

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 peritoníacos, 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 exacerban 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, derivativos, sangría con ó sin lavado de la sangre, etc., etc. *Extirpación rápida é inmediata del neoplasma.*

b.—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.

Estudiemos 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 epiteloma 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 glicerínada 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-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

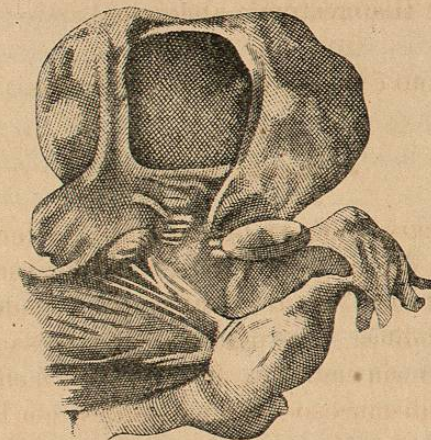


Fig. 20.—Absceso del ovario, consecutivo á una salpingo-ovaritis, complicando un fibro-mioma uterino, operado por el DR. RICARDO SUÁREZ GAMBOA, en compañía del DR. MIGUEL MENDIZÁBAL, de ORIZABA. (Curación).

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 anéxitis 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 histerectomías 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*.¹

Este resultado benéfico no es constante, por desgracia. Las

¹ 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 celulares 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.*

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

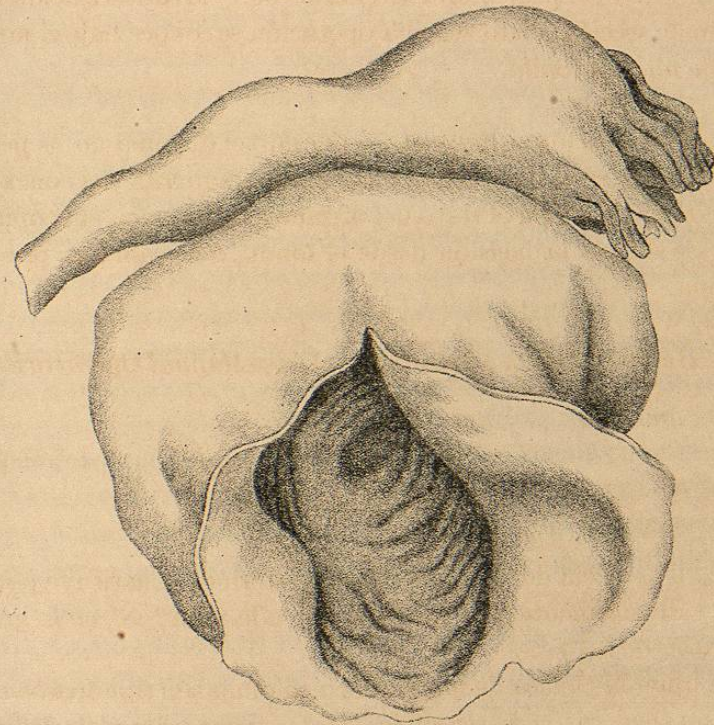


Fig. 21.—Salpingo-ovaritis supurada consecutiva á la necrosis de fibro-miomas, extirpada por la histerectomía. DR. SUÁREZ GAMBOA. (Muerte por septicemia peritoneal).

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA