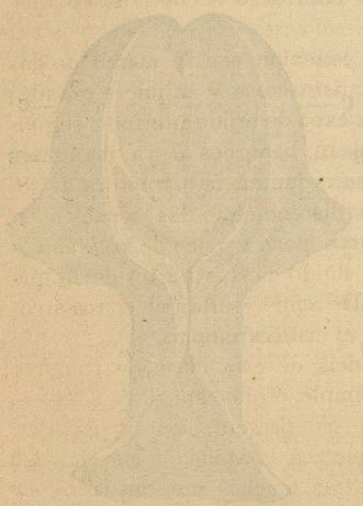


cion, sentemos de un modo general que la escision, el magullamiento ó el gálvano-cauterio son preferibles, cuando pueden practicarse *sin mucha manipulacion dentro de la cavidad uterina*. Si el tumor sobresale marcadamente en la cavidad uterina, y el pedículo no es muy grande, se recurrirá á la avulsion; 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

1869 sólo se habían observado 14 casos, de los cuales 2 se descubrieron despues de la muerte; pero el Dr. C. C. Lee,¹ reunió en el mismo año 19 casos, de los cuales 9 ocurrieron en los Estados Unidos, 8 en Inglaterra, y 2 en Francia; y el Dr. E. R. Peaslee,² decía en 1872 que había observado 10 casos en los dos últimos años, y no ménos de 50 desde su primera operacion de ovariectomía en 1850.

Patología.—Los patólogos han descrito diversos modos de formarse dentro de los tumores fibroides, cavidades que se llenan despues de un líquido seroso, sero-sanguinolento, ó coloídeo, á consecuencia del desarrollo en su interior de una membrana secretoria que les sirve de tapiz. Segun Klob³ “suelen encontrarse en lo interior de algunos tumores fibroídeos cavidades que pueden haberse formado de diversos modos. Son tal vez resultado de una condicion hidrópica; ó bien el tejido conjuntivo del tumor sufre una metamórfosis coloídea, (degeneracion mucosa,) que principia en el centro del tumor, y de resultas de la cual su sustancia se convierte en un flúido sero-albuminoso. Por último, las hemorragias en la sustancia de un tumor pueden conducir á la formacion de cavidades idénticas á las que han recibido el nombre de quistes apopléticos.” Billroth,⁴ aludiendo á los quistes neoplásticos, dice que “resultan principalmente del reblandecimiento de un tejido anteriormente alterado por una infiltracion de células, ó la sustancia de un tumor duro. Tan pronto como la nueva formacion se divide en bolsa y contenidos líquidos, principia en algunos casos una secrecion por la pared interior de la bolsa; de manera que el quiste reblandecido se transforma en quiste por secrecion ó exudacion y así crece. Cualquiera tejido abundante en células puede convertirse en asiento de un quiste por la metamórfosis mucosa del protoplasma, ó lo que otros han llamado la separacion de la sustancia mucosa por medio de las células, sin relacion alguna con el desarrollo de glándulas mucosas.” Este autor pasa en seguida á comparar el modo de formarse las colecciones de líquido en el fibroma y el condroma, con el desarrollo de las articulaciones en los miembros del feto por el reblandecimiento mucoso del tejido cartilaginoso que compone los huesos de los miembros, y añade que “es posible que los quistes serosos ó sero-mucosos, muchas veces en forma de hendidura con paredes lisas, que se observan en el mioma uterino, sean espacios linfáticos dilatados enormemente;” teoría que anunció Cruveilhier por primera vez.

Ya se deja ver que es algo impropio aplicar el término *degeneracion quística* á esta enfermedad, por cuanto las colecciones líquidas que tienen lugar, mas que de un verdadero desarrollo quístico, resultan de liquefaccion. No obstante, continuaré empleando dicho nombre.

La degeneracion quística es mucho ménos frecuente en los fibroides

¹ Diagnosis of Ovarian from Fibro-cystic Tumors.

² Ovarian Tumors, p. 107.

³ Ob. cit.

