

cionar una cistitis en cierta operada de histerectomía, infectada por un Médico poco apegado á la limpieza quirúrgica.

Las funciones intestinales son más lentas en regresar: la parálisis del tubo digestivo es casi de rigor durante las primeras quince ó veinte horas.

Salvo contraindicación especial, hacia las treinta horas comienzo á mover el intestino, administrando cada hora dosis de diez centigramos de calomel, hasta obtener una ó dos evacuaciones abundantes.

La higiene personal de la operada debe preocupar en sus detalles al operador. Increíble parece lo poco vulgarizados que están, entre nosotros, los preceptos aún rudimentarios de la Higiene, y la lucha tenaz y constante que el Cirujano tiene en todas las clases sociales para realizarlos. No le bastará plantear sus indicaciones, sino que el Cirujano inspeccionará personalmente la ejecución de ellas. El ilustrado y laboriosísimo amigo mío Dr. MÁXIMO SILVA, ha publicado el año último un precioso librito de Higiene, que pone al alcance de todos, en lenguaje fácil y ameno, los mandamientos capitales de esta ciencia.

Si este librito fuera bien conocido y estudiado, cómo ahorraría trabajo á los Médicos y responsabilidades á los Cirujanos!

Los hilos de sutura en la herida abdominal pueden retirarse del octavo al décimo día, si no hay timpanismo. La crin de Florencia es admirablemente tolerada por la piel, y los puntos de sutura no están ni enrojecidos á los quince días.

Una vez retirados los hilos, se reemplazarán por un vendaje abdominal bien aplicado. Cuando la paciente abandone el lecho, usará constantemente una faja hipogástrica, por espacio de dos ó tres años.

Por lo común las enfermas se levantan hasta los quince ó veinte días después de la operación. Suele suceder que durante los primeros días de abandonada la cama, se quejen de dolores suaves en el vientre: estos desaparecen muy rápidamente.

La antisepsia constante de la vagina es de rigor durante todo el período de cicatrización.¹

¹ No es inútil recordar al Cirujano, cuando practique esta clase de operaciones fuera de su lugar habitual de residencia, que la elección del Médico que debe cuidar á su operada, es en extremo difícil. Pena me causaría hacer revelaciones que hieren profundamente la moral médica y la honorabilidad profesional; pero yo he sufrido tan grandes decepciones con el compañerismo de los médicos, que voy creyéndolo meramente hipotético.

INDICACIONES CLÍNICAS

I

FIBRO-MIOMAS.

Se designan con este nombre, neoformaciones cuya textura recuerda el tejido mismo del útero. También se usan los términos: *cuerpos fibrosos*, *tumores fibrosos*, *histeromas*, *fibroides*, *leiomiomas*, *fibro-leiomiomas* y *fibromas*.

Entre nosotros es frecuente usar el término *fibromiomas*.

Estos tumores están constituidos por fibras musculares lisas y haces de tejido conjuntivo adulto, en proporciones sumamente variables. Como se ve, su estructura es análoga á la del útero mismo, circunstancia sobre la cual VOGEL llamó el primero la atención.

Por el predominio de un tejido sobre el otro, se ha intentado subdividir los fibro-miomas, en *miomas* y *fibromas propiamente tales*.

LAWSON TAIT da tal importancia clínica á estos detalles, que propone describir como neoplasias de naturalezas completamente distintas, los *fibromas multi-nodulares* y los *blandos y edematosos*.

La clasificación de GUSEROW, quien los divide en *duros* y *blandos*, ha sido más comunmente aceptada.

La circunstancia de no encontrarse jamás al estado puro uno ú otro tejido, ha impedido el establecimiento de estas distinciones; y sin duda es preferible designar los tumores en cuestión

con el nombre colectivo de *fibro-miomas*, aceptando para mejor inteligencia clínica, los calificativos de *duros* y *blandos*, aunque este hecho no autorice á considerarlos como entidades neoplásicas distintas.

Sí es un hecho, que cuando el tumor se desarrolla en regiones más ó menos ricas en tejido conjuntivo ó muscular, sus elementos tienden hacia el tipo celular de origen, y de aquí que los fibromas del cuello sean muy ricos en tejido conectivo; no así los del cuerpo que abundan en elemento muscular.

Casi siempre que predomina este último elemento, las conexiones del fibroma con el resto del órgano, son mayores que cuando impera el elemento conjuntivo. En este caso, el tumor suele hallarse rodeado de una capa ó cápsula de tejido celular muy flojo, especie de cavidad virtual que facilita su enucleación.

Los fibromas son poco vasculares en su interior: se nutren por capilares y arterias muy poco desarrolladas que vienen de los vasos capsulares. Esto explica bien el hecho de que puedan cortarse y fraccionarse, sin ocasionar hemorragias abundantes.

Antiguamente se creía que carecían de nervios; pero ASTRUC y DUPUYTREN señalaron su existencia; y mientras LOREY describía fibras de doble contorno, en un pólipo uterino fibro-miomatoso, HERTZ estudiaba y señalaba las terminaciones nerviosas.

El crecimiento de los fibro-miomas es relativamente lento, y sucede algunas veces que su marcha se detiene por un espacio muy largo de tiempo. En otras ocasiones sobreviene en medio de su lentitud, con causa apreciable ó sin ella, un crecimiento rápido que los hace adquirir un volumen enorme.

Hay algo anómalo en la nutrición de estos tumores: su cápsula, cuando la tienen, se halla surcada por arterias gruesas, tal vez aun más que la radial, y muy particularmente por venas enormemente dilatadas.

Yo he tenido oportunidad de ver un fibro-mioma enorme, cuyas venas superficiales eran muy semejantes á senos, sus paredes delgadas y extremadamente frágiles, y el calibre de su luz de más de veinte milímetros. En estos casos las hemorragias son terribles, y muy laboriosa la hemostasis.

