

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.)

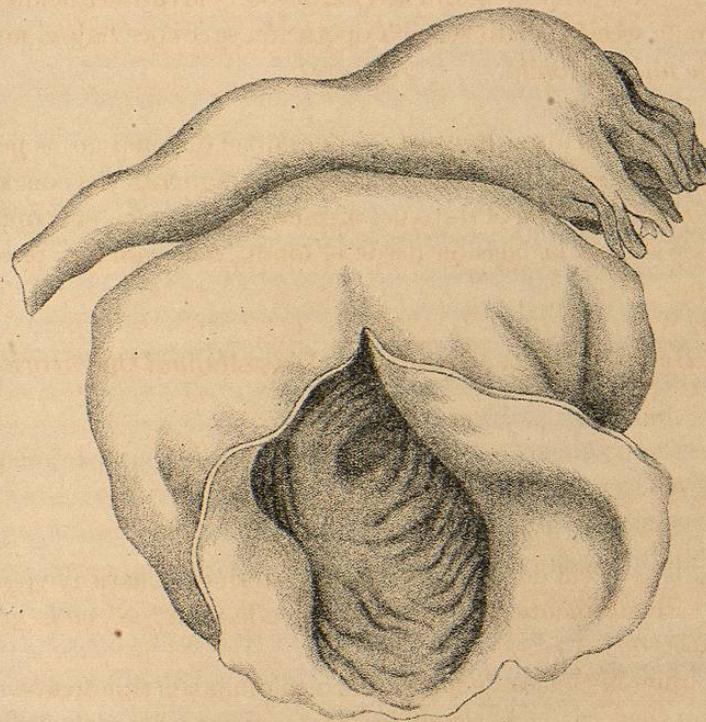


Fig. 21.—Salpingo-ovaritis supurada consecutiva á la necrosis de fibro-miomas, extirpada por la histerectomía. DR. SUÁREZ GAMBOA. (Muerte por septicemia peritoneal).

Esta máxima terapéutica tiene únicamente dos excepciones: en las mujeres que están próximas á la menopausa ó que han llegado ya á ella, cuando el tumor *no duele, no sangra, no comprime y no crece*; y en aquellas mujeres que aun en la época genital, su posición social les permite durar largos períodos en la cama, y su tumor *no crece, sangra poco, no comprime y sus molestias son pequeñas*. En estas últimas se puede no operar; pero no se prometerá no operar en el futuro.

No se trata actualmente en la Clínica ginecológica, si los fibromiomas deben operarse ó no; ahora los estudios y la discusión del clínico se dirigen á buscar qué enfermas deben operarse, cuáles recibirán el tratamiento paliativo y qué condiciones deben reunirse para requerir tal ó cual operación.

Desde luego surge á la mente, que ciertos estados generales malos, constituyen una contra-indicación á las operaciones graves; así, no se intentará una histerectomía ó una enucleación con despedazamiento, pongo por ejemplo, en una enferma *diabética, albuminúrica grave, cardíaca avanzada, tuberculosa, hética, etc.*, etc. En estos casos, la intervención ofrecería peligros muy grandes, y apenas si se podría pensar en operaciones paliativas tales como, el *cuirettage*, la castración ó la electrolisis, que amortigüen la infección endo-uterina, y calmen un poco las hemorragias.

En las mujeres vigorosas, poco ó ligeramente lesionadas por su tumor, la operación está indicada con mucha precocidad, y la necesidad de una intervención radical es en ellas más apremiante.

Por consecuencia, desde que nos hallemos frente á una enferma con fibro-miomas uterinos, nos plantearémos esta primera cuestión. ¿La enferma está en condiciones de operabilidad, ó no lo está?

Un rápido examen de la cara y cuerpo de la enferma permite, en la mayoría de las veces, la germinación del próximo comportamiento del Cirujano.

