

Añadiré para terminar que el Profesor Fonssagrives le asigna propiedades analgésicas á la repetida sanguinarina; es muy posible que esta acción haya quedado incierta con la que se ensayó en México, y aun acompañada de alguna otra, debido á su falta de pureza.

Estos son en compendio los datos que conozco acerca de nuestras Papaveráceas y que me pareció oportuno reunir para presentarlos en mi lectura de esta noche y la que por Reglamento me corresponde.

México, Enero 25 de 1893.

MANUEL M. VILLADA.

GINECOLOGIA.

ALGUNAS CONSIDERACIONES CLINICAS SOBRE EL SARCOMA UTERINO.

HACE aún pocos años se creía que el sarcoma del útero era una afección rara, supuesto que en la práctica extensa de tan distinguido ginecólogo como Martín de Berlín, se registraban sólo dos hechos de ese padecimiento, uno de los cuales fué primitivamente fibroma que sufrió después la degeneración sarcomatosa, ó que evolucionó en el sentido de semejante neoplasia, como es frecuente acontecer en las enfermas afectas de fibromiomas, en quienes se retarda la intervención quirúrgica.

Nada ofrece la bibliografía de importante en cuanto á descripción ó datos generales de la enfermedad, supuesto que la penuria de aquellos hizo imposible que ésta pudiese conquistar la necesaria independencia y diferenciación que exige la creación de toda entidad morbosa; así es que, por algún tiempo, la descripción del sarcoma uterino pasó confundida con la del carcinoma del mismo órgano.

Ya se admitía, sin embargo, en 1876, que en oposición al carcinoma, el sarcoma se desarrollaba de preferencia en las nulíparas: que incipiente en las células conectivas interglandulares de la mucosa uterina, se propagaba exuberante hacia la cavidad, en forma de mechones arborescentes muy semejantes á los llamados pólipos racimosos, extendiéndose por excepción hacia el parénquima, que una vez infiltrado de núcleos múltiples ó

verdaderas colonias neoplásicas, despertaban un proceso irritativo, que á las veces salvaba la barrera peritoneal y se propagaba, por ende, á toda la serosa, y á la postre aparecía en los pulmones, que siempre manifestaron predilección por el proceso neoplásico de que vengo ocupándome, como lo atestiguan los numerosos hechos de su reproducción en esa víscera, aun tratándose de tumores primitivamente radicados en los miembros inferiores y hacia su extremo, háyanse ó no operado, y sin que la anatomía haya podido aún dar una explicación satisfactoria del suceso.

Este segundo proceso de transmisión, que podemos llamar excéntrico, daba por resultado el seguro fracaso de la intervención quirúrgica, motivado por el retardo de ésta, supuesto que, ignorándose hasta entonces el proceso evolutivo de la mayoría de las neoplasias uterinas y no aceptando sino por modo excepcional la práctica hoy corriente de la incisión abdominal como recurso diagnóstico, aquellos hechos que se observaban en la práctica se desgraciaban siempre, ora por patentizar los cirujanos la generalización del tumor hacia las vísceras abdominales, ora sea porque aun faltando aquella, el aparato generador femenino se encontrara inmovilizado por adherencias flemásicas, si bien de naturaleza específica, adherencias que aun hoy contraindican la correcta extirpación de esos órganos, ó la hacen sumamente peligrosa.

No cabe duda que el sarcoma que se desarrolla hacia la cavidad uterina, fué el primero que solicitara la atención de los especialistas, y el primero también que se logró curar, cuando aun no bien diferenciado de la endometritis proliferante glandular, se le aplicó el mismo recurso terapéutico, esto es, la destrucción de la mucosa por medio de la cucharilla inventada por Recamier; máxime si nos referimos á la época aun no remota en que la benéfica operación del legrado uterino sentó sus reales, por modo definitivo, en Operatoria Ginecológica.

El primer hecho de sarcoma uterino que observé fué cavitario, y la sensación que obtuve después de emplear el histerómetro fué muy especial y semejante á la que produciría un tallo rígido con el que se tratara de disgregar un fruto pulposo; juzgo que dicha sensación puede ayudar al establecimiento del diagnóstico, reunida por supuesto á los valiosos datos que deben informar toda exploración ginecológica. Estudiando el útero y anejos que extirpé pude convencerme de la realidad de esa forma llamada concéntrica, que se detiene estrictamente en la mucosa y respeta el parénquima—que no demostró infiltrado el microscopio—pero que se propaga hacia la mucosa tubaria, á semejanza de la mayor parte de los proce-

esos de naturaleza infectiva, que comunmente se comprenden bajo la denominación genérica de *endometritis*.

Es indudable que la propagación á la mucosa tubaria es de difícil diagnóstico, pudiendo faltar los signos objetivos y subjetivos en la mayoría de las enfermas; pero que si se sospechase aquella después de exámenes reiterados con los anestésicos y si durante la histerectomía vaginal se confirmase esa presunción, deberán extirparse uno ó ambos anejos, supuesto que dejándoles, pronto se tendrá el desagrado de patentizar una reproducción sarcomatosa que invadiendo el tejido celular pelviano, haría por último, inútil ó peligrosa toda nueva tentativa de extirpación.

La descripción clínica del sarcoma uterino siempre se ha hecho reuniéndola con la del cáncer, distinguiéndose de este último el sarcoma con el calificativo de cáncer de las mujeres jóvenes; á todas luces deficiente é incorrecto.

En su reciente y muy completo tratado de Ginecología, describe S. Pozzi al lado del epiteloma típico del cuerpo uterino—que constituye propiamente hablando el carcinoma—dos variedades de sarcoma: el de la mucosa, y el fibro-sarcoma, afecciones que difieren de la primera si se las considera desde los puntos de vista de la Anatomía Patológica y de la Clínica.

