

CONTRIBUCIÓ A L'ESTUDI
DE LA «METROPATIA HEMORRÀGICA»

per

LL. GUILERA

Es evident que entre els qui s'han ocupat de les qüestions referents a les correlacions funcionals entre l'ou, l'ovari i l'úter, regna un pregònd desacord. Tan cert és això, que després d'haver llegit tot quant s'ha escrit respecte a aqueixos punts, hom sap encara menys que mai en quin ordre i temps se succeeixen els fenòmens d'ovulació, menstruació, formació del còs groc i embaràs, per no citar sinó un exemple si bé de definitiva vàlua per si sol. I si això passa amb assumptes verament fonamentals, què no ha de succeir en tractar-se de l'apreciació d'algun dels fenòmens secundaris, satèl·lits dels altres de jerarquia superior que en la matriu i ovari es desenrotllen?

No obstant, sembla que va imposant-se una tendència de dia en dia més marcada i ferma per tal de descansar sobre un major nombre de fets cada volta més ben observats. Ella és la que informa els corrents de recerca dels moderns investigadors que ja han fet prou fins avui, i dit sigui en son descàrrec, en rompre els motllos encarquerats i simplistes, si bé en un primitiu temps necessaris, de l'antiga fisiologia i patogènia obstètrico-ginecològica.

Ja no es limita l'ovari a pondre l'ou, l'úter a rebre'l

i la placenta a alimentar-lo; és ja quelcom més que una casualitat la coincidència d'un ovari poliquístic amb els casos de mola; ja es tracten els miomes uterins irradiant els ovaris, en una paraula, ja es recerca en el sentit, certament ben lògic, que tot quant succeeix en una entranya genital té de transcendir irremissiblement sobre l'altre sempre i quan representi el fenomen primari una valoració fisiològica suficient.

Es per això que en el punt concret de què tractem ha estat precís, exhaurides ja sense satisfer-nos, totes les maneres d'interpretar sols per allò anatòmicament observable en l'úter, el fet clínic més important d'aquesta metropatia o sigui l'hemorràgia, ha estat precís, repetim, buscar fora de la mucosa, dels vasos, del muscul i del teixit conjuntiu uterí, elements als quals s'havia acusat indistintament com a culpables de la pèrdua hemàtica, la causa veritable d'aquest símptoma.

Nosaltres en aquesta comunicació ens posem al costat dels que en aqueix sentit dirigeixen llurs investigacions oferint-los a la vegada el resultat de les nostres en quatre casos que conceptuem com verament interessants per quant cada un d'ells pot ésser considerat com a representant dels quatre grups principals que han estat inclosos pels diversos autors sota la denominació comú de «metropatia crònica hemorràgica» proposada per Aschoff i precisada i esclarida per Pankow.

Les històries clíniques aquí aportades han estat recollides, les assenyalades amb els ns. I i III en la Clínica de Ginecologia d'aqueixa Facultat de Medicina a les ordres del malaguanyat Dr. Fargas aquella i de l'actual professor Dr. M. Bonafonte aquesta. La n. II és una observació particular i l'última correspon a un cas operat en la Clínica quirúrgica del Dr. Torres, de la mateixa Facultat.

I. *Observació n.º 790.* — N. M., de 17 anys, soltera. Menstruà als 15 anys durant-li la primera regla 8 dies; a les sis setmanes li aparegué novament i des d'aquella data persisteix una pèrdua gairebé contínua a pesar de les medicacions i de l'electrolisi. Durant aquests dos anys el període més llarg sense pèrdues ha estat de vuit dies.

Per l'exploració es trobà un úter lleugerament en retro, tou i sense relleus. El coll està entreobert i la pèrdua és persistent; hysterometria, 8 cm. Es diagnosticada de patir metrorràgies virginals, i havent provat ja sense èxit l'electrolisi, es disposa un taponament intrauterí que és retirat passats tres dies, sortint de l'hospital al cap de set més, sense perdre gens i amb el coll tancat.

