

agua. En cada inyección se administraban 18 centigramos del extracto, introduciendo la cánula de la jeringuilla en la región hipogástrica.

Este tratamiento produce desde el principio un ergotismo tan grave en algunos casos, que es necesario abandonarlo; y otras veces da origen á pequeños y dolorosos abscesos; pero según Hildebrandt, este último inconveniente se obvia haciendo penetrar la cánula directamente en el tejido areolar subcutáneo. Cuando, por alguna idiosincrasia de la enferma, no pueda recurrirse al método subcutáneo, como sucedió en dos de los nueve casos de Hildebrandt, se administrará el cornezuelo de centeno por la boca ó el recto, con la esperanza de excitar la contracción tónica del útero, de disminuir su vascularidad, y de minorar los flujos sanguíneos y mucosos, y el crecimiento consecutivo del tumor.

Desde que se publicó el método de Hildebrandt lo he adoptado en algunos casos; y aunque no he alcanzado tan buen éxito como él, me siento dispuesto á recomendarlo, persuadido de que promete excelentes resultados (88).

Procedimientos quirúrgicos.—El buen éxito en la extirpación de estos tumores por los procedimientos quirúrgicos que pasamos á considerar, depende de dos elementos: 1º, del grado de prominencia que forme el tumor en la cavidad uterina; 2º, del grado de dilatación del canal del cuello. No quiero decir que dichos elementos determinen la oportunidad de la operación, pues es posible que pueda extirparse el tumor aun cuando sea en gran parte intersticial, causando sólo una ligera prominencia de la mucosa hácia adentro, y encontrándose el canal cervical completamente contraído; pero la extirpación entónces es mucho más difícil, y pone en mayor peligro la vida de la enferma. El fibroide intersticial excita contracciones uterinas que de ordinario concluyen por desalojarlo hácia la superficie, convirtiéndolo en sub-seroso ó sub-mucoso. En ámbos casos arrastra consigo una capa de tejido uterino que lo cubre, y que, cuando penetra en la cavidad de la matriz, es una de las circunstancias que impiden su expulsión á la vagina, siendo otra la contracción del cuello. Algunas veces la naturaleza vence, sin otro auxilio, estos obstáculos; pero el arte los quita del medio cuando son demasiado potentes para aquella.

Antes de practicar cualquier procedimiento con objeto de extirpar cuerpos fibroideos de la cavidad del útero, se dilatará completamente el cuello; lo cual puede efectuarse por tres métodos distintos:—

1º. Se puede dilatar gradualmente el cuello, romper poco á poco las inserciones del tumor, y efectuar lentamente su expulsión, por medio del cornezuelo de centeno.

2º. Puede dilatarse rápidamente el cuello, en parte ántes, y en parte durante la operación.

3º. Puede dilatarse gradual y completamente el cuello ántes de proceder á la operación quirúrgica.

Por el primer método se dilata el cuello con los dilatadores ordinarios; su porción vaginal se corta con tijeras hasta el punto donde se une con la vagina; las fibras del canal, que forman el orificio interno, se dividen con un cuchillo pequeño; la hemorragia se contiene por medio del taponamiento; y se administra el cornezuelo de centeno con objeto de causar la expulsión del tumor, y aumentar la distensión del cuello. Estas medidas preparatorias contienen por lo general la hemorragia, y por lo tanto se demorará indefinidamente la intervención ulterior, continuando en el ínterin la administración del cornezuelo de centeno, y cuando pueda alcanzarse la adherencia que une el tumor al útero, se romperá con el dedo ó con un instrumento embotado (89).

Por el segundo método, se ensancha el cuello con los dilatadores, y se corta de la manera que se acaba de explicar, al tiempo de la operación.

