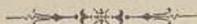
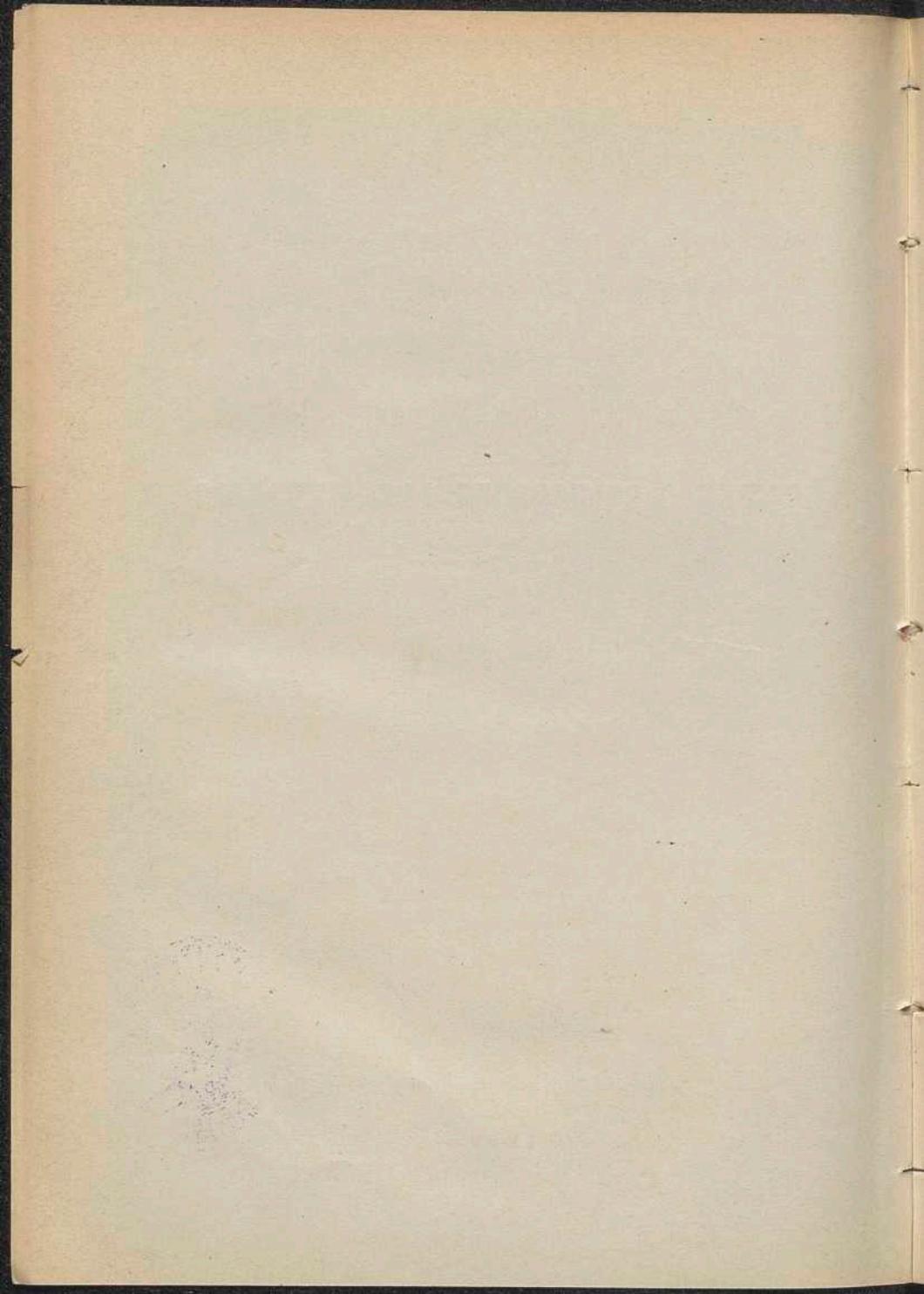


ESTUDIO CLÍNICO DE LAS METRITIS





MEMORIA

presentada para optar al grado de Doctor en
la Facultad de Medicina y Cirujía

POR

DON MIGUEL FEDERICO FERNÁNDEZ,

LICENCIADO EN DICHA FACULTAD

Y

MÉDICO HIGIENISTA DE ESTA CAPITAL.

1022742

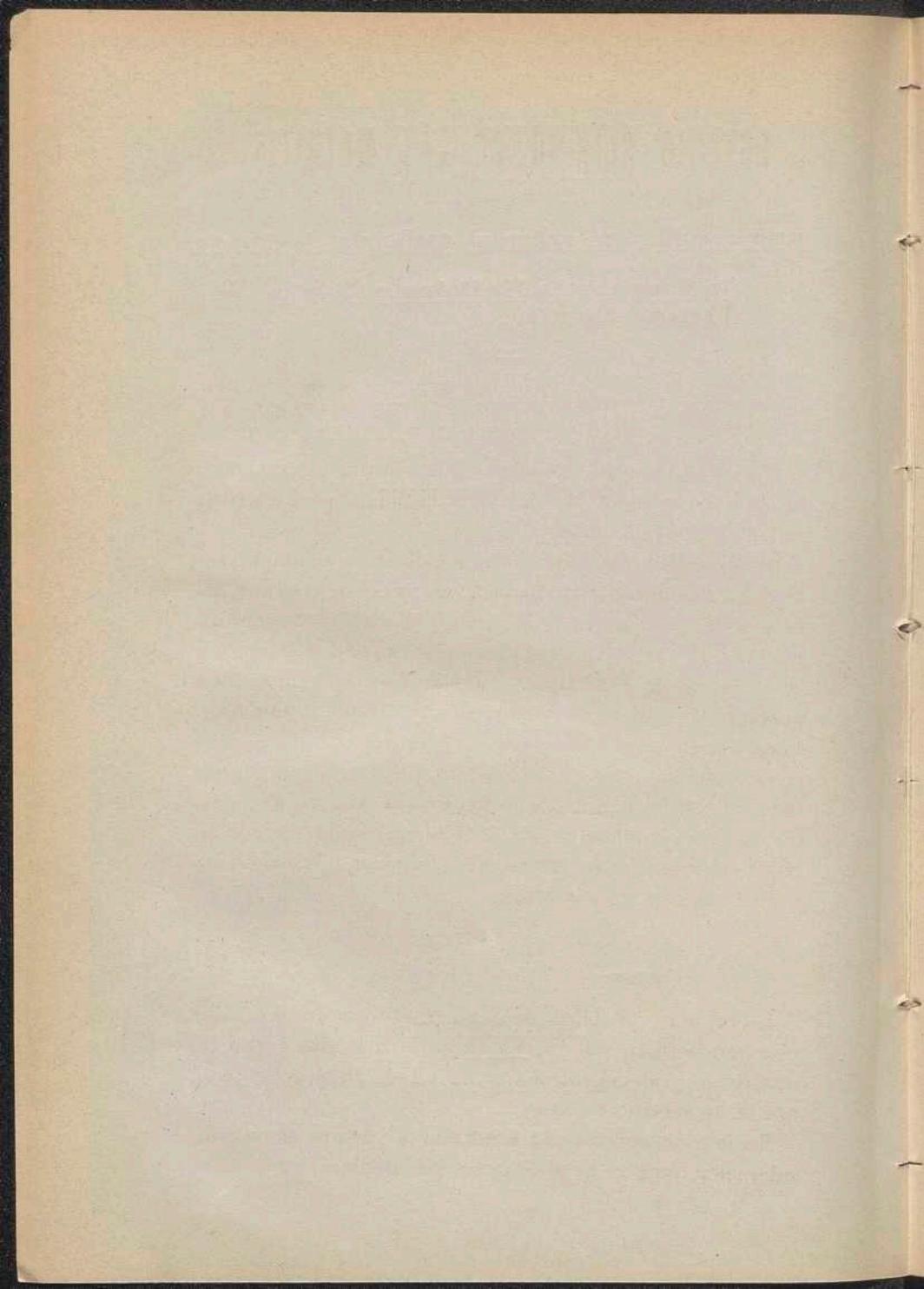


CIUDAD-REAL.

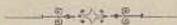
IMPRESA DEL HOSPICIO PROVINCIAL.

1892.





ESTUDIO CLÍNICO DE LAS METRITIS.



Ilmo. Señor:

SEÑORES:

Nunca he conocido lo débiles que son mis fuerzas, tanto como en el momento de coger la pluma para escribir estas incorrectas líneas.

Si un deber reglamentario no me obligara á cumplir esta delicada misión, para aspirar al grado de Doctor, jamás hubiera tomado á mi cargo trabajo tan penoso, puesto que son escasos los conocimientos que poseo en la difícil ciencia de Esculapio, y por otra parte carezco en absoluto de todas las condiciones que debe reunir todo buen escritor.

Me animan, no obstante, en esta difícil empresa, por un lado mi constante anhelo de llegar á la cúspide de nuestra carrera científica, y por otro la esperanza de encontrar benevolencia en este digno Tribunal, á cuyas decisiones gustoso me someto.

La primera dificultad con que he tropezado al realizar este modesto trabajo para aspirar al más alto grado de nuestra gerarquía profesional, ha sido la de elegir el tema que le ha servido de base.

En la imposibilidad de presentar á vuestra sabia consideración ningún hecho nuevo que pudiera servir para

el progreso de las ciencias médicas, toda vez que los descubrimientos en todas las ramas del saber humano son siempre realizados por hombres de gran ingenio y talento, de los cuales yo me encuentro muy distante, he escogido como tema de mi discurso un asunto de índole esencialmente práctica.

Las aficiones que desde estudiante he tenido siempre á la Obstetricia y Ginecología y los numerosos casos que he observado, tanto en las clínicas oficiales como particulares, de afecciones diversas de los órganos genitales de la mujer y especialmente de la matriz, me han decidido á elegir un asunto de Ginecopatía.

Así, pues, el tema que pretendo desarrollar es el siguiente: *Estudio clínico de las metritis.*

Durante su exposición, indicaré la manera de interpretar las difíciles cuestiones relativas á la etiología y patogenia de las metritis.

En los tratamientos diré cuáles he usado con mejores resultados.

Con el objeto de exponer mi trabajo con más claridad, le distribuiré en los siguientes capítulos:

- 1.º Lijera idea de la anatomía y fisiología de la matriz.
- 2.º Clasificación y estudio de cada una de las metritis. En la exposición de ellas, en particular me ocuparé de su anatomía patológica, etiología, curso y complicaciones, diagnóstico y tratamiento.
- 3.º Conclusiones.

CAPÍTULO PRIMERO.

LIJERA IDEA DE LA ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA MATRÍZ.

El útero, uno de los órganos más importante del aparato sexual de la mujer, es muscular, simétrico, colocado en la excavación de la pelvis, detrás de la vejiga, delante del

recto, encima de la vagina y entre los ovarios y las trompas. Tiene la forma de un cono aplastado, con la extremidad más delgada hacia abajo, y se encuentra dividido por una depresión circular en dos porciones igualmente importantes, tanto bajo el concepto anatómico, como bajo el patológico. Dichas porciones se llaman *cuerpo* y *cuello*.

La dirección general del útero es de arriba abajo y de delante atrás, y como el eje de la vagina está dirigido en sentido inverso, resulta que el conducto útero-vaginal describe en su conjunto una curva de concavidad anterior, concéntrica á la de la excavación pelviana.

Las dimensiones de la matriz en estado de vacuidad varían mucho, según que se trate de una mujer que sea virgen, nulípara ó multípara: varía también durante el período menstrual.

Diversos autores, y especialmente Sappey, Aran, &, han publicado cuadros en que constan las dimensiones de la cavidad uterina en los diversos estados antes citados.

Pero bajo el concepto práctico, lo que nos importa señalar es la conclusión á que ha llegado Richet después de numerosas observaciones, y que consiste en establecer como diámetro vertical de la matriz en las mujeres que han tenido hijos 6 centímetros, y añadiendo á esta cifra un centímetro, término medio del espesor de las paredes, se llega á señalar como longitud total de la matriz 7 centímetros.

También Richet ha establecido que el diámetro transversal de la matriz, en su parte más ancha, es de 3 y medio centímetros, es decir la mitad de la altura.

Estos diámetros son menores en las nulíparas y sobre todo en las vírgenes.

El peso del útero es de 45 gramos, si bien al terminar la gestación puede llegar hasta 1.500 gramos.

Pasemos ahora á estudiar las superficies exterior é interior del útero.

En la superficie *exterior* tenemos que estudiar una cara anterior, otra posterior, dos bordes y dos extremidades.

La cara anterior en sus tres cuartos superiores está recubierta de peritóneo: es ligeramente convexa y está en contacto directo de la vejiga mediante el fondo de saco útero-vejical que forma el peritóneo. La cuarta parte inferior está desprovista de dicha serosa y está en relación inmediata con la vejiga.

La cara posterior del útero, recubierta en toda su extensión por el peritóneo, corresponde al recto del que la separa el repliegue útero-rectal.