Si encontramos una mujer de facciones no caquéticas, de mirada viva, de voz clara y sonora, de párpados no edematosos; si la respiración de ella no es anhelante ni dificultosa; si se mueve con facilidad y soltura en su cama; si orina con abundancia y su constipación no es muy rebelde; si no tiene sudores nocturnos ni hipertermias vespertinas; si su vientre no está enorme y come y digiere con regularidad, no hay que vacilar: el estado general está indicando que el tratamiento radical operatorio es enteramente oportuno.

Si el aparato respiratorio funciona libremente; si el corazón y los vasos sanguíneos gruesos no ofrecen trastornos dinámicos ó funcionales; si el sistema nervioso no acusa degeneraciones hereditarias ó adquiridas, y si la nutrición general no se halla comprometida por alguna diátesis ó vicio intoxicante, el Cirujano debe ejercer su influencia é imponer la necesidad absoluta de una intervención radical.

El análisis de la orina es fecundo en indicaciones quirúrgicas: la presencia, en ella, de elementos extraños que impliquen lesiones vesicales ó ureterales no muy avanzadas, no modifica la indicación operatoria. La existencia de productos epiteliales renales y de substancias tales que, como la albúmina, hagan comprender el trastorno del funcionamiento glomerular, coincidiendo con la exageración del volumen, el enclavamiento y la compresión orgánica pélvica del tumor, son, no contraindicaciones, sino, por el contrario, *indicaciones formales de urgente operación*.<sup>1</sup>

La coexistencia de los fibro-miomas uterinos y de la preñez, pone al Clínico en graves conflictos.

Felizmente, aunque con cierta frecuencia relativa se observa esta coexistencia del embarazo con los fibro-miomas uterinos, pocas veces da lugar á las grandes operaciones abdominales, y la Naturaleza resuelve, mediante sus grandes leyes de la acomodación, tan grave dificultad.

Se conocen multitud de casos en los que, á pesar de los fibromas, la preñez y el parto se terminaron casi sin el socorro del Arte, sufriendo á lo sumo, el pequeño auxilio de los medios suaves de la *tokurgia*.

Pero, en cambio, hay multitud de ocasiones en las que estos tumores ponen á prueba las aptitudes y habilidad del Cirujano, ofreciéndole gravísimos problemas, algunos de carácter urgente en su resolución.

La llegada á término de la preñez, en un útero fibromatoso, aunque no es frecuente, se observa bastante: en una estadística de cincuenta y una mujeres con fibromas uterinos y embarazadas, el Profesor EUGENIO GUTIÉRREZ, de Madrid, encontró veintiseis abortos del segundo al cuarto mes, siete partos prematuros y *dieciocho* preñeces á término.

Es preciso distinguir el sitio y volumen de los fibromas: los que se encuentran en el fondo de la matriz, aunque peligrosos

<sup>1</sup> No hagáis la histerectomía en aquellas enfermas cuyas orinas son pobres en urea y en las que la albuminuria reconozca como origen, lesiones profundas y graves de los riñones: la uremia os mataría rápidamente á la operada.

por las hemorragias, dolores, contracturas uterinas y perturbaciones nerviosas reflejas que provocan, no lo son tanto como los que se encuentran en el segmento inferior del útero, que á los trastornos anteriores unen los accidentes de enclavamiento y de obstrucción del canal pélvico. Ya se comprende bien la influencia del volumen de los núcleos neoplásicos, en estas circunstancias. En el primero de los casos anteriores, el parto puede hacerse espontáneamente; en el segundo, esto es casi imposible.

Desde luego se comprende la importancia de la intervención quirúrgica, en estas últimas circunstancias.

Toda vez que durante el curso de una preñez se haya diagnosticado un fibroma accesible por la vagina, aun cuando las dimensiones de él no parezcan ofrecer dificultades al paso libre del feto, se debe extirpar inmediatamente y no esperar la época del parto, á fin de no exponerse á abrir una nueva puerta á la infección puerperal. Se entiende que esta extirpación se refiere á los casos en los que las maniobras del cirujano no presentan peligros para la integridad del huevo; es decir, para los casos de fibro-miomas perfecta y fácilmente accesibles.