Por el tercero, se hace la dilatación completa de la manera indicada, ó se incide con unas tijeras ó cuchillo, manteniendo y aumentando la dilatación hasta el tiempo de la operación, que no distará mucho, por medio de saquillos de agua. Los saquillos de agua ordinarios, que se conocen con el nombre de *dilatadores de Barnes*, además de no ser suficientemente poderosos para dilatar el cuello del útero no puerperal, efectúan la dilatación de una manera irregular. El instrumento de Molesworth, que se ve en la Fig. 143, y que es mucho más eficaz en

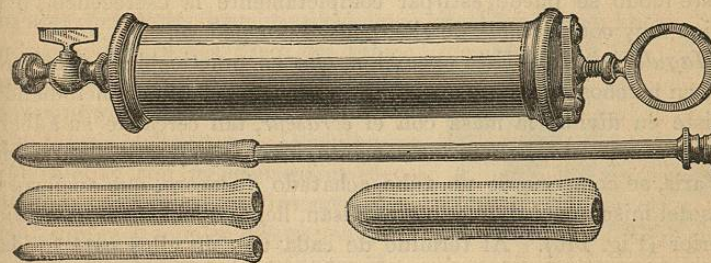


Fig. 143.—Dilatador cervical de Molesworth.

estos casos, se compone de un juego de saquillos largos de caucho puro, contruidos de manera que se dilaten lateralmente sin alargarse, y de una bomba repelente niquelada, movida por un tornillo, con cuyo movimiento se hace que el aire, ó el agua, entren por fuerza en el saquillo, á fin de dilatarlo con la rapidez ó lentitud que se desee. Cada instrumento está provisto de una llave pequeña, con la cual puede el operador, si quiere, apartar la bomba, dejando el saquillo en su lugar, y continuar de esa manera la dilatación por tiempo indefinido.

También tiene cada instrumento dos saquillos; el diámetro del más pequeño es de $\frac{1}{4}$ de pulgada, y se puede dilatar hasta $\frac{1}{2}$ ó $\frac{3}{4}$ de pulgada; y el del más grande, de $\frac{1}{4}$ de pulgada, pudiendo dilatarse hasta 1, ó $1\frac{1}{2}$ pulgada.

Escision.—Cuando un fibroide sub-mucoso pequeño forma eminencia en la cavidad uterina, puede estirparse dividiendo el pedículo con tijeras, cuchillo, ú otro cualquier instrumento cortante. Si se encuen-



Fig. 144.—Políprito de Aveling.

tra al alcance del cuchillo ó de las tijeras, bastarán para estirparlo; pero si la insercion del tumor es mas arriba en la cavidad de la matriz, podrá emplearse el políprito de Aveling con buenos resultados.

La estirpacion puede efectuarse tambien por medio del fórceps de Nélaton, (Fig. 145,) ó con unas tijeras corvas, de tallo largo, con las

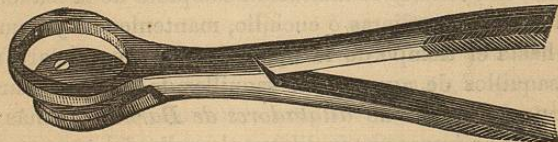


Fig. 145.—Fórceps de Nélaton.

cuales se estirpará tanta parte del tumor cuanto abracen sus hojas; y de este modo se puede estirpar completamente la escrescencia, ó una porcion muy considerable de ella, pedazo por pedazo.

Magullamiento.—Esta operacion, que es practicable y debe preferirse, en muchos casos en que puede estirparse el tumor incindiéndolo, consiste en dividir la masa con el *écraseur*, tan cerca de su adherencia como sea posible. Este instrumento, inventado por M. Chassaignac, de Paris, se compone de un tubo achatado de acero, que encierra dos tallos del mismo metal, que lo atraviesan, llegando hasta su estremidad superior (Fig. 146). Al término de cada uno de ellos está unida la

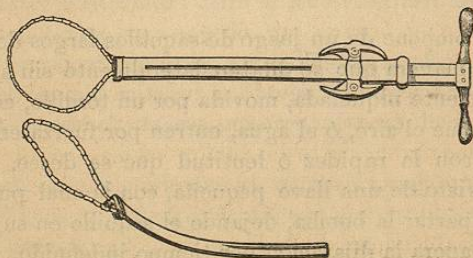


Fig. 146.—Écraseurs recto y corvo.

