

Un examen cuidadoso y una interpretación justa y metódica de los síntomas, podrán evitar este error.

Los fibro-miomas gangrenados en vía de eliminación pueden tomarse por un *cáncer de la matriz*: el examen histológico prevendrá el error.

Las *molos uterinas* podrán imponerse por una neoplasia orgánica: los signos iniciales claros de embarazo, la terminación brusca de éstos después de algunos meses de evolución, y la expulsión durante el período de hemorragias, de fragmentos membranosos, placentarios ó caducos, facilitan notablemente el diagnóstico.

Sin embargo, no faltan dificultades que algunas veces embrollan extraordinariamente el diagnóstico.

En compañía de mi ilustrado amigo el Dr. ANGEL RODRÍGUEZ observé hace poco, en mi servicio del Hospital Morelos, un caso difícil que nos hizo errar completamente el diagnóstico. Se trataba de una mujer, María N., quien había sufrido por algún tiempo accidentes métricos. Repentinamente noto que su vientre estaba ocupado por un tumor duro, mediano é indolente.

El cuello de la matriz, que estaba desgarrado, muy abierto y ulcerado, daba paso á una leucorrea purulenta muy abundante. Los períodos menstruales eran menorragícos y prolongados.

Nunca había tenido hijos, ni presentaba signo alguno de embarazo.

Llegamos á meditar en la necesidad de una intervención más formal, dada la circunstancia de que comenzaba á imponérsenos el diagnóstico de fibro-miomas uterinos.

Una noche abortó la citada mujer un producto muerto y macerado, con dos vueltas del cordón umbilical en el cuello.

La *hematometría* merece citarse únicamente como causa rara de error. La presencia del himen imperforado, la ausencia de escurrimiento catamenial, y la serie de trastornos correspondiendo á las épocas menstruales, traen desde luego á la mente el origen del tumor.

La *hidrometría* es una afección extraordinariamente rara. El tumor puede ser fluctuante ó no; los signos estetoscópicos faltan absolutamente, y no se encuentra ningún movimiento en él. Las reglas se suspenden y el orificio cérvico-uterino se obstruye por

completo. Tarde ó temprano la salida de una gran cantidad de líquido termina con el tumor.

El *hidramnios*: la confusión es difícil. Sin embargo, hay que temer su posibilidad, y no debe olvidarse que los signos de preñez tienen aquí una importancia capital.

Las *retenciones placentarias parciales* no causarán error sino á un clínico novicio: los anamnésticos y los signos generales evitan equivocaciones.

Tócame señalar ahora una gravísima causa de error de la cual una vez fuí víctima y cuya gran importancia me impulsó á presentarla ante el Congreso Médico Pan-Americano, recientemente celebrado en esta capital.

Una mujer se presentó á mí, en Veracruz, consultándome acerca de un padecimiento que la torturaba. Dicha mujer era portadora de un tumor que tenía su sitio en el hipogastrio. Mate, muy duro y poco doloroso, se acompañaba de signos vesicales y rectales intensos.

Un prolapsus uterino completo, acompañado de grandes y frecuentes hemorragias del endometrio, complicaba la situación. Se veía salir perfectamente la sangre al través del orificio cervical del órgano prolapsado.

Las dos piernas estaban completamente edematosas; los movimientos del tumor, que parecía poco adherido, se comunicaban, aunque no de un modo franco, al útero. El prolapsus era irreducible.

El estado general muy malo: la enferma ya no abandonaba la cama, y algunos signos estetoscópicos invadían el pulmón derecho.

Yo creí que se trataba de un fibro-mioma uterino subperitoneal, que había expulsado el útero, enclavándose en la pelvis.

Mis sabios amigos y compañeros los Dres. ARCADIO T. OJEDA, MANUEL M. MACÍAS y CARLOS MANUEL GARCÍA, estuvieron acordes con mi modo de pensar y justificaron también, conmigo, la urgente necesidad de practicar la histerectomía.

En la coeliotomía, pude convencerme de la naturaleza inesperada del supuesto tumor. Era el hígado completamente caído en la pelvis.

Tuve que practicar la hepatopexia, y pude reducir el prolapsus fijando el útero á la pared abdominal, por mi procedimiento de decorticación parcial.

La enferma curó, y á los diez y ocho meses de operada sucumbió por tuberculosis pulmonar, no obstante el tenaz empeño que tuvo por salvarla el Dr. CARLOS M. GARCIA.

No conozco otro caso de hepatoptosis completa que se haya confundido con un fibro-mioma uterino.

#### PRONÓSTICO Y COMPLICACIONES.

Es indudable que no mueren todas las enfermas portadoras de fibro-miomas. Hay algunas que viven muchos años, á pesar de tener un enorme tumor de esta naturaleza.

Conozco una señora que lleva treinta años de sufrir una afección semejante, y su vida es perfectamente soportable.

Sin embargo, suele acontecer que la cantidad, dimensiones, dureza y variabilidad de sitio de los núcleos fibro-miomatosos, originen accidentes graves y mortales: *uremia, estercoremia, embolias, etc.*

La *peritonitis*, la *septicemia*, las *desgarraduras uterinas* y las *intoxicaciones* son complicaciones frecuentes.

Las *cardiopatías, renales ó pulmonares, las flebitis* y sus *procesos coagulantes*, no son raras; como tampoco lo es la *tuberculosis pulmonar*.

En nuestras costas, la tuberculosis pulmonar es un fin común á las caquexias uterinas en general.

La *preñez* y el *parto*, con frecuencia son focos de graves peligros y de abundantes indicaciones para la intervención del cirujano.

Se conocen casos de curaciones de fibro-miomas consecutivas al parto; pero desgraciadamente esto es excepcional.

Lo contrario es más común: los fibro-miomas son causa frecuente de distocia. Los abortos tampoco son raros.

