Estas células, en la actividad proliferante de los elementos embrionarios que literalmente empujan las papilas, pueden quedar ya desplazadas en la profundidad conjuntiva e incluidas en la misma, mientras asciende a la superficie el epitelio empujado por la enorme infiltración cada vez mayor de los elementos embrionarios. Así tiene lugar la formación del epiteloma del labio que mejor responde a la denominación histológica y clínica de cáncer.

Otra vez, tanto el queratoma como la verruga se bordean de un círculo perlado, mientras que se corroen en el centro: son los casos en que la proliferación conjuntiva puede ordenar sus defensas y dá tiempo á formar un tejido conjuntivo adulto que cerrará por un tiempo el paso a los nódulos aberrantes epiteliales y producirá la destrucción del labio sin interesar los ganglios.

En estos casos la modalidad histológica es la de todos los *ulcus rodens*: epiteloma espino-celular, con formación de glóbulos queratínicos, con fuerte tejido conjuntivo adulto: es el *epiteloma con globos* que los histólogos reputan menos maligno, que clínicamente no es infectante y que la prueba está en que da tiempo a destrucciones extensas del labio sin vegetación.

3.^a *modalidad.* Por orden de frecuencia sigue la leucoplasia buco-labial, propagada de la de la boca así como el queratoma viene de la piel o iniciada en el labio: la leucoplasia, proceso metaplásico epitelial que transforma la mucosa en epitelio córneo, se presenta como una placa nacarada, de un blanco transparente en sus comienzos, agrisado después, formando herborizaciones y es difícil de desprender de la mucosa subyacente.

Como disminuye lá elasticidad de la región, pronto se excoria se fisura, se hace dolorosa; en la fisura puede verse después una granulación, la sensación de alfilerazos o picotazos alarma el enfermo; comienza a epiteliomizarse la leucoplasia; mucho más lentamente que en las otras variedades evoluciona el epiteloma y por un mayor espacio de tiempo se conserva local sin infectar los ganglios.

Otras veces el engrosamiento de los elementos córneos forma una saliente como de queratoma o de cuerno; debajo se inicia una induración, es el epiteloma, que se fragua con las mismas características que el que se fragua debajo del queratoma cutáneo.

Histológicamente, una mucosa queratinizada con la hiperacantosis consiguiente es un proceso en potencia epiteliomatoso; la escoriación, la falta de los elementos córneos, deja el cuerpo de Malpighio hiperacantoso expuesto a constante irritación, aumenta la proliferación malpighiana, ahonda las columnas epiteliales; se inicia el epiteloma o debajo del engrosamiento córneo en una de las glándulas pseudo-tubulosas ordinariamente aparece la correspondiente proliferación epidérmica, que terminará por procedimiento natural en un epiteloma.

Con el reconocimiento prematuro de estos tres procesos que necesariamente preceden al epiteloma del labio, puede evitarse éste, y entonces es absolutamente seguro el evitar la infección ganglionar, mientras que cuando el epiteloma está desarrollado, aun en los casos de fisionomía clínica más benigna, es imposible asegurar la no recidiva local o ganglionar.

Por otra parte la terapéutica es sencilla; hacemos notar que superior a la exéresis, existen los medios físicos, desde la electrolisis a la röntgen y radiumterapia, cuyo alcance preventivo en los procesos pre-epiteliomatosos, como en los epitelomas es digno de ser tenido siempre en cuenta y que aquí como en los pre-epitelomas de la piel *exéresis, carbonización, radium*, constituye la terapéutica completa y la profilaxia radical del cáncer del labio.

Sesión científica del 13 de febrero de 1920

PRESIDENCIA DEL DOCTOR CARULLA

A propósito de un caso de embarazo en retrodesviación

POR EL DOCTOR E. ARDEVOL

El embarazo en retrodesviación es más frecuente de lo que habitualmente se cree. Podemos juzgar, de una manera indirecta, de su frecuencia relativa, por el número de enfermas que tratamos de retención de secundinas post-abortum en las que existe retroflexión, con todo y tener en cuenta que esta desviación constituye una de las causas que favorecen la retención placentaria.

Igualmente entre el número, relativamente escaso, de mujeres que exploramos en los primeros meses del embarazo, encontramos bastantes con el útero en retroflexión, y que por cierto constituye en ocasiones una dificultad para el diagnóstico precoz del embarazo. De ahí se deduce que no podamos apenas considerar las retrodesviaciones como causa de esterilidad. Si exceptuamos las formas congénitas, acompañadas de atresias o los casos de retrodesviación de origen inflamatorio con lesiones importantes anexiales o metrícticas, en los demás no constituye un obstáculo serio a la fecundación. En cambio debemos considerar las retroflexiones del útero grávido como causa de abortilidad. El aborto es la complicación más frecuente de la gestación en útero en retroposición; en la tesis de Charles cita 47 abortos en 138 casos, y es frecuente encontrar esta desviación del útero en individuos que han sufrido varios abortos. Quisiera aportar dos casos de abortilidad, que fueron corregidos mediante la operación de Alexandèr, el uno y mediante ligamentopexia el otro, pero su valor demostrativo es relativo, porque en ambos practiqué además el raspado del útero y en el segundo la op. de Schroeder.