Després de tres mesos sense metrorràgies, compareix de nou a la clínica per haver-se tornat a iniciar les pèrdues. L'úter continua en lleuger retro; els fons de sac, lliures. Es confirmat pel Dr. Fargas el diagnòstic que, literalment transcrit, diu així: «*Metropatia hemorràgica (metrorràgies virginals).*» A continuació es proposa un nou tractament: *la utriculoplàstia.*

No cal exposar aquí les observacions diàries i els detalls del tractament fet durant sa estada en la clínica. Sols farem constar l'absència constant de febre, que la Wassermann fou sempre negativa, que les metrorràgies persistien malgrat els repetits taponaments intrauterins i que alguna volta es queixà de dolor intens en el baix ventre.

A l'operació es trobà un úter de *dimensions normals completament lliure* i en fer la resecció cuneïforme antero-posterior l'hemorràgia fou discreta per haver-se pinçat els corns uterins amb pinces elàstiques. Ambdós ovaris presentaven el segell de la degeneració poliquística; eren de la mida d'un ou de gallina i de color blanc brillant. Fou practicada llur incisió cuneïforme i foren suturats.

ESTUDI DELS TROSSOS OBTINGUTS. — *L'úter.* — La paret uterina tenia quatre cms. de gruix i es veia ja de bon principi un marcat augment d'alçada per part de la mucosa. A l'examen histològic ofereix l'endometri un excessiu desenrotllament de les glàndules que es presenten en uns punts en tirabuixó, en altres en perfecte dit de guant, obliquament incrustades en el miometri, quelcom dilatades en son estrat inferior entapissades per un epitelí, en general, d'una sola capa, per més que les diferents altures que ocupen els nuclis en les cèl·lules facin semblar-lo molt sovint poliestratificat.

Es convenient fer notar que les cèl·lules d'aquest epitelí ofereixen certes característiques interessantíssimes. Són, en primer lloc, molt grosses, altes i estretes, de protoplasma fosc i granellut, presentant, demés, un nucli allargat i disposat a diferent alçada dins les cèl·lules hiperromàtic, amb cromatina homogènia en unes, en gròs i apretat glomèrul en moltes, en glànuls ben distints en altres. No sembla sinó que les que ofereixen les dues primeres formes nuclears anotades estiguin a punt d'entrar en divisió o acabin de sofrir-la, observant-se en realitat algunes carioquinesis.

En els llocs on les glàndules són més amples, altes i rectes, el teixit conjuntiu interglandular ve representat per dos i tres prims feixos col·làgens adults, que des de la inserció de les glàndules, bastant penetrants en el miometri, van aprimant-se i perdent-se a mesura que s'acosten a son extrem lliure on aquelles s'apiloten i contacten.

En altres indrets, allà on les glàndules en tirabuixó s'acosten més al normal, el teixit intersticial, més jove, és riquíssim en cèl·lules conjuntives de tipus decidual.

Aqueix gegantisme cel·lular, la intensa coloració de gran part dels nuclis, la major amplada de les llums

glandulars, i el fet que el teixit conjuntiu que separa entre si les glàndules resti reduït a una prima filagarsa, fa que a primera vista es tingui la sensació que es tracta d'un adenoma difús, i en certs llocs, donada l'orientació del tall, fins d'un carcinoma. Es precís estudiar detingudament la preparació per convèncers, un que en realitat no és pas allò una neoplàsia sinó que es tracta de quelcom especial, característic, i que sense excloure una moderada hiperplàsia millor sembla tractar-se d'una marcada hipertròfia de les glàndules ja existents.

Es precís fer remarcar que enlloc, ni en l'espessor de la mucosa, ni en el del miometri es troben acúmuls de polinuclears, limfocits ni *plasmazellen* que ens autoritzin per sospitar l'existència de cap procés inflamatori crònic ni agut.

Els ovaris. — Es presenten replets de quistes foliculars de diferent grandària, alguns amb integritat dels elements ovulars. La granulosa que entapissa els quistes, resta reduïda a dues o tres capes de cèl·lules i en els més grossos ja no en queda sinó el rastre. En algú punt, petits fogars hemorràgics entre la granulosa i la teca, així com en ple teixit intersticial.