⁴ Ob. cit., p. 621.

sub-mucosos y los intersticiales, que en los sub-serosos. Merece citarse el siguiente caso, referido por el Dr. Sims como ejemplo de esta clase de degeneracion en un fibroide. Descríbelo así: “Introduje un trócar, en la parte mas baja del quiste y en direccion de su eje longitudinal, y se evacuaron unos 600 gramos de una serosidad que tenía algun color. La abertura se estendió á dos pulgadas con objeto de impedir que se cerrase. Desde luego se notó una disminucion apreciable en el volumen y la tension del abdomen. El flujo duró algun tiempo; lo que, unido á las inyecciones oportunas, en el fondo mismo del útero, de la solucion de persulfato de hierro en tres ó cuatro partes de agua, contenía prontamente las hemorragias; y á los dos meses salió de alta la enferma, encontrándose muy restablecida y bastante fuerte para hacer á pié seis ú ocho millas de camino.”

Como son pocos los casos de tumores fibro-quísticos referidos en los libros que tratan de la materia, no creo de mas hacer mencion de algunos de ellos. Kiwisch¹ describe uno que ocupaba toda la cavidad pelviana, estendiéndose hasta el cartilago ensiforme. Nació de la pared posterior del útero; tenía por base un tumor fibroídeo del tamaño de un cráneo, envuelto en sustancia uterina, y pesaba 46 libras. Cruveilhier² menciona un caso idéntico. Spencer Wells³ describe dos casos, en uno de los cuales el tumor estaba unido al lado derecho del fondo de la matriz por una ancha prolongacion; su parte sólida pesaba 16 libras; la líquida 26; y una sustancia semi-flúida 4 libras; el útero era el doble de lo natural. En el otro caso existían dos tumores, ámbos con adherencias uterinas, y formados de elementos flúidos y sólidos. El Dr. James L. Little de esta ciudad operó, hallándome presente, en un caso muy interesante de esta afeccion. El tumor, que presentaba una fluctuacion muy oscura, ocupaba toda la cavidad del abdomen, y consistía en un tejido fibroso dispuesto en forma de red, cuyos espacios variaban desde el tamaño de una manzana hasta el de un coco, y estaban llenos de una sustancia coloídea. Esta escrecencia nació de la pared posterior cervical del útero, y el tumor que de este pedículo se desarrollaba, llenaba toda la cavidad abdominal, y se creía ovárico ántes de la operacion.

Síntomas.—Los síntomas de los tumores fibro-quísticos no se diferencian de los fibroídeos sub-peritoneales de igual volumen, y, como estas, causan—

Dislocaciones del útero;
Presion del recto y de la vejiga;
Menorragia, en algunos casos.

Signos físicos.—El útero se halla generalmente aumentado de volumen por el exceso de nutricion resultante de la irritacion formativa,

¹ Citado por Klob, ob. cit., p. 182.

² Klob, ob. cit., p. 182.

³ Dis. of Ovaries, p. 354.

producida por la proximidad y conexiones del tumor, y se encuentra elevado, y delante de la escrescencia. Mediante el tacto combinado con la palpacion abdominal se percibe, no una masa dura, maciza y resistente, sino únicamente una fluctuacion oscura; siendo lo mas comun en estos casos que unos examinadores opinen que el tumor es líquido, y otros que es duro. Al practicarse una puncion con la jeringuilla hipodérmica, se estraee de ciertos lugares una cantidad muy pequeña de flúido, generalmente viscoso y turbio; miéntras que de otros no sale líquido alguno; y si se introdujese un trócar, ó una de las agujas grandes del aspirador, podrían estraerse uno ó dos litros de un flúido espeso de color pajizo, quedando por lo general elementos sólidos. En algunos casos raros de quistes uterinos grandes, podría vaciarse enteramente la bolsa sin hallar siquiera estos signos.

Diagnóstico diferencial.—Muchas autoridades competentes han afirmado que es imposible diagnosticar esta forma de tumores, ó diferenciarlos de los quistes ováricos. Koeberlé dice que “hasta ahora casi todos los autores han dado por imposible el diagnóstico de los tumores fibro-quísticos,” y Baker Brown confiesa que no tiene conocimiento “de ninguna señal distintiva entre los dos.” Spencer Wells manifiesta que aun no sabe que haya nada que, despues de practicada la incision, pueda poner en guardia al operador, á ménos que sea el tinte mas oscuro del saco. Para hacer patente el resultado de semejante dificultad, basta mencionar el hecho de que de los 19 casos de Lee, en 18 se operó en la creencia errada de que los tumores eran quistes ováricos.