Los bordes laterales del útero son ligeramente cóncavos y están situados en el desdoblamiento de los ligamentos anchos.

El fondo del útero es convexo y redondeado y nacen de sus ángulos tres órganos situados en el espesor de los ligamentos anchos, que son: el ligamento del ovario, la trompa de Falopio y el ligamento redondo.

La extremidad inferior ó cuello uterino es una eminencia conóidea, que sobresale en el fondo de la vagina. Por la inserción de ésta queda el cuello uterino dividido en dos porciones; supra é infra-vaginal. Esta está recubierta por una prolongación de la mucosa vaginal, la cual forma al reflejarse un fondo de saco circular llamado útero-vaginal.

El cuello de la matriz está recubierto por la mucosa mencionada, y en su extremidad presenta un orificio por el que comunica con la cavidad uterina. Dicho orificio tiene la forma de una hendidura transversal que divide esta parte del cuello en dos labios; uno anterior y otro posterior. En las múltiparas el hocico de tenca es más voluminoso, más corto, y el orificio cervical puede estar tan dilatado que permita la entrada del dedo pequeño.

La superficie *interior* del útero nos presenta para es-

tudiar la cavidad uterina, en la cual se encuentra una estrechez llamada istmo del útero que establece la división entre la cavidad del cuerpo y la del cuello. La mucosa que tapiza el útero se continúa con la de las trompas, y ésta á su vez con el peritóneo, siendo este el único caso en que en el organismo humano se continúan una mucosa y una membrana serosa. Esta es la causa de que un líquido inyectado en la matriz pueda penetrar directamente en la cavidad peritoneal.

La cavidad del cuerpo está aplastada de delante atrás, y tiene la forma de un triángulo equilátero, cuyos tres ángulos corresponden á los orificios de las trompas y á la comunicación con la cavidad del cuello. La cavidad de éste es fusiforme y tiene un orificio superior que comunica con la cavidad del cuerpo, y otro inferior que es el hocico de tenca. Tanto en la pared anterior como en la posterior de la cavidad cervical existe una cresta media y vertical de la que se desprenden otras crestas secundarias, que están distribuidas á la manera como lo están las ramas de los árboles; por esto reciben estas ramas el nombre de árbol de la vida.

Estructura del útero.—El útero está formado de tres tónicas superpuestas: peritoneal ó serosa, muscular y mucosa.

La capa *serosa* es una prolongación del peritóneo, que al desprenderse de la vejiga se refleja sobre las caras anterior y posterior del útero y se continúa hacia atrás con el que pasa delante del recto, y á los lados se continúa con los ligamentos anchos. El peritóneo no cubre la parte anterior del cuello, sino que salta á los bordes laterales del útero sin contraer con ellos relaciones íntimas. Sobre las restantes partes del útero es la adherencia entre esta capa y la muscular tan intensa que no es posible separarlas.

La capa *media ó muscular* es la más importante. Está compuesta de muchos manojos de fibras musculares en-

trelazadas entre sí de tan distintas maneras, que es imposible estudiar su distribución en el estado de vacuidad.

En el de gestación, las fibras musculares se hipertrofian y ya es más fácil seguir la dirección de sus diferentes manojos.

Divídese la túnica muscular del útero durante la gestación en tres capas; superficial, media y profunda. La capa *superficial* está compuesta de manojos longitudinales que ocupan la cara anterior, el fondo y la cara posterior del útero. Además, otros manojos transversales, que se desprenden de los anteriores, se dirigen á los bordes laterales.

La capa *media* está formada de manojos musculares en forma de red, en cuyas mallas existen muchos vasos sanguíneos.

La capa *profunda* se compone de fibras circulares dispuestas en tres grupos; dos en la embocadura de las trompas y el tercero alrededor del cuello.

La *túnica mucosa* tapiza la cavidad de la matriz, está sumamente adherida á la capa muscular y es la mucosa más gruesa que existe en la economía. La superficie libre es lisa y compacta en el cuerpo del útero; en el cuello se arruga penetrando en los surcos del árbol de la vida. Su color es rosado; pero durante la época menstrual se vuelve de un rojo vivo, en razón á la mayor actividad de su circulación.

La mucosa del cuerpo del útero consta de una capa superficial epitelial formada de células cilíndricas, con pestañas vibrátiles dirigidas de la vagina al útero. La capa profunda está desprovista de papilas y de vellosidades, estando formada de tejido conjuntivo en estado embrionario. Contiene además la mucosa del cuerpo uterino muchas glándulas cilíndricas que segregan un líquido fluido y ligeramente alcalino.

La mucosa que tapiza el conducto cervical es menos gruesa que la del cuerpo y está provista de un epitelium pa-

vimentoso. Las glándulas que contiene son arracimadas y segregan un líquido viscoso, espeso y ligeramente alcalino.

El epitelium de la mucosa que recubre el cuello, es también pavimentoso y muy semejante al epitelium cutáneo. Dicha mucosa carece además de glándulas, encontrándose solamente alguna que otra en las inmediaciones del hocico de tenca.

La matriz es un órgano absolutamente regado por *vasos arteriales, venosos y linfáticos*.

Las *arterias* más importantes son: las útero-ováricas y las uterinas hijas de la aorta y de la hipogástrica respectivamente. Además, otras ramas más pequeñas toman su origen en la epigástrica. Todas las arterias mencionadas penetran en el útero por sus bordes, se anastomosan y dividen de diversos modos, hasta asegurar por completo el riego de todo el órgano.

La sangre que llega al útero es recogida por las *venas*, las cuales se anastomosan entre sí y reuniéndose después forman dos grandes plexos en los bordes del útero, de los cuales parten cuatro grupos de troncos, dos inferiores que siguiendo la dirección de las arterias uterinas, desembocan en las venas hipogástricas, y otros dos superiores que desembocan, el derecho en la vena cava inferior, y el izquierdo en la renal del mismo lado.

Los *vasos linfáticos* abundan mucho en la matriz, y esta es la causa que motiva la facilidad con que por dicho órgano se verifican las infecciones. Unos linfáticos tienen su punto de origen en la capa serosa, otros en la muscular y los más en la mucosa. De ahí que se hayan dividido en superficiales y profundos. Los primeros forman una densa red sub-peritoneal que eleva la serosa dándole un aspecto granuloso, desembocando en los gánglios pelvianos. Los segundos se anastomosan entre sí, después de nacer en la mucosa y en el tegido muscular y van á desembocar en los gánglios lumbares.

Los linfáticos del útero están provistos de válvulas y estrangulaciones, que tienen por objeto retardar el curso de la linfa.

Los *nervios* que animan al útero proceden de diferentes orígenes: unos arrancan del plexo hipogástrico y otros del útero ovárico. Existen además dos ganglios nerviosos, situados á los lados del cuello, que reciben sus nervios aferentes del plexo hipogástrico y de las ramas sacras, segunda, tercera y cuarta. Las ramas eferentes de aquellos ganglios, unas son horizontales y se distribuyen por el cuello, otras son oblicuas y van á la parte inferior del cuerpo y otras, en fin, marchan verticalmente á los bordes del útero, donde se distribuyen, anastomosándose después con los nervios ováricos.

Para terminar esta sucinta idea de la anatomía de la matriz, diremos que este órgano tiene diversos medios de fijación que le sujetan á los órganos vecinos, y que sin embargo le permiten aquellos movimientos que le son indispensables para realizar las importantes funciones que le corresponden. Entre los medios de fijación del útero se encuentran seis ligamentos divididos en anteriores, medios y posteriores: los anteriores son los *ligamentos redondos*; los medios son los *ligamentos anchos*, y los posteriores, en fin, se llaman *úteros sacros*. Además de estos seis ligamentos existen otros dos menos importantes, llamados redondos superiores ó lumbares, modernamente descritos por Ronget. No describimos estos ligamentos porque esto nos llevaría lejos de nuestro objeto.

Fisiología del útero.

Este órgano, como todos los que constituyen el aparato genital, está en estado de letargo hasta tanto que se aproxima la pubertad.

En esta edad de la vida aparece la menstruación, indi-

cio de que ya el organismo de la mujer está dispuesto á llenar las importantísimas funciones necesarias para que la reproducción de la especie se realice.

En la función compleja llamada menstruación, la matriz desempeña uno de los actos más importantes, puesto que para que aquélla se verifique hace falta, además de la evolución de la vexícula de Graaf, una intensa congestión y hemorragia de la mucosa del útero.

Algunos autores consideran que el flujo catamenial no procede de la mucosa de la matriz, sino que tiene su origen en el ovario. Este se encuentra muy congestionado durante la ovulación, y al producirse el desprendimiento del óvulo se verifica la rotura de algunos capilares, que dán salida á la sangre menstrual.

Además, la matriz sirve para alojar en su interior al huevo fecundado, prestándole todos los elementos nutritivos indispensables para que llegue á constituir un nuevo sér.

Cuando el término de la gestación ha llegado, la matriz entra en contracción gracias á la gran cantidad de fibras musculares que contiene, y de este modo verifica, con la ayuda de otros planos musculares, el trabajo del parto.

Esta acción contractil de la matriz se realiza también en estado de vacuidad, lo que sirve para que sean eliminados de su interior los coágulos sanguíneos y otros cuerpos extraños que pudiera contener.

CAPÍTULO II.

CLASIFICACIÓN Y ESTUDIO DE CADA UNA DE LAS METRITIS.

Daremos principio nuestro estudio de las metritis por la clasificación, dividiéndolas, primero, en dos grandes grupos, que son: *metritis puerperales* y *no puerperales*.

En las *metritis puerperales* estudiaremos por separado las inflamaciones de la mucosa uterina (*endometritis*), las del parenquima (*metritis parenquimatosa*), y las del tegido celular que rodea al útero (*parametritis*), sobre todo bajo el punto de vista de la anatomía patológica, que es donde se pueden observar con claridad las diferencias entre estos tres grupos.

En la *metritis no puerperal* estudiaremos por separado las inflamaciones de la mucosa uterina y las del parénquima uterino. La primera ó *endometritis* la dividiremos en *aguda y crónica*, y la segunda ó *metritis parenquimatosa*, también ofrece á nuestro estudio dos formas, que son: la forma *aguda* y la forma *crónica*. De consiguiente, daremos principio á nuestro estudio siguiendo el adjunto cuadro:

Metritis	Puerperal.....	{	Endometritis.	}	
			Metritis parenquimatosa.		
	No puerperal...	{	Parametritis.	}	Aguda.
			Endometritis.....		Crónica.
		{	Metritis parenquimatosa.	}	Aguda.
					Crónica.

Metritis puerperal.

La *metritis puerperal* ha llamado la atención de los médicos desde los tiempos más remotos, siendo atribuida por unos á la flebitis de las venas y senos uterinos, y por otros á la angiopleucitis del útero, naciendo de aquí una gran confusión entre las lesiones y síntomas de la metritis con los de otras enfermedades puerperales, como se observa en el trabajo de Tonnelé, publicado el año 1830, donde describe las lesiones de la metritis al ocuparse de la flebitis uterina.

Después de Tonnelé, se ocupa de la metritis puerperal Alexis-Moreau en una tesis publicada en París el año 1844: en 1847 dá á luz Willemin su trabajo sobre la me-

tritis puerperal idiopática, donde describe los síntomas de esta afección de una manera magistral. Luego aparecen los trabajos de Aran, los de Liredey, y los de Temoín el año 1859, donde describe con gran claridad las alteraciones que presenta el útero inflamado, publicando después Virchow el año 1862 en sus archivos de anatomía patológica los estudios hechos por él sobre la metritis, y sobre lo que él denomina parametritis difusa.

Algunos otros autores, como Béhier, Thierry, Foulin y Heiberg han hecho estudios notables de la metritis puerperal, los unos bajo el punto de vista clínico y los otros bajo el bacteriológico.

Hecho este ligero bosquejo histórico, vamos á proceder ahora á hacer un resumen de la *anatomía patológica* de las tres formas de metritis puerperal que admitimos.

Siguiendo el método indicado por Hervieux al estudiar la anatomía patológica de la endometritis puerperal, procederemos á ocuparnos de la *endometritis inflamatoria simple*, de la *supurada*, de la *pseudo-membranosa ó diftérica*, de la *putrascente* y de la *gangrenosa*, que no son más que grados diversos de la afección que nos ocupa.

El primer grado de la endometritis, ó sea la *inflamatoria simple*, se ha estudiado pocas veces en el cadáver, por ser muy escaso el número de las mujeres fallecidas en este período de la afección; pero en las pocas autopsias que se han hecho, se ha podido observar que la superficie interna de la matriz se encontraba recubierta de una mucosidad espesa, rojiza, de olor ácido, que se desprende fácilmente con el mango del escalpelo y que se encuentra tapizando á la mucosa, la cual está hiperemiada y engrosada, sobre todo alrededor del disco placentario, donde suele llegar su espesor hasta 12 ó 15 milímetros, pudiéndose apreciar en esta mucosa granulaciones papiliformes, rodeadas de una redcilla vascular y que corresponden á los orificios de las glándulas utriculares, llegando á veces

á existir ligeras exulceraciones, que se pueden descubrir por medio de un examen detenido.

