del cuerpo, como lo demuestra el examen clínico y aun el raspado, que con tanta frecuencia se practica inútilmente en estos casos, existen metritis parenquimatosas hemorrágicas en las que se presentan metrorragias atípicas muy duraderas: las hay que persisten dos, tres y seis meses consecutivos, no muy abundantes, pero sí muy persistentes; desaparecen solas ó gracias á un tratamiento adecuado, para reaparecer al menor motivo y aun sin causa que lo explique con análoga persistencia y duración. Esta forma se presenta en úteros aumentados de volumen hasta 9 y 10 centímetros, de paredes engrosadas y rígidas, ofreciendo todo el órgano una dureza marcada, ó bien en úteros también gruesos, pero de paredes blandas como atónicos que se doblan fácilmente, cayendo el órgano en retroflexión; se practica el raspado y la cucharilla nada arrastra, pero tampoco la enferma beneficia de la intervención, pues ordinariamente no tarda en reproducirse la hemorragia. Creo que en estos casos, más que el raspado, influye la dilatación en los buenos efectos que se obtienen, aunque generalmente pasajeros, porque en varias circunstancias en que me he limitado á la dilatación, he obtenido mejores resultados que cuando he empleado la cucharilla; particularmente en las formas atónicas, una simple dilatación suele ser el mejor hemostático; por eso podrían llamarse *trombósicas* esas metrorragias, porque la dilatación impide la retención de coágulos, que sin duda obran excitando la pérdida sanguínea, aparte de que excita la contracción del útero, que sólo puede producir beneficios en tales casos. Lo esencial es dejar establecido que las lesiones de la mucosa no explican estas metrorragias, y sin duda que algunos de estos úteros presentan las lesiones parenquimatosas descritas por Pilliet, Quenu, Pichevin, Cornil, Pozzi y Lateux (1) y otros, alrededor de los vasos sanguíneos, en algunos casos de metritis enormemente hemorrágicas. Cuando esta forma de metritis hemorrágica se presenta hacia la menopausia, tiene grandísimo interés por la facilidad con que puede hacer creer en una neoplasia intra-uterina, sobre todo en los casos, algo frecuentes, en que la abundancia y persistencia de las hemorragias produce en las enfermas el tinte pálido de la anemia que recuerda el color pajizo de ciertas neoplasias uterinas. Estas formas hemorrágicas, rebeldes á todo tratamiento, son las que han obligado á Olshausen, Lawson-Tait, Schauta, Quenu, Pozzi, etc., y á mí mismo, en más de una ocasión á practicar la histerectomía.

La metritis parenquimatosa de la *menopausia* tiene poco de especial, si no es la edad de la enferma, pues á veces se observa que en vez de ocurrir una regresión en la marcha de la metritis, ésta se sostiene ó aumenta en sus manifestaciones sin que la menopausia sobrevenga, prolongándose el período genital hasta los cincuenta, cincuenta y dos y más años, hasta que al fin sobreviene una menopausia tardía y se apaga el cuadro de la metritis, subsistiendo con todo algunas veces los fenómenos dolorosos, aun establecida ya la menopausia desde larga fecha.

El *pronóstico* de la metritis parenquimatosa no carece en muchos casos de gravedad, pues si bien raras veces ataca la vida directamente, como no sea en

(1) POZZI y LATEUX: *Sur une forme rare de metrite hemorragique (angio-esclerose envahissante)*. *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1899, pág. 771.

las formas hemorrágicas muy acentuadas, en cambio la rebeldía y persistencia de la dolencia, los numerosos trastornos reflejos ó concomitantes que le acompañan, las manifestaciones dolorosas frecuentes y las mil molestias que ocasionan á las enfermas hacen la vida desagradable y á veces llegan á convertirse las pacientes en inválidas. Ello es bastante motivo para que, si bien en una gran mayoría de casos, el pronóstico no es sombrío por la gravedad de la dolencia, es de un matiz bastante acentuado por los fenómenos que determina y la persistencia y rebeldía de los mismos.

**Tratamiento.**— Dada la naturaleza de la metritis intersticial y la influencia que en su desarrollo tiene en multitud de ocasiones el estado general de la enferma, se comprende que las indicaciones para su tratamiento sean variables, siendo unas veces causales y otras directas contra la afección misma.

Entre las indicaciones causales, figura en primer término el tratamiento de las infecciones que pueden dar origen á la metritis parenquimatosa, procurando agotar la infección antes que el desarrollo del infarto adquiera independencia, empleando para ello los medios anteriormente indicados.