Las condiciones con que mas probablemente puede confundirse esta clase de tumores son:

Preñez;
Tumores fibroideos del útero;
Quistes ováricos.

La ausencia de los síntomas gástricos y mamarios que acompañan al embarazo; el que la menstruacion no sólo continúa, sino que manifiesta quizás tendencia á ponerse mas abundante y mas frecuente; la falta de movimientos y pulsaciones fetales, y la duracion del tumor por mas de nueve meses, servirán para distinguir los tumores fibro-quísticos de la primera de aquellas condiciones.

De la segunda se distinguen por la fluctuacion oscura que presentan; por adquirir generalmente mayores dimensiones; por su desarrollo mas rápido; y mas que nada por el derrame de líquido que se sigue á la introduccion del trócar explorador.

El diagnóstico entre estos tumores y los quistes ováricos es muchas veces difícil y no pocas imposible. Las principales circunstancias de que siempre dependerá, y en virtud de las que á veces podrá establecerse, son:

La forma y densidad del tumor;
Su conexion con el útero;
La profundidad del útero;
La rapidez de desarrollo y del efecto en la salud;
Lòs resultados de la puncion;
La naturaleza del líquido estraído.

Hay otros muchos signos diferenciales, pero en los que anteceden es en los que se puede confiar con seguridad. La agrupacion de un gran número de síntomas, mas bien que auxilia, confunde al diagnosticador inesperto; y yo deseo analizar la materia en este lugar como debe hacerse á la cabecera de la enferma.

El diagnóstico se establece por lo regular del modo siguiente:—

1°. El médico habrá notado al practicar la palpacion que la superficie del tumor que supone ser ovárico es particularmente irregular y resistente al tacto, manifestando una fluctuacion oscura sólo en ciertos lugares. Esto despierta en él sospechas, y lo induce á hacer una investigacion completa ántes de darse por satisfecho del diagnóstico que al principio se indicaba.

2°. En seguida examina el útero, y observa que su profundidad, segun lo indica la sonda, es de 3½ á 4 pulgadas; que el órgano, al hacerlo girar sobre el instrumento, aparece unido al tumor; que este parece unirse á la matriz por detras y nacer de ella; y que se percibe la movilidad del útero cuando un ayudante eleva, deprime ó mueve lateralmente el tumor. Esto viene á robustecer las sospechas del médico.

3°. Interroga luego el facultativo á la enferma con mas minuciosidad, y descubre que tiene mas de treinta años (los tumores fibro-quísticos rara vez se manifiestan ántes de los treinta años), y que el tumor ha crecido lenta, pero progresivamente, durante cuatro ó cinco años, sin notable alteracion de la salud. El médico necesita mas datos sobre la materia, y recurre á la evacuacion del líquido por medio del aspirador ó del trócar.

4°. El flúido evacuado es trasparente y de un color pajizo, y al cesar el derrame, se descubre que la bolsa no se ha replegado mas que parcialmente; lo cual, si se instituye un exámen, se verá que no es por la presencia de otros quistes, sino por la de elementos duros que impiden la replegadura de las paredes del saco.

5°. Examina entónces el líquido evacuado y repara que se coagula espontáneamente, y tambien al calor. El contenido del tubo presenta un coágulo grande parecido al de la sangre, en consistencia, pero no en color; y el microscopio revela la presencia de fibro-células particulares que, segun el Dr. Atlee, caracterizan el flúido de los tumores fibro-quísticos, y no el de los ováricos. Es un producto que proviene del tejido en que se forma el quiste, que es el tejido muscular del útero (94).