En un período ulterior, viene ya la formación de pus en la mucosa uterina, ó *endometritis supurada*, observándose entonces las paredes de la cavidad uterina recubiertas de una capa semilíquida, que ora presenta un color amarillento ó bien una coloración oscura ó rojiza, demostrando el microscopio, en el primer caso, glóbulos mucosos y glóbulos de pus, y en el segundo, además de lo anterior, granulaciones pigmentarias y glóbulos sanguíneos más ó menos alterados; en ambos casos ha encontrado Heiberg micrococos.

En un grado más avanzado suelen desarrollarse falsas membranas que recubren la superficie de la mucosa uterina, constituyendo la forma *pseudo-membranosa*, y que no sólo la recubren si no que están como infiltradas en el espesor de ella; estas falsas membranas se presentan á la observación bajo la forma de islotes, situados en diversos puntos de la superficie interna del útero, sobre todo al nivel del cuello y de la inserción placentaria; presentan una coloración gris blanquecina, negra ó verdosa, son blandas, están dobladas sobre sus bordes, se desprenden en varias hojuelas, se despegan con facilidad de la mucosa unas veces y otras están adheridas á ella fuertemente. Además de estas membranas se encuentra siempre en la cavidad uterina pus, ó pus y sangre de un olor muy fétido. El sabio micrógrafo Cornil considera estas membranas como una necrobiosis de los elementos de la mucosa, con infiltración de glóbulos purulentos y de granulaciones de grasa.

Sobre la tercera forma ó grado de endometritis, ó sea la *putrescente*, publicó Danyan en París una tesis el año 1828, que es á no dudarlo el trabajo clínico más completo que existe. En esta variedad de endometritis, la superficie interna del útero está tapizada por un putrilago mo-

reno rojizo ó negro y de un olor fétido en alto grado, y una vez desprendido se pueden observar manchas lívidas en la cara interna del útero, que corresponden á reblandecimientos de la mucosa, pudiéndose observar á nivel de los puntos más lesionados, coágulos blandos, negruzcos ó amarillentos en los senos uterinos.

Por último, tenemos la *endometritis* gangrenosa, forma que se ha podido observar muchas veces, apareciendo toda la cara interna de la cavidad uterina cubierta por una materia de color negro verdoso mezclada con sustancia pigmentaria, moco y sangre, y con un olor especial por lo intenso y repugnante.

La segunda variedad de metritis puerperal es, como anteriormente digimos, la *metritis parenquimatosa*, y en verdad, que sólo atendiendo á la claridad de la exposición estudiamos por separado esta forma de metritis, pues no se dá nunca el caso de que se inflame solo el parenquima uterino sin que participen de la inflamación, ó bien la mucosa que tapiza la cavidad de la matriz, ó bien la membrana que por su exterior la recubre. De un modo análogo á lo que ocurre en la endometritis, en la metritis parenquimatosa existen diversos grados de intensidad de la inflamación, siendo las lesiones más comunes que se observan en el cadáver, las que á continuación expone-mos. En unos casos aparece el parenquima uterino de coloración más intensa que en estado normal, tumefacto y se puede observar un reblandecimiento notable de las fibras musculares, y siempre existe un aumento de volumen en la totalidad de la matriz; en otras ocasiones se puede apreciar la existencia de focos purulentos, de mayor ó menor tamaño, en el espesor del parenquima, focos que en algunas ocasiones son bastante voluminosos y en gran número, observándose entonces que por cualquier punto donde se practique una incisión sale pus en bastante cantidad: últimamente, en ciertas ocasiones se ha podi-

do observar la mortificación ó gangrena del parenquima de la matriz, pudiéndose observar en estos casos, según Ranvier, células con granulaciones pigmentarias de un grosor de 15 milésimas á 12 centésimas de milímetro, glóbulos purulentos en gran número, glóbulos rojos aún conservados, sin cristales de hematoïdina, masas granulosas y degeneración grasa de las fibras musculares.

Por último, tenemos la *parametritis* ó inflamación del tegido celular que rodea el útero, y se continúa con el de los ligamentos anchos. Las lesiones anatómicas de esta forma, han sido estudiadas detenidamente por Wirchow, habiendo podido observar este distinguido médico en unos casos hiperimia intensa del tegido conxectivo colocado entre el útero y el peritóneo, tumefacción de diversos grados, pequeños focos purulentos, que á veces uniéndose unos á otros forman una verdadera colección; en otros casos son los vasos linfáticos los que presentan alteraciones inflamatorias en más alto grado, presentándose muchas veces las diversas alteraciones mencionadas en un mismo cadáver.

La *etiología* de la metritis puerperal es, según gran número de bacteriólogos, entre otros Fligge, la infección del organismo por *streptococcus* y por *micrococos* en forma de zooglea, según Heiberg, favoreciendo naturalmente el desarrollo de esta enfermedad todas las causas que ayudan á la infección del organismo de la puérpera, como son: las malas condiciones de la habitación donde resida, la falta de limpieza en las ropas y en las personas que están encargadas de asistir las, las contusiones, compresiones y desgarraduras del cuello uterino, que son otras tantas puertas para la infección; del mismo modo que la superficie que queda del desprendimiento de la placenta, sobre todo si este se verifica de un modo incompleto; así como también estarán más expuestas á ser atacadas por la metritis aquellas mujeres cuya matriz se encuentra enferma

antes del parto, y las que en el puerperio cometen imprudencias antes que el útero se haya reparado de las modificaciones que ha sufrido, durante el embarazo y el parto.

Procedamos ahora al estudio sucinto de los *síntomas* de la metritis puerperal, estudiando reunidos los que presentan las diversas formas de metritis, que si bien se pueden estudiar por separado bajo el punto de vista anatómopatológico, no es posible hacerlo bajo el aspecto clínico.

En pocas ocasiones se presenta la metritis puerperal inmediatamente después del parto, sino que lo común es que aparezca del tercero al cuarto día, y algunas veces, aunque raras, suele desarrollarse pasado el décimo día. Suele dar principio la afección por un escalofrío, que es muy intenso cuando al mismo tiempo que la matriz se encuentra inflamado el peritóneo, apareciendo después una sensación de malestar y de cansancio, elevación de la temperatura que suele llegar á 39° 5 ó 40° y cefalalgia. Algunos autores, entre otros Foulin, consideran como fenómeno inicial la sensación de la cuerdadura señalada por Béhier, y que ocupa la dirección de una línea que se extendiera desde el borde uterino hasta la cresta iliaca.

Coincidiendo con los síntomas dichos, se presentan dolores vivos localizados en la región hipogástrica, que se exacerban cuando se ejercen sobre este sitio ligeras presiones, y si se practica con cuidado la palpación abdominal, se puede observar que el útero se encuentra aumentado de volumen, viniendo á ser esto como el sistema patognomónico de la metritis puerperal, habiendo visto en algunos casos Villemin sobresalir el útero por encima del pubis 15 centímetros al segundo día, 10 al quinto y séptimo, 8 al décimo y 5 al décimo noveno, siendo así que cuando no se desarrolla esta enfermedad, desaparece detrás del pubis al décimo día en las primíparas y al décimo tercero en las pluríparas.

El pulso desde el principio se acelera, presentándose de 100 á 120 pulsaciones y bastantes más cuando la metritis tiene gran intensidad.

Practicando el tacto vaginal se percibe aumento notable en la temperatura de los órganos genitales internos, útero voluminoso y colocado fuera de su dirección natural: el flujo loquial se modifica y adquiere un olor fétido, siendo esto debido á las modificaciones que sufre el organismo al producirse la infección puerperal, y según Hervey, siempre que los lóquios van mezclados con sangre desde el principio, ó se presentan flujos sanguíneos pocos días después del parto, es de temer alguna seria complicación.

Desde que la enfermedad principia se presentan síntomas importantes en el aparato digestivo, tales como sequedad de la lengua, náuseas, vómitos más pertinaces cuando existe peritonitis, cuyos vómitos, siendo al principio de los alimentos contenidos en el estómago, están más adelante constituidos por mucosidades blanquecinas que después toman un tinte verde oscuro; generalmente no existe diarrea y el vientre suele estar algo retraído al empezar el padecimiento.

Es muy frecuente la disuria, que á veces llega á la retención.

La fisonomía de la enferma se altera, la cara se contrae y toma á veces un tinte subictérico, los ojos se hunden y la frente y megillas se cubren de sudor frío en los casos graves, estando la paciente en un estado de estupor, que en unas ocasiones se acentúa más cuando la terminación vá á ser funesta, y otras veces suele presentarse al final un delirio ligero.

Se observa en todos los casos la disminución de la secreción láctea, durante todo el curso del padecimiento y á veces su desaparición completa.

Suele muy comunmente la metritis complicarse con pe-

ritonitis, en cuyo caso los dolores son muy intensos y se irradian á todo el vientre, aparece meteorismo, vómitos repetidos verdosos, acompañados de cámaras de la misma coloración; la cara se desfigura por lo contraída, su tinte subictérico y el hundimiento de los ojos mucho más acentuado que en la metritis; la fiebre llega á 40° ó más al principio para luego descender, á veces por bajo de la temperatura normal en el último período; el pulso se pone pequeño y filiforme, y últimamente, aparecen sudores profusos y delirio, siendo la muerte el final de este cuadro de síntomas.

La metritis puerperal presenta diversos grados de intensidad, teniendo en unas ocasiones una duración corta y síntomas generales poco graves, en otros casos una duración más larga por sobrevenir supuraciones, y en otros casos es tan grande la infección y se desarrolla en tan poco tiempo un cuadro de síntomas de alta gravedad, que arrebatan á la enferma si una intervención muy enérgica y aplicada en cuanto aparecen los primeros síntomas, no logra detener la marcha del padecimiento.

El *diagnóstico* de la metritis puerperal no suele ofrecer dificultades cuando se desarrolla con alguna intensidad, pero en aquellos casos en que el proceso se desenvuelve con lentitud, suelen existir al principio algunas dudas para formular el diagnóstico, por haber algunas circunstancias, tales como la retención de orina, las rasgaduras de la vulva, ó el principio de la secreción láctea, que van acompañados de alguno ó varios de los síntomas que se presentan al desarrollarse la fiebre puerperal, siendo preciso que el médico proceda á un examen detenido de la enferma, á fin de intervenir en cuanto sospeche que la matriz es el órgano responsable de todos aquellos trastornos.

El *pronóstico* es grave, aunque hoy día con los adelantamientos de la medicina, interviniendo el profesor

enseguida es muy crecido el número de éxitos que se obtienen.

Vamos ahora á ocuparnos de la importantísima cuestión del *tratamiento*, pudiendo desde luego afirmar que con la aplicación de la antisepsia para evitar el desarrollo de esta afección y para tratarla una vez que se presenta, son en gran número las enfermas curadas.

Lo primero que el médico encargado de una púérpera tiene que hacer es procurar por todos los medios que estén á su alcance que la infección puerperal no se verifique, para lo cual procurará ante todo oponerse á la alteración de las superficies absorbentes del útero y á la transformación de todos aquellos elementos que pudieran ser absorbidos. Lo primero se consigue procurando que la involución uterina se verifique con rapidez, sobre todo en los casos en que ha habido hemorragia ó en que desde luego se sospecha que la involución va á ser lenta por ser múltipara la mujer: un medicamento poseemos con el que nos es posible conseguir lo antes dicho, cuyo medicamento es el cornezuelo de centeno, administrado después de expulsada la placenta en dosis de medio gramo repetidas dos ó tres veces.

Con respecto á los elementos que pudieran observarse y producir la infección, hay que tomar precauciones grandes, como son: la más exquisita limpieza en los órganos genitales de la parturienta y en las manos del comadrón que debe lavarlas con una disolución antiséptica, siendo necesario también colocar á la paciente en la habitación más espaciosa y mejor ventilada de la casa y evitar los enfriamientos.

También es indispensable no practicar, como no sea por absoluta necesidad, ninguna maniobra que pueda desgarrar ó contundir el cuello uterino, y procurar no ejercer tracciones prematuras del cordón mubilical, que pudieran producir el desprendimiento incompleto de la placenta.

Algunos prácticos aconsejan, con el objeto de evitar el desarrollo de complicaciones puerperales, el empleo de rigurosas medidas antisépticas durante el parto, mientras que otros prescinden de ellas en los partos fisiológicos, por considerarlas molestas y hasta perjudiciales; lo prudente, según mi opinión, es seguir la práctica antes indicada, procurar mucha limpieza en las manos del médico y de las personas que asisten, lavándolas con una disolución de ácido bórico ó de sublimado; estas precauciones bastan en gran número de casos para evitar que se produzca la infección, sin necesidad de molestar á la mujer con las manipulaciones que exige el empleo de una antisépsia más rigurosa.