Con efecto, si repasamos la historia de las enfermas afectas de sarcoma ó de fibro-sarcoma, pronto distinguiremos y en especie de paralelo con el carcinoma verdadero, que: la edad de las enfermas, el principio y desarrollo de la afección, y los datos que arroja la exploración, son diferentes en ambas enfermedades, y resulta por modo indudable, que el punto causal de aquella antigua confusión estriba, sobre todo, en la existencia de las formas clínicas incipientes del carcinoma, pues el equívoco con las formas avanzadas, no es disculpable ya; bastando recordar que el cáncer que sobreviene después de la menopausia se presenta al observador bajo caracteres clínicos sencillos, y que el diagnóstico puede hacerse *à priori*, podríamos decir que por modo intuitivo; en tanto que, el carcinoma que se asienta precozmente en el útero, no puede diagnosticarse sino por vía de exclusión, siendo mayor la dificultad, por la semejanza que él presenta con la metritis glandular—á la que sucede constituyendo el adenoma maligno de la escuela alemana—y con la metritis hemorrágica de la menopausia con frecuencia degenerada en carcinoma.

En nuestra somera descripción sólo nos ocuparemos del sarcoma verdadero, esto es, de la neoplasia conjuntiva: *en que los elementos conjunti-*

vos preponderan, en cuanto á número y volumen, sobre la substancia intercelular; carácter que la distingue del carcinoma de origen epitelial y debido á los bellos trabajos de Thiersch, Cornil y principalmente de Waldeyer y Malassez.

Comprenderemos en la descripción y por el motivo expuesto la neoplasia maligna de la caduca, llamada *deciduoma maligno*, sobre cuya rara afección llamara la atención por primera vez R. Mayer hacia 1878, y de la cual juzgo necesario dar un ligero bosquejo, ya que no con elementos científicos propios —por no haberla observado aún—siquiera con los extraños y todavía discutibles de los patólogos y clínicos alemanes.

Cuando vió á su enferma, el 23 de Julio del mismo año, estaba muy anémica, con vómitos frecuentes y el útero muy abultado y dolorido. La sonda demostró que había vegetaciones en su interior; y sospechando un *deciduoma maligno*, se dilató la viscera y se extrajeron con la mano unas masas esponjosas que llenaban por completo el fondo de la misma. En el sitio de la placenta, á pesar de extirparse grandes trozos de la neoplasia, se encontraban más, sin duda por haberse originado procesos de destrucción en la pared del útero.

El microscopio reveló la naturaleza sarcomatosa de la afección, cuya malignidad confirmó la marcha del mal. Una vez vaciado el útero, cesaron las hemorragias, pero el estado general iba cada vez peor, se repitieron los flujos sanguíneos y el útero aumentó de volumen, indicando que se reproducía el *deciduoma*. En vista de esto se hizo la extirpación total del útero por la vía vaginal, que se realizó en medio de síntomas de septicemia, descendiendo inmediatamente la temperatura á 36° 2.

Hasta la fecha se conocen siete casos de *deciduoma maligno*, caracterizados todos ellos por metrorragias abundantísimas, fiebre alta, producción de metástasis y formación de masas neoplásicas en el sitio de la placenta. En un caso que observó el Dr. Gottschalk, y que relató en la Sociedad de Medicina de Berlín, en la sesión del 16 de Noviembre de 1892, se trataba de una mujer de cuarenta y tres años, la cual después de varios partos y abortos, se vió acometida á principios de ese año, y hallándose embarazada de ocho semanas, de una metrorragia que se juzgó como producida por restos placentarios, que, con alternativas de mejoría y empeoramiento, resistió á todos los recursos que se emplearon para combatirla, y entre ellos el raspamiento y taponamiento.

Con la preparación anatómica á la vista, se pudo comprender que el huevo se mantuvo sano hasta la época de la formación de la placenta, pues-

to que el proceso maligno se limitó al sitio de ésta, y el síndrome clínico revela que la afección sucedió inmediatamente al aborto. Lo que resulta con toda evidencia es que primero enfermaron las vellosidades placentarias y el proceso se propagó después á la membrana serotina.

Con respecto á la etiología, no puede ni culparse al raspamiento del útero, porque este factor no existió en otras enfermas, ni á la edad, ni al ser uníparas ó multíparas las interesadas. El cuadro clínico es bastante característico para que no pueda equivocarse esta afección con otras de la zona placentaria. Vemos también que cuando una mujer no se repone después de expulsado completamente el huevo, vuelven las metrorragias y sigue abultado el útero, es preciso el examen microscópico de las masas morbosas, puesto que conocida á tiempo la afección, y á pesar de su naturaleza maligna, todavía es susceptible de una curación radical. Esta neoplasia, según el mismo Dr. Gottschalk, podría denominarse sarcoma corio-decidual-celular.

A pesar de la comunicación del Dr. Gottschalk, nos parece que aún no es un concepto bien definido el de "deciduoma maligno," denominación que juzgamos innecesaria, ya que las células de la caduca son el prototipo de la célula sarcomatosa. En los casos hasta ahora conocidos, la afección **partía de los tejidos maternos**, y las preparaciones microscópicas de este caso demostraron la existencia de un proceso maligno de las vellosidades coriales que invadieron la pared del útero, y que la caduca enferma no es la verdadera, sino la refleja, acentuándose por lo mismo la malignidad después de la expulsión del huevo, aun cuando no sea difícil suponer que ya antes de ese acontecimiento se iniciara dicha malignidad, punto muy difícil de resolver, dada la obscuridad que aun rodea al sarcoma de la mucosa uterina, el cual por ser rarísimo y presentarse solamente en las nulíparas, no se tuvo en seria consideración en la práctica de la especialidad, por el concepto erróneo de que para conocer la malignidad de un tumor era preciso esperar la aparición de metástasis, que no sobrevino en el caso en cuestión en los cinco ó seis meses siguientes al aborto, ni apareció tampoco ningún nuevo foco en el útero.

