

ninguna de las clasificaciones de estas escrescencias puede llegar á ser universal, pues todas son en gran parte arbitrarias. En esta obra adoptaré la siguiente:

- 1.º Pólipos celulares ;
- 2.º Pólipos glandulares ;
- 3.º Pólipos fibrosos.

Estas variedades están sujetas á cambios morbosos que producen otras formas, como por ejemplo, los pólipos grasos, los calcáreos, y los malignos. Colombat alude á un pólipo grande y hueco que, despues de estirpado, engaña á primera vista al cirujano, haciéndole temer que sea un útero invertido y no un pólipo, lo que ha estirpado ; y añade que Richeraud y Jules Cloquet padecieron una vez esta equivocacion, de que no salieron hasta que habiendo muerto la enferma, pudieron averiguar la verdad en la autopsia. Mme. Boivin representa en la Fig. 19 de su obra un tumor de esta naturaleza, á que da el nombre de pólipo hueco. Dice que varios facultativos lo tomaron por una inversion antes de estirparlo M. Dubois ; y esplica su formacion con la hipótesis de que algun elemento plástico, despues de tapizar lo interior del útero y de separarse en toda su estension, ménos donde se unía con el cuello, había sido invertido mecánicamente por la acumulacion sobre él de la sangre menstrual. El Dr. Henschel presentó hace algunos años á la *Obstetrical Society*, de Nueva York, un pólipo hueco que presentaba tres puntos de union con el cuello. El Dr. Noeggerath fué comisionado para examinarlo y dar cuenta de su origen, y su esplicacion fué idéntica á la enunciada por Mme. Boivin en el caso que acabamos de mencionar.

*Anatomía patológica.*—El *pólipo celular* es un tumor, generalmente piriforme, cuyo tamaño varía desde el de una avellana grande hasta el de un huevo de gallina ; está cubierto por la membrana mucosa, y su interior consiste en tejido conjuntivo en estado de hipertrofia ó hipergénesis ; de ordinario, aunque no siempre, está adherido á una de las paredes del cuello ; su estructura contiene cierta cantidad de tejido fibroso cervical, y su pedículo es á veces tan largo y delgado, que la escrescencia cuelga fuera de la vulva.

El pólipo *glanduloso* consiste en una hipertrofia de los huevos de Naboth, ó de los folículos utriculares, segun el Dr. Farre. Varios folículos se hipertrofian, y hallándose unidos por tejido conjuntivo, llegan á formar un tumor pediculado. Este suele nacer del cuello ó del cuerpo, pero procede muy generalmente del primero, y es por lo comun gregal, cubriendo con frecuencia las paredes de la cavidad del cuello

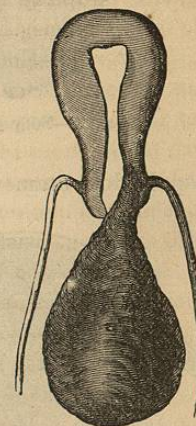


FIG. 151.—Pólipo celular unido á la parte interior del cuello uterino.

## CAPÍTULO XXXIII.

### PÓLIPOS UTERINOS.

*Definicion.*—El pólipo uterino es un tumor cubierto por la membrana mucosa del útero, al que se halla unido por un pedículo, y de la hipertrofia ó hiperplasia de algunos de cuyos tejidos proviene. Algunas veces fragmentos de la placenta, restos fibrinosos de coágulos sanguíneos, y porciones de las envolturas del feto, quedan en el útero y toman la forma de verdaderos pólipos, manifestando los síntomas característicos de estos : podrían con razon llamarse pseudo-pólipos. Pero el verdadero pólipo se origina del crecimiento morbo del tejido del órgano de que proviene.

*Historia.*—Entre los antiguos, que describieron tantos males uterinos de carácter muy oscuro, esta enfermedad, cuyo diagnóstico suele ser tan patente y positivo, llamó muy poco la atencion, y ni Hipócrates, ni Galeno, ni Celso, ni aun Aecio, la mencionan. Moschion la describió en el siglo tercero, dándole el nombre de *pulps*, ó *polypus* ; pero lo cierto es que en su época no la trataban ni conocían bien, y no se hizo mencion satisfactoria de ella hasta el restablecimiento de este ramo de la ciencia por la escuela francesa, en el siglo XVII. Entónces fué cuando Guillemeau, y despues Levret, ilustraron mucho la materia, contribuyendo otros varios autores, á fines del siglo último y principios del presente, á sentar los conocimientos que de ella poseemos.