En los partos distócicos se debe procurar siempre intervenir con la mayor rapidez posible y del modo más suave que al práctico le sea dable, según el caso; pero como por precauciones que se tomen siempre se producen erosiones y desgarraduras en los órganos genitales, hay necesidad de practicar inmediatamente después inyecciones vaginales é intrauterinas con disoluciones antisépticas (de sublimado al $\frac{1}{2}$ ó 1 por 1000), valiéndose de un aparato de Eguissier, para que el chorro de agua sea continuo y tenga suficiente fuerza para arrastrar todas las materias detenidas en la vagina y cavidad uterina.

Algunos prácticos no se valen nunca para hacer las inyecciones dichas de líquidos con sustancias antisépticas y dán la preferencia al agua hervida.

Otra práctica que se sigue por algunos es hacer el legrado uterino para dar salida á todos los productos extraños que hayan quedado en la matriz después de verificado el parto, pero esto necesariamente produce lesiones en el útero; así es que es maniobra que no debe seguirse como preventiva, pues podría determinar accidentes. Para conseguir la desaparición de ciertas complicaciones puerperales, hay circunstancias en las que el legra-

do del útero produce excelentes resultados, como luego diremos.

Cuando á pesar de todos los medios preventivos indicados tiene lugar el desarrollo de la metritis puerperal, hay entonces que intervenir para combatirla, siendo muy numerosos los medios aconsejados por los médicos en todas las épocas como de acción eficaz en esta afección, y de los que no nos ocupamos porque su examen nos llevaría demasiado lejos; nos vamos, por lo tanto, á limitar á exponer el tratamiento que se debe seguir ante un caso de metritis puerperal.

Ante todo, debemos oponernos á que la infección del organismo se continúe verificando, lo que se conseguirá practicando inyecciones intrauterinas de una disolución de sublimado al 1 por 1000, valiéndonos de una sonda de doble corriente, colocando al terminar una gasa yodoformada en el interior de la vagina; estos lavados pueden repetirse dos ó tres veces en las veinticuatro horas, según la intensidad del caso.

Generalmente después del empleo de este medio se observa un alivio notable en la enfermedad, alivio que se continúa acentuando hasta la curación completa, asociando al lavado otros medios que después mencionaremos; pero en otras circunstancias no se presenta tan pronto la mejoría, lo que nos indica que la cara interna de la matriz se encuentra recubierta de una capa espesa de materias en descomposición, y que no es suficiente la fuerza del chorro que se dirige al interior del útero para desprenderla, habiendo necesidad en estos casos de practicar el raspado uterino, procurando hacerle con suavidad y prolongando su duración hasta extraer todos los residuos descompuestos que existen dentro de la matriz; después se lava ésta perfectamente y se rellena de gasa yodofórmica.

Tal es la práctica que debemos seguir, pero no bastan

sólo estos medios para conseguir la curación completa, pues tenemos que atender al estado general de la enferma y procurar disponer su organismo de manera que pueda resistir la acción de los agentes infecciosos que han penetrado en él; esto lo conseguiremos administrando á la paciente caldos muy sustanciosos, vino de Jeréz, agua vinosa y sulfato de quinina, que es un medicamento que modera la fiebre, tonifica á la enferma y sostiene su sistema nervioso.

Es preciso también estar muy atento al desarrollo de cualquier complicación que pudiera exigir una intervención diferente.

Entre los varios casos que he tenido ocasión de observar de metritis puerperal, voy á exponer la historia de dos de ellos.

Tratábase en el primero, de L. R., natural de Ciudad-Real, de 28 años de edad, bien constituida y sin ningún antecedente patológico digno de mención. Después de un primer embarazo normal, pues sólo se presentaron vómitos en el segundo y tercer mes, se verificó el parto sin nada anormal digno de mención; pero rodeada la enferma de condiciones no muy favorables, por residir en un cuarto bajo, oscuro y algo húmedo, y por no poderse presentar como modelo de limpieza las personas que la rodeaban. (1) Dió á luz un niño de todo tiempo y robusto, encontrándose la recién parida en muy buen estado los cuatro primeros días, sólo existían ligeros entuertos, no había fie-

(1) Se trataba de una mujer pública á la cual asistí como médico Higienista de esta capital.

bre, los loquios no presentaban nada de notable y la paciente dormía algunas horas con perfecta tranquilidad; al quinto día, por la mañana, las cosas cambiaron por presentarse dolores intensos en el hipogastrio, siendo desde este momento cuando yo pude observar á la enferma: procediendo á interrogar á la familia me suministraron los datos anteriormente expuestos, y á seguida examiné á la paciente, pudiendo observar que la palpación en el hipogastrio no se podía tolerar, percibiéndose claramente que el útero sobresalía por encima del pubis más que lo que sobresale al quinto día cuando no sobreviene alguna complicación; existía fiebre de $39^{\circ} 8$, la enferma estaba inquieta, con la mirada animada y se lamentaba de los dolores que sentía en el vientre; había náuseas, estreñimiento, los loquios habían disminuído y tenían un olor fétido, y la secreción láctea que se iniciaba se suspendió.

En vista del cuadro sintomático que se presentaba ante mí, pensé desde luego se estaba desarrollando una metritis puerperal, y manifesté á la familia se trataba de una complicación de importancia, sobre todo si se dejaba pasar tiempo sin intervenir con arreglo á lo que la ciencia hoy aconseja: me manifestaron interviniese como creyera oportuno, é inmediatamente procedí á practicar el lavado uterino valiéndome de la sonda de Doleris, y haciendo pasar por la cavidad de la matriz 600 gramos de disolución de sublimado corrosivo al 1 por 1000, cuyo líquido salió teñido al principio de un color oscuro y con coágulos y moco; hecho el lavado introduje en la vagina un trozo de gasa iodofórmica, dispuse no se administrase á la enferma más que caldos y agua vinosa, y ordené se la diese cada cuatro horas una fricción en el hipogastrio con pomada de belladona.

Por la tarde de aquel día encontré á la paciente algo más tranquila, la temperatura era de $39^{\circ} 6$, el pulso estaba á 108 y la piel sudorosa; procedí á practicar otro la-

vado uterino, haciendo pasar 800 gramos de la solución antes dicha, la que salió algo más clara que por la mañana y colocando también después gasa iodofórmica en la vagina, lo demás del plan siguió lo mismo. Aquella noche durmió la enferma tres horas, los dolores se mitigaron, y cuando la visité por la mañana del siguiente día pude apreciar con satisfacción que se había operado un cambio notable en aquel organismo. La fiebre sólo alcanzaba 38° , el pulso estaba á 100, la fisonomía de la enferma había cambiado, los dolores sólo existían cuando se ejercía presión sobre la matriz y las náuseas no se habían vuelto á presentar: practiqué otro lavado-uterino del mismo modo que los anteriores y el líquido apenas salió teñido, lo demás del plan no sufrió variación; por la tarde la temperatura era $38^{\circ} 4$, el pulso 100 y la enferma estaba animada: se hizo otro lavado, pasó la noche tranquila, hizo una deposición líquida y al tercer día por la mañana la temperatura era de $37^{\circ} 5$, el pulso estaba á 90 y la enferma se encontraba muy bien, podíamos decir que estaba conjurado el peligro; continuamos dos días más haciendo los lavados, fuimos aumentando la alimentación de una manera gradual, dispusimos una poción de extracto blando de quina con objeto de tonificarla, y á los diez días de iniciada la metritis puerperal pudo la paciente abandonar el lecho, curada por completo.

En el segundo caso se trataba de una joven de 21 años, natural de Madrid, domiciliada en Ciudad-Real hacía treinta meses y de temperamento linfático. En varias ocasiones ha padecido manifestaciones tuberculosas en

los gánglios del cuello, cuyas cicatrices características es fácil observar, y fiebres intermitentes que la dejaban en un estado de debilidad bastante grande.

Al año de casada dió á luz el primer hijo, siendo el parto bastante largo por atónia de la matriz; yo fuí el encargado de su asistencia y procuré apelar á cuantos medios antes he expuesto para evitar la infección puerperal, pero sin duda á consecuencia de la mala constitución de la enferma, al tercer día del parto se la presentó fiebre de $39^{\circ} 2$, ligera sensibilidad en el hipogastrio y náuseas; estos síntomas se acentuaron más al siguiente día, subiendo el termómetro á $40^{\circ} 3$, el pulso á 120 por minuto, aumentando la sensibilidad del hipogastrio donde se percibía por la palpación el útero aumentado de volumen: se presentó algo de diarrea y los loquios habian desaparecido. Diagnosticué una metritis puerperal y sospeché que el peritóneo se encontraba inflamado en parte. Formado este juicio procedí á practicar inyecciones intrauterinas con la disolución de sublimado al 1 por 1000, dos veces al día, dispuse agua vinosa para bebida usual y un gramo de sulfato de quinina para tomar en las veinticuatro horas, continuamos este plan durante tres dias en los que cedieron algo los dolores hipogástricos y desaparecieron las náuseas y la diarrea, pero la fiebre seguía oscilando entre $39^{\circ} 5$ y $40^{\circ} 2$ y el pulso se hacía cada vez más pequeño, acompañándose estos síntomas de un decaimiento grande.

En vista de esto opiné se trataba de uno de esos casos en los que la cavidad del útero se encuentra recubierta de una capa de mucosidades descompuestas, que no se desprenden con el lavado uterino y continúan favoreciendo la infección del organismo; así es, que previa consulta con un comprofesor acordamos practicar el raspado de la cavidad de la matriz. Colocada la enferma en la posición conveniente é introducido el speculum de

Cusco, procedí á hacer descender algo el útero valiéndome de una pinza-erina; hecho esto y sin necesidad de tener que dilatar el cuello, que estaba reblandecido, introduje en la cavidad de la matriz la cucharilla, raspando suavemente al principio y luego con más fuerza toda su superficie, consiguiendo extraer bastante cantidad de mucosidades negruzcas, trozos pequeños de membranas y algunos coágulos sanguíneos; hecho esto hice pasar por la cavidad uterina 600 gramos de la disolución de sublimado y coloqué, rellenando toda la cavidad del útero y la vagina, trozos de gasa yodoformada. Dispuse tomara la enferma, además del sulfato de quinina, una poción tónica con quina y alcohol.

La tarde del día en que se operó, la temperatura sólo fué de $39^{\circ} 2$, y por la noche durmió la paciente cuatro horas con intervalos por haberse presentado algunas náuseas, sin duda debidas á las manipulaciones del raspado. Al día siguiente la temperatura era por la mañana de $38^{\circ} 4$ y el pulso estaba más normalizado, presentándose la enferma algo animada; procedimos á extraer la gasa yodofórmica, lavamos la cavidad uterina con sublimado, que salió ligeramente teñido de sangre, y volvimos á colocar la gasa; por la tarde no hubo exacerbación de la fiebre y la enferma, aunque muy débil, estaba tranquila; procedimos á practicar igual cura que por la mañana: la noche la pasó durmiendo muchos ratos y á la mañana siguiente la fiebre era de $37^{\circ} 3$, el pulso estaba regular y la enferma sentía un bienestar bastante grande aunque el estado de sus fuerzas dejaba mucho que desear. Desde este día continué haciéndole un lavado cada veinticuatro horas, y dirigí todos mis esfuerzos á entonar aquel organismo de una manera gradual, por medio de una alimentación adecuada y de tónicos, como la quina, y más adelante los preparados ferruginosos. La convalecencia fué larga, pero por fin conseguimos restablecer á la enferma,

que como he dicho al principio de la historia era de una constitución muy endeble.

Este caso nos demuestra de un modo evidente que existen circunstancias en que no bastan las inyecciones intrauterinas y el plan general para hacer desaparecer las complicaciones puerperales, siendo preciso entonces proceder al raspado uterino, procurando no retrasarle demasiado á fin de que en el organismo de la enferma no se produzca un estado de debilidad demasiado grande á consecuencia de las fiebres prolongadas; de manera que cuando á los tres ó cuatro días de practicado el lavado de la matriz no se observa mejoría grande, debe el médico hacer el raspado de la cavidad del útero, si quiere salvar á la enferma de una muerte cierta.

Metritis no puerperales.

Según el cuadro que arriba expusimos las metritis no puerperales se dividen en *endometritis* y *metritis parenquimatosa*, según que el proceso flogógeno ataque á la mucosa que tapiza el útero ó al tegido muscular solamente.

Las endometritis, á su vez, se dividen en agudas y crónicas, sirviendo como base para esta separación, lo mismo que en general sirve para distinguir las inflamaciones agudas de las crónicas.

Endometritis aguda simple.

Decimos *endo-metritis aguda simple* para distinguirla de la metritis puerperal, que arriba hemos estudiado. En aquella enfermedad, no solamente la inflamación se extiende á la mucosa, si no que se extiende también al tegido muscular contiguo.