Cuando el infarto obedece á causas constitucionales, fácilmente se comprende que los medios de tratamiento general contra el estado productor de la dolencia tendrán una gran importancia. Para estos casos debe el ginecólogo acudir á todos los medios de tratamiento capaces de moderar los accesos congestivos del aparato genital. El tratamiento hidromineral, la administración de aguas, alcalinas unas veces, ferruginosas ó sulfurosas otras, según que domine un estado general de artrismo irritable ó de linfatismo asténico. Los baños minerales, ora sedantes, ora estimulantes, según los casos, logran muy buenos resultados, en los casos en que las enfermas por su posición pueden recurrir á dichas estaciones, entre ellas La Garriga, Caldas de Malavella, La Toja, La Muera, Neris, Royat, Salies de Bearn, Saint-Sauveur, Kreuznack, Kiesingen, Plombières, Marienbad, etc., etc., escogiendo para cada tipo el manantial más á propósito para los efectos que convenga obtener (1). Indudablemente un tratamiento hidromineral dirigido por los médicos de dichos balnearios, que conocen bien los efectos de los diversos manantiales, es con frecuencia más beneficioso que un tratamiento local enérgico y sostenido; más de una vez he visto desaparecer cuadros alarmantes, contra los que habían fracasado tratamientos locales enérgicos, con una temporada en las aguas de Royat, Salies, La Muera ú otras.

Es frecuentísimo ver á las enfermas de esta naturaleza, jóvenes vírgenes unas, multíparas otras, con sufrimientos continuos ó que aumentan de día en día, á pesar de los tratamientos farmacológicos prescritos por médicos poco conocedores de estas manifestaciones, que insisten en combatir una anemia que no existe ó una dispepsia imaginaria, agotando los recursos farmacológicos que cansan el estómago y fatigan á las enfermas, ó recomendando una superalimentación verdaderamente perjudicial. Algunas enfermas llegan de este modo á situaciones inconcebibles, viven sugestionadas por sus médicos respectivos con el fantasma de la anemia ó la debilidad, sintiendo, cada hora, cada treinta minutos, necesidad de ingerir algún alimento sólido ó líquido; estas enfermas sue-

(1) Véase tomo I, págs. 129 y sigs.

len ir á la calle llevando siempre pequeñas raciones con que satisfacer su ansiedad precordial y combatir su debilidad. En tales casos, el mejor tratamiento es suprimir toda medicación y regularizar el régimen; ciertamente es esto difícil de lograr, porque las enfermas se rebelan contra tal imposición, pretextando que les es imposible someterse á las prescripciones razonadas del médico; hay que ser inexorable, pues de otro modo no se obtiene beneficio ninguno. La regularización del régimen basta en casos semejantes para obtener efectos rápidos.

El estreñimiento es muy frecuente en los casos de metritis intersticial, tan pertinaz á veces, que es de difícil vencer, á pesar de la importancia de la indicación. Es preferible buscar los resultados en el régimen que en el tratamiento farmacológico. El empleo de frutas en abundancia, cierta cantidad de agua en ayunas, régimen vegetal y particularmente establecer el hábito de una exoneración diaria apelando al uso de enemas variados, es sin duda el mejor medio, y de no bastar éste, recurrir de preferencia á pequeñas dosis de aceite de ricino y al infuso de ruibarbo en cantidad suficiente; la belladona es también agente perfectamente tolerado en estos casos. Los purgantes colagogos, drásticos y salinos no son los más á propósito.

Los medicamentos que tienen acción electiva sobre el aparato genital descongestionándolo, están indicados para combatir los períodos congestivos: con ninguno he obtenido tan excelentes resultados como con la quinina, en cantidad de 50 á 75 centigramos varios días seguidos.

El ejercicio moderado al aire libre, los climas secos y de altura producen buenos efectos en casos parecidos, así como al principio de los períodos congestivos se recomendará el reposo y la abstención de relaciones sexuales, particularmente si se sospecha que éstas puedan intervenir como agente etiológico.

Aparte de estas indicaciones generales, y sin las que fracasan con frecuencia los medios locales, existen una serie de medios de acción local verdaderamente útiles y absolutamente necesarios cuando la dolencia se ha desarrollado y ha producido en el órgano las alteraciones propias del infarto.

Las irrigaciones vaginales calientes y abundantes, de 10 y 12 litros, los tapones glicerizados, los supositorios con ictiol, yoduro potásico, belladona, etc., la columnización de la vagina, son medios que contribuyen poderosamente á descongestionar el útero y á combatir la metritis intersticial.