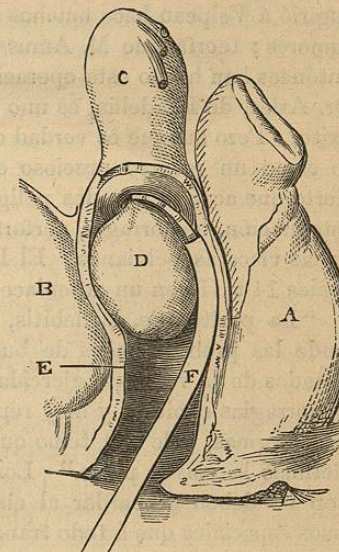
estremidad de una cadena, con la cual se rodea la parte que ha de estirparse; y retrayendo los tallos con un movimiento giratorio que se im-

prime al otro extremo, se va apretando la cadena lenta y progresivamente alrededor del tumor, hasta que al fin lo corta. No solamente presenta el *écraseur* la gran ventaja de impedir la hemorragia, sino que la esperiencia demuestra que el desarrollo de la inflamacion es mucho ménos probable despues de su uso que despues del de los instrumentos cortantes. Cuando el tumor es pequeño, y, habiendo franqueado el útero, cuelga en la vagina, puede aplicarse la cadena del *écraseur* con los dedos como si fuera un asa; pero cuando es pequeño, y su asiento es la cavidad del útero, ó si es voluminoso y se encuentra ya en la vagina ó ya en el útero, puede ser necesario pasarle primero alrededor, con una cánula, un cordon que sirva para colocar la cadena en su lugar; la cual se une despues al *écraseur*.

El uso del *écraseur* se hace á veces tan dificultoso que viene á ser ineficaz; y entónces el *écraseur* de hilo de alambre del Dr. Braxton Hicks, da escelentes resultados. El alambre constrictor es firme, delgado y fácil de manejar; y con él se puede enlazar un tumor que no podría alcanzarse con el intrumento de Chassaignac.

Cuando el tumor es voluminoso y ocupa enteramente la vagina, puede estirparse del todo, bien trayéndolo hácia abajo y afuera á favor del fórceps obstétrico, ó bien cortándolo pedazo por pedazo hasta alcanzar su base. Por el primer método, que Desault y Herbineaux fueron los primeros en recomendar y practicar, se invierte el útero temporalmente, se estirpa la escrescencia con el cuchillo, las tijeras, el gálvano-cauterio, ó el *écraseur*, y en seguida se reduce el órgano, no sin haber ántes tocado la superficie herida, si sangra, con un cauterio calentado al blanco. El segundo método se practica mejor con la cauterizacion galvánica ó el *écraseur*, y consiste en rodear y cortar con el alambre ó la cadena tanta parte del tumor como sea posible; repitiendo este procedimiento hasta estirpar la escrescencia en su mayor parte, ó totalmente.

Avulsion.—Habiéndose dilatado el cuello, se agarra el tumor con pinzas y se tira de él con firmeza, y haciendo un movimiento ligero de rotacion; á lo cual pueden ceder sus adherencias uterinas, desprendiéndose el tumor. Si no sucediere así, el operador introduce una mano en la vagina y dos dedos en el útero, con los cuales arranca las in-

Fig. 147.—El *écraseur* colocado.

serciones de la escrecencia separándola de esa manera. Mientras dura la operacion, un ayudante mantiene firme el útero y lo deprime con una mano colocada sobre el hipogastrio. El Dr. West dice¹ que "la avulsion violenta del pólipo es una operacion brutal y peligrosa, resto de la antigua cirujía bárbara;" pero el Dr. Duncan ha defendido recientemente con mucha habilidad este método; contra el cual creo que se espresa el Dr. West con demasiada vehemencia.