*Variedades.*—Muy difícil le será al estudiante forma ideas claras con respecto á las variedades de pólipos uterinos, pues casi todos los autores los clasifican diferentemente, y los nombres que se les ha dado en distintas ocasiones son demasiado numerosos para poder repetirlos. Téngase presente que como estos tumores se forman por el desarrollo excesivo de uno de los tejidos del útero, no hay mas que tres elementos de que puedan proceder, y son : el tejido conjuntivo, el muscular, y las glándulas del órgano. Cierto es que algunos han descrito una variedad de pólipo vascular, formado por el desarrollo de vasos sanguíneos, especie de telangiectasis ; pero es probable que no sea mas que una variedad de la forma celular ó mucosa. En el estado actual de la patología,

un gran número de ellos de tamaño muy pequeño. La Fig. 152 representa el ejemplo mas notable de esta variedad que yo he observado.

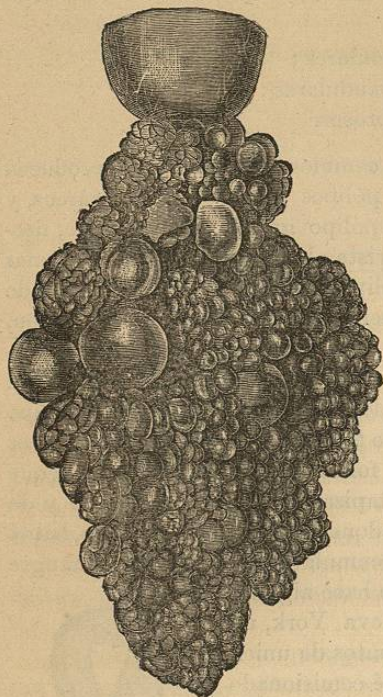


Fig. 152.—Pólipo glanduloso.

espulsado lentamente del parénquima uterino por las contracciones de este, adquiere poco á poco un pedículo y toma la forma del pólipo que venimos estudiando. Los pólipos fibrosos nacen por lo comun del cuerpo del útero; pero tambien suelen hallarse adheridos al borde del orificio externo.

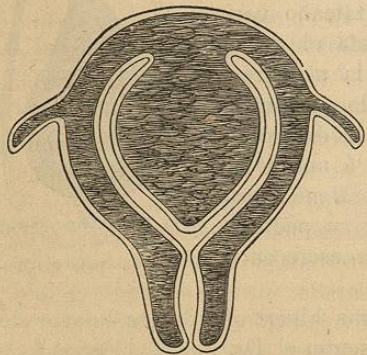


Fig. 153.—Trasformacion gradual de un fibroide de sub-mucoso en pólipo fibroso.

Pero, como sucede con respecto á los fibroides, no conocemos ninguna causa positiva del pólipo fibroso.

La Fig. 152 representa el ejemplo mas notable de esta variedad que yo he observado. La escrescencia tenía en su totalidad  $4\frac{1}{2}$  pulgadas de largo, y su diámetro mayor era de  $2\frac{7}{8}$  pulgadas; llenaba completamente la vagina; nació de la pared interior y labio interno del cuello; no presentaba mas síntomas que leucorrea y neuralgia pelviana; y no se sospechó su existencia hasta que la dificultad al consumir la cópula obligó á la enferma á presentarse para ser examinada. El Dr. F. Delafield examinó la escrescencia despues de estirpada, y descubrió que consistía en folículos cervicales hipertrofiados, (las masas que parecen uvas en el dibujo, que fué hecho con el tumor á la vista por el Dr. J. B. Hunter,) unidos por tejido conjuntivo. Estirpé la escrescencia fácilmente con el *écraseur*.

El pólipo fibroso es un fibroide sub-mucoso muy parecido al subseroso y al intersticial. El tumor, espulsado lentamente del parénquima uterino por las contracciones de este, adquiere poco á poco un pedículo y toma la forma del pólipo que venimos estudiando. Los pólipos fibrosos nacen por lo comun del cuerpo del útero; pero tambien suelen hallarse adheridos al borde del orificio externo.

*Causas.*—Todo trabajo inflamatorio crónico, todo obstáculo á la salida de la sangre menstrual que cause tenesmo uterino, y toda influencia que tienda á mantener un estado de congestion del útero, predispone á la hipergénesis de los elementos de la membrana mucosa.