Existe un medio que obra directamente sobre uno de los elementos patogénicos más importantes en el desarrollo del infarto: las emisiones sanguíneas en el cuello del útero. Dichas emisiones pueden obtenerse de distinta manera: el mejor medio consiste en practicar sobre la porción vaginal del cuello, con un bisturí puntiagudo, 10 ó 12 punturas poco profundas; la maniobra es indolora y la cantidad de sangre derramada raras veces es mayor de una cucharadita mediana. Como generalmente se trata de enfermas altamente impresionables, es preferible practicarlo sin decírselo, en cuyo caso no experimentan ningún dolor y encuentran verdadero alivio, y aun á veces una curación rápida si se repiten las sesiones dos veces por semana durante un par de meses; si, por el contrario, se las previene, y sobre todo ven un lujo de instrumental y de precauciones innecesario, la impresión que les causa es contraproducente y no es raro ver fracasar el procedimiento. Considero preferible este sencillo medio á

las sanguijuelas y á los aparatos que algunos recomiendan para estos casos; no ofrece ningún peligro y sí grandes ventajas, no existiendo contraindicación ni aun en las enfermas verdaderamente anémicas, pues la cantidad de sangre derramada cada vez no tiene la menor influencia en el estado general de las enfermas. Tiene particular aplicación en los infartos ya desarrollados.

Alguna vez he puesto en práctica el siguiente medio, que me ha dado buenos resultados, para lograr una disminución en el volumen del útero. Con el termo-cauterio punteado practico en la porción vaginal del cuello diez ó doce puntos, de modo que el cauterio penetre en el estroma uterino uno ó dos centímetros; cuando se desprende la escara queda un trayecto que exuda unos días, y que al cicatrizarse produce una retracción acentuada de los tejidos vecinos. A las tres ó cuatro semanas se repite la maniobra, que es casi indolora; bastan, por regla general, cinco ó seis sesiones. Los resultados obtenidos son bastante duraderos.

El masaje uterino, medio excelente para combatir la metritis parenquimatosa, obra directamente sobre su principal elemento patogénico, descongestionando el órgano y favoreciendo la reabsorción de las infiltraciones que en el parénquima existen: el útero disminuye de volumen, los dolores ceden, el peso pélvico desaparece y la enferma puede llegar á curarse. El vendaje y compresiones hipogástricas tan recomendados y que realmente en algunas enfermas producen mejorías notables, obran de una manera parecida al masaje, comprimiendo la región uterina y favoreciendo su circulación.

La electrolisis á pequeñas intensidades, de 30 á 40 miliamperios con el polo positivo en el útero, en sesiones de seis á siete minutos dos veces por semana, produce efectos sorprendentes. Descongestiona el órgano, calma los dolores y provoca la contracción de sus paredes; obra, por tanto, sobre los principales elementos patogénicos de la metritis intersticial. Más de una vez en úteros voluminosos escleróticos próximos á la menopausia con grandes metrorragias que no cedieron al raspado, á los taponamientos ni á los cáusticos intra-uterinos, he visto desaparecer definitivamente la hemorragia que había hecho pensar en una histerectomía, en 10 ó 12 sesiones de electrolisis. En determinados casos es un agente verdaderamente soberano, y que recomiendo por su rápida eficacia y por la sencillez con que puede aplicarse, pues carece en absoluto de peligros y no es dolorosa su aplicación.

El raspado puede estar indicado en ciertas formas de metritis parenquimatosa en las que á la vez existe endometritis fungosa; empero, cuando las lesiones mucosas son escasas ó nulas, como acontece en muchos casos, no produce resultados ventajosos; por el contrario, hay enfermas que se agravan con este medio; un criterio análogo sustentan Richelot (1), Fritchs (2) y otros. La simple dilatación produce tan buenos efectos y mejores que el raspado, permitiendo un buen desagüe del órgano y estimulando su contracción. Son numerosos los casos en que he visto fracasar el raspado y triunfar la electrolisis; cuando un útero hipertrofiado presenta señales de haber sido infectado, aunque las lesiones mucosas sean pocas ó nulas, juzgo útil un raspado y taponamiento conse-

(1) RICHELOT: *loc. cit.*, pág. 111.

(2) FRITCHS: *loc. cit.*, pág. 152.



cutivo para desinfectar el órgano y prepararlo para la aplicación consecutiva de las electrolisis.

Finalmente, en los casos de úteros voluminosos con cuello grande, en los que los medios de tratamiento indicados no producen el resultado apetecido, puede estar perfectamente indicada la amputación bicónica del cuello recomendada por Martin, Schröder, Fritchs, Richelot, Doleris, etc., y cuya técnica expondré luego.