Enucleacion.—Este procedimiento se presenta como un recurso eficaz y precioso en aquellos casos en que el pedículo del tumor es tan ancho, ó este se encuentra tan adentro en el parénquima, que es imposible practicar ninguno de los procedimientos que se acaban de describir. Ya he dicho que las conexiones de los fibroides sub-mucosos, y aun de los intersticiales, con la pared uterina, no son firmes; hallándose aquellas rodeadas de una capa de tejido celular flojo. Este hecho sugirió á Velpeau hace muchos años la idea de poderse enuclear dichos tumores; teoría que M. Amussat puso en práctica en 1860; y desde entónces han hecho esta operacion muchos cirujanos, entre los cuales el Dr. Atlee, de Filadelfia, es uno de los que la han practicado con mejor éxito. Pero aunque es verdad que debe considerarse este procedimiento como un recurso precioso en muchos casos difíciles, no es ménos cierto que acarrea grandes peligros, y que puede causar la muerte por estenuacion, hemorragia, perforacion del útero, pioemia, ó inflamacion de las vísceras pelvianas. El Dr. West refiere 28 operaciones, de las cuales 14 tuvieron un desenlace funesto.

"La peritonitis, la flebitis, y la pioemia, dice el Dr. West, calculando las probabilidades de buen éxito que ofrece la enucleacion, resultados de la violencia ejercida en el útero de mujeres estenuadas por hemorragias copiosas y muy repetidas, son peligros de que escapan pocas enfermas, y de que temo que la estadística exacta pruebe que son víctimas la mayor parte." Los riesgos que se corren con esta operacion no deben acobardar al cirujano, ni alejarlo de recurrir á ella en casos especiales que á todo trance requieran auxilio; pero sí deben animarlo á agotar los medios paliativos ántes de practicar la enucleacion, que debe considerarse, cuando los tumores son grandes, como el último recurso. Yo he estirpado por este método, y el de la avulsion, siete tumores de diversos tamaños, desde el de un huevo de gallina al de uno de pava, y todas mis enfermas sanaron; y si otras dos perecieron, fué de resultas de los esfuerzos hechos para dilatar el cuello, ántes de la operacion.

La enucleacion puede ser inmediata, por cuyo método los dedos del operador estirpan de una vez la escrecencia; ó gradual, consistiendo este método en que los dedos del cirujano inauguran simplemente el procedimiento que las contracciones del útero se ven escitadas á completar.

¹ 1864.

Para practicar la enucleacion por el primer método, se dilata completamente el canal del cuello; efectuado lo cual, se coloca la enferma de espaldas sobre una mesa fuerte, encargándose los ayudantes de sostener las piernas. Un ayudante deprime con firmeza el útero, haciendo presion sobre el abdómen; y el operador abre la cápsula con tijeras guiadas por dos dedos. En la abertura practicada introduce el dedo índice, y con él fija el tumor; efectuado lo cual, hace, con tijeras, ó con un bisturí de boton, una incision crucial al traves de la cápsula, estendiéndola cuanto sea posible. En seguida, introduciendo cuidadosamente una mano en la vagina, y empujando el útero hácia la vulva con la otra, ayudada por la de un ayudante, procede á separar hácia atras la cápsula y á enuclear gradualmente el tumor. Por lo general se obtendrá el resultado apetecido, formándose de ese modo un orificio artificial para que salga la escrecencia de su cápsula. Si la vagina no se dilata fácilmente, conviene prepararla para estas maniobras á beneficio de inyecciones calientes, y distendiéndola gradualmente con saquillos de agua.

Cuando se opera por el segundo método,¹ se dilata ó incinde el cuello del útero, y en seguida se hace una larga incision crucial sobre la parte del tumor que se presente; los bordes de la cápsula se separan con el dedo; y se somete á la enferma á la administracion sistemática y continuada del cornezuelo de centeno, con la esperanza de que el cuerpo del tumor franquee la abertura artificial, y sea espulsado por los esfuerzos de la matriz. El Dr. Grimsdale² refiere un caso interesantísimo en que ocurrió la espulsion de esta manera; y el Dr. Meadows, de Lóndres, que ha sostenido con energía la eficacia de este método, ha relatado últimamente otros muy notables. Algunas veces será preferible incindir la cápsula formando así una abertura para dar salida al tumor; pero otras será mas prudente desprender este por todos lados de su punto de insercion, y repetir el procedimiento á medida que descienda la escrecencia.