Sea cual fuere la interpretación que se dé hasta ahora de hechos que todos juzgan como excepcionales, creo que debemos retener: que el asiento de la neoplasia fué el sitio de la placenta en todos los casos conocidos, y las enfermas habían estado sanas hasta el principio del aborto, pues en un útero sarcomatoso no puede haber gestación sin que sobrevengan hemorragias ú otros accidentes.

Veamos ahora, cómo, mediante las consideraciones de orden clínico que paso á exponer, se puede diferenciar el sarcoma de las afecciones con que ha sido confundida su descripción nosológica.

Algunas veces somos consultados para examinar á una mujer joven, pálida, ligeramente anémica, la cual llama inmediatamente nuestra atención por las perturbaciones menstruales que viene padeciendo después de cierto tiempo, que consisten en una prolongación en tiempo y cantidad del flujo catamenial, llegando éste á ser verdaderamente amenazador para su salud general por la rápida destrucción que produce debilitando su organismo. Nos dirá que en el período intercalar sufre flujos leucorreico ó simplemente mucoso, sin olor particular, y finalmente inferiremos de su relato que á lo anterior se reúnen los síntomas del síndrome uterino que se caracteriza por pesantez en el perineo, dolores irradiados que llegan á revestir algunas veces el tipo neurálgico, pesantez y atirantamiento de vientre y diversas perturbaciones gastro-intestinales.

Ninguno de estos signos funcionales tiene carácter particular si se exceptúa la edad poco avanzada de la enferma. Pero si á él agregamos informes más importantes que suministran los medios de exploración, y si eliminamos la posibilidad de un aborto de los primeros meses (caso posible, pero que el tiempo juzga fácilmente), llegaremos pronto al diagnóstico con los siguientes datos que debemos pasar á buscar con prontitud. Nos encontraremos con que el útero está grande, que ha basculado adelante y con más frecuencia hacia atrás por razón de su peso exagerado, que casi siempre se encuentra salvando el recinto pélvico superior; que el tacto y la palpación bimanual nos mostrarán rara vez irregularidades de la superficie, excepto en los casos avanzados de propagación peritoneal que por el momento no tomamos en consideración; que por lo mismo el órgano conserva su configuración normal, aunque puede estar ensanchado en su *fundus* si el neoplasma por su exuberante desarrollo distiende la cavidad á la vez que infiltra ó ingurjita el parénquima. Encontraremos excepcionalmente el cuello dilatado, y podremos sentir con el dedo un hongo neoplásico poco sangrante en las formas algo avanzadas; mas la mayoría de las veces el dato será negativo pues todos los autores convienen en que la neoformación cuando es cavitaria se detiene en los límites de la mucosa del cuello y si los salva es á semejanza de los pólipos mucosos cavitarios, que merced á esfuerzos reiterados del músculo uterino llegan á ser expulsados por la gangrena de su pedículo. En el sarcoma mucoso no sucede esto último porque rara vez afecta la forma circunscrita, excepto en

el adenoma ó endotelioma decidual, que se aleja por muchos puntos del sarcoma clásico, que es el único de que quiero ocuparme.

Ordinariamente encontramos crecida la cavidad uterina, sin que alcance las dimensiones exageradas que determinan los fibromas, de los cuales difiere también el sarcoma por ocasionar las primeras hemorragias más profusas desde su principio, los segundos las acarrean tan sólo en los períodos muy avanzados de su desarrollo, como fácilmente lo demuestran mis dos primeras observaciones.

La mucosa uterina es menos fungosa que en la metritis glandular ó la hemorrágica, y más propiamente se siente por medio del histerómetro la sensación de relieve y resistencia que producen las yemas neoplásicas, sensación poco definida acompañada de la resistencia que ocasionan las yemas y que obligan al médico á dar al histerómetro curvaturas diversas para poder alcanzar el fondo del órgano. Es conveniente en virtud de esta resistencia usar de suma moderación y aun desistir del intento, pues el parénquima suele encontrarse reblandecido, adelgazado, y no pocas veces indolente, faltándole al explorador la sensación dolorosa que acusa toda mujer á quien por medio de la sonda se palpa la mucosa del *fundus*, y acontecerle con mucha facilidad que perfora el órgano, lo que siempre es de trascendencia, por más escrupulosos que se suponga hayan sido sus cuidados antisépticos. Deberá por lo mismo preferirse el histerómetro maleable ó las tientas de plomo que sirven para reconocer los proyectiles ú otros cuerpos extraños en otras regiones del cuerpo.

En los períodos avanzados de la forma infectante de la enfermedad y cuando el neoplasma ha salvado la cubierta peritoneal invadiendo los ligamentos anchos y posteriormente el peritoneo abdominal, el cuadro sintomatológico será forzosamente más complicado, existiendo con frecuencia masas neoplásicas voluminosas que pueden ocupar la cavidad peritoneal y determinar dos clases de síntomas: mecánicos los primeros y consistiendo en perturbaciones viscerales diversas, como constipación persistente seguida de abundantes descargas del material fecal, alguna vez accidentes de oclusión intestinal, tenesmo rectal y vesical; los segundos de orden irritativo se acentúan por brotes de peritonitis recidivantes creando adherencias pelvianas, muy rara vez abdominales en virtud de la exudación rápida de serosidad albuminosa y sanguinolenta dentro del peritoneo, derrame que impide por algún tiempo la formación de adherencias; compresión de los uréteres en su trayecto pélvico y fenómenos de uremia grave con su cortejo sintomatológico habitual. Por último, síntomas avanza-

dos de caquexia, manifiestos por perturbaciones cardíacas avanzadas, edemas persistentes, anoxohemia y fiebre septicémica en casos como el de la observación número 4, en que se ha ulcerado el neoplasma y se ha derramado su contenido al peritoneo, cuyo poder absorbente para los gérmenes y detritos de neoplasma es considerable.