Todo este aparato vascular tan abundante, está en conexión con la circulación general, en multitud de ocasiones, mediante un pedículo estrecho y pequeño.

Esta particularidad parece indicar que la exósmosis sanguínea es el principal foco de nutrición de estos tejidos.

Hay veces que se observan fibro-miomas perfectamente encap-

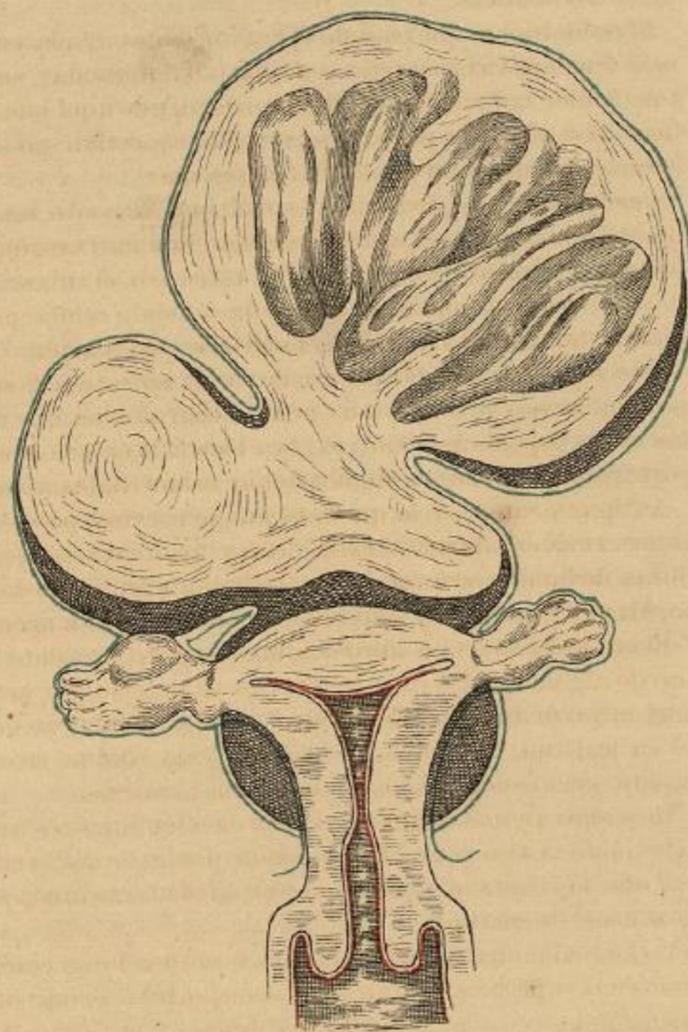


Fig. 15.—Tumor fibro-quístico del útero, de evolución abdominal. (Según BONNET y PÉREZ).

sulados y sin huellas ostensibles de vascularización, vagar libres de adherencias en la cavidad peritoneal, sin ofrecer trastornos nutritivos. Estos fibromas libres pueden existir mucho tiempo sin presentar conexiones con el resto de la serosa abdominal.

Se ha observado que la evolución de los fibro-miomas está en relación directa con el estado del útero. Durante las épocas menstruales, cuando el útero lleno de sangre se pone turgesciente y crece, hay en ellos un eco directo que se manifiesta por la duración y abundancia del flujo sanguíneo. Durante la menopausa, cuando la sangre se retira y el útero comienza a sufrir ese proceso esclerógeno peculiar á su vejez, los fibromas se atrofian y disminuyen mucho de volumen, llegando á desaparecer algunas veces.

Desgraciadamente no siempre sucede así, y en algunos casos el tumor continúa creciendo, ó toma una marcha más rápida é inesperada durante la menopausa. Es de creerse que entonces, ó bien el neoplasma encuentra nutrición en tejidos distintos del uterino, ó bien sufre una modificación de su estructura, degenerando en otra clase de neoplasia.

Durante la gestación, el tumor sigue la marcha del útero, crece y disminuye con él. Se han presentado observaciones en las cuales los fibro-miomas, después de un rápido crecimiento, se han atrofiado tanto durante la involución uterina, que han llegado á desaparecer.

Ignoro qué influencia tendrá sobre ellos la intervención quirúrgica exploradora; pero es un hecho perfectamente demostrado, que después de las laparotomías, en las cuales por circunstancias especiales no se ha hecho la extracción del neoplasma, este disminuye rápidamente de volumen y sus manifestaciones clínicas se atenúan. Además de una larga serie de observaciones extranjeras, conozco muchas que han tenido lugar entre nosotros. Una de ellas, notable, la ví en manos de mi amigo el Dr. ARCADIO T. OJEDA, de Veracruz.

Los fibromas son tumores más ó menos redondos, de consistencia casi siempre dura, á veces muy dura. Lisos por lo común, suelen presentar eminencias esferoidales en número y dimensiones variables que representan núcleos de desarrollo, en diversos períodos.

Su volumen es muy variable: yo los he visto desde el tamaño de un guisante, hasta formar masas enormes, cuyo peso ha llegado á la cifra de 6,000 y 7,000 gramos.

HUNTER,¹ ginecólogo norteamericano, dice haber extraído un fibroma cuyo peso era de 140 libras inglesas, mientras que el cadáver de la operada, desembarazado ya del tumor, pesaba solamente 95 libras.

En ocasiones solitarios, hay veces que su número es considerable. El Profesor SAMUEL POZZI llama *degeneración miomatosa* á cierto estado del útero, en que se ve sembrado por una infinidad de núcleos pequeños, intersticiales ó pediculados, de tejido fibro-miomatoso.