La endometritis aguda simple es una enfermedad su-

mamente rara, habiendo muchos autores que hasta la confunden con la congestión uterina, y otros que la describen simplemente con el nombre de metritis aguda.

Entre las *causas* que dan origen á la endometritis aguda, encontramos los traumatismos producidos por el histerómetro, las cauterizaciones de la matriz, las inflamaciones del ovario, de la vagina y demás órganos próximos, los trastornos menstruales, &c.

Al estudiar la *anatomía patológica* de la endometritis, se observa que el útero es de un rojo oscuro y está aumentado de volumen. Los vasos están dilatados y entre las mallas del tegido conjuntivo existe un exudado mucoso y abundante en glóbulos blancos. La mucosa está engrasada, desprovista de su epitelium y con algunos focos equinóticos, diversamente distribuidos. En el interior de la matriz existe un exudado mucopurulento.

Comienzan los *síntomas* de la endometritis que estudiamos por un escalofrío intenso, seguido de fiebre con todas sus manifestaciones, como cefalalgia, quebrantamiento de cuerpo, sed, &c. Al mismo tiempo se presenta dolor intenso en la región hipogástrica y sensación de calor que se propaga á la vagina y vulva. Si el proceso inflamatorio se extiende á la vejiga y al recto se presenta además tenesmo en estos dos órganos.

El examen objetivo demuestra que la palpación del hipogastrio es intolerable, por los acerbos dolores que despierta; por el tacto vaginal se aprecia aumento de la temperatura y del volumen del cuello uterino.

La aplicación del speculum es muy dolorosa, pero una vez colocado se comprueba por la vista el abultamiento y color violáceo del cuello uterino y el ectropión de la mucosa cervical. Por el orificio del hocico de tenca, sale alguna cantidad de exudado sero-sanguinolento.

La endometritis aguda se *diferencia* de la *celulitis perituterina* por las placas edematosas al principio y los depó-

sitos plásticos que constituyen un tumor duro y resistente que más tarde aparece en los fondos de saco vaginales; de la *pelvi-peritonitis*, por la existencia de los vómitos constantes en ésta, y muy raros en la endometritis aguda, y en fin, del *adeno-flemón*, porque en esta enfermedad el útero conserva sus dimensiones fisiológicas, y existe además un tumor oblongo que sigue la dirección de la rama horizontal del pubis.

La endometritis aguda simple es de *pronóstico* leve, consistiendo su mayor peligro en que la inflamación se propague á los órganos próximos. Casi siempre termina por la curación, si bien en algunas ocasiones pasa al estado crónico, quedando constituida una metritis parenquimatosa ó una endometritis.

Como *tratamiento* en la endometritis aguda está indicado durante el período congestivo, las sanguijuelas aplicadas á la región hipogástrica, la dieta, los baños de asiento calientes y los calmantes, tanto locales como generales, para combatir el dolor que es el síntoma que más molesta á las enfermas. Algunos autores aconsejan también el uso de las sanguijuelas aplicadas al cuello uterino, pero nosotros condenamos esta manera de proceder porque la aplicación de dicho anélido en el mencionado sitio, no hace otra cosa que aumentar la congestión de la matriz.

Endometritis crónica.

La inflamación de la mucosa de la matriz puede estar limitada á la que tapiza el cuerpo, á la del conducto cervical, ó á la que recubre el cuello exteriormente. De aquí que varios autores describan por separado la endometritis del cuerpo, la del conducto cervical ó endocervicitis y por fin la metritis externa.

Pero como quiera que la inflamación de la mucosa que recubre la porción infravaginal del cuello nunca existe aislada, sino que acompaña á las vaginitis ó á las endocervicitis, de la que es una propagación, y por otra parte no justifica la clínica la separación entre la endocervicitis y la endometritis del cuerpo, nosotros, siguiendo á los autores más modernos, describiremos juntas estas diversas inflamaciones de la mucosa uterina, con el nombre de endometritis crónica.

Esta enfermedad, ya esté limitada al cuerpo del útero ya al cuello, tiene á veces por origen una endometritis aguda.

Entre las *causas* que de ordinario dán origen á la endometritis crónica, tenemos la propagación de un vaginitis, el abuso del cóito, el uso de pesarios, las infracciones higiénicas después del parto ó del aborto y la presencia de pólipos ó cuerpos extraños en el interior de la cavidad uterina.

La *anatomía patológica* de esta afección es como sigue: se observa aumento ligero del volumen del cuello uterino, por el cual sale algún exudado del contenido entre los surcos del arbol de la vida; muchas glándulas de las contenidas en los pliegues de la mucosa uterina están transformadas en quistes, constituyendo lo que se llama huevos de Navoth.

La mucosa se hipertrofia á veces hasta el extremo de salir al exterior formando ectropion. Con frecuencia se obstruyen los orificios interno y externo del cuello, á causa de la hipertrofia de las glándulas mucosas, ó á fungosidades que también se desarrollan con frecuencia.

Observando al microscopio las vegetaciones mucosas, se observan, según Synety, tres formas principales: unas están constituidas por la hipertrofia de las glándulas; otras por tegido embrionario ligeramente vascularizado, presentando la mucosa el aspecto de una herida en gra-

nulación, y otras en fin, son granulaciones voluminosas, muy vascularizadas y que sangran con gran facilidad. Estas últimas son las que se llaman fungosidades. Las tres formas descritas revelan períodos distintos de antigüedad en la endometritis, y en ocasiones se encuentran reunidas en una misma enferma.

Empieza á desarrollarse los *síntomas* de esta afección de un modo lento é insidioso, sobre todo cuando es primitivamente crónica, es decir, cuando no sigue á la metritis aguda.

La enferma acusa ligeras molestias en la región hipogástrica, que á veces llegan á ser dolores, que se irradian á las caderas y regiones lumbares. Se unen á estos síntomas subjetivos locales otros de origen reflejo, consistentes principalmente en cefalalgias rebeldes, náuseas, anorexia, dispepsia, estreñimiento pertináz de vientre, y un estado general de decaimiento y de empobrecimiento sanguíneo, que se parece mucho á la cloro-anémica.

Pero si todos estos síntomas nos hacen sospechar que la matriz es el órgano que padece, es indispensable practicar un reconocimiento uterino para ver si existen los siguientes síntomas objetivos que completan el cuadro sindrómico de la endometritis.

La matriz, si bien conserva su movilidad, está aumentada de volumen, lo que se comprueba, no solo por el tacto vaginal combinado con la palpación abdominal, sino también por medio del histerómetro. El cuello está sensible al tacto, y en su orificio externo permite á veces la introducción de la primera falange del dedo índice, con el cual se comprueban muchas veces la presencia de huevos de Naboth. La compresión de la región hipogástrica es dolorosa, sobre todo cuando el fondo del útero está afectado de inflamación.

Aplicando el speculum se vé el aumento de volumen del cuello uterino, ulceraciones frecuentes en el labio pos-

terior del hocico de tenca, y por el orificio externo de éste salen mucosidades que tienen caracteres distintos, según que procedan del cuerpo ó del cuello del útero.

La mucosidad del cuerpo es abundante, serosa, alcalina y del aspecto de clara de huevo. Dá lugar á la llamada *leucorrea*. En cambio, la que se origina en el cuello es escasa, viscosa, más densa que la anterior, forma hebra al tratar de desprenderla del orificio y labios del cuello á los que está fuertemente adherida. Estos caracteres cambian no obstante durante el curso de la endometritis.

Todas estas mucosidades uterinas se distinguen del flujo vaginal y vulvar porque tienen reacción ácida ambos y aspecto lechoso el primero, y los procedentes del útero siempre tiene reacción alcalina.

Si tratamos de penetrar con la sonda en el interior de la matriz, encontraremos dificultades notables, sobre todo cuando el afectado es el conducto cervical. La presencia de fungosidades estrecha considerablemente el conducto y sobre todo el orificio interno, y si violentamente se introduce la sonda, provocamos una metrorragia, en algunos casos muy abundante. Una vez que hayamos conseguido penetrar con la sonda, apreciaremos el aumento del diámetro vertical del útero, que en ocasiones llega á ser de 9 centímetros, así como del transversal que se aumenta en la misma proporción. Esta maniobra siempre la hemos hecho con la mayor circunspección, puesto que á parte de la hemorragia y de los actos reflejos que provoca la presencia de la sonda en la matriz, pueden perforarse las paredes de este órgano, ya poco resistentes por efecto de la enfermedad.

La menstruación y las secreciones del útero sufren diversas alteraciones. La menorragia y disminorrea son muy frecuentes en la endometritis. El flujo se hace purulento con estrias sanguinolentas, y en ocasiones la cantidad de sangre es grande. En este caso se está en presen-

cia de la llamada endometritis hemorrágica de Dupareque, y reconoce por causa la existencia de fungosidades en el interior de la cavidad uterina.

El *diagnóstico* de la endometritis es en general bastante fácil, sobre todo cuando se procede á la exploración directa de la matriz.

Por medio del cateterismo distinguimos la endometritis de los pólipos, tumores fibrosos, &c. de la cavidad uterina.

Del cáncer también es fácil distinguir la endometritis, porque las adherencias á que el cáncer dá lugar, el olor especial del flujo que segrega y el estado caquético, són especiales al cáncer y no existen en la endometritis.

Tampoco es posible confundir esta enfermedad con la neuralgia lumbo-uterina, porque en esta afección ni existe flujo hemorrágico, ni aumento de volumen del cuello uterino ni del diámetro vertical del útero, y en cambio los puntos dolorosos son característicos de la neuralgia y no se encuentran en la endometritis.

El *pronóstico* de la endometritis crónica es más ó menos grave, según el grado de empobrecimiento orgánico á que haya llegado la mujer. La forma hemorrágica es sumamente grave, y lo es también la que vá acompañada de abundante flujo leucorréico. En los casos en que la digestión, circulación y respiración estén alteradas, el pronóstico es más grave que cuando aquellas funciones están intactas. Por otra parte, la endometritis es causa casi constante de esterilidad, puesto que unas veces el flujo leucorréico destruye los espermatozoarios, haciéndolos inútiles para la fecundación, y otras el aborto se realiza con harta frecuencia, porque la mucosa enferma no tiene condiciones para que el nuevo sér se desarrolle.

Veamos ahora el *tratamiento* de la endometritis. Ante todo es necesario hacer que desaparezca la causa de la enfermedad, en cuya proposición se comprende el trata-

miento antiescrofuloso ó antiherpético, cuyos estados pueden ser los sostenedores de aquella enfermedad.

Es conveniente también emplear un tratamiento general que combata el estado anémico y la depauperación orgánica en que se encuentran las mujeres que padecen endometritis. A este título están indicados los amargos, los ferruginosos, la buena alimentación, el aire libre y demás agentes de la medicación tónica.

Pero el tratamiento que más especialmente debe ocuparnos es el local. Por más que las inyecciones vaginales medicamentosas y los semicupios prestan algunos servicios en el tratamiento de la endometritis, sólo aquellos medios que se aplican directamente sobre la mucosa para modificarla debidamente, deben considerarse como curativos.

Unos autores han empleado los medicamentos modificadores de la mucosa en forma de pomadas, otros en polvo ó lápices y los más, en fin, en forma líquida. Para aplicar todos estos medicamentos se emplean diversos aparatos, pero no es este el momento de entrar á describirlos.

Indudablemente los cáusticos en estado líquido son los modificadores más poderosos de la mucosa que se conocen. Con este objeto se emplean los ácidos nítrico, crómico y clorhídrico, la tintura de iodo, el cloruro de zinc, el ácido fénico, &c. Se preferirá cada uno de estos medicamentos, y se usarán más ó menos concentrados, según las lesiones que constituyan la endometritis. La aplicación de los medicamentos en estado líquido tiene la ventaja de que penetran fácilmente entre las depresiones del árbol de la vida, cosa que no se consigue ni con las pomadas ni con los lápices.

Hay casos en que no bastan los cáusticos más enérgicos para destruir las fungosidades de la endometritis. En este caso hay necesidad de proceder al legrado de la

matríz, operación que inventada por Sims, tiene por objeto separar de la mucosa todas las fungosidades que la tapizan. La cauterización actual, ya se practique con el termo-cauterio, ya con el gálvano-cauterio, también se ha usado para curar aquella enfermedad.

Por tanto, la cauterización intrauterina y el legrado puede decirse que son hoy las dos medicaciones que dominan la terapéutica de la endometritis.

Por esa razón, en nuestra práctica hemos dado la preferencia á aquellos dos medios curativos, usando en unos casos la cauterización con el cloruro de zinc y en otros el raspado de la matríz, ya solo, ya seguido de una causticación ligera.

Actualmente se discute entre los ginecólogos, qué método curativo produce mejores resultados en el tratamiento de la endometritis, si la cauterización ó el raspado. Sin que nosotros podamos inclinarnos más de un lado que de otro, diremos que ambos tratamientos producen curaciones notables, dependiendo de las condiciones individuales de cada endometritis la preferencia que debe darse del uno sobre el otro método de curación.