Ya he dicho que cuando la estrechez del cuello está vencida, y librado el tumor de la cápsula que lo encierra, desaparecen los obstáculos principales para su espulsion. Con la enucleacion se logra artificialmente lo que la naturaleza no pudo efectuar. Antes de recurrir á la enucleacion por cualquiera de los dos métodos indicados, es necesario, en primer lugar, asegurar la completa dilatacion del canal del cuello; y en segundo lugar, adquirir un conocimiento exacto con respecto á las inserciones del tumor. La primera se efectúa por los métodos ya mencionados; y el segundo, á no ser en los casos en que el tumor es casi enteramente intersticial, se puede alcanzar haciendo uso del instrumento representado por la Fig. 148, despues de efectuada la dilatacion.

¹ El Med. Times and Gaz., de agosto de 1857, contiene un resumen escelente de esta materia, por Mr. J. Hutchinson, que comprende ámbos métodos de enucleacion, el inmediato, y el gradual; y hago particular mencion de esto por cuanto algunos escritores mas recientes parece que consideran dicho procedimiento como enteramente nuevo.

² Liverpool Med. and Surg. Journ., Enero, de 1857.

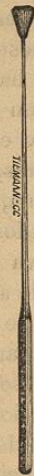


Fig. 148.—Sonda elástica de ballena para descubrir las inserciones de las escrescencias intra-uterinas.

Este instrumento se introduce, pasándolo sucesivamente por las superficies anterior, posterior y laterales del tumor; y en cuanto lo detenga la base ó insercion de la escrescencia, se mide, poniendo un dedo sobre la sonda en el orificio esterno; de esta manera se descubre exactamente el lugar y estension de la base, los que tendrá el cirujano muy presentes al tiempo de operar. Este método será ineficaz cuando el tumor no forme sino una pequeña prominencia en la cavidad uterina; siendo entónces necesario explorar con el dedo las inserciones de la escrescencia, que será entónces casi intersticial (90).

Gastrotomía.—Los tumores sub-peritoneales se hallan mucho ménos al alcance del tratamiento quirúrgico que los sub-mucosos, pero sus resultados son al mismo tiempo ménos perjudiciales; aunque algunas veces provocan síntomas tan alarmantes, que exigen su estirpacion; y esta se ha efectuado haciendo una incision al traves de las paredes del abdómen. El procedimiento es, sin duda, formidable; pero merece consideracion, ya que ha sido repetidas veces coronado con el buen éxito, en casos que no eran susceptibles de alivio por ningun otro medio; y cuando el tumor es sub-peritoneal, claro es que su práctica vendrá á ser materia no de preferencia, sino de deber, si la debilidad progresiva de la enferma indica con certeza que no tardará en venir la muerte.

Las probabilidades de buen éxito dependerán mucho del carácter de las conexiones del tumor con el útero y con otras vísceras del abdómen. Desgraciadamente es imposible averiguar con exactitud la estension de aquellas ántes de practicar la seccion abdominal, y la exploracion por medio del tacto, que de suyo es peligrosa, aunque no tanto como pudiera suponerse á primera vista; así que es preciso recurrir á ella en caso de duda. El Dr. John Clay refiere 23 casos en que se adoptó, y de ellos hubo 16 de restablecimiento, 3 en que sobrevino la muerte, y de 4 no se menciona el resultado.

En la actualidad es contraria la opinion de la mayor parte de los profesores á la estirpacion de los fibroides uterinos por la gastrotomía; aunque no mas de lo que era hace veinte años con respecto á la ovariomía. Es muy probable que á medida que la experiencia disminuya los peligros que en la actualidad trae consigo el procedimiento, se recurra á él por razones análogas á las que en el dia nos hacen estirpar los tumores ováricos, considerándolo, como esta última operacion, un proceder practicable y conveniente. Este modo de ver, basado en estadísticas recientes, se deja traslucir tambien en las opiniones modificadas de escritores modernos. M. Courty, despues de mencionar los malos

resultados del procedimiento, y la impresion desfavorable que produjeron, añade que “las operaciones recientes tienden á modificar nuestra opinion, como ha sucedido con respecto á la ovariomía,”¹ aserto en que parece que se columbran los cambios que se efectuarán en el porvenir con respecto á esta materia. Es verdad que hasta ahora los datos estadísticos no presentan el procedimiento bajo una faz favorable; pero el Profesor Storer afirma que, “la mortalidad de las primeras estirpaciones uterinas no escedió de la de muchos grupos aislados de la otra operacion.”