Todos estos medios, ménos el último, podrían conducir solamente á

una conclusion dudosa, pues cualquiera de ellos es falaz muchas veces en casos típicos, y lo es siempre en los quistes grandes que no presentan mas estructura fibrosa que la que constituye sus paredes. El tumor no será tal vez duro ni irregular; podrá desarrollarse con gran rapidez; el útero puede no presentar aumento de profundidad, y acaso se mueve independientemente del tumor, el cual podrá vaciarse por la puncion. Por otra parte, no es raro observar casos de verdaderos tumores ováricos en que la profundidad del útero está aumentada; en que el tumor y el útero se mueven juntamente á un leve impulso; en que la puncion sólo evacúa parcialmente el saco, dejando existentes masas sólidas; y en que el desarrollo del tumor es lento, é influye poco en la salud general. El Dr. W. L. Atlee¹ hace con mucha justicia la observacion de que "sea cual fuere la esperiencia del cirujano, de nada le valdrá para establecer el diagnóstico diferencial por los métodos de exámenes ordinarios." "Pero, añade este eminente ovariomista, aludiendo á sus errores pasados de diagnóstico, no hay para qué repetir semejantes errores." Este práctico cree llegada la época en que el diagnóstico pueda establecerse de una manera simple y positiva; y verdad es que habremos alcanzado un resultado importantísimo si el método de diagnóstico que él presenta resiste la prueba de la esperiencia. El Dr. Atlee, para diagnosticar el origen de estas bolsas, ya sean uterinas, ováricas, ó de los ligamentos anchos, confía en las propiedades físicas del líquido estraído de ellas. El flúido fibro-quístico es trasparente, de un color de ámbar subido, muy poco denso cuando se acaba de estraer, aunque pronto forma un coágulo duro y macizo, que á las pocas horas se contrae divi-

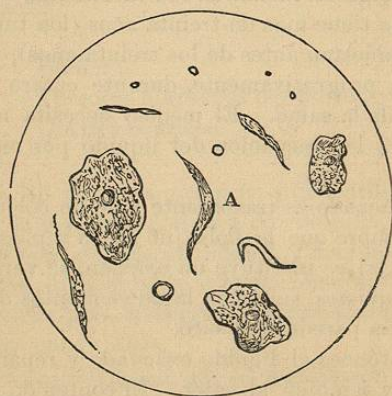


FIG. 150.—Fibro-célula (A) característica de los tumores fibro-quísticos.

diéndose en un cuajaron y una serosidad acuosa. Se coagula al calor, y se asemeja en todo al *liquor sanguinis*. Con el microscopio se descubren en él pocas células. Contiene epitelio, glóbulos grasosos, y una

¹ Ovarian Tumors, p. 263.

fibro-célula representada en la Fig. 150 (A). Esto es característico de la estructura que ha dado origen al quiste.

Curso, duracion, y terminacion.—La marcha de esta forma de tumor es muy lenta; y si bien de carácter mas grave, y desarrollo mas rápido que el fibroide simple, crece con mas lentitud que el quiste ovárico. He tenido últimamente á mi observacion dos tumores muy grandes que se suponían ser de esta naturaleza. Uno de ellos existía hacia once años, y, sin embargo, llenaba la mujer todavía sus deberes de enfermera en un hospital; y si bien es cierto que tenía el abdómen enormemente distendido y andaba con alguna dificultad, no lo es ménos que hasta entónces no se había encontrado del todo imposibilitada. En el otro caso contaba el tumor unos cinco años de existencia, y era bastante grande, cuando la enferma, despues de un ataque que su médico creyó de peritonitis, empezó á mejorar, y su condicion, segun me dicen, es en la actualidad mas favorable que ántes.

Aunque en algunos casos es tal la marcha lenta de la afeccion, en otros agota las fuerzas de la enferma por la irritacion constitucional determinada por la molestia mecánica esperimentada por otros órganos, la menorragia, y la falta de ejercicio y de aireacion.

Pronóstico.—Este es desfavorable. En el estado actual de la terapéutica no es posible el alivio por ningun sistema de medicacion, y la operacion de la gastrotomía promete mucho ménos cuando el tumor es uterino que cuando es ovárico.

Tratamiento.—Con respecto á esta materia es innecesario detenernos á decir mas de lo que ya se ha dicho al tratar de los fibroides uterinos, ó de lo que diremos al hablar de la ovariomía.