No hi ha cap còs groc típic: solament algú dels quistes, els més joves probablement, ofereix un entapissament pluriestratificat en el qual les cèl·lules presenten un marcat tipus luteínic. Es veu, demés, algú que altre *cos albicans típic* i en certs llocs faixes d'esclerosi. (Obs. 790, Microfot. Ovari; Fig. 1.^a)

Interpretació. — Veiem en aquest cas el símptoma predominant, hemorràgia uterina, coexistir amb una lesió evident de l'ovari corresponent a la *degeneració escleroquística*. El fol·licle madur no rebenta, el còs groc, per tant, no es forma i si admetem amb Adler principalment que al fol·licle madur li correspondria una acció congestiva

i al còs groc una d'hemostàtica, tindrem clarament explicada la congestió constant a què està sotmesa l'esfera genital puix els fol·licles que evolucionen, sense arribar a esclatar, es deturen en ésser madurs, és a dir, en la fase generadora de la congestió que normalment correspon al període que precedeix i acompanya la menstruació en sa primera fase.

Es més; en mancar la formació del còs groc que, demés de realitzar una acció moderadora circulatòria, hauria d'inhibir, no existint embaràs, per espai d'un mes la posta ovàrica, altres fol·licles entren en evolució, per més que no esclatin, en un temps en què l'ovari hauria d'estar reposant encara de l'anterior maturació fol·licular. Això ens aclareix el perquè de la més petita durada dels períodes intermenstruals que s'escurcen i fins desapareixen en persistir l'ovari en sa anarquia funcional.

Es aqueixa opinió quelcom més que una nova hipòtesi, puix que les observacions de Seitz, Wintz i Fingerhut, així com les doctrines sobre gènesi del còs groc sostingudes per la Srta. Niskoubina, Cohn, Ciaccio, Grosser, Nubiola i per nosaltres ens autoritzen per a concedir-li, dada la ferma base histològica sobre què descansa, els honors de teoria sobradament fonamentada.

Resulta, doncs, admetent això, ben definida la influència d'un ovari malalt sobre un úter, almenys primitivament sà, el qual sotmet a una congestió contínua i a hemorràgies repetides. Es clar que a la llarga la funció de l'ovari pertorbada exercirà sobre l'úter una acció no sols funcional sinó també anatòmicament pertorbadora i l'esclerosi en un cas, la hipertròfia i hiperplàsia glandular en el nostre, qui sap si fins les alteracions de les túniques vasculars en algú altre, en seràn la conseqüència.

Aqueixes lesions uterines seran les únicament notades, si l'observador no veu en la metropatia hemorràgica sinó

una malaltia de l'úter i en ell recerca la base anàtomopatològica, però la varietat d'aquelles i llur insignificància en alguns casos, són prou per a deixar plena de boires una patogènia edificada sobre una base tan poc consistent.

Es per això que creiem discórrer lògicament en admetre com a causa dels fenòmens clínics, l'entitat anatómopatològica més important, és a dir: els quistos d'ovari, considerant que les coses observables en l'úter són conseqüència de l'existència d'aquells i en cap manera sa causa. Es més: creiem nosaltres, pel que ens ha ensenyat la experiència, que la forma especial de reacció glandular predominantment hipertròfica ja descrita amb què respon l'endometri, *és exclusiva i va sempre anexa* a aqueixes alteracions del funcionalisme ovàric, fins al punt de poder ésser considerada tota mucosa obtinguda per raspat que ofereixi aquells caràcters, com a *fórmula uterina* d'un *desequilibri ovàric*.

II. — J. A. 47 anys, soltera. Menstruà als 12 anys tipus 3/28, escassa, continuant regularment fins fa un any quan aparegué un dolor gravatiu en el baix ventre simultani amb metrorràgies i meno-metrorràgies discretes. Des de llavors passa mesos sense perdre i altres sagnant seguidament alguns dies i reapareixent la pèrdua pocs després. No té altre flux que una serositat sanguinosa després de les hemorràgies.