Las cauterizaciones son más fáciles de usar, y además imponen menos á las enfermas, pero tienen el inconveniente de no destruir del todo las fungosidades, á no ser que se repitan varias veces. Por otra parte, algunos cáusticos, como el nitrato de plata, tienen una acción muy superficial, á parte que se descomponen muchas veces al entrar en combinación con el moco uterino. Y si la cauterización es más intensa, se corre el peligro de que queden estrecheces del orificio interno del cuello, ó del mismo conducto cervical, que originan dismenorreas mecánicas, muy rebeldes después al tratamiento: esto ocurre también cuando se hace uso del cloruro de zinc en lápiz.

El raspado de la matríz es una operación más violenta que la cauterización, y existe con él el peligro de perforar

las paredes de la matriz, sobre todo, cuando están reblanqueadas y no se tiene mucha práctica en esta clase de operaciones. Además, en una endometritis crónica sin fungosidades, es una operación más perjudicial que útil.

Por eso concluimos diciendo que tanto la cauterización como el raclás (raspado), deben usarse según el estado de la mucosa enferma, habiendo casos en que podemos conseguir la curación con sólo la cauterización, y otros en que será indispensable acudir al raspado.

Terminaré el tratamiento de la endometritis exponiendo dos casos de mi práctica, que curaron, el primero con la cauterización y el segundo con el legrado uterino.

PRIMER CASO.—*Endometritis crónica de forma hemorrágica.*—Se trata de una señora de 38 años, natural de Miguelturra, casada, de buena salud habitual y que llevaba enferma desde hace seis meses, acusando grandes metrorragias. Estas siguen á la menstruación y duran unos quince días, al cabo de los cuales desaparece, pero quedando á la enferma abundante leucorrea. Desde hace dos meses, las pérdidas sanguíneas es raro el día que faltan, alternando con la leucorrea.

El examen de la enferma comprobó la existencia de una anemia muy acentuada, y por el reconocimiento que practicamos pudimos observar que la matriz estaba aumentada de volumen y sensible á la presión. Por el orificio externo del cuello uterino fluía gran cantidad de mucosidad serosa y filamentosa, y en el labio posterior había una ulceración bastante extensa. La sonda uterina penetraba con dificultad, dando lugar su introducción á la salida de bastante cantidad de sangre. El diámetro ver-

tical del útero, comprobado con el histerómetro, es de 9 centímetros.

Convencidos de que se trataba de una endometritis fungosa, para cuyo tratamiento habían sido ineficaces las variadas inyecciones vaginales que había usado la enferma y las repetidas cauterizaciones al conducto cervical y al labio posterior que otro comprofesor había dispuesto, nos decidimos á practicar la inyección de cloruro de zinc.

Con este objeto, el 10 de Julio de 1890, día en que no existía flujo sanguíneo, coloqué por la mañana un tallo de laminaria impregnado en polvos de iodoformo en el conducto cervical, siendo sustituido por otro más grueso á las diez horas, para de este modo completar la dilatación del cuello uterino.

Al día siguiente, y después de extraer la torunda de algodón que dejamos en la vagina, y el tallo de laminaria que colocamos en el conducto cervical, procedimos á un lavado completo de la matriz, sirviéndonos para esto de un speculum de Fergusón, de la sonda de Doleris, de un irrigador y de la disolución de sublimado corrosivo al 1 por 1000, usando de este líquido quinientos gramos. Las primeras cantidades de líquido salían teñidas de sangre y conteniendo abundantes mucosidades, pero las últimas que se inyectaron salían completamente transparentes.

Separada la sonda de Doleris, hicimos una inyección intrauterina de cloruro de zinc al 5 por 100, que es la concentración aconsejada por los autores.

A los dos minutos, cuando ya el cloruro de zinc había actuado sobre toda la mucosa enferma, colocamos de nuevo la sonda de doble corriente é hicimos una nueva inyección templada de ácido bórico al 5 por 100 para separar el exceso del líquido cáustico. Extraída la sonda, rellenamos la vagina de gasa iodofórmica.

La enferma tuvo durante todo el día dolores modera-

dos en las regiones hipogástrica y renal. Quedó á dieta de caldos y permaneció en cama; por la noche presentó ligera reacción febril (38°) que desapareció por completo al día siguiente, en el cual fueron separados los trozos de gasa iodofórmica.

Desde este momento comenzó la enferma á usar inyecciones templadas de ácido bórico, con lo cual se limpiaba la vagina de los trozos de escara que caian de la matriz.

A los quince días de la primera cauterización practicamos otra de la misma sustancia, aunque de menos concentración (3 por 100) siguiendo en todo el proceder operatorio antes expuesto.

Luego que cesó la inflamación artificial producida por el cáustico, disminuyó el flujo leucorréico y hasta llegó á desaparecer, y cesaron desde la primera sesión de cauterización las rebeldes metrorragias que tanto debilitaron á la enferma.

Como quiera que al tratamiento local expuesto unimos el uso del hierro y la buena alimentación, el estado de la enferma cada vez era más satisfactorio; tenía buen apetito, hacía buenas digestiones, desaparecieron las jaquecas que solía padecer y, en fin, quedó completamente curada.

A los veinticinco días de la segunda cauterización se presentó la menstruación, que fué acompañada de intensos dolores, hasta tanto que se estableció el flujo sanguíneo. Luego que pasó la menstruación reconocimos la matriz y aplicamos una sonda de Hegar para dilatar algún tanto el cuello, que estrechado ligeramente con la cauterización fué causa sin duda de la dismenorrea que experimentó la enferma. La menstruación siguiente fué normal y hoy continúa la enferma completamente curada de la rebelde endometritis que padecía.

SEGUNDO CASO.—*Endometritis fungosa*.—Se trata de una joven de 29 años, casada, natural de Ciudad-Real, siempre bien menstruada hasta hace ocho meses que viene padeciendo de la matriz. Comenzó su afección después de un aborto de cuatro meses, á consecuencia de una caída. Después de aquel accidente quedó la enferma con ligeras molestias á las caderas, que cada vez fueron agravándose más, hasta ser verdaderos dolores. Casi al mismo tiempo comenzó abundante flujo blanco y desarreglos menstruales, consistentes principalmente en metrorragias.

El examen de la enferma revelaba un estado de demacración bastante acentuado y una neuralgia facial que la molestaba demasiado.

El tacto vaginal combinado con la palpación abdominal, demostró el aumento de volumen del útero, cuyo síntoma fué comprobado por medio del histerómetro. Aplicando el speculum pudimos observar una ulceración extensa del labio posterior del cuello uterino, que en conjunto estaba muy aumentado de volumen. Por el orificio del hocico de tenca se veía ligero ectropion de la mucosa cervical y abundantes exudados moco-serosos y algún tanto sanguinolentos.

Diagnosticué la existencia de una endometritis fungosa y procedimos á emplear el tratamiento por medio del raspado.

Con este objeto dilatamos previamente el cuello uterino, por medio de la esponja preparada y iodoformada, para lo cual tuvimos necesidad de aplicar tres trozos de tamaño creciente, en otros tantos días consecutivos.

Cloroformizada la enferma, que es como en general se practica el raspado (curetage) y aplicado el speculum de Sims, hicimos descender la matriz mediante la tracción con unas pinzas. Enseguida hicimos un lavado antiséptico con sublimado al 1 por 1000, empleando la sonda de doble corriente de Doleris, como en el caso anterior.

Inmediatamente después, con el raspador como procedimos á raclar la mucosa uterina, tanto la del cuerpo como la del cuello, con lo cual separamos toda la mucosa enferma. Procuramos no raspar con intensidad en aquellos sitios en que apreciamos el crugido del tegido muscular, porque esta sensación nos indicaba que en aquel sitio la mucosa había sido ya separada. Después aplicamos en el interior de la matriz una torunda de algodón impregnada de una mezcla de creosota y glicerina, á partes iguales, con el fin de modificar la mucosa que aún quedase adherida al tegido muscular, y por fin terminamos la operación con otro lavado uterino con ácido bórico é introduciendo gasa iodofórmica en el interior de la matriz y en la vagina.

A las cuarenta y ocho horas de practicada la operación, á la que no siguieron dolores de ninguna clase, separamos la gasa iodofórmica y comenzó la enferma á hacer uso de las inyecciones de sublimado al 1 por 1000, utilizando la jeringa de cristal por ser las más convenientes para evitar la reinfección de la mucosa, causa, según Terrier, de la falta de éxito de que ván seguidas algunas operaciones de raspado uterino.

Durante los seis ú ocho dias que siguieron al raspado, el flujo leucorréico se presentó en moderada cantidad, pero desapareció después por completo; las metrorragias no volvieron á presentarse, cesaron los dolores, y recobrando la enferma el apetito, en poco tiempo se restableció por completo.

La menstruación se presentó al mes de operada sin más molestias que las que de ordinario acompañan á aquel fenómeno fisiológico, y así ha continuado la enferme hasta la época actual en que se encuentra perfectamente.

El examen de los casos que acabamos de exponer, entresacados de los pocos que hemos tratado, nos lleva como de la mano á hablar algo de la tan debatida cuestión de si es preferible el raclás ó la cauterización intrauterina.

Como hemos visto en nuestro segundo caso, no hemos tenido que lamentar acceso dismenorréico alguno después del raclás, accidente que observamos en el primero en que usamos la cauterización con el cloruro de zinc, debida sin duda alguna á alguna estrechez del cuello uterino, que por fortuna se dominó con facilidad.

A pesar del entusiasmo que por las cauterizaciones con el cloruro de zinc sienten en Alemania Rheistaedter y Braese, y en Francia Polaillon y Dumontpallier, hasta el punto de que este último médico tiene un procedimiento especial para emplear aquella sustancia mediante flechas en que entran además la harina de maíz, nosotros creemos como Pozzi, Trelat, Terrier, &c., que el raclás tiene menos peligros que las cauterizaciones. Porque éstas, además de la dismenorrea arriba señalada, pueden dar lugar á la supresión de la menstruación, que es sustituida por el dolor, á cuyo fenómeno llama Pozzi *amenorrea dolorosa*. La hematosalpingitis, no acompañada de hematometra, puede también sobrevenir como fenómeno dependiente de la oclusión del orificio uterino de las trompas, consecutiva á las cicatrices de la cauterización.

La estirpación de la mucosa enferma por medio del raspado no deja tras sí cicatrices, siempre que se tenga cuidado de no herir el tegido muscular, lo que se consigue fácilmente empleando el raspador romo que es el que aconsejan los más modernos ginecólogos que tratan del raclás uterino y que han desechado por completo el raspador cortante.

El raspado tampoco está contraindicado, como antes se creía, en las inflamaciones de los anejos del útero, sino que por el contrario, las salpingitis que coinciden con las

metritis tienen su mejor tratamiento en el raclás. La cauterización además tiene la propiedad de exacerbar las inflamaciones de los anejos del útero, por lo cual jamás la debemos usar cuando exista alguna enfermedad de los órganos que rodean á la matriz.

En cambio, el inconveniente mayor que tiene el raclás es que necesita de la cloroformización, lo cual hace que ya amedrente á la enferma como si se tratase de una operación de gran importancia; pero como quiera que sus ventajas son tan grandes sobre todos los demás medios de curación de las endometritis, creemos que con el tiempo se generalizará cada vez más la operación de Sims, y continuará el tratamiento de aquella afección en la fase quirúrgica en que hoy se encuentra.

Convencidos de que las endometritis crónicas son afecciones de naturaleza infecciosa, el empleo del raspado que separa la mayor parte de los tegidos enfermos, y el uso de los antisépticos que destruyen aquellos gérmenes que existan en los últimos fondos de saco de las glándulas utriculares del útero, son indicaciones altamente racionales que la práctica sanciona, por los repetidos éxitos que á cada momento se consiguen. Estos éxitos son superiores á los que se han obtenido con otros muchos agentes de la medicación intrauterina, algunos de los cuales han sido ya abandonados; uno de ellos gozó algunos años de gran boga, pero ya no se usa sino como complemento del raspado. Me refiero al barrido (esonvillonnage) de la cavidad uterina, insuficiente para modificar la mucosa, pero excelente para limpiar las partículas desprendidas con el raspador y para llevar una solución antiséptica al sitio mencionado.

Otra ventaja tiene el raspado, de que carece la cauterización intrauterina. Deja una capa mucosa intramuscular, que sirve de base para una regeneración completa. La cauterización, por el contrario, deja una ulceración que

cicatriz por medio de tegido granular germen de cicatrices, que además de las estrecheces de los orificios, pueden originar hasta la obstrucción completa de la matriz con todo el cortejo de accidentes y peligros que la acompañan.

Metritis parenquimatosa.

La metritis parenquimatosa ó inflamación del parenquima uterino podemos dividirla, como al principio digimos, en *aguda* y *crónica*.

Metritis parenquimatosa aguda.

