

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,¹ Hutchinson,² Oldham,³ y West,⁴ 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 mieloideos (*myeloid*); Lebert los describe bajo el nombre de tumores fibro-plásticos; Rokitsansky, 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

¹ Pathological Transactions, t. ix.

² Pathological Transactions, t. viii.

³ Wilks, Pathol. Anat., p. 404.

⁴ Ob. cit., art. Recurrent Fibroid.

ella una clase distinta, aparte de desarrollos algo parecidos en cuanto á los caracteres clínicos, pero de los cuales unos eran enteramente benignos y otros verdaderamente cancerosos.

Definición, frecuencia, y sinónimos.—“Para mí, dice Virchow, el sarcoma es una producción que se explica con facilidad. Es una escrescencia cuyo tejido, siguiendo el grupo general, pertenece á la serie de tejido conjuntivo, y que puede distinguirse de las variedades acentuadas de los grupos de tejido conjuntivo, sólo por el desarrollo predominante de elementos celulares.”¹ Afirma además que poseen los caracteres de un desarrollo incompleto, rudimentario, ó embriogénico, y no los de un tejido perfecto; peculiaridad que, existiendo en el tumor primitivo, se hace mas notable á medida que este se reproduce despues de ablaciones sucesivas.

Si yo tomara por guía mi experiencia propia, diría que el sarcoma del útero no es muy raro; pues es indudable que muchos casos considerados como de cáncer, y no pocos que se suponían de tumores fibroideos funestos, ó de pólipos, eran de esta afección; pero Virchow² expresa un parecer contrario. “El desarrollo, del sarcoma, dice, sobre el tapiz mucoso del útero, es materia á que se alude con frecuencia; y Lebert, aun en su primera obra, describe un pólipo fibro-plástico. Con todo, el sarcoma, segun mis propias observaciones, se ve muy rara vez en dicho punto; y la mayor parte de los tumores descritos como tales, son simplemente de carácter hiperplástico. El verdadero sarcoma, sin embargo, sí nace en la mucosa del útero en una forma medular difícil de determinar, muy blando á menudo, y con células redondas, presentando á veces todos los caracteres del mio-sarcoma; el tejido suele volverse mas compacto en ciertos puntos, formar masas mas grandes, y adquirir un grado de firmeza tal, que he visto á los mejores observadores equivocarse acerca de la naturaleza de la afección, tomándola por un fibroide.” Yo había confundido casos de esta especie con el cáncer medular, ántes de los tres últimos años, en que esta materia me llamó particularmente la atención. Desde entónces he observado cuatro casos que pruebas clínicas y microscópicas me obligan á considerar como de desarrollos sarcomatosos; y no puede decirse, como indica Virchow, que se confundiera ninguno de ellos con simples escrescencias hiperplásticas, puesto que todos terminaron en la muerte.

Patología.—Los patólogos han confundido por lo regular el sarcoma del útero con el cáncer, á causa probablemente de que el primero, despues que empieza á ulcerarse, se asemeja al último en muchos de sus caracteres clínicos; de que ámbos manifiestan una tendencia marcada á reproducirse; y de que se unen á veces ámbas formas en un mismo tumor; pero ciertamente ha llegado el tiempo de separarlos clínica y patológicamente.

¹ Pathologie des Tumeurs, par R. Virchow, traduit par P. Aronsohn, t. ii., p. 173.

² Ob. cit., t. ii., p. 344.

El sarcoma uterino, como enfermedad distinta del cáncer, ha sido últimamente objeto de un estudio escrupuloso en Alemania, donde Ahlfield, Hegar, Winckel, Gusserow, Spiegelberg, y otros, han publicado excelentes descripciones de casos de dicha afección.