Tal es, sumariamente reseñado, el cuadro clínico del cáncer de las mujeres jóvenes ó sarcoma de la mucosa uterina. Y no es que pretenda que siempre sea el sarcoma el que se observe en las jóvenes. Puédese encontrar igualmente el epiteloma precoz; pero éste es una verdadera rareza patológica y se encuentra su diagnóstico rodeado de tales dificultades, que frecuentemente se le desconoce. No obstante esto, el cuadro clínico perteneciente al epiteloma precoz puede establecerse en la generalidad de casos y vamos á ver cómo difiere de la descripción anterior.

En efecto, si una mujer que ya ha pasado la menopausa presenta fuera de toda historia patológica algunas hemorragias que en un principio descuida creyendo quizá que en virtud de su buena salud anterior su flujo catamenial tiende espontáneamente á volver y que por ello se cree rejuvenecida; que otras veces suele tener escurrimientos de líquido sanguinoso, á lo que se añaden dolores de carácter paroxístico; que el tacto nos revela integridad del cuello y no del cuerpo que se encuentra manifiestamente abultado (en desproporción con la regresión senil que era de suponerse) é indurado, y que la enferma presenta un tinte amarillento terroso de la piel; podrá afirmarse inmediatamente que se trata del cáncer del cuerpo, sin que sea preciso recurrir á los signos que dieran: el cateterismo, la exploración *de visu* con el espejo, la dilatación, el legrado, y por último el microscopio. Ello sucede porque no es esta la edad de los tumores benignos. Los fibromiomas habrían terminado su evolución y habrían presentado con anterioridad los signos que los caracterizan. Podría objetarse que muchos autores niegan la terminación del proceso en el fibromioma hacia la menopausa, pero creemos que tal cosa es excepcional y deberían estudiarse las observaciones más atentamente, abrigando la convicción de que tales casos no son fibromiomas puros, sino degeneraciones que ellos sufren y son en primer lugar el reblandecimiento ó degeneración mixomatosa que los hace acrecentar con suma rapidez, y la degeneración grasosa, etc.

La metritis hemorrágica y la glandular habrían dado lugar á síntomas particulares antes de terminarse la función uterina. No puede pensarse sino en el cáncer, y el diagnóstico precoz puede, en consecuencia, es-

tablecerse con un pequeño número de signos, y si frecuentemente en la clientela y más que todo en la práctica hospitalaria se desconoce esta forma, es porque los enfermos se nos presentan en un estado avanzadísimo de sus lesiones y cuando éstas salvaron la barrera uterina infiltrándose el neoplasma, si estuvo radicado al principio en el cuello, hacia el tejido celular paramétrico, destruyendo los órganos contiguos, los cuales comunican ampliamente entre sí, ofreciéndonos el desconsolador espectáculo de una cloaca tan conocida de los médicos por escasa que se suponga ser su práctica. Depende esta desgraciada situación de la suma incuria de las pacientes y en gran parte de la falta de análisis de muchos médicos, á quienes les parece cosa de poca trascendencia que una hemorragia se presente en condiciones tan insólitas como hemos dicho sucede en los principios de esta afección, en la que repito, faltan los antecedentes obligados de las metritis hemorrágica y glandular.

Estas dos últimas entidades morbosas pueden fácilmente degenerar en carcinoma, pero la mujer en quien esto se verifica revela perturbaciones menstruales de carácter menorragico; escurrimientos leucorreicos, serosos ó sero-sanguinosos en las épocas intercalares, y el haz que constituye el síndrome uterino ya mencionado, con cuyos antecedentes un buen día y de un modo insidioso, comienza á experimentar el cortejo propio de las afecciones malignas, y la clínica puede entonces basar sus conclusiones fundándolas principalmente: en la persistencia de hemorragias rebeldes á todos los recursos conocidos, en la transformación de los escurrimientos que toman un olor especial, y en la ineficacia de la dilatación, legrado y cauterizaciones, que hubieran ciertamente surtido en caso de tratarse de simple proceso flemásico.

Hemos ensayado diferenciar hasta ahora el cuadro clínico del sarcoma, bien imperfecto en verdad, del que corresponde á las enfermedades con quienes puede confundirse más fácilmente. Debemos ahora detallar hasta donde nos sea dable la sintomatología propia del sarcoma basándonos para este fin en las formas anatómicas más admitidas por los autores.

En un estudio de Terrillon publicado en el *Boletín General de Terapéutica*, de París, en el número 14 de Diciembre de 1896, puede leerse cómo á este práctico distinguido le ha acontecido en muchas ocasiones encontrarse perplejo para establecer el diagnóstico del sarcoma, y disculpa á los cirujanos los errores que él mismo ha cometido á este particular, los que atribuye como nosotros lo hacemos á la facilidad de confundir por antecedentes mal recogidos ó por carencia de ellos, una simple y banal me-

tritis hemorrágica con esta forma de neoplasias (caso más frecuente) á la vez que su distinción con otras neoplasias (fibromas, tumores quísticos, etc.) de desarrollo avanzado. Cree sin embargo, y basándose en múltiples observaciones por él recogidas, que: en la mayoría de casos es posible establecer un diagnóstico preciso, y por consiguiente puede con más amplio discernimiento y mayores probabilidades de éxito, combatir este padecimiento por los recursos de la cirugía.

Divide los hechos que ha observado en cuatro categorías:

1.^a Sarcomas intrauterinos, fijándose preferentemente en la mucosa (4 casos).

2.^a Sarcoma gigantesco del *fundus* (el mismo número).

3.^a Sarcomas pediculados, nacientes del *fundus* y libres en las cavidades pelviana ó abdominal (3 casos).

4.^a Sarcomas voluminosos con vastas cavidades llenas de sangre ó líquido sanguinolento, en otros términos, sarcomas quísticos (3 casos).

En mi corta práctica, pero en un lapso bien exiguo contado desde el mes de Septiembre de 1891 á la fecha, he podido reunir cuatro observaciones cuyo diagnóstico innegable por el estudio histológico realizado en las mejores condiciones, como los suministra el disponer de amplios fragmentos de las piezas anatómicas que extirpé, me ha permitido estudiar la mayoría de las formas anatómicas de la neoplasia. Pude además estudiar un caso de sarcoma del cuello, por la bondad de mi fino amigo el Sr. Dr. D. F. de P. Chacón, quien me encomendó el estudio histológico de fragmentos del tumor.