Se comprende que en las formas hemorrágicas graves se haya recurrido á la histerectomía como indicación vital. Considero esta intervención justificada en muy contados casos y á pesar de haberla practicado tres veces, creo preferible, actualmente, á la histerectomía la resección cuneiforme del cuerpo del útero, sea transversal por el método de Dhursen y Beuttner, sea ántero-posterior por el método de Kelly. Con ella se reduce el volumen del órgano y las metrorragias desaparecen, conservándose la función genital: es una intervención eminentemente conservadora y del todo viable con los perfeccionamientos técnicos actuales; en aquellos úteros esclerosados, voluminosos, que producen grandes hemorragias y que recaen en mujeres todavía jóvenes, debe esta operación substituir la histerectomía: esta resección equivale á la amputación bicónica, pero realizada por el abdomen y en el cuerpo del útero, en vez de hacerla por la vagina y en el cuello. Más adelante describiré su técnica.

**Intervención quirúrgica en las metritis.**—RASPADO.—Es, sin duda, una de las más bellas y positivas conquistas de la Ginecología. Ideado por Recamier, fué pronto abandonado, hasta que los progresos de la antisepsia lo rehabilitaron haciéndola entrar de nuevo en la práctica corriente de la cirugía ginecológica. Hace veinticinco años que los esfuerzos de Doleris lo vulgarizaron en Francia, después de una lucha sostenida con los ginecólogos de la generación anterior, que se oponían á su implantación. Pozzi, Terrillon, Bouilly, Richelot y otros campeones contribuyeron á que el raspado del útero fuese aceptado como operación corriente. En 1892 (1) publiqué un trabajo sobre el raspado del útero para contribuir á vulgarizarlo en nuestro país.

La inocuidad de la intervención, la facilidad con que puede llevarse á cabo y los resultados que produce cuando está bien indicada, convirtieron dicha intervención en panacea de las afecciones uterinas. No tardó, sin embargo, en abusarse de él, desprestigiando su valía, unos empleándolo fuera de sus indicaciones, otros alterando su técnica y convirtiéndola en simulacro, y muchos olvidando sus contraindicaciones; lo que justifica las siguientes palabras de Fritchs (2): «Desgraciadamente, con frecuencia es en esta operación que consiste todo el saber y querer de algunos ginecólogos.» De aquí la insistencia de todos los ginecólogos sensatos al hablar del raspado del útero con el fin de que se atienda debidamente á la importancia de la misma y no se la convierta en una maniobra de pequeña ginecología, á la altura de un toque ó de una cauterización.

El raspado del útero merece ser considerado con todos los honores de una

(1) *Revista de Ciencias médicas de Barcelona*, 10 de Marzo de 1892, pág. 97.

(2) *Loc. cit.*, pág. 162.

operación de alta cirugía, tanto por la dificultad de sentar sus indicaciones, como de apreciar sus contraindicaciones, como, por fin, por los peligros y fracasos que pueden acompañarle si no se atienden debidamente todos sus detalles. Mi experiencia es ya bastante extensa para que esté autorizado para llamar la atención sobre este punto, y aquellos de mis alumnos, bastante numerosos, ya médicos, que practican la ginecología con fruto y brillantez, no se ofenderán les diga desde este sitio, que no siempre observo en sus indicaciones de raspado aquella seguridad diagnóstica que comunica á la indicación un valor absoluto y de resultados terapéuticos positivos.

*Indicaciones.* — Está indicado el raspado del útero siempre que las alteraciones de la mucosa del cuerpo sean bastante acentuadas para provocar fenómenos patológicos importantes ó perturbar su función, y de tal naturaleza que su rehabilitación resulta difícil ó imposible, siendo, por tanto, necesaria su destrucción y renovación consecutiva.

Así, por regla general, está indicado en todas las endometritis crónicas del cuerpo, así las de origen glandular como las de origen conjuntivo. Cuando más acentuada esté la lesión, más clara y evidente la necesidad del raspado; por eso sus efectos más brillantes se obtienen en las formas fungosas. Podría decirse que el resultado terapéutico del raspado está en razón directa de la cantidad de mucosa que la cucharilla retira.

Otra indicación del raspado es la retención de restos placentarios ó deciduales después del parto y del aborto, sin tener en cuenta la agudez de la infección, porque ésta tiene más valor por las condiciones de los productos retenidos que por la virulencia de la infección.

En ciertos casos de endometritis infectivas subagudas, en los que todavía no ha habido tiempo para que se caracterizaran las lesiones anatómicas, pero en los que la infección glandular mantiene en la cavidad uterina un foco séptico.