Péan,² de Paris, refiere 9 casos de tumores fibrosos ó fibro-quísticos, en que practicó la gastrotomía, y cuyos resultados fueron 7 curaciones y 2 muertes. “La amputacion del segmento supra-vaginal de la matriz, dice este autor, no es un proceder de mucho mayor gravedad que la estirpacion de quistes ováricos complicados con adherencias.” . . . Y añade: “La ablacion del útero es una operacion perfectamente justificable, que el cirujano puede, en ciertas circunstancias, practicar con igual propiedad que la ovariomía.” Péan da cuenta de 44 casos en que diferentes autores practicaron la ablacion parcial ó completa del útero por la gastrotomía, dando por resultado 14 curaciones, y 30 muertes, lo que equivale á 31.82 enfermas curadas de cada 100 (91).

Cierto es que no nos aventuramos demasiado al decir que si el fibroide es pedunculado, y no presenta adherencias, su estirpacion no es mucho mas peligrosa que la operacion ordinaria de la ovariomía; que cuando se encuentra completamente amalgamado con el útero, ó adherido de tal modo á las partes adyacentes que su desprendimiento sea muy difícil, se podrá desistir de la operacion, habiendo aprovechado la enferma su única oportunidad de curacion sin correr gran peligro; y que, aun cuando la estirpacion del tumor implique la del útero y de los ovarios, todavía podrá abrigarse la esperanza de salvar á la enferma, como lo demuestra el siguiente cuadro preparado por el Profesor H. R. Storer:³

El procedimiento es, sin duda, formidable; pero merece consideracion, ya que ha sido repetidas veces coronado con el buen éxito, en casos que no eran susceptibles de alivio por ningun otro medio; y cuando el tumor es sub-peritoneal, claro es que su práctica vendrá á ser materia no de preferencia, sino de deber, si la debilidad progresiva de la enferma indica con certeza que no tardará en venir la muerte.

	Operaciones.	Muertes.
Clay	3	2
Heath	1	1
Burnham	9	7
Kimball	3	2
Parkman	1	1
Peaslee	1	1
Koerberlé	1	0
Baker Brown	1	1
Wells	1	1
Sands	1	1
Buckingham	1	1
Storer	1	0
	<hr/> 24	<hr/> 18

Curaciones 1 de cada 4, ó 25 por 100.

¹ Ob. cit., p. 977. ² Hystérotomie, por J. Péan, y L. Urdy. Paris, 1873. ³ “On Removal of the Womb and both Ovaries.”

Es de temer que, aunque los datos estadísticos que se acaban de presentar demuestran una gran mortalidad, den lugar á que se vean los resultados de esta operacion como mas favorables de lo que justifique una esperiencia mas dilatada. Desde que se publicó el cuadro que, antecede, se ha estirpado varias veces el útero en este país con los siguientes resultados :¹

	Operaciones.	Muertes.
Storer, de Boston ²	4	4
Cutter, de Newark ²	2	2
Wood, de Cincinnati ³	1	1
Hackenberg, de Hudson ³	1	1
Atlee, de Filadelfia ³	2	1
Weber, de Cleveland ³	1	1
Gaillard Thomas ⁴	1	1
	12	11 (92).