El tejido que constituye estos tumores es por lo común blanco nacarado ó blanco gris; cruje al corte con el escalpelo. El corte no queda comprendido en un mismo plano, sino que las partes centrales emergen formando convexidades, como si fueran expulsadas por la presión de las zonas periféricas. Grandes núcleos de tejido fibro-miomatoso, separados por tabiques de tejidos sanos, se muestran, y en ocasiones, aunque raras, la masa que constituye el tumor es grande y única. (Fig. 16.)

Los fibromas están cubiertos por una cápsula de tejido uterino condensado, del cual los separa una capa de tejido celular flojo, en la que serpentean vasos y nervios.

Esta capa es tan floja algunas veces, que hace muy sencilla su enucleación, y aun se ha visto en las prácticas quirúrgicas, que, una vez dividida la cápsula, la masa neoplásica surge violentamente á impulso de la contracción uterina.

Los *fibro-miomas* sufren con cierta frecuencia la *degeneración gránulo-grasosa*, que aunque ataca los dos elementos, conjuntivo y muscular, se acentúa más en este último.

Las zonas atacadas por la degeneración, se reabsorben en parte; y de aquí la disminución de volumen del tumor. Se ha creído que esta circunstancia podría llegar hasta causar su desaparición.

En realidad, clínicamente, el tumor disminuye muchísimo; pero su existencia permanece igual. La transformación de elementos activos de reproducción, en tejidos no susceptibles de ella, y la pequeña destrucción de esos tejidos en el proceso, explican esta aparente desaparición de los fibro-miomas.

Algunos ginecólogos describen como otras metamorfosis regresivas, la *induración* y la *atrofia*. Estos hechos pueden considerarse como variantes de la *degeneración gránulo-grasosa*.

La *calcificación* de los fibromas parece ser frecuente. Se for-

¹ Hunter American Journal of Obst. 1888. T. XXI, pág. 62.

man depósitos intersticiales é incrustaciones de sulfato, carbonato y fosfato de cal—que de preferencia atacan el tejido conjuntivo—ya sea en la periferia ó en el centro de estos neoplasmas.

Las sales mencionadas pueden formar grandes masas duras, resistentes al corte con la sierra; que privadas por maceración del tejido orgánico, se asemejan á piedras madreporicas representando exactamente la forma del tumor.

Mucho se ha hablado de las *piedras uterinas* y de los *cálculos de la matriz*, que se han querido asemejar á los cálculos vesicales.

La *transformación quística*, puede presentarse en los fibromiomas. En porciones limitadas de su masa, el tejido se ablanda, se liquida, y finalmente se reabsorbe, dejando cavidades más ó menos grandes, en las cuales no son raras las rupturas vasculares y las formaciones de *quistes hemáticos*. (Fig. 15.) Estos pueden adquirir proporciones notables y romperse espontáneamente, sea en la vagina como piensa WIRCHOW, ó en la cavidad del útero como opina TILLAUX.

Bajo el nombre de *fibro-miomas telangiectásicos* ó *cavernosos*, se describen algunos tumores en los cuales los capilares han sufrido una gran dilatación, se han anastomosado en todos sentidos, y han concluído por transformar el fibroma en una masa semejante á una esponja empapada en sangre.

Esta dilatación vascular puede realizarse en los linfáticos, y entonces los tumores se designan con el nombre de *fibro-miomas linfangiectásicos*.

Los *fibro-miomas* son susceptibles de *inflamarse*, *supurar*, y aun de *gangrenarse*.

Los traumatismos exteriores, algunas tentativas terapéuticas un poco violentas, la galvano-puntura ó las punciones exploradoras, facilitan la invasión de los gérmenes piogénicos, y la supuración invade prontamente todos los departamentos del tejido conjuntivo. Las masas fibro-miomatosas resisten bien á la supuración, que raras veces se colecta en grandes focos.

Por lo común, el tejido celular lleno de glóbulos purulentos, las perturbaciones vitales de los capilares y la enorme presión de los tejidos inflamados bajo la cápsula, dura é inextensible del tumor, hacen que este se gangrene rápidamente.

La gangrena puede presentarse también en los tumores de pedículo largo y estrecho por torsión ó desgarradura de éste.

Es un hecho perfectamente admitido hoy, que los fibro-miomas del útero pueden transformarse en otro género de neoplasia. La

existencia en ellos de un tejido embrionario lleno de actividad, explica estas transformaciones.

T. LEJARS, Profesor adjunto en la Escuela Médica de París, ha visto la transformación sarcomatosa de un fibro-mioma del endometrio, y yo he tenido oportunidad de observar esta degeneración en el pedículo de un enorme fibro-mioma peritoneal.

En cuanto á la pretendida transformación espontánea de un fibro-mioma en carcinoma, puede asegurarse que nunca se ha observado claramente. Los carcinomas son tumores de origen francamente epitelial, y no pueden desarrollarse sino á expensas de epitelios. Ahora bien, los fibro-miomas no encierran tejido epitelial en su constitución.

Más creíble sería admitir la propagación á ellos, de carcinomas nacidos en otros tejidos cercanos. La asociación del epiteloma cervical con los fibro-miomas uterinos, sería bastante frecuente según Pozzi.

Notables modificaciones se presentan en el tejido mismo del útero y en la mucosa, desde que el tumor alcanza un volumen considerable. El músculo uterino se hipertrofia considerablemente, y la matriz misma sufre en todas sus partes un aumento notable de volumen.

El alargamiento de la cavidad uterina constituye un buen signo para el diagnóstico de estos tumores.

Los signos de *endometritis intersticial* y *glandular*, se observan con regularidad, y el desarrollo de fungosidades en la mucosa, es por desgracia frecuente.