En determinados casos de miomas que más adelante quedarán especificados.

*Contraindicaciones.* — Por motivos que quedan apuntados en páginas anteriores, y porque no he visto nunca resultados brillantes de su empleo, juzgo contraindicado el raspado en las endometritis agudas, sean de la naturaleza que sean, excepción hecha de los casos de retención.

Está formal y absolutamente contraindicado el raspado del útero durante la existencia de algún proceso flogístico agudo ó subagudo de las zonas periuterinas (anexitis, pelvicolulitis y pelviperitonitis).

A pesar de lo que opinan algunos autores (Doleris, Vouillet y otros), considero formalmente contraindicado el raspado en las anexitis crónicas, particularmente en las de origen gonorreico. Es, sin duda, una de las contraindicaciones más difíciles de establecer, pues muchas anexitis silenciosas ó apagadas, que no producen síntoma ninguno, ni tienen lesiones anatómicas bastantes para ser asequibles á la exploración, pueden sin embargo ser origen de serios contratiempos. En los casos dudosos, sirve de norma á mi conducta el efecto que producen las laminarias que empleo para la preparación del útero para el raspado; si éstas despiertan dolores anexiales ó frecuencia de pulso, creo preferible abstenerse del raspado; no hay habilidad técnica capaz de poner á cubierto de un

ataque de anexitis si en la trompa existe un foco séptico que despierta por las maniobras precisas para la intervención.

Cuando la historia de la enferma y los datos actuales acusan la existencia de anexitis, debe someterse la enferma á un largo tratamiento preparatorio, y cuando apagada toda manifestación anexial está indicado modificar por el raspado el foco uterino, no se olvide tomar como piedra de toque la aplicación de laminarias.

En el curso de 1907 á 1908 tuve un caso muy elocuente bajo este concepto. Se trataba de una mujer de 25 años, casada y estéril: siempre tuvo dismenorrea membranosa é ingresó en la clínica para sufrir un raspado. La primera laminaria despertó en la enferma 38° y 100 pulsaciones: después de un descanso de ocho días, nueva laminaria y nuevamente 38° y 110: al tercer día de suspender la laminaria, apareció una varioloide bastante confluyente que obligó á aplazar todo tratamiento durante un mes. Al reanudarlo y aplicar nuevamente una laminaria, 38'5° y 110: tanto esta vez como las anteriores, sospechando una salpingitis, hice inútilmente una exploración detenida: á pesar de ello procedí á la laparotomía, seguro de encontrar algún daño anexial y pude extirpar una piosalpingitis doble en la que las trompas estaban invertidas sobre el fondo del útero y sus pabellones mutuamente adheridos y comunicantes: la lesión era antigua y la cantidad de pus de unos 60 gramos. La anamnesis de la enferma ni la exploración habían hecho diagnosticar ni sospechar tal lesión.

Está también contraindicado el raspado, aunque no de una manera absoluta, en las enfermas diabéticas y albuminúricas.

*Técnica.* — Aunque empleando cucharillas pequeñas, algunos úteros pueden rasparse sin dilatación previa, éstos son los menos, y es de rigor proceder á una *dilatación* que permita holgura en la maniobra del raspado.

Algunos autores preconizan y practican la dilatación rápida extemporánea por medio de dilatadores en el acto de la intervención y como tiempo previo. Considero mucho más ventajoso recurrir á la dilatación lenta, con la que se obtienen grandes ventajas: dilatación más segura y menos cruenta, sin desgarros ni traumatismos, á la vez que permite cerciorarse en los casos dudosos de que no existe por parte de los anexos contraindicación; además, la gimnasia uterina de la dilatación lenta es sumamente beneficiosa para descongestionar el órgano, y la hipersecreción que determina es altamente favorable á una buena desinfección. Los pocos que recomiendan obtener la dilatación por medio de la incisión del cuello con el bisturí, demuestran no tener idea exacta del objeto y fin que con el raspado debe proponerse el ginecólogo.

Para obtener la dilatación por medio de las laminarias, después de desinfectar previamente la región vulvo-vaginal, unos días antes, por medio de inyecciones y supositorios, aplico una laminaria que dejo durante veinticuatro horas, transcurridas las cuales la substituyo por otra más gruesa; generalmente bastan dos para obtener una dilatación de más de un centímetro, pero en los casos de cuello muy estrechado aplico hasta tres laminarias en los tres días que preceden á la operación.

El día antes la enferma debe purgarse, guardando reposo durante el período preparatorio de la dilatación.