#### TRATAMIENTO.

Los fibromas uterinos están comprendidos en la gran ley que rige el tratamiento de todos los neoplasmas: la extirpación precoz y total del tumor. No hay actualmente recurso médico capaz de disolver un tumor, y el tratamiento de todos es esencialmente quirúrgico.

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



Fig. 19.—Fibro-mioma uterino y absceso del ovario derecho  
CURACION.

Sin embargo, como método de excepción ó por indicación particular, el Cirujano puede no recurrir al tratamiento quirúrgico en los fibro-miomas uterinos y limitar su acción á prevenir complicaciones, á suavizar síntomas, ó á procurar que la vida de la enferma sea más ó menos tolerante con su tumor abdominal.

El estudio de estos recursos, *curativos ó paliativos*, nos enseñará los elementos con que contamos para el tratamiento de los fibro-miomas uterinos, y nos permitirá ordenar nuestro juicio sobre las indicaciones de Clínica terapéutica.

Para conseguir esto, revisaremos:

- A. Los recursos de terapéutica médica.
- B. El tratamiento clínico.

#### A.—Recursos de Terapéutica Médica.

Estos recursos pueden agruparse en dos divisiones, según sea el fin del médico tratante.

- a. Recursos de expectación.
- b. Recursos de curación.

Examinémosles separadamente, á fin de valorizar sus ventajas y precisar las indicaciones en su oportunidad.

#### a.—Recursos de expectación.

TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS.—En este párrafo hay que considerar los medicamentos que se emplean casi indiferentemente para combatir toda clase de hemorragias, sean donde fueren, y los que encuentran esencialmente su indicación en las hemorragias uterinas.

Los primeros, más numerosos, comprenden desde luego todos los astringentes. El *alumbre*, que tanto se usó antiguamente como medicamento interno, está hoy casi abandonado como tal. El *ácido sulfúrico*, el *extracto de crameria*, el *ácido tánico*, el *percloruro de hierro*, etc., etc., son comunmente más usados. La *digital*, el *opio*, el *sulfato de quinina*, son medicamentos empleados últimamente por algunos autores europeos, contra las hemorragias.

Los segundos, cuya acción se dirige más particularmente á la fibra muscular uterina, están constituidos por el *cuernecillo de centeno* y sus derivados, *ergotina* y *ergotinina*; por el *hidrastis canadensis* y la *hidrastinina* (clorhidrato); por el *hamamelis virgínica*; por la *stipticina*, etc., etc. Entre nosotros existe la *commelina tuberosa*, muy preconizada contra las metrorragias, y cuya acción directa sobre la fibra muscular del útero, ha sido comprobada por nuestro maestro el Dr. M. TOUSSAINT.

TRATAMIENTO DEL DOLOR.—No obstante ser poco dolorosos los fibro-miomas uterinos, suele suceder que por lesión anexial concomitante, por pequeños episodios peritonícos, por compresiones en los plexus nerviosos de la pelvis, ó por accidentes peculiares de su inervación, ocasionen dolores y crisis neurálgicas de extraordinaria intensidad.

La *reducción* del neoplasma si está enclavado, los *supositorios narcóticos* si no hay trastornos mecánicos, y como último recurso las *inyecciones de morfina*, aliviarán los sufrimientos de la enferma.

Algunas veces suele procurar acentuado alivio el empleo de una *faja hipogástrica* que levante ligeramente el tumor.

Los dolores se exacerbaban durante los períodos menstruales, haciendo necesario que la enferma permanezca varios días acostada en su cama y en una quietud absoluta.

TRATAMIENTO DE LA CONSTIPACIÓN.—Puede decirse que la constipación es de regla en todos los casos de fibromas uterinos; pero en algunos puede alcanzar grandes proporciones y simular verdaderas oclusiones intestinales.

El empleo de los purgantes suaves, *aceite de ricino*, *calomel*, *aguas minerales*, etc., es de una necesidad constante. Las lavativas purgantes también están indicadas, haciéndose preciso algunas veces, aplicarlas por medio de una sonda esofagiana, introducida por el recto y llevada hasta pasar el límite superior del tumor y del estrechamiento del intestino.

El régimen dietético puede tener mucha importancia para modificar esta constipación.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES URETERO-RENALES.—Dieta rigurosa de leche, reposo, derivados, sangría con ó sin lavado de la sangre, etc., etc. *Extirpación rápida é inmediata del neoplasma.*

#### δ.—Recursos de curación.

Ya hemos dicho que no existe medicamento capaz de curar, es decir, de *disolver* ninguna clase de neoplasmas.

Sin embargo, algunas regresiones espontáneas de los fibromiomas—*yo nunca he visto una*—y los frecuentes errores de diagnóstico, han dado cierta boga transitoria á varios medicamentos, como capaces de disolver esta clase de tumores.

Se ha hablado del *arsénico*, del *fósforo*, del *yoduro de potasio*, del *mercurio*, etc.; pero el clínico haría muy bien en no fiarse de estos pretendidos *disolventes* de los neoplasmas.

HILDEBRANDT concibió la idea de procurar un estado constante de contracción vascular en la circulación uterina, á fin de procurar la regresión y la atrofia de estos tumores. Nunca llegó á demostrar la posibilidad de esta hipótesis, y su método no cuenta ya partidarios en la actualidad.

El tratamiento *hidro-mineral* cuenta con algunas mejorías, pero sus resultados son inciertos y no merecen confianza.

#### B.—Tratamiento clínico.

Según que se limite á modificar los accidentes del tumor y sus complicaciones, ó que suprima totalmente el neoplasma, se subdivide en:

- a. Tratamiento clínico paliativo.
- b. Tratamiento clínico radical.

Estos á su vez comprenden:

#### a.—Tratamiento clínico paliativo.

- I. Raspa uterina. (*Curetage.*)
- II. Cauterización.
- III. Dilatación cervical.
- IV. Electrolisis.
- V. Ovariectomía bilateral.
- VI. Ligaduras atrofiantes.
- VII. Laparo-histeropexia.
- VIII. Laparotomía simple.