Los fibro-miomas nacen siempre en el tejido propio del útero. Unos se desarrollan envueltos en su totalidad por el tejido uterino, *fibro-miomas intersticiales* (Figs. 9 y 10); otros hacen saliente en la cavidad uterina, debajo de la mucosa, *fibro-miomas submucosos*; (Fig. 11.) y otros tienden á desarrollarse hacia la cavidad del vientre, debajo del peritoneo, *fibro-miomas subperitoneales*. (Figs. 12 y 13.) Hay algunos, felizmente raros, que naciendo en los bordes laterales de la matriz, penetran entre las hojas de los ligamentos anchos y quedan incluidos en ellos; son los *fibro-miomas interligamentosos*. (Fig. 14.)

Pozzi llama *cuerpos fibrosos pélvicos*, á los que naciendo de la porción supravaginal del cuello, se dirigen hacia el tejido celular de la pelvis. Cuando se desarrollan en la porción vaginal, se llaman *cuerpos fibrosos vaginales*.

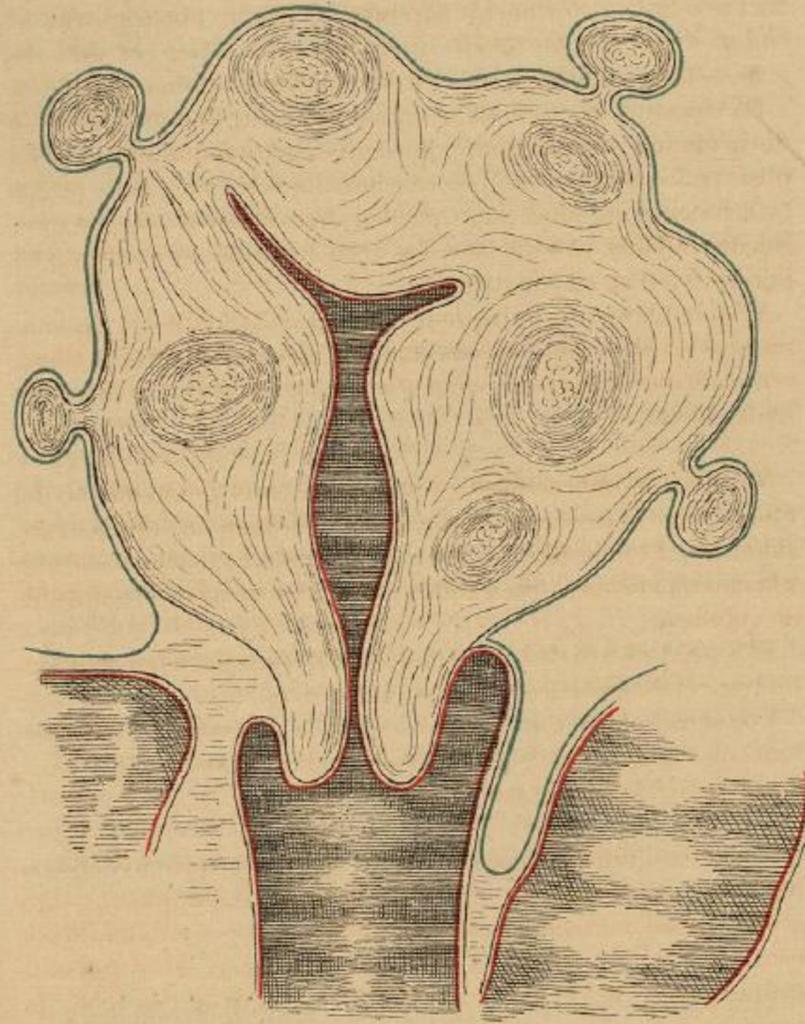


Fig. 16.—Fibro-mioma de la matriz, concomitante con un sarcoma voluminoso de la fosa iliaca derecha, operado por el Dr. Ricardo Suárez Gamboa. (Curación).

Cuando los fibro-miomas sub-peritoneales crecen demasiado se dirigen hacia las fosas iliacas, y encontrando allí un apoyo, al continuar creciendo levantan el útero y arrastran al mismo tiempo la vejiga. Debe tenerse siempre presente esta circunstancia, para no exponerse á herir el receptáculo de la orina cuando se practican las celiotomías por fibromas voluminosos.

Los fibro-miomas submucosos suelen estar pediculados, y cuando sucede esto, se les da el nombre de *pólipos fibrosos*.

Los fibro-miomas intersticiales son frecuentemente múltiples; pero por lo regular sólo uno ó dos adquieren el mayor tamaño. Sus sitios más comunes son la pared posterior y el fondo del útero.

ETIOLOGÍA.

Verdaderamente no existe ningún dato preciso respecto á las causas histogénicas de los fibro-miomas. Las teorías más contradictorias y los resultados más opuestos, han sido la consecuencia de las investigaciones que se han emprendido en este sentido.¹ Los fibromas se presentan en todas las edades, aunque su máximum de frecuencia esté comprendido entre los treinta y cinco y los cuarenta años.

Se ha pretendido conceder cierta influencia á la raza negra, aunque no se ha demostrado nada sobre este particular. Lo mismo ha sucedido con la pretendida predisposición de las célibes.

La esterilidad es más bien consecuencia que causa de estos tumores.

Ultimamente PROCHOWIK ha hecho intervenir la sífilis como causa irritativa en la patogenesia de los fibro-miomas uterinos.

SÍNTOMAS.

A ejemplo de BONNET y PETIT, divido los síntomas en *subjetivos, funcionales y físicos*.

¹ Los Señores LANDOUSY y GALIPPE, cultivaron durante el año de 1897 micrococcus esféricos, que consideraron como elementos específicos del desarrollo de los fibromiomas. Estos análisis se verificaron en una época en la que las etiologías microbianas, pasando los límites de la moda, alcanzaron las fronteras del furor. Hoy, algo más calmado el entusiasmo de la idea *todo por y para los microbios*, los análisis se hacen más profundos y los juicios son más parcos. La teoría de los gérmenes específicos de los fibro-miomas ha sido abandonada enteramente; pero se acepta ya sin discusión que los fibromas uterinos se dejan invadir, sin resistencia, por todos los protozoarios que constituyen la *flora microbiana* de las endometritis.