Es queixa, demés, actualment, de dolor en la regió lumbar, anorèxia, restrenyiment, disnea al més petit esforç, oligúria, disúria, foguerades a la cara i erupcions.

A l'exploració, l'úter *sagna espontàniament*; és gròs, dur i dolorós.

Després d'uns dies d'observació, és practicat un raspat explorador bastant complet que demostra absència de

neoplàsia i permet constatar una senilització de la mucosa, les glàndules de la qual, proveïdes d'un epiteli baix, de protoplasma clar i nuclis poc tenyibles, són petites, relativament escasses i amples i atapaïts en canvi els espais interglandulars.

Hom no veu enlloc vestigis de causa inflamatòria ni antiga ni present.

Interpretació. — Correspòn aquest cas evidentment al tipus de les hemorràgies de la menopàusia. Dos factors entren aquí en joc: d'una part, una mucosa uterina envel·lida, assecada, escleròtica que obeeix malament als impulsos que de l'ovari periòdicament deriven per mecanisme endocrí; per altra, les postes ovàriques toquen a sa fi, les escurrialles de la funció engendradora no són pas la mateixa cosa que fou aquesta en el període de plena puixança genital, quan el mecanisme d'ovulació d'un ovari jove i sà tan fàcilment despertava i acreixia sota sa influència l'empenta proliferant i secretora de les cèl·lules teca-luteïniques emmagatzemades en el teixit conjuntiu perifol·licular i que servaven plenament encara tota la vivor anexa a les cèl·lules de l'embrió. Ara té de fer-se sentir la influència d'aquell mecanisme sobre unes cèl·lules ja velles que han anat oblidant a poc a poc ses aptituds funcionals i que demés, lluiten contra l'encarcament d'un ovari esclerosat per l'envelliment al qual en forma tan intensa respon el teixit conjuntiu de tots els òrguens, i molt més el d'aquell on ja d'una manera totalment fisiològica té lloc l'anomenada *esclerosi d'ovulació*.

La importància relativa d'aquests dos factors, esclerosi i disovària, és per altra banda, evidentment, ben distinta. Esclerós i més vell és encara l'úter d'una dona de 70 anys i no obstant no sagna, en tant que sagnà, potser abundantment, en establir-se la menopàusia. Es, doncs, ben clar que el *factor causal* és el mal funcionament

ovàric propi d'aquella època, en la qual, si bé és encara possible que es porti a cap el mecanisme grosser de la efracció del fol·licle no és ja tant fàcil que les cèl·lules teca-luteíniques procedeixin per un procés molt més afinat i complex a la formació d'un còs groc de funció descongostiva i refrenadora de noves ovulacions, que en sobrevénir sense ordre, fan encavallar uns amb altres els períodes sagnants.

L'altre factor, l'esclerosi uterina, pel demés, moderada, és d'un valor secundari, depenent en part del primer (com ho prova la involució uterina que subsegueix a la castració), i té d'ésser considerada, des del punt de vista de la gènesi de les hemorràgies, com a element *coadjuvant* en uns casos més que en altres.

No té res d'estrany, per altra part, que aquí ofereixi la mucosa uterina característiques completament diferents de les que han estat exposades en tractar del cas anterior. Es veritat que en una i altra observació la causa de les hemorràgies i alteracions histològiques de l'endometri és el mal funcionament ovàric, però en un cas, la *disovària* en *hiper* conduirà a una hiperplàsia i hipertròfia característiques de les glàndules de la mucosa que es tornarà tota ella sucosa, flonja i sotmesa, demés, per les ràpides i repetides ovulacions a una congestió activa constant. En el segon cas, en canvi, és una hipoovària (qui sap si existent ja de sempre, donades les característiques de la vida genital de la nostra malalta), la causa de la senilització de l'endometri i les hemorràgies, no són degudes a una congestió activa, sinó més aviat a un entorpiment circulatori que res no té d'estrany que es tradueixi en hemorràgies, quan després d'uns dies de repòs generatriu complet, ve una altra ovulació imperfecta i no closa per la formació d'un còs groc refrenador, a remoure radicalment els dominis de lo genital, entre els elements ja vells

alteracions afavoridores de les hemorràgies, però de cap manera com a elements causals.