El cirujano no deberá jamas intentar la estirpacion de un fibroide uterino por la gastrotomía, si no se encuentra resuelto á estirpar el útero con el tumor, si fuere necesario ; pues la conexion entre ámbos es con frecuencia tan íntima, que el mas hábil diagnosticador no puede descubrir las inserciones del tumor ; y ha sucedido muchas veces que aun despues de separada la masa del cuerpo, su relacion con el útero se ha descubierto sólo á favor de un exámen hecho con inteligencia y prolijidad. El Dr. Farre menciona una preparacion de uno de los museos de Lóndres, que se tenía por tumor macizo del ovario, y que él demostró que era un tumor uterino, despues de hacer un exámen atento y de descubrir que lo penetraban las trompas de Falopio. El Profesor Ellis identificó de la misma manera uno de los tumores estirpados por el Dr. Storer ; descubriendo distintamente, mediante un exámen minucioso, la entrada de las trompas uterinas en la cavidad del cuerpo.

La operacion se practica exactamente lo mismo que la de ovariectomía, con la sola diferencia de que el pedículo del tumor es el cuello uterino ó porcion superior de la vagina ; esta parte se punza, y en seguida se pasa una ligadura doble y se atan sus dos extremos. Los accidentes que por lo general han ocasionado la muerte en casos de gastrotomía, son:—

- 1°. Conmocion ó colapso primitivo ó secundario ;
- 2°. Hemorragia ;
- 3°. Peritonitis ;
- 4°. Septicemia.

El primero de estos puede limitarse con los medios que en la actualidad poseemos, segun lo ha indicado ya el Profesor Storer ; los méto-

¹ Dejo esta asercion segun se hizo en 1872.

² Comunicacion personal.

³ New York Med. Record, Enero 18, 1868.

⁴ Estirpacion del útero y de ámbos ovarios junto con un tumor fibroso de 50 libras, Mayo 19, 1874.

dos perfeccionados de hemostasis que se hallan á nuestro alcance, minoran el peligro del segundo ; y el conocimiento del hecho de que por medio del drenaje quirúrgico, para mantener la cavidad peritoneal desembarazada de sangre y otros flúidos, se disminuyen notablemente las probabilidades de que se desarrollen los accidentes tercero y cuarto, nos ayudará á evitarlas en lo sucesivo.

He tratado de poner á la vista, tales como son, los hechos relativos á la gastrotomía en casos de neoplasmas uterinos ; evitando escrupulosamente toda parcialidad ó preocupacion al manifestarlos. Nadie puede en la actualidad prever el concepto en que dicho procedimiento se llegará á tener en el porvenir ; pero de lo que sí estamos seguros, aun en el dia, es de que aquellos que se abstienen de hacer prueba del único método con que á veces puede salvarse la vida, y se escudan contra la censura que merecen, reprobando y condenando á los que tratan de proporcionar á la enferma toda oportunidad de prolongar la vida, están oponiéndose á la marcha del progreso de la manera mas culpable.

Yo he recurrido en casos de fibroides uterinos á todos los métodos descritos, y no recomiendo ninguno de ellos de un modo puramente teórico. Por cuanto cada caso requiere un tratamiento especial, que debe elegirse cuidadosamente, puesto que de lo atinado de la eleccion depende en gran manera el buen éxito, procuraré presentar al lector algunas reglas que le sirvan de norma para ello :—

1°. Cuando el tumor forma prominencia en la cavidad uterina, y se puede cogerlo con la cadena del *écraseur* ó el alambre del gálvano-cauterio, se estirpará por uno de estos medios. Si el empleo de estos no es practicable, ó la base de la escrescencia es pequeña y accesible para las tijeras, se hará uso de estas.

2°. Cuando, á pesar de sobresalir en la cavidad uterina, el tumor es de naturaleza tal que no es posible escindirle ni rodearlo con un lazo metálico, se debe recurrir á la avulsion.

3°. Cuando el tumor es en cierto grado intersticial, ó su base es muy estensa, (Fig. 149,) la enucleacion se presenta como recurso muy precioso.

4°. Si el tumor es sub-seroso, y es evidente que su continuacion ha de matar á la enferma, la gastrotomía es el último recurso.