Mis casos se dividen en:

1.^o Sarcoma de la mucosa de la cavidad uterina, de forma difusa, acompañado de ingurjitamiento linfático? del parénquima y propagación del neoplasma á la mucosa tubaria. (1 Caso.— Observación primera).

2.^o Sarcoma embrionario del cuello uterino propagado al parametio, con ligero abultamiento del cuerpo (2 casos).

3.^o Sarcoma de evolución abdominal naciendo de amplio pedículo implantado en el fundus y ligamento ancho izquierdo, con abultamiento marcado del cuerpo y produciendo ascitis rápidamente reproducida después de cuatro punciones (1 caso).

En conformidad con Terrillón he encontrado que el sarcoma uterino se desarrolla siguiendo dos procesos diferentes, pues unas veces invade primitivamente la mucosa uterina, con cierto exclusivismo digámoslo así, pues en el parénquima sólo se encuentra una ligera hipertrofia de origen

linfático probable, pero cuyo proceso no es el neoplásico por faltar colonias celulares del tumor (observación 1^a); y que otras veces nace del músculo uterino produciendo á expensas de él varios tumores que posteriormente pueden invadir el tejido celular subperitoneal de los ligamentos anchos (observación 4^a). En esta variedad la mucosa estaba engrosada pero no infiltrada por el tumor.

La forma *ulcerosa* que describe Terrillon, no la he encontrado hasta ahora. En ella, la mucosa infiltrada y gruesa no llega á proliferar y vegetar como en la forma mucosa, que antes indiqué, y que pudiéramos llamar clásica. Parece que la nutrición de la mucosa es insuficiente y tiende más bien á destruirse por eliminación reiterada de sus elementos propios, lo que da como resultado la formación de superficies irregulares, ulceradas, de tinte amarillento, con abundante trasudación de líquido seroso, apenas sanguinolento, líquido rico en despojos epiteliales. Tiene el aspecto característico de la hidrorrea, cuyo síntoma es en tales enfermas dominante. Generalmente se acompaña de hipertrofia del parénquima con agrandamiento notable de la cavidad, que adquiere hasta 22 y 30 centímetros; dimensiones tan exageradas, y que reunidas con los datos microscópicos que el legrado suministra, han traído la confianza á este autor de su diagnóstico en los casos que he examinado y después operado, ratificando siempre su juicio diagnóstico después de la operación. Es probable que muchos de nosotros hayamos pasado al lado de esta forma de neoplasia, y no hayamos utilizado este material por razón que no se os escapará, y es la inconsistencia y decidía de la mayor parte de estas enfermas que viajan á través de todos los consultorios, y que nos abandonan desde el momento que les hablamos de cualesquiera operación, ó aún del simple reconocimiento con el cloroformo.

Esta forma podía modificarse considerablemente si las enfermas se presentasen al legrado amplio que destruyendo por completo la mucosa dañada y que seguido de cauterizaciones reiteradas con cloruro de zinc, haría que el parénquima se desinfectase, siempre que no hubiera infiltración neoplásica. Podría obtenerse quizá la curación radical en casos no muy avanzados.

Sarcoma intersticial.—Se diferencia netamente de la forma mucosa porque en esta última como vemos la lesión es incipiente en ella y el crecimiento toma allí preponderancia hasta constituir tumores de forma poliposa, que si adquieren algún desarrollo, y si son múltiples, agrandan la cavidad uterina, y pueden causar retención de sus productos de secreción ó

de la sangre menstrual, siempre que llegan á obstruir el orificio interno. Si es verdad que el parénquima está crecido es como ya lo dijimos por reurgitación de sus vías linfáticas y por el edema intersticial que trae como consecuencia. Nunca hay infiltración neoplásica si se exceptúa una pequeña zona que confina á la mucosa.

En la forma que nos ocupa sucede precisamente lo contrario, la infiltración es dominante y se acentúa por brotes pequeños ó por una infiltración total que salva rápidamente el peritoneo bajo forma de masas sésiles y más rara vez de tumores pediculados, menos numerosos, pero de mayor volumen. Aquí se presenta una cuestión, que francamente creemos de difícilísima resolución, y es si en muchos casos que se dice pertenecen á esta forma, son sarcomas desde un principio, ó si más bien son fibromiomas degenerados en sarcoma. El problema es muy arduo y los datos anatómicos son insuficientes en mi concepto. Creo que es necesario recurrir á la evolución total de la enfermedad para poder basar conclusiones que tengan algún viso de certidumbre. Mi observación IV es un buen ejemplo de la conducta que debe seguirse en práctica para atender estas enfermas, pues enseña que un neoplasma subperitoneal, múltiple y de evolución pélvica, puede ser ó un fibromioma ó primitivamente un sarcoma cuyo diagnóstico de naturaleza queda incierto por mucho tiempo, hasta el día en que deja de molestar por supresión del flujo menstrual, apareciendo ó más bien acrecentándose entonces un pequeñito neoplasma lingual que invade el piso de la boca y los ganglios retro-mastoideos; evolucionando, cosa notable, con prodigiosa rapidez desde que su congénere pelviano da pocas muestras de su presencia. Y como esto pasaba en una enferma hija de cancerosa averiguada que murió en mis manos, después de reproducción en el seno de un sarcoma digital que antes se le operase ampliamente, no me cabe la menor duda de la herencia neoplásica en el caso que me ocupa, y finalmente, me resisto á creer que el tumor pélvico fuese un simple fibroma. Podría objetarse que entre estos padecimientos existe una liga ó parentesco clínico, que, designándose con el nombre de polimorfismo ó pluralidad de las formas neoplásicas en una enferma y en una familia, nos haría comprender y explicar cómo, desde la simple diátesis artrítica, hasta el fibroma y los neoplasmas malignos, hay una verdadera cadena de manifestaciones clínicas que se hermanan y producen la variedad de cuadros clínicos, que nos obligan á estudiar suficientemente y á toda conciencia la sintomatología médica de las afecciones ginecológicas, siempre que no prefiramos sufrir funestas decepciones, cuando en tales casos creamos

deber poner en planta los atrevidos recursos con que hoy día contamos felizmente. Para apoyar mi aserto, bastaráme tan sólo recordaros la inaudita frecuencia de los tumores pelvi-abdominales que se acompañan de lesiones cardio vasculares, de tamaña trascendencia, que si los descuidamos buscar. El pronóstico y el tratamiento se resentirían de nuestro deplorable olvido, como ya antes encarecí.