## b.—Tratamiento clínico radical.

## I. Operaciones por la vagina:

- 1º Ablación de pólipos.
- 2º Enucleación vaginal.
- 3º Despedazamiento. (*Morcellement.*)
- 4º Histerectomía vaginal.

## II. Operaciones por el abdomen:

- 1º Miomectomía.
- 2º Enucleación abdominal.
- 3º Histerectomía abdominal.

Estudiemus uno á uno estos recursos clínicos.

## a.—Tratamiento clínico paliativo.

I. RASPA UTERINA.—Es un buen medio de intervenir, cuando las alteraciones del endo-metrio unen sus tendencias hemorrágicas á las del tumor. Bajo su influencia, la endometritis concomitante se modifica, y las pérdidas sanguíneas se atenúan.

Cúidese mucho, sin embargo, de no recurrir á ella en casos de fibro-miomas sub-mucosos que hagan saliente en la cavidad uterina, pues la inflamación y la gangrena del neoplasma podrían ser las consecuencias. Yo he observado un caso de esta naturaleza, que me impresionó profundamente. He visto también un caso de fibro-mioma uterino sub-mucoso, que evolucionó como un epitelioma después de una serie de raspas en la mucosa de la cavidad.

II. CAUTERIZACIÓN.—Sus resultados son análogos á los del *curettage*: modifica los fenómenos de la endometritis. Se la obtiene introduciendo en la cavidad uterina pequeños cilindros de pasta de *cloruro de zinc*, ó recorriendo toda la mucosa con tapones embebidos en solución glicerinada de *creosota* al tercio, ó en *tintura de yodo* pura.

III. DILATACIÓN CERVICAL.—La dilatación del cuello uterino, con ó sin discisión bilateral, se ha ensayado también contra los accidentes inflamatorios del endometrio, facilitando la evacua-

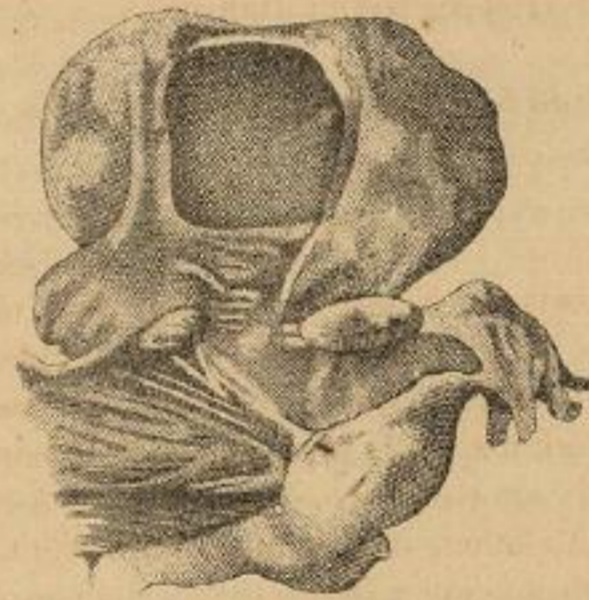


Fig. 20.—Absceso del ovario, consecutivo á una salpingo-ovaritis, complicando un fibro-mioma uterino, operado por el Dr. RICARDO SUÁREZ GAMBOA, en compañía del Dr. MIGUEL MENDIZÁBAL, de ORIZABA. (Curación).

ción de los productos de secreción mucosa. Resultados análogos á la anterior.

IV. ELECTROLISIS.— La electroterapia se aplica desde hace algún tiempo al tratamiento de los fibro-miomas uterinos, y actualmente parece ofrecer beneficios á las enfermas.

Como método paliativo, la electrolisis es excelente: calma los dolores, amengua las hemorragias, y aun parece ocasionar cierto grado de regresión en la marcha del neoplasma. Pero no tiene las condiciones de los métodos radicales, y confiar en la curación de los miomas uterinos por medio de las corrientes eléctricas, es exponerse á un fracaso.

El método electrolítico no deja de ofrecer sus riesgos, y DELBET, en una estadística de 659 casos de miomas uterinos tratados por la electricidad, encontró 17 muertos: es una mortalidad de 3 por 100 aproximadamente.

El tratamiento eléctrico se recomienda muy particularmente en aquellas enfermas que por un motivo ó por otro, se resisten á sufrir el tratamiento radical.

V. OVARIOTOMÍA BILATERAL.— Fué LAWSON TAIT, el gran cirujano inglés, quien impresionado por la frecuencia de las anexitis en los fibro-miomas, concibió la idea de tratar estos neoplasmas por la castración. HEGAR y BATTEY fueron sus principales vulgarizadores.

La castración tuvo su época de esplendor, cuando las histerec-tomías estaban aún poco perfeccionadas, y su mortalidad era muy elevada. Hoy se la considera muy secundariamente y no tardará en ser abandonada.

Ciertamente que las hemorragias parecen disminuir después de la castración, y que esta menopausa artificial hace un eco favorable sobre la evolución del tumor; pero el neoplasma persiste, sus accidentes, continúan, y en la mayoría de las veces su crecimiento no cesa. Los riesgos operatorios de la castración ovárica, que sólo procura una mejoría transitoria, están, con poca diferencia, á la altura de los de la castración total ( utero-ovárica ) que efectúa una curación definitiva.

VI. LIGADURAS ATROFIANTES.— Suprimiendo la circulación arterial en los neoplasmas inoperables, algunos autores han pretendido destruir la vitalidad de las masas neoformadas, ó por lo menos amortiguar su rapidez de evolución.

Este modo de ver la nutrición de los neoplasmas, que á primera vista parece justo con su aptitud formatriz, no ha encontrado confirmación en la Clínica, y las ligaduras atrofiantes se consideran paliativos enteramente excepcionales.