L'ovari estudiat per nosaltres, demés d'una marcadíssima esclerosi conjuntiva i vascular, ofereix un gròs quiste en un tot semblant al que pot veure's en la part alta de la micro de l'ovari pertanyent a l'observació 790, per ço que ens estalviarem de reproduir-lo aquí microfotogràficament.

En ple teixit cortical, esclerós, hi veiem algun ou (nosaltres n'hi hem trobat un de sol), ço que ens explica la possibilitat de pèrdues de caràcter *menorràgic* a pesar de l'edat. Creiem en efecte, nosaltres que aqueixa dona ovulava bé fins fa poc.

En la teca dels quistes i en plè teixit intersticial, abunden els acúmuls hemorràgics en un estat més o menys avançat d'organització.

Mal funcionament d'un ovari de sempre i fins ara molt actiu i fecond (fixeu-vos, si no, en la vida genital del nostre cas); mucosa uterina viva, tova, hipertròfica a pesar de l'edat; plaques elastoides post-puerperals. Veus-aquí i per ordre, les entitats anatomo-patològiques al nostre entendre culpables de les hemorràgies.

IV. M. P., de 68 anys, múltipara. Vida genital sense interès fins ara en què fa temps perd més o menys repetidament i abundantment per l'úter. Flux escàs, sanguinós.

Després d'uns dies d'observació fou operada de Wertheim. Incidentalment presents a l'operació, recollírem les peces que examinàrem histològicament.

Res de particular no oferien en aquest cas ni l'úter ni els ovaris a no ésser l'atròfia i duresa pròpies de l'edat i ni sols l'hauríem esmentat aquí, si no fos per ésser clar representant d'un nou grup de casos en què l'úter sagna descomptada tota causa neoplàsica, inflamatòria, i ma-