No siendo una cuestión resuelta la que acabo de tocar, sólo haré presente el hecho notable que señalan los autores y el mismo Terrillon de haberse encontrado fibras musculares lisas en el seno de las masas sarcomatosas; hecho que no me llama la atención, supuesto que si el neoplasma se desarrolla y evoluciona en un tejido muscular, en él deberán encontrarse forzosamente, restos de los elementos que primitivamente constituyeron el órgano sobre el que el neoplasma se asentó después.

Esta rectificación la considero aplicable aun á los casos de tumores ligamentarios, esto es, á aquella clase de fibromas ó sarcomas que primitivamente se radican entre las hojuelas de estos repliegues peritoneales, y que más tarde los distienden. Tales tumores exageran verdaderamente el desarrollo estructural del tejido que forma los ligamentos; ha sido cuestión bastante discutida por los anatómicos, conviniéndose hoy en que es un tejido celular laminoso que bajo la influencia de una irritación persistente acrecienta sus elementos constitutivos, los pone de realce, y por lo mismo no debe extrañarse encontrar fibras musculares lisas, cuando normalmente existen en ese punto.

La forma de sarcoma intersticial es la más común; se caracteriza por la producción de núcleos sarcomatosos circunscritos, que pueden ocupar en su principio la periferia del órgano y hacen un ligero relieve debajo del peritoneo, ú ocupan la zona interna submucosa. En el primer caso, van poco á poco pediculizándose y envolviéndose con el peritoneo que rechazan poco á poco, hasta que más tarde llegan á ser flotantes en la cavidad peritoneal, permaneciendo adheridos al útero por un pedículo más ó menos amplio, pero que en el segundo supuesto, el órgano se hipertrofia y se verá obligado el cirujano á extirparlo si no quiere ver una reproducción rápida. (Sarcoma infectante.) De paso diré que esta forma no me detendrá en su descripción sintomatológica, porque entra en el cuadro descrito perfectamente por los autores que hacen capítulo especial con el nombre de "Tumores malignos del vientre," y en el que acen-túan todas las peripecias á que pueden dar lugar, como: tensión de su pedículo; oclusión intestinal que determinan con alguna frecuencia; pe-

ritonitis recidivantes y formación de oblígadas adherencias que dificultan la intervención quirúrgica, etc.

Llegamos á la forma denominada *Sarcoma quístico*. La verdad es que debemos desecharla porque por su solo enunciado comprendemos que no es una forma esencial de una entidad morbosa, sino una contingencia ó evolución especial, que podía ser muy acentuada en determinadas neoformaciones, pero que de ninguna manera comprende la totalidad del proceso. Lo propio acontece en otra entidad morbosa á que está sujeta la glándula mamaria, cual es la enfermedad de Reclus, así llamada por ser este autor el primero que sobre ella llamó la atención en Francia, y que también se la designa Enfermedad quística de la glándula mamaria, y en resumen no es anatómicamente sino un epiteloma acinoso benigno, como también sucede en la enfermedad quística del testículo: vemos que no hay paridad entre el fibroma que ahora nos ocupa y el epiteloma glandular. Sea como fuere, y descartándonos de toda denominación más ó menos impropia, preciso nos es admitir, que alguna vez los fibromas y sarcomas del útero, presentan en la intimidad de su masa, quistes verdaderos ó porciones reblandecidas, que ofrecen la apariencia engañadora de los quistes verdaderos, pero que no son más que porciones degeneradas por insuficiencia de material nutritivo ó degeneraciones mixomatosa, grasosa ó calcárea. A través de las paredes de tales cavidades suele trasudar sangre ó suero adquiriendo con el tiempo dimensiones colosales. En el seno de los líquidos que puedan encontrarse hay siempre partículas sarcomatosas reblandecidas, que por un proceso semejante al ulceroso, pueden perforar la barrera peritoneal, infectando como otras veces dije el peritoneo y cómo la observación V es un tipo de esta variedad.

Con toda intención he dejado para el fin la reseña del sarcoma que en el cuello uterino se radica. Los autores más competentes apoyados por los anatomopatologistas asientan la rareza de las manifestaciones del neoplasma en esta parte del órgano, basándose en que en la inmensa mayoría de hechos clínicos, la mucosa cervical, cuya estructura anatómica completamente difiere de la cavitaria, no puede dar lugar al sarcoma, bajo ninguna causa irritativa, ni la específica que pudiera comunicarle la cavitaria sarcomatosa; viéndose en todos los casos cómo se detienen las llamas neoplásicas á nivel del orificio interno.

Créo que el sarcoma del cuello no es tan raro como se reputa generalmente, y las observaciones que os presento, espero que producirán en vosotros el mismo convencimiento que á mí me procuran. Han sido per-

fectamente depuradas de todo error, y el estudio histológico, como podreis ver, se hizo en las mejores condiciones, como antes dije. No se me dirá que el sarcoma se había propagado del cuerpo, porque si es verdad que en la observación que debo á la bondad del Sr. Dr. F. Chacón, la enferma no se operó y murió lejos de nuestra vista, en cambio la exploración realizada por las personas competentes que estudiaron el caso, enseñó que el cuerpo uterino no estuvo crecido. En mi propia observación vereis que, á simple vista, el cuerpo no está abultado, y que los cortes microscópicos que le pertenecen no revelan invasión neoplásica.