SÍNTOMAS SUBJETIVOS Y FUNCIONALES.

Las *hemorragias* casi siempre son precoces. El escurrimiento menstrual puede aumentar en cantidad, sin aumentar en duración; ó por el contrario, durar diez, doce ó quince días, y aun poner á la mujer en un constante escurrimiento sanguíneo, dejándola apenas dos ó tres días libres entre cada escurrimiento catamenial.

Aunque estas hemorragias tengan el carácter de menorragias, con mucha facilidad un enfriamiento, una emoción violenta ó un traumatismo cualquiera, interrumpen los períodos de acalmia con abundantes metrorragias. Este estado lo designan las mujeres diciendo: *que constantemente se van en sangre*.

Estas hemorragias rara vez producen por sí solas la muerte; pero poco á poco conducen á las enfermas á un estado de agotamiento tal, que el cuadro conocido con el nombre de *marasmo* viene rápidamente á terminar la situación.

Se comprende desde luego que sea prematura la indicación para intervenir quirúrgicamente.

La *endometritis* concomitante se manifiesta casi siempre por *leucorrea* y accidentes *dismenorréicos*. Estos son más acentuados cuando el tumor se encuentra en las cercanías del cuello.

Se distingue esta *leucorrea* de la del cáncer, por su ausencia de olor y por su intermitencia.

Al mismo tiempo que ella sobreviene cierto escurrimiento abundante de un líquido sero-mucoso, límpido y aglutinante como solución de goma, al cual se da el nombre de *hidrorrea*. TRELAT ha llamado *miomas hidrorréicos* á los tumores que con más constancia producen este signo.

Los *dolores*, en los tumores subperitoneales é intersticiales son tan precoces como las hemorragias en los submucosos. Estos dolores son vagos, constantes, interrumpidos á veces por crisis neurálgicas de sitio no constante.

Por lo común se exacerban al aproximarse las reglas. Como quiera que los accesos de peritonitis circunscritas son frecuentes en los tumores subperitoneales, los dolores se acompañan entonces de los signos característicos de las peritonitis.

Cuando el tumor se desarrolla hacia la cavidad uterina, los dolores revisten caracteres de cólicos uterinos, siendo algunas veces

de extraordinaria intensidad. Si el tumor adquiere un gran volumen y comprime el cuello, los dolores toman todos los caracteres de los expulsivos en el parto; y como sucede que muchas veces los tumores de largo pedículo, después de haber atravesado el cuello uterino, vuelven á entrar en la cavidad de la matriz, esta clase de dolores pueden estarse reproduciendo durante un tiempo ilimitado. (Fig. 18.)

Cuando el tumor adquiere un gran volumen, además de los dolores debidos á la irritación del peritoneo y á las contracciones uterinas, produce *signos de compresión* en los órganos vecinos. Estos signos llegan á su *máximum* cuando el tumor se *enclava* en la pelvis.

Se llaman *tumores enclavados* aquellos que partiendo de la pequeña pelvis, tienden á dirigirse hacia la cavidad peritoneal, sin poder pasar libremente por el estrecho superior.

Los signos de compresión se presentan en el plexus sacro, bajo la forma de neuralgias ciáticas, lombares y glúteas.

La compresión de los vasos sanguíneos se traduce por el edema de los miembros inferiores y por accidentes hemorroidarios que algunas veces pueden tomar caracteres de verdadera gravedad.

La compresión de la vejiga es una de las consecuencias más graves de estos tumores. Puede presentarse de una manera lenta y progresiva, con todos los signos de una cistitis catarral.

Algunas veces los accidentes de retención de orina son repentinos, y en estos casos es muy difícil el diagnóstico.

Accidentes urémicos, lentos ó rápidos, complican casi siempre este estado. Los riñones, á consecuencia de la compresión que la orina detenida produce en los glomérulos, no tardan en sufrir lesiones tróficas.

Multitud de muertes ocurridas inmediatamente después de las histerectomías, por esta clase de tumores, se deben á las lesiones renales concomitantes.

La compresión de los ureteres, aunque análoga á la anterior, es más difícil de realizarse, pues que estos órganos, por su conformación cilíndrica, resisten y escapan mejor á las presiones. La hidronefrosis y la pielonefritis no serían raras en estos casos.

La compresión del recto es casi reglamentaria. Determina una constipación tenaz y rebelde á todo tratamiento que ocasiona, por la copremia consecutiva, accidentes graves de intoxicación.

Es raro que estos accidentes de compresión rectal lleguen hasta la oclusión completa. En este caso la muerte sería inevitable,

salvo la oportunidad de una intervención quirúrgica que rehiciere el curso de las materias fecales.

Se conocen observaciones en las cuales los fibro-miomas han perforado las paredes rectales ó vesicales y enviado prolongamientos al interior de estos órganos.¹

La *ascitis* suele complicar los grandes fibromas, sobre todo cuando son muy vasculares y muy móviles. Parece reconocer diversos orígenes: irritación del peritoneo, lesiones cardio-renales, compresión de la vena porta, etc.

Cuando los fibro-miomas son invadidos por degeneraciones ó neoplasias de naturaleza maligna, la *ascitis* puede ser hemorrágica.

Las *lesiones de los anexos*, concomitantes á los fibro-miomas de la matriz son extraordinariamente importantes, y el ginecólogo nunca debe dejar de explorar las trompas y los ovarios, antes de cualquier tentativa de intervención. Por olvidar este precepto, que juzgo de capital importancia, perdí una de mis operadas de histerectomía. Durante mis maniobras de pediculización se desgarró un pio-salpinx desconocido, inundando de pus la cavidad de la pelvis.