VII. LÁPARO-HISTEROPEXIA.—En los tumores fibrosos enclavados en la pelvis y ocasionando trastornos graves de compresión, se puede, al ejemplo de Pozzi, hacer cesar esta compresión elevando fuertemente el tumor hacia el abdomen, y fijándole en esta nueva posición por medio de suturas, contra la pared abdominal.

La misma conducta podría seguirse en los casos de oclusión del recto por fibromas voluminosos. Sin embargo, aquí podría estar indicado con más urgencia, el *ano contra-natura*.

VIII. LAPAROTOMÍA SIMPLE.—Muy lejos de mi ánimo está preconizar la incisión abdominal, como un *tratamiento* paliativo de los fibro-miomas; pero son tan numerosos los hechos de regresión de estos tumores después de las laparotomías, que está el Cirujano enteramente autorizado á practicar por ellos la *laparotomía exploradora*.

Salvo circunstancias dependientes del estado general de la paciente, antes de asentar la inoperabilidad de un fibro-mioma, es útil recurrir á la exploración directa de él.

Bajo la acción del aire y de la luz, se ve la serosa que cubre el tumor, congestionarse vivamente y aun producirse pequeñas hemorragias en su tejido propio, por rupturas capilares. La inervación íntima del neoplasma debe también sufrir enérgicamente con las manipulaciones y contactos nuevos y desconocidos que sufren las radículas nerviosas del peritoneo.

El vientre vuelto á cerrarse, oculta los nuevos procesos que se verifican en la masa del tumor y en su serosa; pero á medida que transcurre el tiempo, el neoplasma disminuye de volumen, las hemorragias escasean y los dolores se amortiguan.

La acción del aire y de la luz sobre el peritoneo, es aún desconocida para nosotros; pero es indudable que en ciertas circunstancias parece poseer cualidades *terapéuticas*.<sup>1</sup>

Este resultado benéfico no es constante, por desgracia. Las

<sup>1</sup> Mi buen amigo, el Dr. FELIPE RUIZ ESPARZA, con su imaginación poética y su pintoresco lenguaje, propone que á estas laparotomías curativas se las designen en terapéutica quirúrgica: *asoleo del peritoneo*.

laparotomías exploradoras deben únicamente ofrecer esperanzas de alivio; pero nunca podrán erigirse en tratamiento de los fibro-miomas.

#### Tratamiento clínico radical.

#### I.—OPERACIONES POR LA VAGINA.

1º ABLACIÓN DE PÓLIPOS.—Cuando el pedículo está al alcance del operador, la amputación de los fibro-miomas polipiformes por lo general es fácil. En estos casos, el arrancamiento de su inserción ó el corte del pedículo no ofrece dificultades.

Si el volumen del tumor es muy grande, se hace preciso abrir la cavidad uterina practicando la incisión bilateral del cuello.

Cuando las dimensiones del pólipo son exageradas, algunos operadores han recurrido á la vía transperitoneal, haciendo una verdadera *operación cesárea*.

2º ENUCLEACIÓN VAGINAL.—Cortar la mucosa uterina sobre el mioma, desgarrar las conexiones celulosas de éste con el útero y arrancar el neoplasma de la cavidad que se formó en el tejido propio del órgano, son los diversos tiempos que constituyen la *enucleación de los fibromas, ú operación de Amussat*.

La indicación principal de la enucleación estriba en la existencia de un tumor único, pequeño y bien encapsulado.

Con el método aséptico moderno, da un 100 por 100 de curaciones.

3º DESPEDAZAMIENTO (MORCELLEMENT).—Procedimiento que consiste en fraccionar el tumor por medio de cortes verificados en su masa, á fin de disminuir su volumen y poder practicar la enucleación de él, ó su amputación sobre el pedículo.

La operación se divide en cuatro tiempos:

- 1º Liberación vaginal del cuello.
- 2º Sección del cuello y del útero, hasta el tumor.
- 3º Despedazamiento del tumor.
- 4º Excisión ó sutura de los colgajos cervicales.

El sólo enunciado de estos tiempos implica su descripción, y considero inútil insistir en estos procedimientos, perfectamente conocidos.

Los fibromas sangran muy poco al corte, y la operación casi no daría sangre si no fuese por la incisión del cuello uterino, que suele causar una hemorragia abundante.

4º HISTERECTOMÍA VAGINAL.— Véase el capítulo titulado *Manual Operatorio*.

#### II.—OPERACIONES POR EL ABDOMEN.

1º MIOMECTOMÍA.— Los tumores sub-peritoneales pediculados, se operan muy fácilmente. Basta una fuerte ligadura en la inserción uterina del pedículo, la sección de éste, y la cauterización del plano de sección. Esta sencilla operación se conoce bajo el nombre de *miomectomía*.

2º ENUCLEACIÓN ABDOMINAL.— Cuando el fibroma no es pediculado, sino *sésil*, se divide su cápsula, se desgarran sus conexiones conjuntivas con el resto del órgano, y se arranca el neoplasma. Se sutura la incisión desde el fondo, ó se canaliza por la vagina.

3º HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.— Véase *Manual Operatorio*.

#### DISCUSIÓN CLÍNICA.

¿La existencia de los fibro-miomas uterinos constituye por sí sola y directamente una amenaza para la vida? *Sí, en la gran mayoría de las veces.*

La opinión clásica de que los fibro-miomas son tumores *benignos*, no tiene razón de ser clínicamente; apenas si podría demostrarse histológicamente, por la invariabilidad de sus elementos adultos. Neoplasmas que crecen constantemente, que comprimen órganos importantes, que vacían el aparato vascular y que ocasionan la muerte por sus complicaciones, no pueden considerarse como benignos.