Los tumores sarcomatosos no tienen cápsulas como el mio-fibroma; pero sí presentan una conexión íntima con el tejido conjuntivo uterino. Virchow dice que “los sarcomas, como todo tejido morbosos, pueden dividirse en dos grupos, segun su densidad: á saber, sarcomas duros y sarcomas blandos.” La enfermedad, que consiste simplemente en la multiplicación de células normales de la misma naturaleza que el tejido en que se desarrolla, y que no está sujeta á otra afección que la hipertrofia, se encuentra caracterizada por una de las células típicas del grupo de tejido conjuntivo; así es que tenemos sarcomas de células fusiformes, de células redondas y de células estrelladas; siendo los primeros los mas raros, y los segundos los mas comunes en la matriz. Las células adquieren á veces un volumen tan grande, que se ha dado al tumor el nombre de escrescencia de células gigantes. Virchow dice que “no sólo los sarcomas que abundan en células, sino todos ellos, pueden dividirse en dos grupos: uno de células pequeñas, y otro de células grandes.” Estas células son simplemente reproducciones exageradas de las del tejido en que se ha formado el sarcoma y “presentan propiedades idénticas á las de las células del parénquima, no á las superficiales, (epitelio, cáncer),” que son heteroplásticas al tejido generativo. La sustancia intercelular se conserva siempre intacta entre estas células, mientras que en el cáncer observamos células de tipo epitelial íntimamente comprimidas en alvéolos compuestos de trabéculas producidas por el tejido conjuntivo.

El sarcoma, comunmente primitivo, se ingerta á veces en el mio-fibroma de un modo que se llama metaplasia; y un verdadero tumor sarcomatoso puede ser afectado por el cáncer. El sarcoma, compuesto en gran parte de tejido conjuntivo, es denso como el mio-fibroma; y Hegar¹ admite una forma intermedia, ó fibro-mio-sarcoma.

Estas escrescencias presentan un número tan grande de vasos, que Virchow mira esto como un rasgo característico de ellas; y á dicha vascularidad deben su tendencia al derrame de un flujo acuoso, á sangrar fácilmente y á absorber elementos sépticos (97).

Causas.—He aquí un punto sobre el cual poco se puede asegurar, especialmente en lo que toca al sarcoma uterino. Virchow, al tratar del sarcoma en general, indica como causas el traumatismo, la juventud y la vejez, la debilidad primitiva de la parte afectada, las inflamaciones, etc.; pero yo no sé que el sarcoma uterino haya sido alguna vez resultado de dichas influencias.

Síntomas.—Los síntomas pueden presentarse como sigue:—

¹ Archiv für Gynäkologie, ii., 1, 1871.

Dolor ;
Menorragia, ó metrorragia ;
Flujo mucoso fétido ;
Flujo acuoso de un tinte rosado ;
Espulsion de pequeños fragmentos del tumor ;
Compresion del recto y de la vejiga ;
Tenesmo uterino ;
Alteracion constitutional.

Gusserow afirma que el dolor empieza á manifestarse temprano y es constante ; pero Hegar asegura lo contrario ; y mi experiencia me induce á corroborar la opinion de este, aunque en algunos casos he observado dolor muy intenso.

Signos físicos.—Estos dependen, hasta cierto punto, de las peculiaridades individuales del caso. El sarcoma se desarrolla invariablemente en la cavidad del útero ; y sólo se ha referido un caso (Veit) en que el mal tuvo origen en el cuello. La escrescencia nace ordinariamente de la pared uterina, presenta una ancha base, y forma prominencia en la cavidad. Las contracciones uterinas dilatan con el tiempo el cuello, y arrojan una parte de la masa á la vagina.

En casos raros el sarcoma afecta una forma semejante á la del pólipo ; y en otros, una escrescencia extra-uterina, coincidiendo con el desarrollo uterino, avanza hasta dentro del saco de Douglas ó de una de las fosas ilíacas. El sarcoma ataca tambien el útero, haciendo una infiltracion difusa en una ó ámbas paredes ; la cual puede interesar solamente los tejidos mucoso y sub-mucoso, ó aun la misma estructura muscular ; ulcerándose pronto esta superficie, de la que proviene un flujo fétido. Esta infiltracion difusa suele interesar el útero en su totalidad, haciéndolo aparecer como si estuviese simétricamente aumentado de volúmen.