Si el cuello uterino tiene la misma estructura que el cuerpo, variando si acaso, en el detalle del arreglo de sus elementos, fácilmente comprenderemos que puede ser, si bien excepcionalmente, el asiento de la forma de sarcoma intersticial, aunque no esté sujeto por razones ya dichas á la forma mucosa.

Tales son las formas anatómicas fundamentales del sarcoma uterino.

En cuanto á las formas anómalas ó raras, tan solo para ser completo haré mención del *Sarcoma colli hydropicum papillare*, que describió Spiegelberg en 1878. Se trató de un tumor papilar del labio anterior del cuello uterino, en una joven de 17 años y cuyo tumor reincidió diez meses después de extirpado, llenando la vagina de una masa de aspecto semejante al de una mola hidatiforme del corión. Reveló el microscopio la estructura del sarcoma con infiltración edematosa del estroma. El mismo año volvió á observar el mismo Spiegelberg un caso semejante en una mujer de 31 años, y Winckler (Arch. f. Gynäk XXI p. 309), cita un caso análogo de Sanger.

Por último, las formas mixtas del sarcoma tales como *Mixosarcoma strio-celular*; *adeno-mixoma*; *Mixoma encondromatodes arborescens*; *Fibroma papilar cartilagineo scens* no debemos olvidarlas porque si bien algo raras, si se presentan, dan elementos pronósticos inapreciables. Y así tenemos que la primera variedad bien descrita por Pernice Ludwie (Wirchow's, Arch. 3 Julio 1888) en un caso que observó, se caracterizó por un tumor de forma racimosa, en mujer nulípara que padeció seis meses consecutivos de hemorragias profusas. El tumor, del tamaño del puño, fué extirpado con bisturí, reincidió dos meses después, fué de nuevo extirpado y reincidió á los nueve meses bajo forma de un voluminoso tumor que alcanzaba al epigastrio. En todas las veces el tumor conservó la naturaleza sarcomatosa conteniendo fibras estriadas en su masa, pero sin degeneración mixomatosa.

Es evidente que la variedad *adeno-mixoma* es, como su nombre in-

dica, un intermedio entre el verdadero cáncer y el sarcoma que estudiamos así como cree fundadamente Winekel, y que en tal virtud es de pronóstico más grave y de mayor reincidencia que el sarcoma puro.

OBSERVACIONES.

I

Sarcoma difuso vegetante de la mucosa uterina, propagada á la mucosa de las trompas de Falopio. — Histerectomía vaginal. — Salpingotomía. — Curación.

El 25 de Septiembre de 1891 concurrió al Consultorio del hospital de Maternidad la enferma Catarina González. El Dr. A. Reza tuvo la amabilidad de consultarme acerca de su padecimiento y juntos procedimos á recoger los antecedentes que paso á exponer.

Dice tener 26 años, es natural de México, casada, de oficio cigarrera. Se queja de perturbaciones menstruales consistentes en amenorrea que se marcó hace seis meses por supresión del flujo catamenial, el cual faltó tres ocasiones consecutivas creyendo la enferma que sería un principio de embarazo; pero después de este término desistió de su creencia por haber vuelto la regla bajo forma de un escurrimiento sero-sanguinolento en un principio, y después seroso. Tal escurrimiento llegó á hacerse continuo y fué aumentando día á día en cantidad. El líquido no fétido correspondía por su aparición á la época de sus reglas, pero muy pronto vino ya indistintamente, se hizo más abundante, y llegó un momento en el que por su continuidad la enferma perdió la noción de la época de sus reglas, pues sólo á veces la secreción tomaba un aspecto sanguinolento que la hacía creer fuese la menstruación.

La secreción algo acre se acompaña de dolores pelvianos vagos, sensación de plenitud en el vientre bajo y de algún peso que desciende dentro de la vagina para entreabrir la vulva.

Su primer parto fué en 1887 y duró el trabajo tres días, siendo fisiológico el puerperio. El niño murió de diarrea dos meses después y volvió la menstruación normal en cantidad y duración durante ocho meses, época en que se hizo preñada por segunda vez. El parto y puerperio fueron fisiológicos. Lactó á su hijo que murió de diarrea á los ocho meses. Volvió la regla un mes después.

En 1890 comenzó á escasear la sangre menstrual y en Octubre del mismo año se suspendió por tres meses. Consultó á una partera que le dijo había una ulceración del cuello uterino y que cauterizó con tintura de yodo y nitrato de plata, reiteradas veces, sintiendo la enferma poco después dolor y tirantez en los muslos, pesantez en el hipogastrio y escurrimiento ya mencionado, que primero mensual y sero-sanguinolento, fué después seroso y continuo, comparándolo la enferma á orina y creyendo que era ese líquido fisiológico por la sensación de ardor, la cantidad y tener alguna vez ardores en la uretra; mas después se convenció de que venía por la vagina y con tal profusión que bañaba sus ropas, imposibilitándole todo trabajo doméstico.

El estado general no ha sufrido alteración notable y sólo encontramos ligero soplo anémico en las carótidas. Dice haber enflaquecido algo; como padecimiento anterior sólo tuvo impétigo capitis en la infancia.

La madre vive y es sana. El padre murió de tuberculosis pulmonar.

Con tan someros datos pasamos el Sr. Reza y yo á explorar sus órganos genitales.

Encontramos la vagina moderadamente amplia y húmeda. El cuello uterino ligeramente ensanchado transversalmente, su orificio externo entreabierto y dando paso á un hongo neoplásico, sangrante al tacto, que venía de la cavidad uterina sin adherirse á la mucosa cervical; su aspecto esponjoso y su débil consistencia nos hicieron sospechar se tratara de un banal pólipo mucoso de las llamadas intermitentes por su aparición irregular hacia la cavidad cervical. No queriendo prejuzgar el diagnóstico tomé un fragmento de volumen de un centímetro cúbico que después de unos cuantos días vino á darnos el diagnóstico exacto.