Sin representar como los carcinomas un decreto fatal de muerte, los fibro-miomas constituyen una amenaza constante para la vida, y deben en consecuencia ser operados con prontitud. Regla general: *Todo tumor fibroso del útero, debe ser operado.*

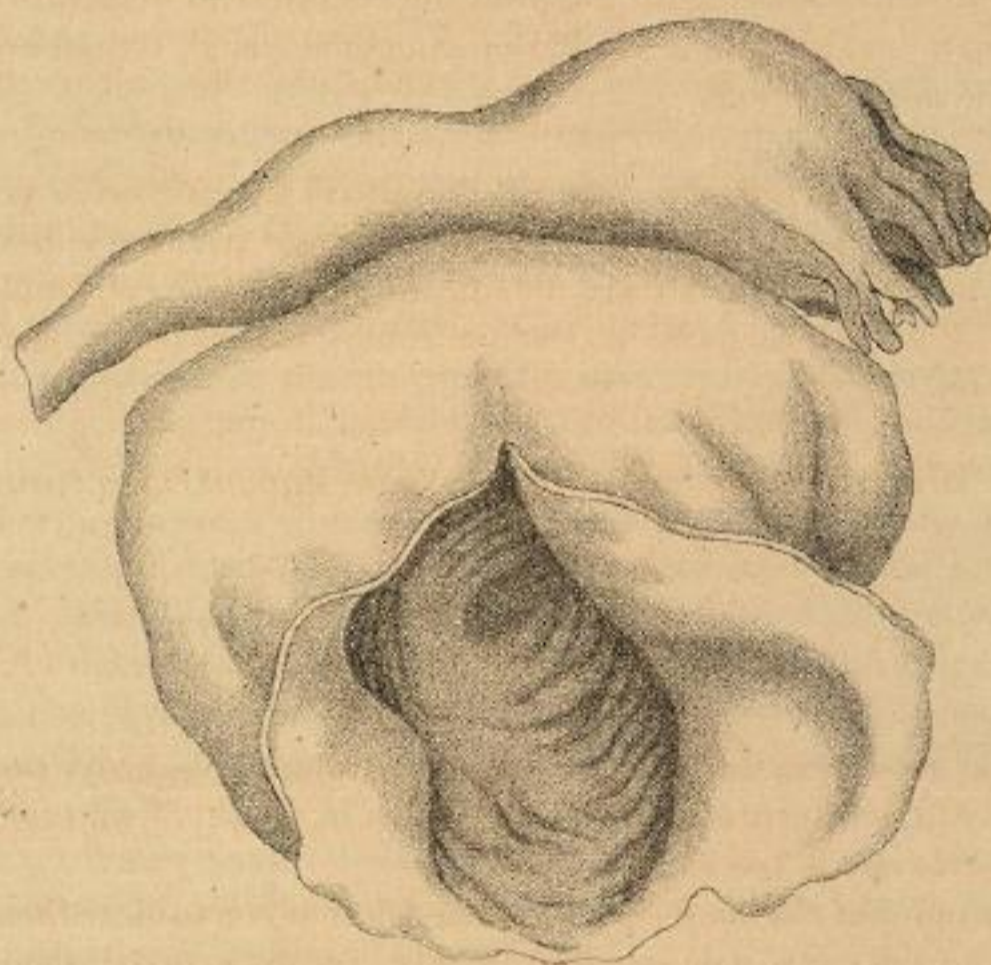


Fig. 21.—Salpingo ovaritis supurada consecutiva á la necrosis de fibro-miomas, extirpada por la histerectomía. DR. SUÁREZ GAMBOA. (Muerte por septicemia peritoneal).



Esta máxima terapéutica tiene únicamente dos excepciones: en las mujeres que están próximas á la menopausa ó que han llegado ya á ella, cuando el tumor *no duele, no sangra, no comprime y no crece*; y en aquellas mujeres que aun en la época genital, su posición social les permite durar largos períodos en la cama, y su tumor *no crece, sangra poco, no comprime y sus molestias son pequeñas*. En estas últimas se puede no operar; pero no se prometerá no operar en el futuro.

No se trata actualmente en la Clínica ginecológica, si los fibromiomas deben operarse ó no; ahora los estudios y la discusión del clínico se dirigen á buscar qué enfermas deben operarse, cuáles recibirán el tratamiento paliativo y qué condiciones deben reunirse para requerir tal ó cual operación.

Desde luego surge á la mente, que ciertos estados generales malos, constituyen una contra-indicación á las operaciones graves; así, no se intentará una histerectomía ó una enucleación con despedazamiento, pongo por ejemplo, en una enferma *diabética, albuminúrica grave, cardíaca avanzada, tuberculosa, hética, etc.*, etc. En estos casos, la intervención ofrecería peligros muy grandes, y apenas si se podría pensar en operaciones paliativas tales como, el *curetage*, la castración ó la electrolisis, que amortigüen la infección endo-uterina, y calmen un poco las hemorragias.

En las mujeres vigorosas, poco ó ligeramente lesionadas por su tumor, la operación está indicada con mucha precocidad, y la necesidad de una intervención radical es en ellas más apremiante.

Por consecuencia, desde que nos hallemos frente á una enferma con fibro-miomas uterinos, nos plantearemos esta primera cuestión. ¿La enferma está en condiciones de operabilidad, ó no lo está?

Un rápido examen de la cara y cuerpo de la enferma permite, en la mayoría de las veces, la germinación del próximo comportamiento del Cirujano.

Si encontramos una mujer de facciones no caquéticas, de mirada viva, de voz clara y sonora, de párpados no edematosos; si la respiración de ella no es anhelante ni dificultosa; si se mueve con facilidad y soltura en su cama; si orina con abundancia y su constipación no es muy rebelde; si no tiene sudores nocturnos ni hipertermias vespertinas; si su vientre no está enorme y come y digiere con regularidad, no hay que vacilar: el estado general está indicando que el tratamiento radical operatorio es enteramente oportuno.