Cuando puede tocarse el tumor, se le encuentra generalmente blando, esponjoso, y friable ; pero á veces se presenta duro y firme como el mio-fibroma. Con la palpacion combinada con el tacto, se descubre que el útero está grande y ordinariamente irregular en su forma, como si fuese asiento de tumores fibroideos. La sonda uterina revela el aumento de volúmen del órgano ; y es muy comun la dilatacion del cuello y la espulsion de fragmentos de la escrescencia.

Diagnóstico diferencial.—Aunque estos síntomas y signos físicos harán sospechar fuertemente la existencia del sarcoma, sólo con el microscopio podrá distinguirse del cáncer, del mio-fibroma, y de las simples escrescencias hiperplásticas.

Curso, duracion, y terminacion.—La marcha del mal es mucho mas lenta que la del cáncer, y mucho más grave que la de los fibroides y de las escrescencias hiperplásticas. Su terminacion sobreviene pronto en casos raros ; pero su duracion es muchas veces de cinco ó seis años. La enferma decae gradualmente á consecuencia de la hemorragia, la septi-

cemia, la propagacion del mal á las vísceras abdominales adyacentes, los desarreglos nutritivos y la peritonitis.

Pronóstico.—Este es siempre desfavorable, y la muerte es cuestion de tiempo, ya se estirpe ó ya se deje la escrescencia.

El microscopio nos ayuda hasta cierto punto á pronosticar la probable rapidez de la afeccion. Su marcha será tanto mas lenta cuanto mas se asemeje á una escrescencia dura, cuyo elemento principal es el tejido fibroso ; y su muerte molecular progresiva tanto mas rápida, cuanto mas se reblandezca y se manifieste abundante en elementos celulares. Además, las escrescencias de células pequeñas dejan ver una tendencia mas marcada á producirse con rapidez que las de células grandes.

Tratamiento.—Si el cuello está dilatado, y se descubre en la cavidad uterina una escrescencia sesil, se la estirpará completamente haciendo uso de la cauterizacion galvánica, del *écraseur*, de la escision, de la cuchareta ; y se cauterizará bien la base del tumor con ácido azóico químicamente puro, ú otro escarótico de igual potencia. Cuando el cuello no se encuentre dilatado, se verificará la dilatacion haciendo uso de esponjas preparadas, etc., y se atacará la enfermedad con medios quirúrgicos (98).

CAPÍTULO XXXV.

CÁNCER DE LA MATRIZ.

Definicion.—El cáncer del útero no se diferencia notablemente del que se presenta en los otros órganos del sistema, y puede definirse como una enfermedad caracterizada por gran proliferacion del tejido conjuntivo, una generacion escesiva de células de tipo epitelial, y una tendencia marcada á propagarse á las partes vecinas, á la muerte molecular y á reproducirse despues de ser estirpado. Waldeyer¹ describe concisamente el cáncer como “un neoplasma epitelial atípico.”

Historia.—M. Becquerel ha dicho que “el cáncer del útero, á pesar de su mucha frecuencia, es una enfermedad cuya historia no data de largo tiempo.” Es muy cierto que no era ántes conocida como en la actualidad; pero los antiguos poseían indudablemente algunas nociones respecto de sus rasgos clínicos. Hipócrates (*de Morbis Mulierum*) lo describe estensamente declarándolo incurable; Arquígenes le dedica un capítulo en que describe la forma ulcerosa y la no ulcerosa y las peculiaridades de los flujos. Aecio conservó dicho capítulo, intitulándolo “*De Cancris Uteri*,” y Pablo de Egina lo copia literalmente sin indicar su origen. Los árabes también poseían conocimientos de esta afeccion, y Alsaharavio, Haly, Abbas, y Rhazes, hablan de su pronóstico y tratamiento de una manera que hace creer que comprendían su verdadero carácter.

