

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 erin 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, hysteromas, fibroides, leiomiomas, fibro-leiomiomas y fibromas.*

Entre nosotros es frecuente usar el término *fibromiomas.*

Estos tumores están constituídos 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-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

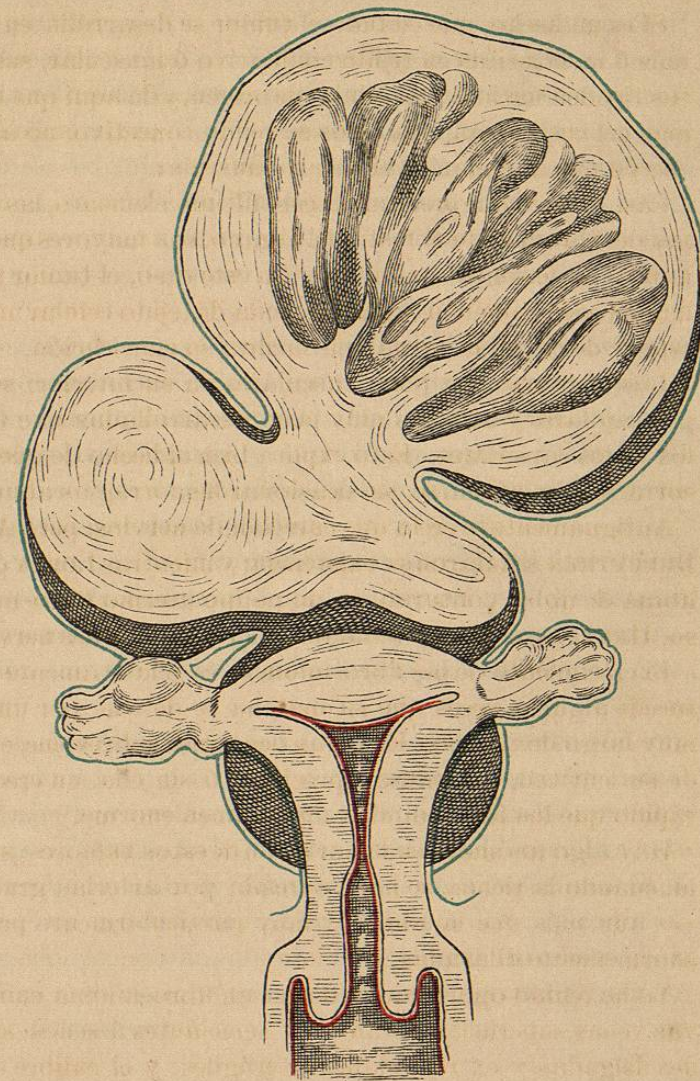


Fig. 15.—Tumor fibro-quístico del útero, de evolución abdominal. (Según BONNET y PETIT).

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 a su vejez, los fibromas se atrofian y disminuyen mucho de volumen, llegando a 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 a 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; cruge 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 *pedras 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 creible sería admitir la propagación á ellos, de carcinomas nacidos en otros tejidos cercanos. La asociación del epitelioma 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*.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

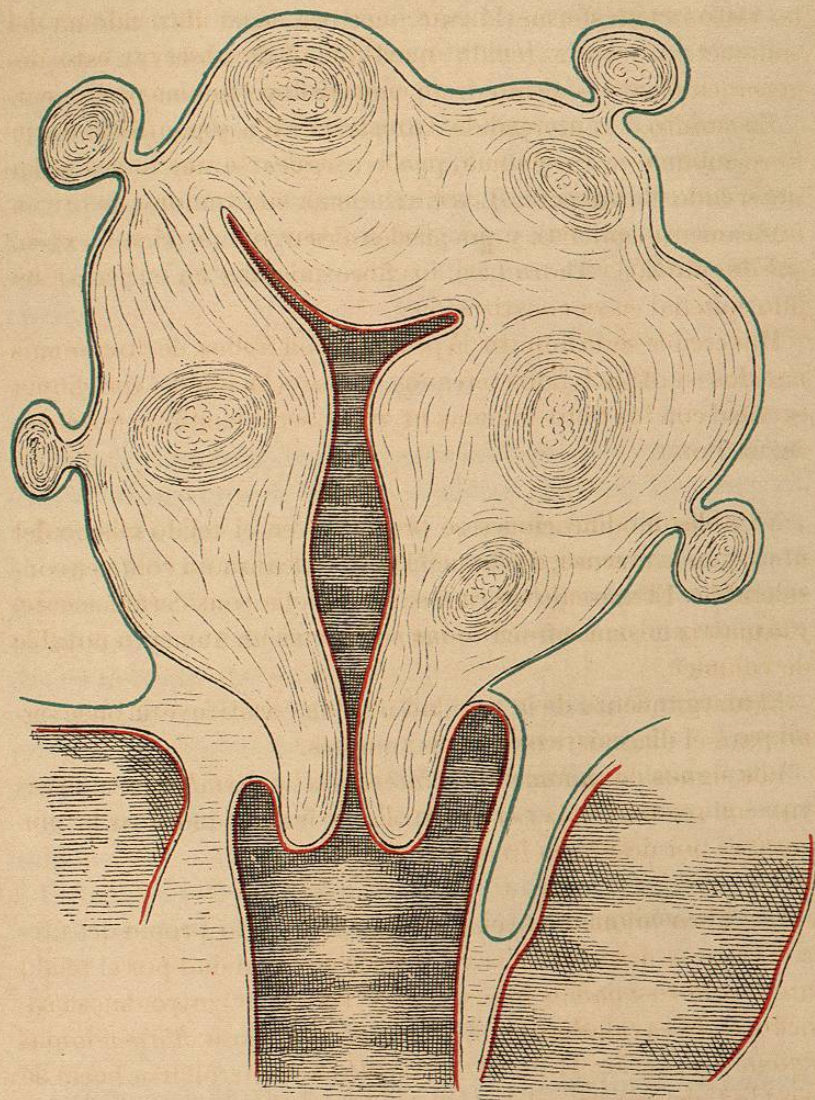


Fig. 16.—Fibro-mioma de la matriz, concomitante con un sarcoma voluminoso de la fosa iliaca derecha, operado por el Dr. Ricardo Suárez Gamboa. (Curación).

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 coeliotomías 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 micrococus 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.