Si el aparato respiratorio funciona libremente; si el corazón y los vasos sanguíneos gruesos no ofrecen trastornos dinámicos ó funcionales; si el sistema nervioso no acusa degeneraciones hereditarias ó adquiridas, y si la nutrición general no se halla comprometida por alguna diátesis ó vicio intoxicante, el Cirujano debe ejercer su influencia é imponer la necesidad absoluta de una intervención radical.

El análisis de la orina es fecundo en indicaciones quirúrgicas: la presencia, en ella, de elementos extraños que impliquen lesiones vesicales ó ureterales no muy avanzadas, no modifica la indicación operatoria. La existencia de productos epiteliales renales y de substancias tales que, como la albúmina, hagan comprender el trastorno del funcionamiento glomerular, coincidiendo con la exageración del volumen, el enclavamiento y la compresión orgánica pélvica del tumor, son, no contraindicaciones, sino, por el contrario, *indicaciones formales de urgente operación*.<sup>1</sup>

La coexistencia de los fibro-miomas uterinos y de la preñez, pone al Clínico en graves conflictos.

Felizmente, aunque con cierta frecuencia relativa se observa esta coexistencia del embarazo con los fibro-miomas uterinos, pocas veces da lugar á las grandes operaciones abdominales, y la Naturaleza resuelve, mediante sus grandes leyes de la acomodación, tan grave dificultad.

Se conocen multitud de casos en los que, á pesar de los fibromas, la preñez y el parto se terminaron casi sin el socorro del Arte, sufriendo á lo sumo, el pequeño auxilio de los medios suaves de la *tokurgia*.

Pero, en cambio, hay multitud de ocasiones en las que estos tumores ponen á prueba las aptitudes y habilidad del Cirujano, ofreciéndole gravísimos problemas, algunos de carácter urgente en su resolución.

La llegada á término de la preñez, en un útero fibromatoso, aunque no es frecuente, se observa bastante: en una estadística de cincuenta y una mujeres con fibromas uterinos y embarazadas, el Profesor EUGENIO GUTIÉRREZ, de Madrid, encontró veintiseis abortos del segundo al cuarto mes, siete partos prematuros y *dieciocho* preñeces á término.

Es preciso distinguir el sitio y volumen de los fibromas: los que se encuentran en el fondo de la matriz, aunque peligrosos

<sup>1</sup> No hagáis la histerectomía en aquellas enfermas cuyas orinas son pobres en urea y en las que la albuminuria reconozca como origen, lesiones profundas y graves de los riñones: la uremia os mataría rápidamente á la operada.

por las hemorragias, dolores, contracturas uterinas y perturbaciones nerviosas reflejas que provocan, no lo son tanto como los que se encuentran en el segmento inferior del útero, que á los trastornos anteriores unen los accidentes de enclavamiento y de obstrucción del canal pélvico. Ya se comprende bien la influencia del volumen de los núcleos neoplásicos, en estas circunstancias. En el primero de los casos anteriores, el parto puede hacerse espontáneamente; en el segundo, esto es casi imposible.

Desde luego se comprende la importancia de la intervención quirúrgica, en estas últimas circunstancias.

Toda vez que durante el curso de una preñez se haya diagnosticado un fibroma accesible por la vagina, aun cuando las dimensiones de él no parezcan ofrecer dificultades al paso libre del feto, se debe extirpar inmediatamente y no esperar la época del parto, á fin de no exponerse á abrir una nueva puerta á la infección puerperal. Se entiende que esta extirpación se refiere á los casos en los que las maniobras del cirujano no presentan peligros para la integridad del huevo; es decir, para los casos de fibro-miomas perfecta y fácilmente accesibles.

Los pequeños fibromas intersticiales múltiples del cuerpo uterino no reclaman tratamiento, pues que no son verdadera causa de distosia: su peligro mayor, en esta ocasión, es la abundancia de la hemorragia *post-partum*.

De otra manera graves son los grandes fibromas sub-peritoneales é intersticiales del cuerpo del útero.

La ablación de los grandes fibromas sub-peritoneales bien pediculados debe intentarse, siempre que los trastornos que ocasionan sean graves: lo mismo debe intentarse en los fibro-miomas sub-peritoneales sésiles, con esta diferencia, que la *miomectomía* predispone mucho menos al aborto que la *enucleación abdominal*.

¿En qué momento de la concepción deben intentarse estas operaciones? Con OLSHAUSEN y DUMONT, diremos que mientras el fibroma no ocasione trastornos graves que exijan una intervención inmediata, debe esperarse el fin de la concepción: de este modo, á la vez que se facilitan las maniobras y se deja libre al tumor de modificarse espontáneamente, se tienen probabilidades de obtener un niño vivo, en caso de interrupción brusca de la gravidez como consecuencia de la operación. Por el contrario, cuando el fibroma provoca fenómenos más ó menos graves ó amenaza la vida de la mujer, el Cirujano se apresurará á ejecutar la *miomectomía* ó la *enucleación*, sea cual fuere la época de la preñez.

Extraordinariamente más graves son los casos de fibromas voluminosos múltiples ó intersticiales del cuerpo del útero.

Cuando en estas circunstancias se reconoce la existencia de un niño vivo y viable, los autores de Obstetricia aconsejan practicar la operación cesárea ó la de Porro.

Es aquí donde la Cirugía moderna dá nuevos beneficios á la madre y al hijo, modificando un poco el clasicismo de los procedimientos.

Desde luego, prescindiendo de otras ideas de orden moral y social, podremos reconocer que la operación más científica es la que permite al niño llegar casi á término y salir de su saco materno, vivo y sano, á la vez que dá todas las seguridades posibles de salvación para la madre. Esta operación es la histerotomía transperitoneal, seguida de la histerectomía abdominal total.

Los progresos últimos realizados en la técnica de esta operación, la hacen una intervención sencilla, poniendo en manos del Cirujano hábil, un recurso todopoderoso para luchar y para vencerlo con el tremendo obstáculo distóico que tantas víctimas cuenta en su historia.