*Sintomas.*—Los pólipos producen dos clases de síntomas, una de ellas dependiente de la congestion que su presencia determina; y la otra, de la obstruccion mecánica que oponen á la salida de la sangre menstrual; dando lugar ámbas á los signos siguientes:

- Leucorrea;
- Dolor en la espalda y en los lomos;
- Menorragia;
- Metrorragia;
- Hidrorrea;
- Dismenorrea.

El último no es signo frecuente; pero suele manifestarse de una manera acentuada, como sucedió en el caso siguiente, observado ántes que comprendiésemos como en la actualidad el uso de los dilatadores mecánicos. Una señora vino de un punto distante, con objeto de que la curase el Dr. Metcalfe de una dismenorrea, caracterizada por tenesmo intenso y espulsion de coágulos; síntomas que habían durado años y producido enflaquecimiento, y notable irritabilidad y escitacion nerviosa. Despues de algun tiempo se puso bajo mi cuidado y permaneció así cerca de un año; al cabo del cual se retiró sin que yo hubiera podido aliviarla. Durante su menstruacion siguiente acudió al médico del lugar en que residía, el cual, mediante el tacto, descubrió en la vagina un pólipo pequeño que colgaba de un pedículo adherido al útero, y lo arrancó torciéndolo, con lo cual proporcionó alivio cabal y permanente á la enferma. La escrescencia había sido espulsada por fin, despues de descansar sobre el orificio interno años enteros, haciendo las veces de válvula de globo. El útero había sido examinado ántes repetidas veces, sin que pudiera descubrirse nada.

*Signos físicos.*—Estos dependen en alto grado del volúmen y localidad de la escrescencia. Ni el tacto ni el spéculum revelan signo alguno, ni se logra prueba alguna de su presencia con la sonda uterina, si el pólipo es pequeño y tiene asiento en la cavidad del cuerpo. La cavidad se encuentra muy congestionada y, muchas veces, á la extraccion del instrumento se sigue un flujo copioso de sangre. Si el tumor es grande, se halla con frecuencia el útero en una posicion anormal, y aumentado de volúmen, y el cuello algo dilatado; y si el pedículo de la escrescencia es cervical, se percibe muchas veces que cuelga del canal, ó en el orificio esterno. Pero en casos de pólipos uterinos, no debe darse por completo ningun exámen hasta haberse dilatado enteramente el cuello á beneficio de los dilatadores, y practicado una exploracion atenta por el tacto. Y aun así, cuando las escrescencias son muy pequeñas, será necesario repetir varias veces el exámen para poder descubrirlas (95).

*Diagnóstico diferencial.*—Descubierta la existencia de una escrescencia intra-uterina, es necesario determinar si es un pólipo ó un tumor fibroso; y como son muy semejantes los síntomas á que dan lugar ámbas,

bas afecciones, la distincion no puede establecerse sino por medios físicos, que consisten en el empleo de los dilatadores, de la sonda y del tacto; por los cuales se puede generalmente determinar la movilidad del tumor, su punto de insercion y la estension de su pedículo.

*Curso y terminacion.*—La naturaleza suele efectuar la curacion de un pólipo uterino, espulsando la masa con tal fuerza, que se rompa el pedículo, quedando así separada aquella de la matriz; y tambien suele ocurrir la calcificacion, la degeneracion grasosa ó la ulceracion de la escrecencia, y su separacion por la gangrena. Pero no se debe depositar la menor confianza en semejantes acontecimientos, y, sin la intervencion quirúrgica, en los mas casos una anemia progresiva y pertinaz acabará por destruir la vida.

*Pronóstico.*—Este es por lo general feliz, dependiendo, por supuesto, de la posibilidad de estirpar la escrecencia.

*Complicaciones.*—Cuando el pólipo es tan pequeño que no aumenta notablemente el peso del útero, sólo da lugar á dos complicaciones: la leucorrea y la metrorragia, que pueden continuar hasta producir una anemia mortal. Pero si el tumor es bastante grande para aumentar el volúmen y el peso del útero, pueden manifestarse dislocaciones, acompañadas de irritacion del recto y de la vejiga; y hasta la inversion de la matriz se ha seguido en algunos casos.