La *metritis parenquimatosa aguda* no puerperal pocas veces se presenta sola á nuestra observación, pues siempre la mucosa de la matriz se encuentra más ó menos inflamada, confundiendo de consiguiente muchos de sus síntomas con los de la endometritis aguda.

Las *lesiones anatómicas* que se observan son las siguientes: se presentan los vasos arteriales y venosos de la matriz dilatados y flexuosos, y el tegido conjuntivo intermuscular es asiento de una infiltración embrionaria abundante, que le hace aumentar de volumen, notándose que los haces musculares están tumefactos y que existen extravasaciones sanguíneas en mayor ó menor número. Casi siempre existen alteraciones inflamatorias en la mucosa del útero ó en el peritoneo que le recubre.

Las lesiones anteriormente expuestas, unas veces ván desapareciendo con lentitud, hasta volver el órgano á su estado normal; otras veces persisten constituyendo la metritis crónica, y en otros casos, aunque raros, tiene lugar la formación de abscesos, como asegura Schröder.

Casi siempre las *causas* de la metritis aguda son alteraciones de la menstruación, tales como las que sufre por

la influencia del frío, los traumatismos ó los excesos sexuales. Martín considera como un factor etiológico de importancia la infección blenorragica y las afecciones virulentas de la mucosa de la matriz y de la de las partes próximas que siguen una marcha muy aguda. Las maniobras ginecológicas practicadas por mano poco hábil, determinan muchas veces esta forma de metritis.

Con respecto á los *sintomas* se observa que casi siempre dá principio la metritis aguda por escalofrios intensos y elevación grande de la temperatura, presentándose al mismo tiempo dolores fuertes en el vientre y en la región sacra, que se propagan al intestino recto y á la vejiga de la orina, desapareciendo la menstruación cuando la inflamación sobreviene á consecuencia de un enfriamiento sufrido en ese período para presentarse más adelante en más ó en menos abundancia.

Obsérvase en otras ocasiones que el principio de la metritis aguda coincide con una menorragia profusa. En los casos en que la enfermedad reconoce por causa la infección blenorragica, se observa, según Martín, que la inflamación se propaga á las trompas y al peritóneo.

El útero se encuentra aumentado de volumen en su totalidad y muy sensible, produciendo á la enferma sufrimientos grandes las maniobras exploratorias, tales como el tacto, la introducción del speculum, &., &.

El cuello uterino se presenta rojizo, voluminoso y dando salida, **pasados** los primeros dias de la inflamación, á un flujo abundante, claro y con algunas estrias de sangre, flujo que más adelante se hace purulento.

Tanto los dolores espontáneos, como los provocados, son mucho más intensos, según Aran, en esta forma de metritis, que cuando la inflamación ataca sólo la mucosa.

Con respecto á su *marcha* se observa que la metritis que estudiamos, en unas ocasiones se resuelve por completo no dejando lesión alguna, otras veces pasa al esta-

do crónico, que es lo más común, y se suele *complicar* con la endometritis y la peritonitis.

Diagnóstico.—Los dolores, la fiebre, el aumento de volumen del útero y su excesiva sensibilidad, son los síntomas que deben guiarnos para establecer el diagnóstico, no debiendo nunca recurrir al histerómetro en esta forma de metritis, para diferenciarla de otros padecimientos, pues pudiéramos aumentar su intensidad.

La pelvi-peritonitis, con la que esta enfermedad se podría confundir, se diferencia de ella por presentar alteraciones notables en la consistencia y profundidad de los fondos de saco vaginales.

El *pronóstico* siempre debe ser reservado, pues si bien en gran número de casos la enfermedad termina por resolución y por curación completa, la posibilidad de que pase al estado crónico, de que la inflamación se propague á los órganos próximos ó de que sobrevenga la supuración, hacen que seamos cautos al pronosticar.

Al instituir el *tratamiento* ha de procurarse que la enferma guarde un reposo absoluto, se aplicarán sanguijuelas en el hipogastrio y vejigas con hielo y se recurrirá al empleo de los narcóticos para calmar los intensos dolores que atormentan á las pacientes; si con estos medios no empiezan á remitir los síntomas, se practicarán escarificaciones en el cuello uterino, se dispondrán inyecciones calmantes, baños de asiento y se administrará un purgante.

Cuando la supresión de la menstruación es la causa de la metritis aguda, se deben colocar en el abdomen compresas calientes y practicar en la vagina inyecciones de agua á la temperatura de 40° R., no dejando de administrar algún narcótico.

En el caso en que la enfermedad se propague á los órganos próximos, ó pase al estado crónico, es preciso instituir un tratamiento en armonía con los síntomas que se

presenten, y cuando sobreviene la supuración se vigilará con mucho cuidado el sitio donde se deposita el pus para darle salida, siguiendo las más rigurosas reglas antisépticas.

Metritis parenquimatosa crónica.

Schroëder entiende por metritis parenquimatosa crónica una *hiperplasia del tejido conectivo uterino, acompañada de un aumento de la sensibilidad del órgano*, definición que es aceptada en todas sus partes por el distinguido ginecólogo alemán Martín.

En esta forma de metritis siempre existe también alguna alteración en la mucosa uterina, porque como hemos dicho muchas veces en el curso de nuestro trabajo, nunca ó muy rara vez se presenta inflamada una sola parte de la matriz, acompañándola siempre alteraciones en las partes próximas.

Bajo el punto de vista *anátomo patológico*, lo que caracteriza la metritis parenquimatosa crónica, es la hiperplasia en masa del tejido conjuntivo que envuelve las fibras musculares, las que aparecen como estranguladas, y con degeneración grasa muchas de ellas; los vasos se encuentran estrangulados, retraídos en unos sitios y varicosos en otros.

Cuando se secciona el tegido uterino, la superficie dividida es pálida, y se observan masas de tegido ligeramente rosado, y entremezcladas con fibras concitivas muy duras y de un blanco brillante, pudiéndose á veces apreciar ligeros equimosis intesticiales.

Las alteraciones que acabamos de indicar, unas sólo atacan al cuello, otras al cuerpo del útero ó á una parte de él y en otras ocasiones interesan todo el órgano.

Siempre existen lesiones en la mucosa de la matriz, y muchas veces en los tegidos que rodean dicho órgano, notándose que los elementos glandulares de la mucosa son los que sufren alteraciones más pronunciadas.

El Doctor Synety ha tenido ocasión de observar gran número de preparaciones microscópicas de úteros afectos de metritis crónica, y á continuación exponemos lo que según dicho ginecólogo se presenta en el campo del microscopio.

“1.º Gran número de cavidades tapizadas por un endotelio. Estas cavidades tenían en ciertos puntos proporciones considerables y comunicaban unas con otras por espacios estrechos. Estos aparecían en algunos puntos bajo la forma de una línea roja, debida á la coloración de los núcleos de los elementos endoteliales con que los revestían igualmente.”

“Esta lesión se produce á espensas de los espacios linfáticos que existen en el útero. En el caso que se describe estaban notablemente dilatados, habiendo adquirido dimensiones muy superiores á las que se presentan en un órgano sano.”

“2.º El segundo carácter consiste en una hiperplasia del tegido conjuntivo que circunda los vasos, hiperplasia que disminuye su calibre hasta el punto de obliterarlos casi por completo en algunas regiones.”

“Dicho tegido conjuntivo era un verdadero tegido fibroso, pobre en elementos celulares, y este tegido también se encuentra hiperplasiado en los puntos donde rodea las fibras musculares.”

Con respecto á la *etiología* se observa que el mayor número de veces la forma de metritis que venimos estudiando sobreviene á consecuencia de partos ó abortos, habiéndose considerado como causa muy común la involución incompleta de la matriz después del parto, siendo Limpsón uno de los que más defienden esta opinión.

Puede también presentarse esta metritis en mujeres que no han tenido hijos, considerándose en estos casos como causas los abusos del coito y la costumbre de viajar inmediatamente después de verificado el matrimonio.

Como causas predisponentes se han señalado por todos los autores el linfatismo, la escrófula, el artritis, la sífilis y el herpetismo, pero no está estudiado de un modo claro hasta qué punto influyen estos estados en la producción de la metritis crónica.

La opinión de algunos, de considerar á la clorosis como causa de la metritis, está desprovista de fundamento, pudiéndose más bien defender que muchos casos de clorosis reconocen por causa la metritis crónica.

Los trastornos menstruales los considera Martín como causa frecuente de la metritis, así como las desviaciones uterinas y los enfriamientos. Dicho autor dá también gran importancia etiológica al onanismo y á la plétora abdominal.

La proporción en que se presenta la metritis parenquimatosa crónica aislada, viene á ser un 4 por 100 de los casos, según Winkel, siendo en mucho mayor número cuando se presenta acompañada de otros estados patológicos.

Dividiremos los *síntomas* de la metritis que estudiamos, siguiendo á Synety y otros autores, en subjetivos y objetivos.

Los *síntomas subjetivos*, muchos de ellos son los mismos que hemos mencionado al describir la endometritis, de manera que ahora sólo haremos un ligero resumen.

Notan las enfermas un dolor sordo, que unas veces se sitúa en ambas fosas ilíacas ó sólo en la izquierda, otras en la región lumbo-sacra, desde donde se extiende á lo largo del nervio crural; este síntoma vá acompañado en gran número de casos, de sensación, de peso y de inco-

modidad en la pelvis, y de fatiga y palpitaciones al menor movimiento.

La sensación de peso y los dolores antes dichos, disminuyen mucho cuando la mujer adopta el decúbito dorsal.

Suele presentarse inapetencia, digestiones lentas, meteorismo y estreñimiento rebelde.

Las orinas están cargadas de uratos, y se presentan á nuestra vista espesas y turbias; su expulsión de la vejiga es dolorosa.

La menstruación es comunmente menos abundante que en estado normal, presentándose cuando termina un flujo moco-purulento de color ligeramente verdoso.

Metrorragias sólo se presentan cuando á la metritis parenquimatosa vá asociada una endometritis.

Algunas enfermas se quejan de una sensación de escozor y como de quemadura en la parte interna de los muslos y en la vulva.

Los *síntomas objetivos* tienen gran importancia; si introducimos el dedo en la vagina se nota que el útero es más pesado que en estado normal y que el cuello está doloroso, pudiéndose apreciar, si colocamos la otra mano en el hipogastrio, que la matriz ha aumentado de volumen. Por el tacto también se observa algo de descenso uterino ó desviaciones de este órgano hacia adelante ó atrás, que son estados que acompañan comunmente á la metritis crónica, así como también se nota que en los primeros períodos de la enfermedad el cuello está reblandecido y grueso, y en los períodos más avanzados aparece irregular, duro, abollado y revistiendo á veces la forma de un cono de base inferior, percibiéndose sus lábios tan separados uno de otro, que suelen permitir la introducción de la punta del dedo.

Todo cuanto hemos indicado, que puede el médico apreciar por el tacto vaginal, queda comprobado si ha-

comos el examen con el speculum, pues se presenta á nuestra observación el cuello; cuando está en el período primero, grueso, rojo y violáceo, y cuando ya ha venido el segundo período ó de induración, aparece anémico, pálido y muy voluminoso, y en muchos casos con ulceraciones, dando salida por su orificio á un líquido puriforme.

Esta enfermedad tiene un *curso* muy lento, prolongándose su duración años, presentándose períodos de mejoría que alternan con exacerbaciones, que comunmente coinciden con la época menstrual.

La época de la menopausia influye siempre de un modo favorable sobre esta enfermedad y á veces determina su curación.

Suele *complicarse* en muchas ocasiones la metritis con perimetritis, endometritis ó pelvi-peritonitis, así como también con la litiasis biliar y renal, según opinión del doctor Aran.

El *diagnóstico* se establecerá fijándose bien en los síntomas anteriormente expuestos, para diferenciar la metritis crónica del embarazo cuando empieza, de los pólipos fibrosos ó mucosos y del cáncer, así es, que creemos ocioso extendernos en grandes consideraciones para hacer el diagnóstico diferencial.

El *pronóstico* de esta afección es grave, porque si bien por sí sola no produce la muerte, dá lugar á muchos sufrimientos.

Puede la metritis crónica curar en el período de la infiltración, pero en el período en que el tegido conjuntivo se ha organizado, no es posible conseguir ésto, si bien con una terapéutica bien dirigida se obtienen mejorías notables.

Según Schroeder, el cáncer se desarrolla muy pocas veces en las mujeres que padecen metritis parenquimatosa crónica.

La esterilidad es frecuente en esta clase de enfermas, así como los abortos.

El *tratamiento* profiláctico consiste en procurar el desarrollo físico necesario para la época de la pubertad, lo que se conseguirá por medio de ejercicio al aire libre, la equitación, la gimnasia y buena alimentación. Debe también procurarse combatir el estreñimiento y aconsejar á las jóvenes no retengan demasiado la orina en la vejiga, evitando en la época menstrual los enfriamientos del vientre.