La naturaleza de la intervención contra los fibromas uterinos debe ser, siempre que sea posible, esencialmente radical: en consecuencia, será á las operaciones radicales á las que procuraremos recurrir.

Si el tumor fibroso es único y pequeño, se realizará su extirpación por medio de la *enucleación* ó de la *miomectomía*, vaginales ó abdominales, según que el tumor haga relieve en la cavidad uterina ó en el segmento inferior del útero, ó que se dirija hacia la cavidad abdominal.

Si el tumor es grande, pero francamente, pediculado y hace saliente en la cavidad del órgano, será al *morcellement* con ó sin histerotomía, al que acudiremos; si su evolución es abdominal, será siempre la *miomectomía* nuestro mejor recurso.

Si el desarrollo del tumor tiende á llevarle entre las hojas de los ligamentos anchos, será á la *miomectomía* ó á la *enucleación con decorticación ligamentosa y drenage*, á la que acudiremos.

Si el tumor está netamente limitado á uno de los labios del cuello uterino, emplearemos la *amputación del cuello*, vaginal ó supra-vaginal, según la extensión del neoplasma.

Cuando el núcleo fibroso sea de grandes dimensiones y que la pared de tejido uterino que le cubre, la sospechemos delgada y poco retráctil, acudiremos inmediatamente á la *histerectomía*.

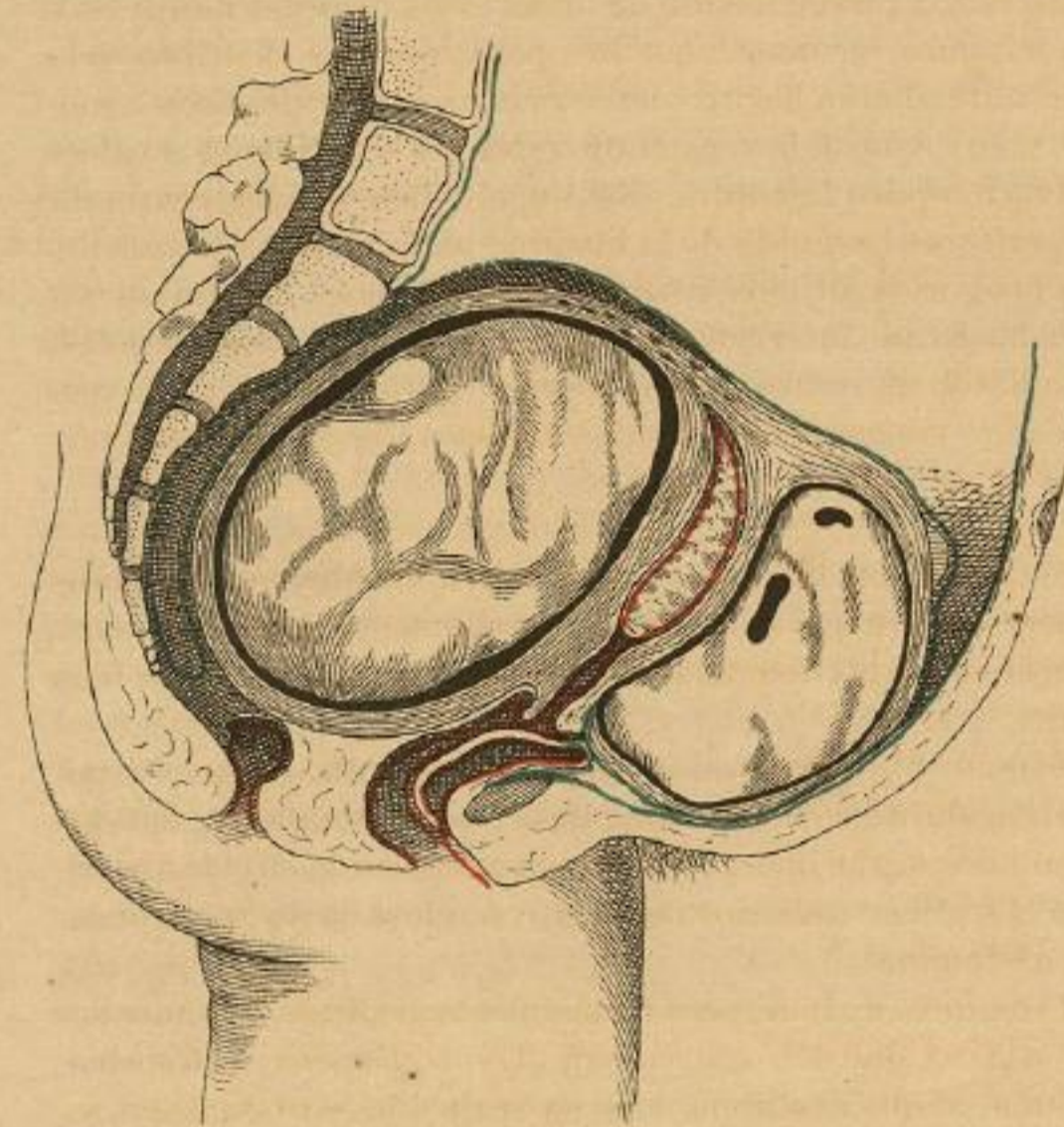


Fig. 22.—Preñez de dos meses en un útero fibromatoso extirpado por la histerectomía. (Según BARNES).

¿Por qué vía, por la vagina ó por el abdomen?

Por donde se pueda ejecutar mejor y con más garantías de curación para la enferma.

En la elección de estos métodos influyen de energética manera, la habilidad y tendencias personales del operador.

Algunos se declaran partidarios de la histerectomía abdominal; otros de la vaginal, y los campeones de estos métodos procuran sostener su elección, imputándole inconvenientes ó defectos al sistema contrario.