En Francia, en tiempo de la restauracion de la ginecología, se confundió el mal con los tumores fibrosos y la hiperplasia areolar. Astruc, en 1766, describió el “escirro” como resultado del aborto; y la confusion nacida de su relato le sobrevivió mucho tiempo, caracterizando las épocas de Récamier y Lisfranc; y aun en la actualidad vemos dicha teoría sostenida por Ashwell, Montgomery, Duparcque, y otros muchos. Blatin, y Nivet,² al manifestar su creencia de que el escirro proviene de

¹ Billroth, Surg. Pathol., edicion americana.

² Mal. des Femmes, Paris, 1842.

una inflamacion crónica del parénquima, añaden en una nota al pié, que “Pablo de Egina, Galeno, Andral, Broussais, Breschet, y Ferrus, y Piorry, Bouillaud, etc., colocan el escirro entre las terminaciones de la inflamacion crónica; aunque algunos de ellos convienen en la existencia de una predisposicion.” Pero, si bien los médicos mas antiguos conocían la afeccion, muy poco les debemos con respecto á ella, salvo partes de la nomenclatura imperfecta que en el dia la caracterizan. Es indudable que nunca se ha hecho tanto por desenvolver nuestros conocimientos del asunto como durante el último medio siglo; y, sin embargo, hállanse envueltos todavía en mucha duda é incertidumbre sus variedades y caracteres patológicos.

Patología.—Las ideas de los patólogos, en cuanto á la patología del cáncer, se han modificado recientemente de una manera considerable; y mientras que ántes prevalecía la opinion de ser siempre aquella enfermedad la manifestacion local de un estado general de la sangre, en la actualidad se ha dividido dicha opinion, adhiriéndose muchos todavía á la antigua teoría, al paso que otros van cediendo al razonamiento convincente de los que la consideran como una afeccion de origen local, entre cuyos caracteres mas notables se distingue la tendencia á envenenar rápidamente el organismo. En una discusion sumamente interesante que sobre esta materia se sostuvo con mucho lucimiento ante la Sociedad Patológica de Londres, en Marzo de 1874, los Señores De Morgan, Hutchinson, Moxon, Arnott, y otros, apoyaron la primera teoría, defendiendo la segunda Sir James Paget, Sir W. Jenner, el Dr. Greenhow, y algun otro. La opinion se dividió de tal modo en la sociedad, que un escritor, comentando el hecho, dijo que “los constitucionalistas casi igualaban en número á los localistas.”

Sea cual fuere el estado peculiar de que trae origen el depósito canceroso, lo cierto es que un mismo mal puede engendrar cualquiera forma de la afeccion. Esto lo prueban los hechos; pues suelen hallarse juntamente varios depósitos de diferentes variedades; se sabe que es posible la transicion de una forma á otra; y que una vez estirpada una por medios quirúrgicos, otra distinta suele reemplazarla.

A la duda que rodea el origen del cáncer, agrégase la de cómo se verifica el depósito local. Ciertos patólogos, de quienes puede considerarse como representante á M. Robin, de Paris, opinan que por influencia de un vicio constitucional, que á su vez ejerce una influencia destructiva en la nutricion y formacion, un blastema flúido pasa de la sangre al tejido conjuntivo de la parte, dando nacimiento á moléculas que forman los elementos anatómicos del cáncer. Otra parcialidad, fundada por Virchow,¹ sostiene que la proliferacion del tejido conjun-

¹ Véase una excelente é interesante memoria sobre esta materia de la pluma del Profesor W. T. Lusk, en el *N. Y. Med. Journal*, de Setiembre de 1869, y la cual me proporcionó datos útiles.