

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.<sup>1</sup> 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*.

<sup>1</sup> 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.

## SÍNTOMAS SUBJETIVOS Y FUNCIONALES.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

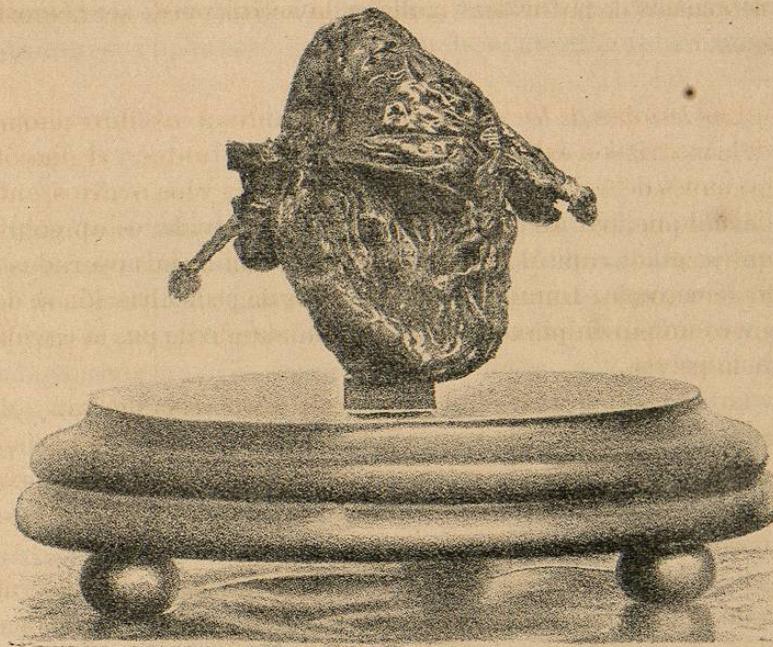


Fig. 17.—Gran fibro-mioma uterino, extirpado por histerectomía. Pieza de mi Museo Ginecológico.

CURACION.

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA

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

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

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

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

#### SIGNOS FÍSICOS.

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

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

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

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

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

La *histerometría* da grandes indicaciones: las dimensiones de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### DIAGNÓSTICO.

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

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

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

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

Como el estado general de la enferma iba agravándose cada