*Tratamiento.*—Este se divide en paliativo y curativo; y es esencial que el práctico posea un conocimiento íntimo de ámbos. Muchas enfermas que padecían pólipos situados en lo interior de la cavidad uterina, han perecido víctimas de esfuerzos violentos para estirparlos; siendo así que si se hubiese perseverado en un tratamiento paliativo sistemático, podrían no solamente haber vivido muchos años, sino haber visto terminar la enfermedad por la espulsion del tumor á la vagina, donde hubiera sido practicable la estirpacion sin peligro. Pocos facultativos hay, de larga esperiencia, que no recuerden ejemplos semejantes, ya en su práctica, ó ya en la de otros, de los resultados funestos á que da lugar un tratamiento imprudente. Es innegable el aserto de Gooch, de que “cuando las hemorragias del útero provienen de un pólipo, son inútiles los medicamentos, y la estirpacion del pólipo es el único medio eficaz de curarlas;” pero no es ménos cierto que afirmaciones de esa naturaleza, tanto con respecto á esta, como á otras enfermedades, han dado lugar al sacrificio de algunas vidas. Cuando el facultativo joven lee la brillante narracion de la cura de un caso de metrorragia por la dilatacion del cuello uterino, la introduccion de un instrumento hasta el fondo de la matriz, y la estirpacion de un tumor, se considera casi culpable, si, teniendo á su cuidado un caso semejante, no adopta un proceder idéntico; y muchas veces la vista del rostro pálido de su enferma, que dia tras dia demanda alivio, lo precipita á adoptar la resolucion, de lograrlo á todo trance. Pero el que tenga esperiencia de semejante práctica, bien sabe que en realidad trae consigo muchos peligros;

y que los casos felices llegan á publicarse con una facilidad de que no participan los funestos.

Deseo que se entienda claramente que estoy léjos de menospreciar la práctica de dilatar el cuello y de estirpar los pólipos intra-uterinos introduciendo instrumentos hasta el fondo. Mi objeto es simplemente, manifestar que es un proceder necesariamente peligroso; que sólo debe adoptarse despues de haberlo considerado cuidadosamente; y que para practicarlo cual corresponde, es indispensable poseer destreza y esperiencia.

Siempre que sea practicable, se diferirá toda maniobra hasta que se verifique la espulsion del tumor á la vagina; pero desgraciadamente, es necesario muchas veces operar ántes que esto se efectúe, y entónces, no queda mas alternativa al cirujano que proceder á la estirpacion de la escrecencia, aun con perjuicio y peligro de la enferma. Si el orificio interno se halla completamente dilatado, la dilatacion del esterno no será difícil; y para poner la escrecencia al alcance del tenáculo que ha de traerla hácia afuera, bastará generalmente incindir ó dilatar el cuello. Pero cuando es necesario dilatar ámbos orificios, el procedimiento es peligroso; pues no sólo nos vemos obligados á correr el riesgo que acompaña al uso de los dilatadores y el que de ellos resulta, sino que lo hacemos en un estado patológico particularmente susceptible de complicarse con la endometritis y la pelvi-peritonitis. He visto varias muertes causadas por estos esfuerzos, y nunca los pongo en práctica sin experimentar cierto grado de ansiedad.

*Tratamiento paliativo.*—Habiendo dicho, con referencia al tratamiento de los fibroides sub-mucosos, mucho que tendría que repetir aquí si entrase á considerar detalladamente este asunto, me limitaré á una breve recapitulacion.

1°. Si el útero estuviere dislocado, redúzcase, y manténgase en su posicion por medio de un pesario adecuado; y al mismo tiempo librese de toda compresion el fondo, suprimiendo los vestidos apretados, escusando todo esfuerzo muscular violento, y usando un suspensor de faldas, y una cintura abdominal.

2°. Manténgase á la enferma en cama durante las épocas menstruales, cuidando de que tome bebidas frias y aciduladas y se abstenga de las calientes; y adminístresele cáñamo indiano, opio, ácido agálico, cornezuelo de centeno, ó agua de Rabel. Cuando la catamenia haya durado cuatro ó cinco dias, introdúzcase un tapon saturado en una disolucion de alumbre ó de tanino, el cual se extraerá inmediatamente si se observa algun indicio de regurgitacion por las trompas.

3°. Manténgase el vientre corriente, evitando siempre el cansancio y el ejercicio inmoderado.

4°. Corrijase la alteracion de la sangre con alimentos nutritivos, y la del sistema nervioso con tónicos amargos y nervinos; absteniéndose del uso del hierro, que aumenta la tendencia á la hemorragia.

5°. Adminístrese con larga mano el cornezuelo de centeno durante los períodos intercalares, á fin de ayudar á la espulsion de la escrescencia.