A las mujeres casadas se las debe aconsejar no abusen de los placeres sexuales.

Cuando la metritis crónica se ha desarrollado tenemos que instituir un tratamiento, que es distinto si la metritis está en sus comienzos, á cuando ya tiene bastante fecha de antigüedad. Si la afección es reciente, se aconsejará el reposo en la cama y se aplicarán vejigas con hielo sobre el abdomen, que es un medio que produce excelentes resultados; se administrará un purgante enérgico y se pondrán á la enferma inyecciones vaginales astringentes y desinfectantes.

Debe después seguirse administrando, por espacio de bastantes días, bien el aceite de ricino ó el ruibarbo, no recurriendo al alvés por ser un medicamento que favorece las metrorragias.

En los casos en que existen dolores intensos, ó en que se presentan complicaciones perimetríticas, hay que recurrir al empleo de la morfina, bien en supositorios ó en inyecciones hipodérmicas; también podemos usar la belladona ó la cocaína en supositorios.

Cuando el padecimiento se agudiza hay necesidad de recurrir á las emisiones sanguíneas locales, haciendo escarificaciones en el cuello uterino, procurando no sea muy abundante la pérdida de sangre; después de estas escarificaciones se encuentran las enfermas muy aliviadas.

Otro medio, que en las exacerbaciones produce muy buenos efectos, es el baño de asiento templado, ya simple, ya emoliente, debiendo ser su duración de quince minutos y repetirse varias veces en las veinticuatro horas, procurando á seguida reposar la enferma en la cama durante algún tiempo.

Contra el síntoma dolor, además de los narcóticos antes dichos, podemos recurrir á la aplicación en el hipogastrio y regiones iliacas de vejigatorios, sinapismos y fricciones con unguentos narcóticos ó irritantes.

Es preciso hacer un examen detenido de la enferma con objeto de combatir las inflamaciones de la mucosa y las desviaciones uterinas, que al existir, son un gran obstáculo para la curación de la metritis que nos ocupa.

En los casos en que la enferma que tenemos que tratar se presenta á nuestra observación, cuando ya la matriz lleva mucho tiempo enferma y el tegido conjuntivo ha proliferado y se ha endurecido mucho, es diferente el tratamiento que tenemos que seguir.

Se procurará que la defecación se verifique todos los días por medio de purgantes suaves ó de enemas, y se hará uso del iodo, administrándole al interior, y practicando con él embrocaciones en el cuello de la matriz, sirviéndose de una mezcla de tintura de iodo y glicerina.

También se usan aplicaciones de iodoformo en el hocico de tenca ó cauterizaciones con el nitrato de plata ó el termo-cauterio, aunque estos últimos medios no deben usarse, según Martín, por dar origen á cicatrices que pueden estrechar el conducto cervical.

En los casos en que existe congestión intensa del cuello uterino, produce excelentes resultados el uso de tapones de algodón hidrófilo empapados en gliceralado de tanino, pudiéndose también usar en estos casos el cornezuelo de centeno.

Recientemente han publicado Bunge y Prochownik va-

rios casos de metritis parenquimatosa crónica curados por el masaje, siendo este un medio que hace falta observar los efectos que produce durante algún tiempo para poder formar juicio.

Debe recomendarse los baños de mar y las curas termales que producen muy buenos efectos, procurando hacer uso de duchas vaginales. Las aguas minerales que dan mejores resultados son las sulfurosas-cálcicas, las clorurales-sódicas y las bicarbonatadas-sódicas, según las circunstancias de la enferma.

Muchos son los casos en que á pesar de los esfuerzos del médico no se consigue la curación con los medios expuestos hasta aquí, siendo preciso entonces, según Branu, Rokitansky y Martín, recurrir á la amputación del cuello uterino, ó á la excisión de porcionos de él, con lo que en gran número de enfermas se ha conseguido la curación.

Practicando esta operación no solo se consigue la desaparición de todas las molestias que produce la metritis crónica, si no que en muchas operadas ha tenido después lugar la concepción.

Al hacer la amputación del cuello debe darse la preferencia, según Martín, al bisturí sobre ningún otro instrumento.

Voy ahora á exponer un caso de metritis parequimatosa crónica, de los varios que he tenido ocasión de observar en mi práctica, y en el que la excisión de un trozo del hocico de tenca nos produjo excelentes resultados.

Tratábase de una mujer de 36 años, natural de Ciudad-Real, de buena constitución, casada desde los 19 años, habiendo dado á luz tres hijos, y no presentando como antecedentes patológicos más que haber padecido una pulmonía y catarros gástricos febriles en varias ocasiones.

Cuando la enferma se presentó á nuestro examen llevaba tres años de padecimientos, habiendo tenido durante este tiempo épocas en que los sufrimientos eran menores.

La paciente estaba demacrada, existía inapetencia y digestiones perezosas, siendo muy pertináz el estreñimiento; aquejaba dolores en el hipogastrio y región lumbar que aumentaban con el ejercicio y después del cóito. Procedí á practicar el tacto vaginal, notando que el cuello de la matriz estaba duro y engrosado, y asociando la palpación del abdomen aprecié que el útero en totalidad era más voluminoso que en el estado fisiológico. Reconocida con el speculum se presentó ante mi vista, primero la vagina de coloración bastante intensa y después el hocico de tenca voluminoso y con los labios entreabiertos, dando salida por su orificio á un líquido espeso y sanguinolento.

Dada la marcha que la afección había seguido y los síntomas que pude comprobar, opiné se trataba de una metritis parenquimatosa crónica.

Dispuse á la enferma purgantes suaves de vez en cuando, la tintura de iodo para que tomase á gotas, y la practiqué una embrocación con el mismo medicamento en el cuello del útero. Los dolores los combatí con pequeños vejigatorios loco dolenti, y aconsejé á la paciente usase inyecciones vaginales con una disolución de sulfato de zinc.

Se continuó este tratamiento bastante tiempo, y como quiera que no se conseguía notable alivio, procedí á prac-

ticar la excisión de un trozo de cuello del útero, siguiendo el procedimiento aconsejado en todas las obras de ginecología y haciendo uso de rigurosa antisepsia; una vez conseguida la cicatrización fué la enferma mejorando gradualmente hasta la curación completa.

CAPÍTULO III.

CONCLUSIONES.

Del estudio de las metritis que hemos hecho en el curso de esta memoria podemos deducir las conclusiones siguientes:

- 1.^a La matriz es un órgano musculoso, hueco y según Richet, su longitud total es de 7 centímetros y su anchura de $3 \frac{1}{2}$ en las mujeres que han tenido hijos, siendo menor en las vírgenes.
- 2.^a Consta el útero de tres capas, una externa serosa, otra media muscular y otra interna mucosa, siendo la media la que tiene mayor importancia.
- 3.^a La función compleja, menstruación, es producida por la intensa congestión y hemorragia que tiene lugar en la mucosa de la matriz en la época de evolución de la vexícula de Graaf, creyendo algunos autores que la sangre proviene en estos casos de la rotura de capilares en el ovario.
- 4.^a Dividimos la metritis en puerperal y no puerperal, admitiendo en la primera, la endometritis, la metritis parenquimatosa y la parametritis, y en la segunda la endometritis y la metritis parenquimatosa, que á su vez subdividimos en aguda y crónica.
- 5.^a Si bien bajo el punto de vista anátomo-patológico, se estudian en la metritis puerperal, la endometritis, la metritis parenquimatosa y la parametritis, no es posible hacer esta distinción bajo el punto de vista sinto-

mático, pues siempre se encuentran asociadas unas á otras.

6.^a En la metritis puerperal, el útero siempre se encuentra aumentado de volumen, viniendo á ser esto como el síntoma patopnomónico de esta afección.

7.^a El diagnóstico de la metritis puerperal no ofrece dificultades cuando la afección es bastante intensa; pero cuando lo es menos, es preciso que el médico se fije mucho en los síntomas señalados en esta memoria, con el objeto de intervenir en cuanto sospeche que el útero está inflamado.

8.^a El pronóstico de la metritis puerperal es hoy menos grave que lo era antes del descubrimiento de la antiseptia.

9.^a Debe el médico oponerse á que se produzca la infección puerperal, procurando que no sufran alteración las superficies absorbentes del útero, y que no se transformen los elementos que pudieran absorberse.

10. Siempre, después de verificado el parto, se deben administrar dos ó tres dosis de medio gramo de cornezuelo de centeno para favorecer la involución uterina, y se procurará que las personas encargadas de asistir á la mujer mantengan sus manos limpias, lavándolas con una disolución antiséptica.

11. Una vez desarrollada la metritis puerperal procederá el médico á hacer inyecciones intrauterinas con una disolución de sublimado al 1 por 1000, valiéndose de una sonda de doble corriente y colocando al terminar gasa iodoformada en el interior de la vagina; al mismo tiempo administrará á la paciente caldo, vino y sulfato de quinina.

12. En los casos en que con el lavado intrauterino no se presente pronto alivio notable, hay necesidad de practicar el raspado de la matriz, haciéndole con gran suavidad.

13. La endometritis aguda no puerperal es poco frecuente; se encuentra comunmente asociada á la metritis parenquimatosa aguda, y su pronóstico es leve.

14. El tratamiento de la endometritis aguda debe ser antiflogístico, procurando ante todo calmar el dolor que tanto atormenta á las enfermas.

15. La endometritis crónica muchas veces es continuación de la aguda, y en otras ocasiones reconoce por causa el abuso del cóito, el uso de pesarios y las infracciones higiénicas después del parto ó del aborto.

16. Intruduciendo el dedo índice en el cuello de una matriz afecta de endometritis crónica, se perciben los huevos de Nabot.

17. Los flujos procedentes del interior de la matriz tienen reacción alcalina, mientras que la tienen ácida los que proceden de la vagina, en estado normal.

18. El examen de la cavidad uterina en los casos de endometritis crónica por medio del histerómetro, es preciso hacerle con gran prudencia, á fin de evitar una hemorragia ó una perforación del útero.

19. El aumento de volumen del útero, los dolores de que es asiento, el flujo, ora sanguíneo ó purulento que existe, y el aumento de la cavidad uterina, comprobado por el histerómetro, son los datos principales que hay que tener presentes para formular el diagnóstico de endometritis crónica.

20. La endometritis de forma hemorrágica es muy grave.

21. La esterilidad y el aborto son muy frecuentes en la endometritis crónica.

22. Para combatir la endometritis crónica hay necesidad de instituir un tratamiento general en armonía con el estado de la enferma, y practicar un tratamiento local, ya sea haciendo cauterizaciones intrauterinas ó bien el raspado.

23. La cauterización intrauterina á veces no destruye por completo la mucosa enferma, y cuando se hace con intensidad suele producir estrecheces del conducto cervical ó de los orificios del cuello de la matriz.

24. En la endometritis fungosa se debe practicar el raspado uterino, haciéndole con las precauciones debidas y empleando la cucharilla de bordes romos, recomendada recientemente por los ginecólogos más distinguidos, con el objeto de no interesar el tegido muscular del útero y no producir una perforación.

25. Creemos como Pozzi, Trelat, Terrier y otros, que siempre que sea posible se debe dar la preferencia al raspado uterino, por ofrecer menos peligros que las cauterizaciones.

26. El diagnóstico de la metritis parenquimatosa aguda debe fundarse en los dolores, la fiebre, el aumento de volumen del útero y su excesiva sensibilidad, no debiendo emplear el histerómetro en esta afección, pues pudiera agravarla.

27. El pronóstico de la metritis parenquimatosa aguda debe ser reservado, por la posibilidad que existe de que sobrevengan complicaciones de importancia, y el tratamiento que debe instituirse consistirá en el uso de antiflogísticos y calmantes.

28. La metritis parenquimatosa crónica sobreviene casi siempre á consecuencia de partos ó abortos, por no verificarse bien la involución de la matriz.

29. El diagnóstico de la metritis parenquimatosa crónica debe fundarse en el aumento de volumen del útero, el aspecto del cuello y la falta de desarreglos menstruales, procurando examinar con atención á la enferma á fin de no confundir esta enfermedad con un pólipó á un cáncer.

30. Es grave el pronóstico de la metritis parenquimatosa crónica por ser de muy larga duración, poderse com-

plicar con otras afecciones y producir la esterilidad y el aborto; y con respecto al tratamiento se administrará un purgante, que se repetirá varios días, se empleará el iodo al interior y se tocará con él el cuello de la matriz, y si con esto no se obtiene mejoría, se recurrirá, según aconseja Martín, á la extirpación del cuello ó de una porción de él.—He dicho.

Miguel Federico Fernández.

Verificó el grado de Doctor en Medicina y Cirugía el día 20 de Enero de 1892, habiendo obtenido la calificación de

APROBADO



TRIBUNAL

Sres.

Presidente: D. Alejandro San Martín.

- » Andrés del Busto.
- » Francisco Criado.
- » D. Ramón Jiménez.

Secretario: D. Manuel Tapia.