El curso más frecuente del embarazo en retroflexión es la resolución espontánea entre el segundo y tercer mes; por dos veces he visto recientemente, en mi servicio de ginecología del Instituto municipal de Tocología y Puericultura, desaparecer el útero grávido de la excavación pélvica y remontar hacia el abdomen entre dos exploraciones realizadas con siete días de intervalo.

Cuando la reducción espontánea no tiene lugar, es debido generalmente a adherencias que fijan el útero en su posición viciosa, siendo frecuente en estos casos, como ya hemos dicho, el aborto, que va acompañado en muchos de ellos de retención placentaria. Si el aborto no tiene lugar y el útero no se reduce espontáneamente, la consecuencia es el enclavamiento y la encarceración con todas sus graves secuelas.

El caso sumamente interesante que motiva la presente comunicación se aparta, como veremos, en su evolución, del curso ordinario y habitual. Se trata de una enferma que acudía a nuestro servicio antes de iniciarse la gestación, estando fichada con el diagnóstico de *retroflexión fija y anexitis*. En el curso del tratamiento antiflogístico se hizo embarazada; transcurrido el segundo mes del embarazo se iniciaron molestias que se agudizaron rápidamente, obligándome a proceder a la laparotomía para reducir el útero grávido fijo en la excavación pélvica por adherencias de origen inflamatorio.

La historia clínica completa de la enferma es la siguiente: 1.º-II-919. M. V., de 29 años de edad, casada. Primera menstruación a 12 años, tipo 25/5, ligeramente dismenorreica. Parto normal hace 6 años, después cuatro abortos, último hace 8 meses con pérdidas persistentes durante mes y medio. Aqueja desde esta época dolores lumbares que se exacerban con la posición de pie, menstruaciones menorrágicas y dolorosas, obligándola en ocasiones a guardar cama.

Exploración; fondo de saco posterior ocupado por el útero fijo y doloroso, cuello ligeramente inclinado hacia delante, marcándose a penas el ángulo entre el cuello y el cuerpo del útero; tumoración anexial en el lado derecho; muy dolorosa la presión del fondo de saco postero-lateral derecho. Diagnóstico: retrodesviación y anexitis derecha. Tratamiento: reposo, irrigaciones vaginales calientes y taponamientos vaginales con glicerina ictyolada.

28-II-919. Lesiones somáticas idénticas, pero menos dolorosas.

18-III-919. Acaba de pasar la menstruación normalmente, retrodesviación irreductible. Anexos derechos ligeramente palpables, apenas dolorosos. Intentos suaves con el histerómetro para reducir la retroversión-flexión, fracasan. Prescripción de maniobras suaves de masaje y taponamientos vaginales.

12-IV. Primera falta.

19-IV. Estado general muy bueno; no aqueja molestia alguna. Útero igualmente en el Douglas, mucosa del hocico de tenca parece reblandecida y se inicia la coloración violácea de la mucosa del orificio vaginal; se anota en la ficha *Embarazo?* y se suspende todo tratamiento, aconsejándole el mayor reposo posible.

21-V. Acude al dispensario, acusando dolor gravativo en el hipogastrio y gran desarrollo de paquetes hemorroidales, coloración cianótica de la vulva muy acentuada, así como el reblandecimiento del cuello; útero voluminoso, de consistencia blanda y situado por completo en la excavación. Se diagnostica embarazo en retrodesviación; se le aconseja reposo en cama y sesiones cortas de plegaria mahometana.

Del 21 al 2 de junio nos vemos obligados a visitarla a domicilio; se exacerban rápidamente los dolores, que se irradian puntivamente hacia la vulva y el ano, la región hipogástrica y ambas fosas ilíacas se halla en estado de hiperestesia, haciendo casi imposible la exploración combinada; se le administra morfina en poción primero y después en inyección hipodérmica, pero los dolores se acentúan, flexionando la enferma los muslos contra el abdomen y en ocasiones retorciéndose en la cama; aparece una pequeña pérdida de sangre, que me hace creer el aborto inminente. Continúa en este estado hasta el día en que, disponiendo de una cama en la enfermería, puede ingresar en ella, siendo operada al día siguiente.