La circunstancia de haber sido aquel neoplasma de gran volumen, y de haber sufrido un movimiento hacia atrás y hacia la izquierda, arrastrando y ocultando á la exploración los anexos izquierdos, dió lugar á que el citado pio-salpinx no pudiese ser diagnosticado antes de la operación.

Practicando esta misma operación en Orizaba, en una enferma de la Clínica particular de mi distinguido amigo y compañero el Dr. MIGUEL MENDIZÁBAL, me ví obligado á practicar la resección de un voluminoso hemato-salpinx izquierdo, antes de hacer la extirpación del útero.

Casi son de regla las lesiones de los anexos en esta clase de tumores. (Figs. 20 y 21.)

Tanto en el servicio de Clínica de mi eminente maestro el Dr. FRANCISCO DE P. CHACÓN, como en mi práctica ginecológica particular, siempre las he observado. No es la degeneración quística de los ovarios una de las menos frecuentes.

Sea que la propagación de la inflamación ó de la septicidad del endometrio se extienda hasta los anexos, ó sea que las perturba-

¹ En la sesión del 19 de Junio de 1896, ROTTIER presentó á la Sociedad de Cirugía de París, un fragmento de fleon perforado por un enorme tumor fibroso del útero.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

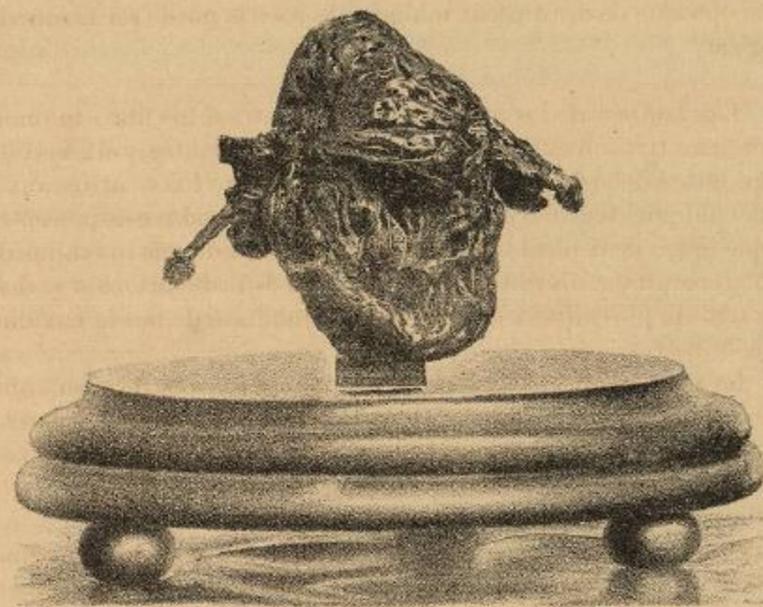


Fig. 17.—Gran fibro-mioma uterino, extirpado por histerectomía. Pieza de mi Museo Ginecológico.

CURACION.

ciones tróficas del útero se hagan sentir en ellos de un modo bastante intenso, el hecho clínico es que las ooforo-salpingitis son extraordinariamente frecuentes en los casos de fibromas uterinos.

Aquí en México y todavía aun más, en nuestras costas, las lesiones pulmonares, y especialmente la tuberculosis, son frecuentes complicaciones de estos tumores.

Ultimamente he operado á dos señoras de histerectomía por fibro-miomas, y los pulmones de estas personas ofrecían signos clásicos de tuberculosis en el primer período.

La extraordinaria mejoría que determinó en ellas la supresión de sus focos de desperdicio orgánico, modificó tan felizmente el estado de sus pulmones, que curaron de su afección tuberculosa.

SIGNOS FÍSICOS.

Cuando el tumor es voluminoso y se ha desarrollado hacia el pubis, puede reconocerse fácilmente por las indicaciones del tacto: presenta un tamaño variable, es generalmente duro, en su superficie se perciben grandes salientes redondas, es indoloro y es más ó menos movable, según sus dimensiones. A la percusión da un sonido mate, al auscultarlo suelen percibirse frotos peritoneales, y en algunos lugares soplos muy suaves de origen francamente vascular.

Combinando el tacto vaginal con la palpación del vientre, se nota que el tumor forma parte del útero y que los movimientos del uno son seguidos exactamente por el otro. Falta esta última circunstancia cuando el tumor está unido al útero por un largo pedículo.

El tacto rectal permite sentir la consistencia dura del tumor, la regularidad de los contornos y su continuación con el cuerpo de la matriz.

La mayor parte de las veces, desde que se presenta alguna dificultad, el cirujano podrá recurrir á la anestesia general. La cloroformización permite unir al tacto vaginal ó rectal, el abatimiento forzado del cuello uterino, aumentando así la zona de exploración.

La dilatación del cuello de la matriz y la exploración directa de la cavidad uterina, facilitan el reconocimiento de los pólipos sub-mucosos.

La *histerometría* da grandes indicaciones: las dimensiones de

la cavidad uterina están notablemente aumentadas, alcanzando hasta diez, quince y aun veinte centímetros de longitud.

La cavidad aumenta también en anchura. Aplastada é irregular, con dificultades admite á veces la introducción del histerómetro metálico.

La maniobra de un modesto y sabio ginecólogo jalisciense, el Dr. ANTONIO ARIAS, Profesor de Obstetricia y Medicina operatoria en la Escuela de Guadalajara,¹ facilita mucho la mensuración histerométrica. Consiste dicha maniobra en introducir á la cavidad uterina, mediante una asepsia rigurosa, una sonda de goma negra, ó de preferencia una candelilla uretral, teniendo cuidado de cubrir una ú otra con polvo blanco é inerte. Se prefiere el carbonato de magnesia.