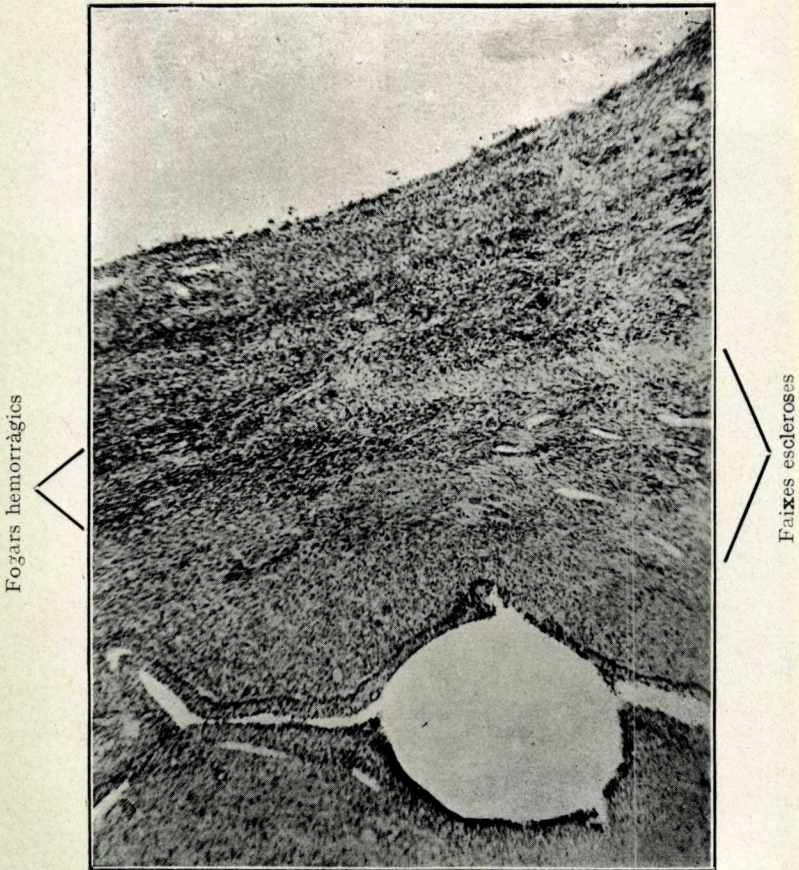
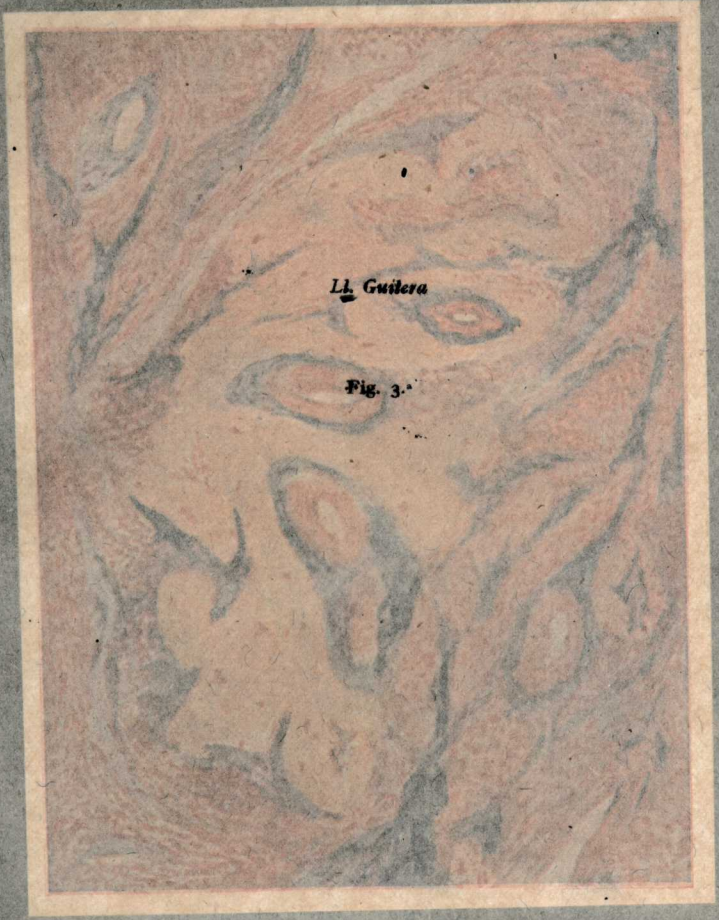


Fig. 1.ª — Observació 790. — N. M. de 17 anys
Ovari esclero-quístic. La part clara, que comprèn l'angle superior esquer de la preparació, és la cavitat d'un gran quiste, quina pared limitant es veu formada per una sola capa de cèl·lules que recorden el tipus luteïníc. A la part inferior s'hi veu un altre quiste limitat interiorment per una pluriestratificació luteïnica