Día 4-VI. Lap., previa anestesia clorofórmica. Pinzado con una oval el ligamento redondo del lado derecho y pasando difícilmente los dedos por debajo del útero, encontré una pequeña masa anexial formada por la trompa indurada, acodada y adherida a la cara posterior del ligamento ancho y al útero; en el otro lado existían varias bridas peritoneales entre útero y la S iliaca, muy laxas y que cedieron sin el menor esfuerzo; una vez liberado el útero, fué todavía difícil su reducción en la cavidad abdominal a pesar de la posición en Trendelenburg, debido a la deformación y dilatación de la cara posterior. En el momento en que se obtuvo la reducción, experimentó el útero un brusco cambio de forma que me hizo temer como inminente la presentación del aborto. Ante el temor de que se presentase el aborto y volviese el útero a su posición viciosa, completé la intervención con la ligamentopexia, práctica innecesaria y de la que tuve ocasión de arrepentirme después, ya que el curso de la enferma fué ideal, saliendo del hospital el día 20 y el curso del embarazo fué normal, salvo que durante las cinco o seis últimas semanas aquejó fuertes dolores inguinales debidos sin duda a la distensión de los ligamentos redondos; el día 7-XII parió normalmente una niña de 4 kilos de peso.

Explorada la enferma 5 meses después del parto, el útero se mantenía en anteposición normal.

No tengo noticia de ningún otro caso similar; en la obra de Lee se citan casos en que se ha recurrido con éxito a esta sencilla intervención para evitar el aborto.

Las indicaciones para practicarla las creo muy limitadas; en la generalidad de los casos las adherencias consecutivas a antiguos procesos inflamatorios se vuelven durante el embarazo más laxas y no se oponen a la reducción espontánea. Sólo en los casos en que se presentan dolores tan agudos como en nuestra enferma o cuando las condiciones del caso hagan temer sobrevenga el aborto o la incarceration, puede justificarse la laparotomía.

Puede igualmente estar justificada la laparotomía, una vez sobrevenida la incarceration, cuando no es factible obtener la reducción con los métodos habituales, a condición de que las lesiones vesicales no sean de consideración. Por fortuna, la incarceration es la menos frecuente de las complicaciones de la gestación en útero en retrodesviación. Durante el período de 14 años de Clínica oficial de Ginecología, desde 1903 a 1917 observamos sólo tres casos de incarceration, uno sumamente benigno en que bastó con vaciar varias veces mediante cateterismo la vejiga, produciéndose espontáneamente la reducción y otros dos medianamente graves en que la reducción pudo practicarse sin grandes dificultades en la posición genupectoral mediante presiones por vía rectal. Un caso grave observé en 1915 en la Benef. municipal. Se trataba de una enferma cardíaca en la que sobrevino el embarazo. El cuadro clínico, debido a la incarceration del útero grávido, se atribuyó erróneamente a la lesión cardíaca; la retención de orina no fué diagnosticada, creyendo el médico que la visitaba diariamente que la enferma estaba anúrica, confundiendo la orina retenida con ascitis. Ambas extremidades estaban edematosas y existía una gran congestión pulmonar. Llamado con el prejuicio de que sería conveniente practicar el aborto (casi parto prematuro: la individuo se halla entre el 5.º y 6.º mes del embarazo) diagnosticué el caso y practiqué durante veinticuatro horas tres cateterismos vesicales que dieron salida a 5, 3,5 y 2 litros respectivamente de orina turbia, sumamente fétida. La enferma falleció repentinamente de un accidente cardíaco antes de que hubiera sido posible organizar su traslado al hospital. Este caso, de no haber sobrevenido la muerte por accidente grávido-cardíaco, hubiera planteado un problema difícil de tratamiento: la distensión del Douglas era enorme, hallándose la excavación pélvica ocupada por completo; el cuello uterino, situado contra el pubis y hacia arriba, era apenas accesible; una vez evacuada la vejiga, pude comprobar que el útero remontaba en el abdomen tres o cuatro traveses de dedo por encima del pubis. En este caso, de fracasar las tentativas de reducción manual, hubiera sido necesario evacuar el útero por punción a través del Douglas aspirando el líquido amniótico y esperando se presentase el aborto, aparte de que el estado de la vejiga hubiera requerido probablemente la práctica de la talla vaginal. La intervención conservadora por vía abdominal debe reservarse para los casos, por demás excepcionales, en que fracasan las tentativas manuales y en que las lesiones vesicales no son particularmente graves. Se encuentran hoy en día en la literatura médica más de 50 casos de útero grávido incarcerated, tratados por laparotomía con éxito y en la mayoría de ellos prosiguió normalmente la evolución del embarazo hasta el parto.