*Tratamiento curativo.*—Tres son los puntos en que puede encontrarse el pólipo: encima del orificio interno, hallándose este contraído; encima del esterno, tambien contraído; y en la vagina. En el tratamiento de estos casos, la primera posicion de la escrescencia es la que presenta mayores dificultades; la segunda, las ofrece mucho menores; y la tercera, con los métodos que en la actualidad poseemos, casi puede decirse que no presenta ninguna.

Si se observa que el peso del pólipo, que tambien obra á manera de cuña, y las contracciones del útero, han dilatado el canal del cuello, se puede incidir lateralmente las paredes de este hasta cerca de su punto de union con la vagina, y arrastrar el tumor fuera del útero con una erina ó unas pinzas. O bien puede vencerse la resistencia del orificio á favor de los dilatadores ordinarios, lo suficiente para que dé paso al mas pequeño de los dilatadores de Molesworth, con auxilio del cual podrá completarse la dilatacion. Efectuado esto, si puede agarrarse el tumor, se extraerá por traccion; ó bien se administrará cornezuelo de centeno á dosis suficientes para determinar su espulsion. Si fuere necesario buscar el pedículo en el fondo ó en su inmediacion, se podrá dividirlo por los mismos medios empleados cuando la escrescencia cuelga en la vagina, á saber:—

- Escision;
- Torsion y traccion;
- Magullamiento;
- Alambre del gálvano-cauterio (96).

El pedículo se puede escindir con el cuchillo ó con unas tijeras, si se halla accesible á dichos instrumentos; ó empleando el polipótomo que representa la Fig. 154, si se encuentra mas elevado en el útero. Cuando las escrescencias son tan pequeñas que no es posible agarrarlas, se



FIG. 154.—Polipótomo de Simpson.

separan de sus inserciones raspándolas con una cuchareta larga de acero; y si son pequeñas y presentan pedículos delgados, se aferran con unas pinzas y se separan torciéndolas. Si fueren tan pequeñas y resbaladizas que frustran esta maniobra, ó si son muy numerosas, ó se reproducen muy poco despues de estirpadas, se dilatará un tanto el cuello, y limpiándolo bien de toda mucosidad y sangre, se barnizará en toda su estension con ácido azóico concentrado, segun lo prescrito por el Dr. Lombe Athill para las enfermedades de la mucosa.

La ligadura, tan célebre hasta hace poco tiempo, se emplea rara vez en la actualidad, á causa del inconveniente y el peligro que presentan la lentitud con que obra y el flujo fétido que ocasiona. La mas rápida y segura de todas las operaciones es el magullamiento; aunque á veces es en extremo difícil rodear el tumor con la cadena del instrumento. Para efectuar esto, suele hacerse preciso poner en posicion conveniente la cadena, atándola al extremo de un cordon, con que se cerca primero el tumor, por medio de la cánula de Gooch, segun se ha explicado en el capítulo sobre los fibroides. En tales circunstancias el *écraseur* de hilo metálico de Hicks (Fig. 155) es un excelente sustituto; y tambien suelen ser útiles con igual objeto, el polipótomo de Simpson y el poliptrito de Aveling.

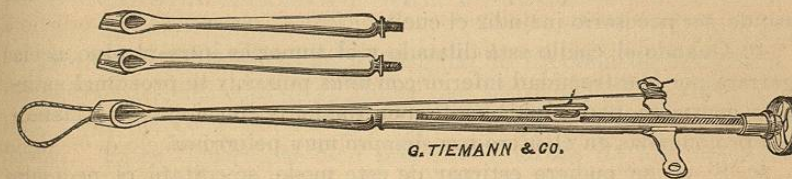


FIG. 155.—Écraseur de hilo metálico, de Hicks.

Cuando el pólipo es duro y fibroso y ocupa de tal modo el útero que es imposible alcanzar el tallo, se cortarán por fragmentos partes accesibles con el fórceps de Nélaton, construido para este objeto, ó bien con unas tijeras corvas ordinarias. El Dr. Gooch anunció hace mucho tiempo que cuando se rodea una de estas escrescencias con una ligadura, muchas veces muere la parte que está encima de la línea de constrictcion igualmente que la que se halla debajo. Este es el resultado que esperamos lograr al emplear dicho medio; y, sin embargo, á mí me ha sucedido cortar al traves del centro de un pólipo fibroso, y la parte restante continuaba floreciendo como ántes de la operacion.

Siempre que el pedículo de un pólipo fibroso se presente de modo que se pueda cercarlo con el alambre del gálvano-cauterio, se empleará este instrumento; pues no sólo corta al traves de los tejidos mas duros sin que para ello sea necesario el menor esfuerzo, sino que calentado al blanco por la corriente eléctrica que por él pasa, cauteriza los vasos abiertos, contiene la hemorragia, é impide la septicemia.