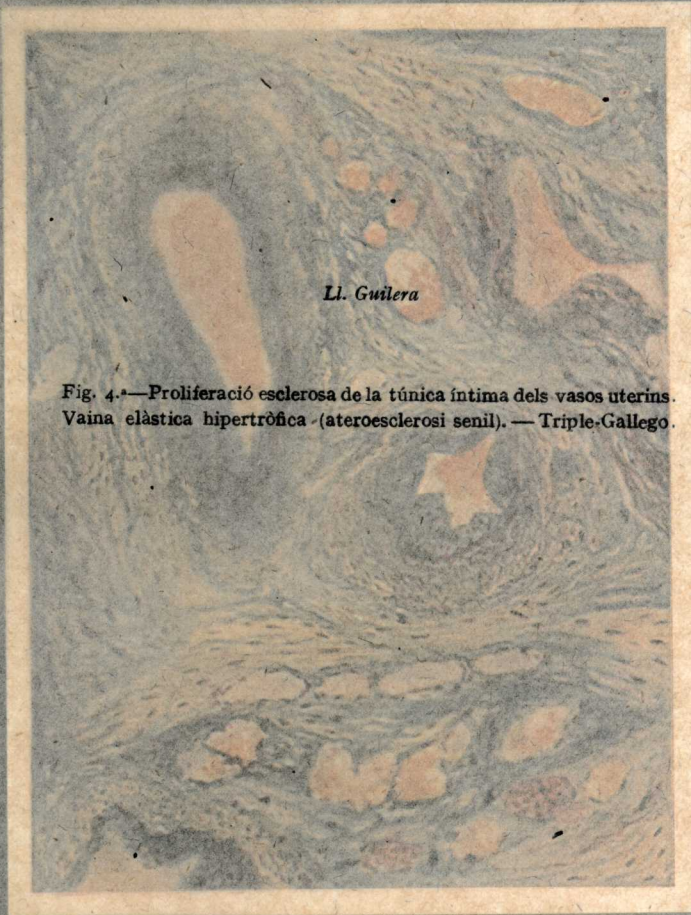


Fig. 2.^a — Observació 2522. — P. R. de 54 anys
La part clara, superior, és cavitat uterina amb son epiteli de revestiment. Glàndules normals, en nombre i tipus, disseccades per les hemorràgies. Cèl·lules intersticials aïllades. Espais plens de sang



L. Guitera

Fig. 3.



Ll. Guilerà

Fig. 4.—Proliferació esclerosa de la túnica íntima dels vasos uterins.
Vaina elàstica hipertròfica (ateroesclerosi senil). — Triple-Gallego.

laltia transcendent d'altres òrguens. Però si és possible descartar en la nostra observació aquestes tres grans fonts de pèrdua genital, cau perfectament dintre el grup de les hemorràgies degudes a unes alteracions no particulars d'un orgue, sinó pròpies de tot un sistema: del sistema vascular fet esclerós. (Fig. 4.)

Sagna aquesta dona per l'úter com pogué sagnar pel nas o per la gola. Creiem deslligada, en efecte, la causa de les metrorràgies, de tota força predominantment genital i al més dependent, a part de l'accentuada vascularosi, d'un desequilibri del mecanisme poli-endocrí regulador de la circulació.

Resum. — Vistos ja els casos anteriors i la interpretació que pretenem donar-los, cab preguntar-nos ara si té en realitat raó d'ésser mantinguda com a entitat ginecològica ben precisa la denominada diversament endometritis, metritis i metropatia hemorràgica pels diferents autors. (Fritsch, Teilhaber, Meier, Scanzoni, etc.).

Al nostre entendre, cal separar primerament dels dominis d'aquesta ginecopatia, demés dels casos clarament inflamatoris, els diatèsics i aquells en els quals l'hemorràgia no és sinó el ressò del sofriment d'altra entranya extragenital, els que són plenament atribuïbles a una genuïna arterio-esclerosi prematura o senil. Els primers ocupen son seti oportú en altres indrets de la Ginecologia i en els altres no és l'hemorràgia genital símptoma d'una malaltia pròpiament uterina que cabria denominar amb el nom menys dolent de metropatia o amb els evidentment impropis de metritis i endometritis hemorràgiques, sinó que són les pèrdues manifestacions uterines d'una malaltia no ginecològica.

Quedarien inclosos així, sota el nom de «*metropatia hemorràgica*», únicament els casos en què l'úter sagna *per*

se o per sofrir un impuls derivat de l'ovari. De la realitat dels primers, descomptades totes les causes ja anomenades, ens permetem dubtar-ne. De l'existència dels segons (en establir-se la pubertat, després de parts repetits i en iniciar-se la menopàusia), no en tenim el més petit dubte, i per tots ells ens sembla molt més propi que el nom de «*Metropatia hemorràgica*», el de «*Metrorràgies ovarials*» proposat per G. Lauth.

Laboratoris de Ginecologia i Obstetrícia.