Al hacer la introducción debe cuidarse que la candelilla ó sonda no frote contra las paredes del espejo. Una vez alcanzado el fondo de la matriz, lo que puede saberse tanto por la resistencia á la introducción de la sonda, como por la sensación peculiar de malestar que acusan las enfermas, se la retira cuidadosamente.

Toda la porción de sonda que penetra á la cavidad del endometrio, es negra; en tanto que el resto continúa blanco con el polvo de magnesia.

Esta pequeña modificación al método clásico de la pinza, facilita de un modo notable la histerometría y la hace completamente inofensiva.

Si se trata de un pólipo intra-uterino, la introducción del dedo á la cavidad permite sentir una masa dura, lisa y unida por un punto con la pared interna del útero.

Cuando el pólipo ha descendido á la vagina y que su volumen no es de grandes dimensiones, puede estudiarse la mayor ó menor altura de su inserción, contorneando el pedículo con el dedo. Hay casos en los cuales el tumor crece tanto, que puede llenar completamente la vagina y hacer difíciles, si no imposibles, las maniobras de exploración.

Un fibro-mioma desarrollado en el cuello, hipertrofia de un modo extraordinario el labio correspondiente. En cambio el labio opuesto queda pequeño, delgado y aplastado, é imprime al orificio cervical una forma semilunar.

¹ Estando en prensa este libro supe la muerte reciente del Dr. ARIAS. La Facultad de Medicina de Guadalajara ha perdido un miembro distinguido y el Cuerpo Médico Mexicano un colaborador valiosísimo.

DIAGNÓSTICO.

La existencia de los fibro-miomas generalmente es fácil de comprobar, siempre que el tumor tenga regulares dimensiones. La presencia de un tumor duro, mediano, indoloro ó poco doloroso á la presión, en conexión íntima con el útero y acompañado del cuadro general de los signos subjetivos que he descrito, constituye una poderosa presunción en favor de los fibromas uterinos.

Pero cuando el tumor principia, cuando los núcleos fibrosos son pequeños é intersticiales, el diagnóstico es muy difícil, si no imposible. Las enfermas se quejan de dolores uterinos y de hemorragias abundantes, cuando el útero apenas está aumentado de volumen. Se comprende que sea imposible evitar vacilaciones entre una *metritis parenquimatosa*, una *endometritis hemorrágica* y un *fibro-mioma incipiente*. Cuando los fibro-miomas son submucosos, la naturaleza de los dolores recuerda el carácter expulsivo de los del parto; pero este detalle es muy difícil de apreciar prácticamente.

La histerometría da resultados verdaderamente positivos, pues desde que la cavidad uterina alcanza una longitud de diez centímetros, debe sospecharse la existencia de los fibro-miomas. Ciertamente que en casos de *hipertrofia supravaginal del cuello*, la mensuración del endometrio acusa un crecimiento extraordinario; pero la ausencia de los signos físicos y funcionales que pudieran traer la sospecha de un fibroma, aclara las dificultades.

Por extraordinario que parezca, la confusión de los fibro-miomas con la preñez, es fácil, y yo la he visto realizarse en la Clínica de habilísimos maestros. He visto también una enferma en la cual el diagnóstico de fibro-miomas se impuso por todos los signos racionales del tumor. Los dolores, la situación del tumor, su forma y la marcha de él, que se observó por espacio de más de cuarenta días, así como las hemorragias y todos los signos subjetivos justificaban la sospecha de un fibro-mioma uterino. No se practicó la histerometría, porque en algunos de los Médicos que vieron á la citada enferma surgió, aunque vagamente, la idea de la posibilidad de un embarazo intra-uterino, coincidiendo con una neoplasia del cuerpo del útero.

Como el estado general de la enferma iba agravándose cada

día, y las presunciones en favor de la existencia de un fibro-mioma uterino se robustecían más y más, nos decidimos á practicar la celiotomía exploradora, con la intención de hacer la histerec-tomía, si existiese tal indicación.

Practicada la incisión abdominal, encontramos una preñez fisiológica, y algunos pequeños núcleos fibro-miomatosos como del tamaño de un guisante, en las paredes del útero. En el ovario derecho había un quiste muy pequeño, unido á la glándula por un largo pedículo que facilitó su extracción.

Las consecuencias operatorias fueron insignificantes; el embarazo continuó su marcha regular, y cesaron por completo los fenómenos de irritación uterina.¹

Se comprende que sea muy difícil la confusión entre la preñez normal y los fibro-miomas, en circunstancias avanzadas de la concepción, cuando se manifiestan los signos fetales y los maternos son regulares. Pero en los primeros tiempos, y sobre todo en las manifestaciones anómalas del útero grávido, la diferenciación en el diagnóstico suele ofrecer dificultades.

No hay que olvidar que la histerometría en estos casos ocasiona trastornos irreparables.

No ha mucho tiempo vino á mí, recomendada por un compañero cuyos conocimientos lo hacen respetable en todos sentidos, con objeto de hacerse operar un tumor del vientre, una señorita perteneciente á una familia acomodada del interior de la República.

La circunstancia de ser una señorita soltera, joven y de buena posición social, impidió quizás á nuestro colega manifestar claramente su opinión; y trajo de su pueblo de residencia, el diagnóstico de *fibro-miomas* uterinos.

Atendida dicha señorita en mi Clínica particular y estudiado el caso con toda escrupulosidad, comprobé la existencia, no de un tumor, sino de un embarazo normal en perfecta evolución y del quinto al sexto mes de existencia.

Pero si el diagnóstico con la preñez normal es frecuentemente difícil, con la *preñez extra-uterina* puede ser imposible. Sólo la evolución, y á veces ni aun ésta, permite la formación de un criterio justo.