El histerómetro maleable penetró con facilidad á la cavidad, pero una vez allí disminuyó la libertad de moverlo por encontrarse con un tejido blando que nos dió una sensación que no acertamos á comparar como ya dije otra vez, más que á la sensación que dé un fruto pulposo cuando se dilacera por un tallo rígido. Enseñó que la cavidad está ligeramente acortada por una producción que reviste sus paredes, y que la distancia entre el fondo (esto es, el espesor del fundus uterino) está aumentada, pues no se alcanza á sentir el extremo del histerómetro si se palpa con la otra mano el hipogastrio. La exploración produjo ligero dolor al movilizar el tallo, á la vez que escurrimiento ligero de líquido sero-sanguinolento no fétido. El útero goza de completa movilidad, se encuentra en ligera anteversión. Los anejos apenas se alcanzan practicando el tacto rectal. Los

parametros absolutamente libres. Tomado el cuello uterino con la pinza de garfios se atrae fácilmente hasta la entrada de la vulva.

Los cortes amplios que hice al fragmento extirpado me revelaron se trataba del sarcoma fuso-celular típico y no encontré en todos los que examiné ningún proceso, que radicándose en las glándulas, me hiciese creer que el elemento epitelial tomase un participio importante. Deseché en virtud del cuadro clínico confrontado con el resultado del examen anatómico todo padecimiento que no fuera el sarcoma fuso-celular de la mucosa interna, afección que revestía la forma proliferante por el hecho de ocupar la cavidad distendiéndola. Me cupo una duda y ésta no pude desvanecerla hasta no examinar el órgano extirpado, y fué, si el ligero abultamiento del parénquima era debido á infiltración neoplásica ó era simple ingurjitamiento linfático. Me incliné á esto último por la consideración de que después de un año que databa el padecimiento, si se hubiese tratado de las formas infectantes del sarcoma no hubiéramos encontrado la movilidad absoluta del aparato útero-ovárico y habría presentado la enferma los signos habituales de caquexia, que absolutamente faltaban en el caso.

Los signos suministrados por el examen físico y la buena constitución de la mujer no hicieron vacilar en proponerle la histerectomía vaginal, pues desechamos el legrado uterino por creer que con este recurso no teníamos la seguridad de destruir la totalidad de la mucosa, y que si algún resto quedara podría hacer cambiar el tipo del neoplasma, en virtud de la irritación que habría determinado la cucharilla cortante.

Como no teníamos certeza absoluta respecto de la naturaleza del abultamiento del útero, creímos que lo mejor y más seguro era la histerectomía.

Sin vacilar aceptó la enferma la intervención, y mi estimado amigo el Sr. Dr. Reza tuvo la complacencia de encargarme de su ejecución.

El 28 de Septiembre de 1892, previos los cuidados de antisepsia que tomamos en nuestras intervenciones, y profundamente cloroformada la enferma, atraje el cuello uterino hacia fuera de la vulva colocando una fuerte pinza erina sobre los límites de la inserción de las paredes vaginales. Dividí circularmente la mucosa vaginal profundizando con el bisturí hasta un centímetro; me serví después exclusivamente de mi dedo índice para despegar la vejiga (habiendo puesto la sonda vesical); en seguida despegué la cara posterior del cuello, y tomando el cuerpo con otra pinza erina pude atraerlo hacia fuera de la vulva y quitar los ganchos separadores

por no ser ya necesarios. Despegué el peritoneo hasta cerca del fondo del útero y sólo lo abrí en este momento. Luxé todo el órgano hacia afuera por medio de dos dedos apoyados sobre la cara posterior, entonces los ligamentos anchos se torcieron ligeramente y pude colocar cuatro ligaduras en cadena de cada lado comenzando por el izquierdo. Dividí ambos ligamentos á nivel de los bordes del útero y extirpé ambas trompas, dejando los ovarios por no presentarse fuera y asomar los intestinos y el epiplón que contuvimos con compresas asépticas. Después de un amplísimo lavado profundo con solución biclorurada al 1 por 4,000 y no presentándose hemorragia, suturé los labios respectivos de la vagina por cuatro puntos separados de sutura con seda aséptica, abandoné los pedículos de los ligamentos en el vientre, cortando á raíz de ellos las ligaduras y solamente conservé dos pequeñas aberturas en los extremos de la incisión vaginal para dar paso á dos mechas delgadas de gasa yodofórmica. Taponé moderadamente la vagina con la misma gasa; coloqué la sonda de Nelatón en la vejiga y la fijé por medio de una placa de gutapercha.

Como podrá verse por esta corta descripción procuré ceñirme en la ejecución de esta mi primera operación al procedimiento de Holshaussen, separándome de él únicamente en la aplicación de puntos de sutura escalonados de la incisión vaginal hasta los fondos de saco del peritoneo, consejo que da ese autor para evitar la hemorragia capilar, evitar los frotos subsecuentes de los labios de la serosa cuando se usa de ganchos retractores para facilitar la vástula del órgano, y finalmente, para fijarlo definitivamente á la vagina. No creí necesario seguir el consejo en mi caso, por no ser la hemorragia notable, porque la sutura á esta profundidad es difícil y demanda cierto tiempo, que sumado con los diversos tiempos del acto operatorio, hacen que el total de este último no baje de dos á tres horas en quien como yo ejecutaba por primera vez la histerectomía.

Usé de las valvas de Simon por no tener experiencia propia de los inconvenientes que ellas tienen en las operaciones largas. Así es que su uso prolongado determinó escoriaciones de la vagina que, como después se verá alargaron la curación. Posteriormente omití el uso de los separadores limitándolo á los pocos casos en que por falta de movilidad del útero me he visto obligado á efectuar su fraccionamiento *in situ*.

(Continuará.)