Si un pólipo fibroso grande hubiere franqueado entera ó parcialmente la cavidad uterina, se aferrará con el fórceps obstétrico, y se extraerá como si fuese la cabeza de una criatura; y si el periné presenta obstáculo á su salida, habrá que dividirlo con un bisturí, y que coserlo despues de la operacion. Cuando no puede extraerse el tumor de esta manera, se recortan sus partes mas bajas con unas tijeras, y se cauteriza la base con un cauterio actual, si da demasiada sangre; ó bien se separa por fragmentos mediante la cauterizacion galvánica.

Para concluir, resumiremos los métodos de tratamiento que van recomendados en este capítulo.

1°. Cuando existe un pólipo en el útero, y el canal del cuello se encuentra fuertemente cerrado, hay que abstenerse de toda tentativa inmediata de estirpacion, á ménos que la gravedad de los síntomas la indiquen; y se irá ganando tiempo con el empleo de medios paliativos, hasta que se verifique la dilatacion del cuello, ó quizás la espulsion de la escrecencia á la vagina.

2°. Para facilitar la espulsion, se emplearán los dilatadores, ó se incidirán lateralmente las paredes del cuello; y se administrará el cornezuelo de centeno, ya sub-cutánea, ya interiormente.

3°. Cuando el orificio interno está completamente dilatado, se estirpa sin demora el pólipo; pues la operacion es poco peligrosa, aun en caso de ser necesario incidir el cuello.

4°. Cuando el cuello está dilatado y el tumor es intra-uterino, se le agarrará por la estremidad inferior con unas pinzas, y se procurará estirparlo cautelosa pero rápidamente, por torsion y traccion. Las manio-  
bras prolongadas en el útero son siempre muy peligrosas.

5°. Si no se pudiese estirpar de este modo, se cortará el pedículo con el *écraseur* de Hicks, ó con unas tijeras muy encorvadas, que se deslizan á lo largo del tumor, del cual se tirará constantemente.

## CAPÍTULO XXXIV.

### SARCOMA DEL ÚTERO.

*Historia.*—Diseminadas en las páginas de las obras de medicina se encuentran descripciones de un tumor que proviene de la cavidad uterina, y que parece ocupar una posicion media entre el mio-fibroma y el cáncer. Estos tumores, si bien presentan muchos de los caracteres físicos ordinarios de las escrecencias fibroideas benignas en sus períodos primitivos, manifiestan notable tendencia á reproducirse despues de su ablacion; y muchas veces se descubre su carácter verdadero por la persistencia con que reaparecen aun despues de ser completa y repetidamente estirpados. Otro rasgo peculiar y grave que los distingue de los fibroides benignos, es la tendencia que tienen al desarrollo de escrecencias fungosas, que á su vez demuestran una predisposicion notable á sufrir una muerte molecular, desapareciendo por su ulceracion, proceso que agota las fuerzas vitales de la enferma, con la repeticion de hemorragias prolongadas, y la abertura de las bocas de los vasos absorbentes que dan entrada á elementos sépticos en la sangre.

Callender,<sup>1</sup> Hutchinson,<sup>2</sup> Oldham,<sup>3</sup> y West,<sup>4</sup> hicieron en Inglaterra descripciones interesantes de los caracteres clínicos de estas escrecencias, y á ellas remitimos al lector. La tendencia notable de estos tumores á reproducirse despues de su ablacion, y la ausencia de señales micrográficas de cáncer en desarrollos patológicos que manifestaban muchos rasgos malignos, son dos hechos que por supuesto, no podían ménos de llamar la atencion de los patólogos. Paget divide estas escrecencias en tres categorías: tumores fibrosos malignos; fibroides recurrentes, y tumores mielóideos (*myeloid*); Lebert los describe bajo el nombre de tumores fibro-plásticos; Rokitansky, bajo el de cáncer fasciculado; y no fué sino en la época de Virchow cuando fueron descritos bajo la designacion antigua y ántes vagamente usada de *sarcoma*. Este último patólogo describió claramente la enfermedad, haciendo de

<sup>1</sup> Pathological Transactions, t. ix.

<sup>2</sup> Pathological Transactions, t. viii.

<sup>3</sup> Wilks, Pathol. Anat., p. 404.

<sup>4</sup> Ob. cit., art. Recurrent Fibroid.