¹ Algunos meses después esta enferma dió á luz un niño perfectamente sano, que vive actualmente tan bien como la madre. Lo más curioso de esta observación es que todos los fenómenos que obscurecían la preñez, cesaron inmediatamente después de realizada la laparotomía.

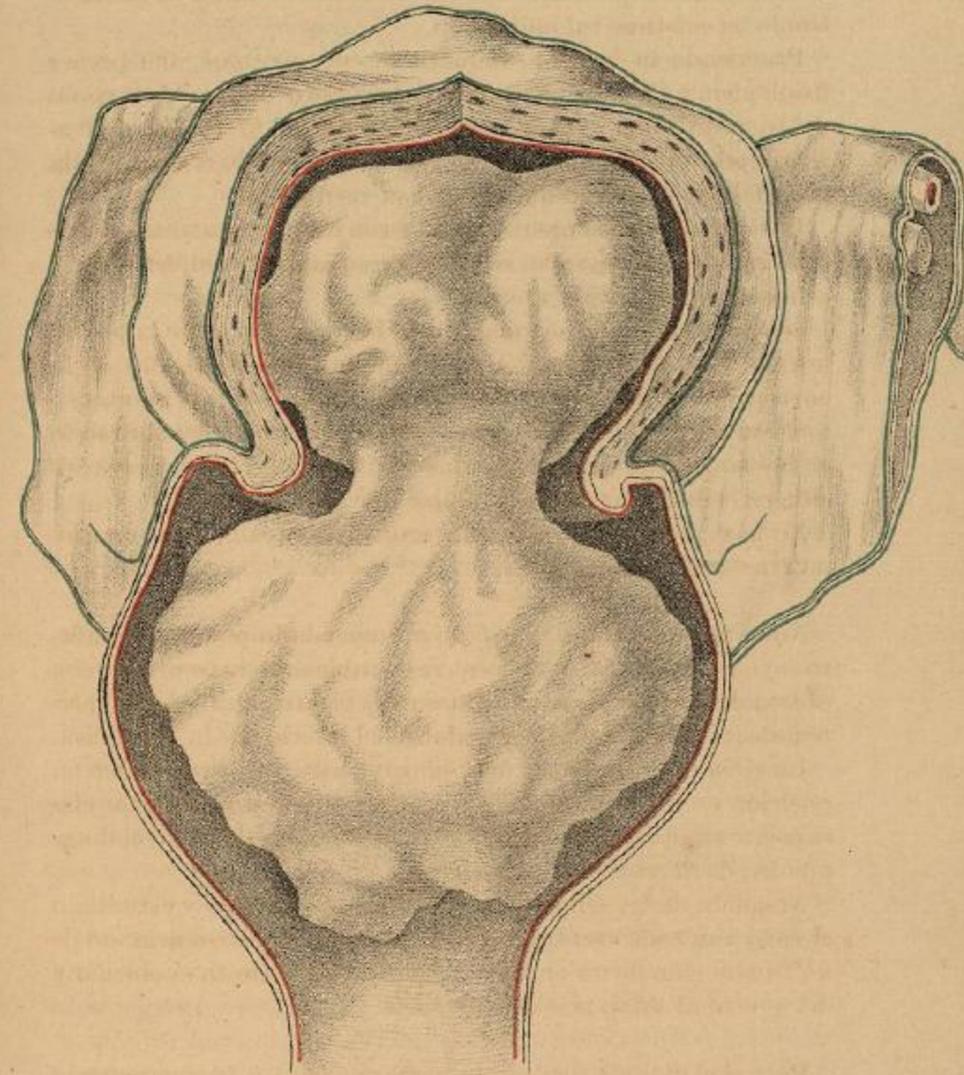


Fig. 18.—Tumor fibroso del útero, vuelto vaginal, operado con éxito por el Dr. Ricardo Suárez Gamboa.

Si el feto está vivo, si los signos embrionarios son claros y no dan lugar á duda, es seguro que si se padece un error, puede deberse este á una falta de exploración seria y cuidadosa; pero si el producto está muerto, si se endurece, petrifica, ó sufre fenómenos de putrefacción y determina accidentes inflamatorios, es evidente que el diagnóstico es casi imposible.

Cuando los fibro-miomas tienen una evolución francamente abdominal, es frecuente su confusión con los *quistes del ovario*. Muy particularmente los cisto-fibro-miomas son de tal manera análogos á los quistes ováricos, que es inevitable su confusión y sólo á extraordinarias casualidades se deben los éxitos de diagnóstico en estos casos.

Los fibro-miomas blandos y los *fibro-sarcomas* se prestan también á errores de diagnóstico: á este propósito citaré un fibro-sarcoma de la fosa iliaca derecha, que extirpé con éxito completo sacrificando partes de la vejiga y los anexos del mismo lado. La enferma portadora de dicho tumor era una señora de Tepic, que vino á mí con diagnóstico de quiste del ovario.

La confusión con los *tumores sólidos del ovario* es imposible de evitarse en ciertos casos. Cuando son móviles sobre el útero, se les puede tomar por fibro-miomas sub-peritoneales pediculados.

Pero cuando son adherentes al útero y cuando su volumen se percibe fácilmente por el tacto vaginal, puede encontrarse un ligero surco entre el neoplasma y el útero, notándose desde luego que este último no ha sufrido modificación en su estructura.

Más rara es la confusión de los fibro-miomas con las *salpingitis*. En estas últimas, la fiebre y la sensibilidad exquisita á la presión, son buenos signos de diagnóstico. Ya hemos visto la frecuencia de las lesiones salpingíticas concomitantes á los fibro-miomas.

Se han llegado á confundir los fibro-miomas con los *exudados pélvicos orgánicos*, consecutivos á flegmones, peritonitis, hematoceles, etc.

Quizás las curaciones de casos análogos á estos, sean las que se hayan tomado por fibro-miomas curados con el tratamiento médico, la electrolisis, etc.