El acuerdo parece aún lejano entre ambos partidarios, y no obstante el precepto conciliador: *los fibromas de límite infra-umbilical se operarán por la vagina; los fibromas de límite supra-umbilical, se operarán por el abdomen*; la división existe aún entre los histerectomistas.

Si el tumor está constituido por una multitud de núcleos fibromiomatosos, y el útero se halla como relleno de fibromas, la histerectomía total encuentra también su aplicación.

Durante mucho tiempo la histerectomía abdominal supra-vaginal, fué la operación clásica contra los fibromiomas, y aun lo es para ciertos operadores. Yo siempre he hallado incorrecto este procedimiento, al que considero *peligroso* bajo el punto de vista de la infección inmediata y tardía del peritoneo; *defectuoso*, por dejar una fracción de cuello uterino, inútil y susceptible de sufrir degeneraciones neoplásicas; *é inconstante en sus resultados*, por la facilidad con que ocasiona fistulas útero-abdominales y eventraciones.

La histerectomía supra-vaginal con pedículo perdido, estaría más acorde con los principios de la moderna Cirugía; pero sus resultados han sido detestables bajo el punto de vista de la hemostasis y de la asepsia.

Llegamos á los diversos procedimientos de extirpación total del útero. Los procedimientos vaginales contra los fibromiomas van siendo más y más abandonados, con provecho de la seguridad, la facilidad y la asepsia.

La mayor parte de los operadores extirpan el útero fibromatoso por la vía abdominal. DOYEN, el elegante y habilísimo cirujano de Reims, tiene en su procedimiento de histerectomía el defecto de dejar poco peritoneo para cubrir el muñón vaginal y de predisponer á la ruptura ó á la expresión de las bolsas salpingeas desconocidas, con su maniobra de reclinación anterior del útero. RICHELLOT, expone con su procedimiento á la lesión del uréter, y

es impracticable casi en los tumores grandes del útero. DELAGÉNIÉRE, hace muy dificultosa la hemostasis de las uterinas y de las vaginales. El procedimiento americano es esencialmente sencillo y fácil; pero hace muy probable la lesión del uréter, y no deja peritoneo para cubrir la vagina.

El procedimiento que yo uso hace todos estos peligros muy remotos, y á la vez que da toda garantía respecto de la hemostasis, asegura el aislamiento de la vagina fuera del peritoneo, y no perturba el plano resistente del piso pélvico, en su dinámica.

## II

### CÁNCER DEL ÚTERO.

Clínicamente se agrupan bajo el epíteto de cáncer todos los neoplasmas epiteliales del útero.

Desde tiempo inmemorial se acostumbra clasificar los cánceres uterinos en *cervicales* y *corporales*. Este modo de hacer repugna á la Anatomía Patológica, y apenas podría aceptarse en Clínica. (Figuras 26 y 27).

La tradición arrastra en Medicina, como en todas las Ciencias, hechos que hoy, con nuestro modo de pensar y medios admirables de investigación, no tienen manera de existir.

Así, en vez de admitir la división de cánceres del cuerpo y del cuello, yo adopto la siguiente: *cánceres de la mucosa uterina* y *cánceres de la mucosa vaginal*.

#### CÁNCERES DE LA MUCOSA VAGINAL.

Estos cánceres están esencialmente limitados al cuello uterino. Se desarrollan sobre la mucosa vaginal que le cubre exteriormente, y en rigor podrían admitirse como verdaderos cánceres vaginales.

Están caracterizados por su constitución especial, originaria del epitelium pavimentoso. Pueden iniciarse en cualquier punto de la mucosa peri-cervical y no es extraño verlos desarrollarse

sobre pólipos ó neoformaciones cervicales, siempre que se cubran del epitelium vaginal.

Es realmente curiosa la circunstancia de que estas producciones epiteliales pavimentosas suelen respetar los elementos epiteliales glandulares y mucosos del endometrio.

Los tumores epiteliales de esta región obedecen en su desarrollo á dos variedades principales: *la papilar*, constituida por salientes irregulares, mamiladas, en forma de yemas suaves, sangrantes y fácilmente ulcerables; y *la intersticial*, en cuyo caso las neoformaciones tienden á invadir las profundidades del órgano.

Todo cáncer tiende á crecer y á invadir los tejidos que le rodean.

La vagina es en estas circunstancias, uno de los primeros caminos que sigue el cáncer en su propagación. De elemento en elemento, por emigración de las celdillas neogénicas, se hace la infiltración cancerosa en la vagina sin dificultad ni línea de invasión sensible. De la vagina, la invasión cunde al tejido peri-métrico, á la vejiga, al recto y al tejido conjuntivo de la pelvis.

El epitelium cilíndrico intra-cervical resiste mucho al neoplasma.

La septicidad piogénica de todos los gérmenes que acuden á completar la escena de destrucción, invade rápidamente el endometrio: las lesiones inflamatorias y supurativas se muestran en la cavidad uterina; pero el neoplasma epitelial pavimentoso no invade el endometrio sino muy tardíamente, cuando los elementos cilíndricos han sido destruidos por los gérmenes piogénicos, ó por lo menos heridos profundamente en su actividad vital.

Los vasos linfáticos son, por el contrario, víctimas precoces del proceso neoplásico. Los ganglios pélvicos, los lombares y aun los inguinales, son frecuentemente el sitio de metastasis específicas.

Todo el tejido celular pélvico se infiltra de elementos epiteliales. El útero parece ahogado en medio de masas neoplásicas, y pierde rápidamente su movilidad. Los nervios son comprimidos, desorganizados, y diseminadas sus fibras en el neurilema completamente degenerado.

Los vasos sanguíneos sufren compresiones y aun algunas veces perforaciones que ocasionan no solamente hemorragias formidables, sino embolias cancerosas en otros órganos.

Los uréteres, rodeados por masas cancerosas, se aplastan y ocasionan ectasis urinarias en ellos mismos y en los riñones: de aquí todas las lesiones de las *urétero-pielo-nefritis* y aun las de la uremia.