5°. En resumen : no pudiendo fijarse reglas absolutas para determinar la eleccion del procedimiento para los diversos casos de esta afec-

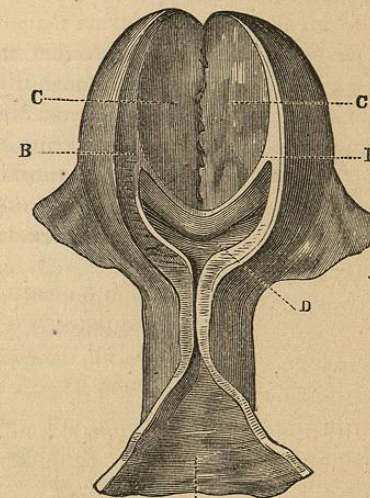
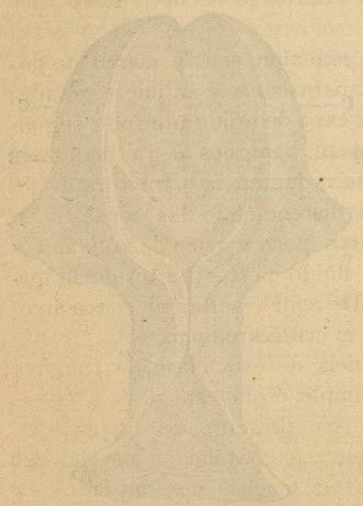


FIG. 149.—Fibroide sub-mucoso.

cion, sentemos de un modo general que la escision, el magullamiento ó el gálvano-cauterio son preferibles, cuando pueden practicarse *sin mucha manipulacion dentro de la cavidad uterina*. Si el tumor sobresale marcadamente en la cavidad uterina, y el pedículo no es muy grande, se recurrirá á la avulsion; pero si el pedículo es grande, ó la escrecencia es en gran parte intersticial, la enucleacion presenta la mayor probabilidad de buen éxito. La enucleacion inmediata deberá preferirse siempre que sea practicable; pero si se requieren esfuerzos demasiado violentos ó prolongados, se elegirá la enucleacion gradual.

En estas operaciones el buen éxito, mucho mas que de la habilidad en estirpar la escrecencia, depende de la previa dilatacion completa del canal cervical por el operador (93).

La gastrotomía debe practicarse solamente cuando pelagra la vida.



CAPÍTULO XXXII.

CISTO-FIBROMAS, Ó TUMORES FIBRO-QUÍSTICOS DEL ÚTERO.

Definicion, sinónimos, y frecuencia.—Pasemos ahora á tratar de una variedad de tumor uterino compuesto, que diferentes autores han descrito bajo los nombres de cisto-fibroma, cisto-sarcoma, cistoide, y tumor fibro-quístico.

Nuestro conocimiento de estas escrecencias es reciente, y todavía en extremo elemental; y por ser muy escaso en cuanto á dos de sus aspectos principales, á saber, su diagnóstico, y el poder diferenciarlo de otras formas de tumor abdominal, se han padecido errores graves y frecuentes. La materia, sin embargo, es actualmente objeto de mucha atencion; y ya podemos formar conclusiones exactas y seguras respecto de dichos tumores por medios que nos eran desconocidos hasta hace pocos años.

Los quistes suelen desarrollarse en conexion con la matriz de dos modos del todo distintos; primero, el quiste crece y adquiere grandes dimensiones, hallándose envuelto en una capa de tejido uterino; segundo, los tumores duros del útero, ya sean benignos ó ya malignos, sufren una degeneracion quística, es decir, que en la estructura de un tumor duro se desarrollan quistes, que distendiendo los espacios en que se formaron primitivamente, aumentan poco á poco de volúmen y quizas se multiplican, hasta llenarse de flúido ciertas partes de lo que ántes constituía una escrecencia dura. De aquí resultan el cisto-sarcoma, el cisto-fibroma, el cisto-condroma y el cisto-carcinoma.

No hay que suponer que la frecuencia de esta clase de tumores admite comparacion con la del fibroide simple, ó que este se ve á menudo afectado de degeneracion quística. Su presentacion no es muy comun; pero sí lo bastante para que merezca la atencion especial del ginecólogo; y como ha sucedido con otras muchas enfermedades, su observacion especial ha demostrado que ocurre con mucha mas frecuencia de lo que ántes se suponía. Koeberlé¹ dice que hasta el año de