Los pequeños fibromas intersticiales múltiples del cuerpo uterino no reclaman tratamiento, pues que no son verdadera causa de distosia: su peligro mayor, en esta ocasión, es la abundancia de la hemorragia *post-partum*.

De otra manera graves son los grandes fibromas sub-peritoneales é intersticiales del cuerpo del útero.

La ablación de los grandes fibromas sub-peritoneales bien pediculados debe intentarse, siempre que los trastornos que ocasionan sean graves: lo mismo debe intentarse en los fibro-miomas sub-peritoneales sésiles, con esta diferencia, que la *miomectomía* predispone mucho menos al aborto que la *enucleación abdominal*.

¿En qué momento de la concepción deben intentarse estas operaciones? Con OLSHAUSEN y DUMONT, diremos que mientras el fibroma no ocasione trastornos graves que exijan una intervención inmediata, debe esperarse el fin de la concepción: de este modo, á la vez que se facilitan las maniobras y se deja libre al tumor de modificarse espontáneamente, se tienen probabilidades de obtener un niño vivo, en caso de interrupción brusca de la gravidez como consecuencia de la operación. Por el contrario, cuando el fibroma provoca fenómenos más ó menos graves ó amenaza la vida de la mujer, el Cirujano se apresurará á ejecutar la *miomectomía* ó la *enucleación*, sea cual fuere la época de la preñez.

Extraordinariamente más graves son los casos de fibromas voluminosos múltiples é intersticiales del cuerpo del útero.

Cuando en estas circunstancias se reconoce la existencia de un niño vivo y viable, los autores de Obstetricia aconsejan practicar la operación cesárea ó la de PORRO.

Es aquí donde la Cirugía moderna dá nuevos beneficios á la madre y al hijo, modificando un poco el clasicismo de los procedimientos.

Desde luego, prescindiendo de otras ideas de orden moral y social, podremos reconocer que la operación más científica es la que permite al niño llegar casi á término y salir de su saco materno, vivo y sano, á la vez que dá todas las seguridades posibles de salvación para la madre. Esta operación es la histerotomía transperitoneal, seguida de la histerectomía abdominal total.

Los progresos últimos realizados en la técnica de esta operación, la hacen una intervención sencilla, poniendo en manos del Cirujano hábil, un recurso todopoderoso para luchar y para vencerlo con el tremendo obstáculo distóico que tantas víctimas cuenta en su historia.

La naturaleza de la intervención contra los fibromas uterinos debe ser, siempre que sea posible, esencialmente radical: en consecuencia, será á las operaciones radicales á las que procuraremos recurrir.

Si el tumor fibroso es único y pequeño, se realizará su extirpación por medio de la *enucleación* ó de la *miomectomía*, vaginales ó abdominales, según que el tumor haga relieve en la cavidad uterina ó en el segmento inferior del útero, ó que se dirija hacia la cavidad abdominal.

Si el tumor es grande, pero francamente, pediculado y hace saliente en la cavidad del órgano, será al *morcellement* con ó sin histerotomía, al que acudiremos; si su evolución es abdominal, será siempre la *miomectomía* nuestro mejor recurso.

Si el desarrollo del tumor tiende á llevarle entre las hojas de los ligamentos anchos, será á la *miomectomía* ó á la *enucleación con decorticación ligamentosa y drenage*, á la que acudiremos.

Si el tumor está netamente limitado á uno de los labios del cuello uterino, emplearemos la *amputación del cuello*, vaginal ó supra-vaginal, según la extensión del neoplasma.

Cuando el núcleo fibroso sea de grandes dimensiones y que la pared de tejido uterino que le cubre, la sospechemos delgada y poco retráctil, acudiremos inmediatamente á la *histerectomía*.

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

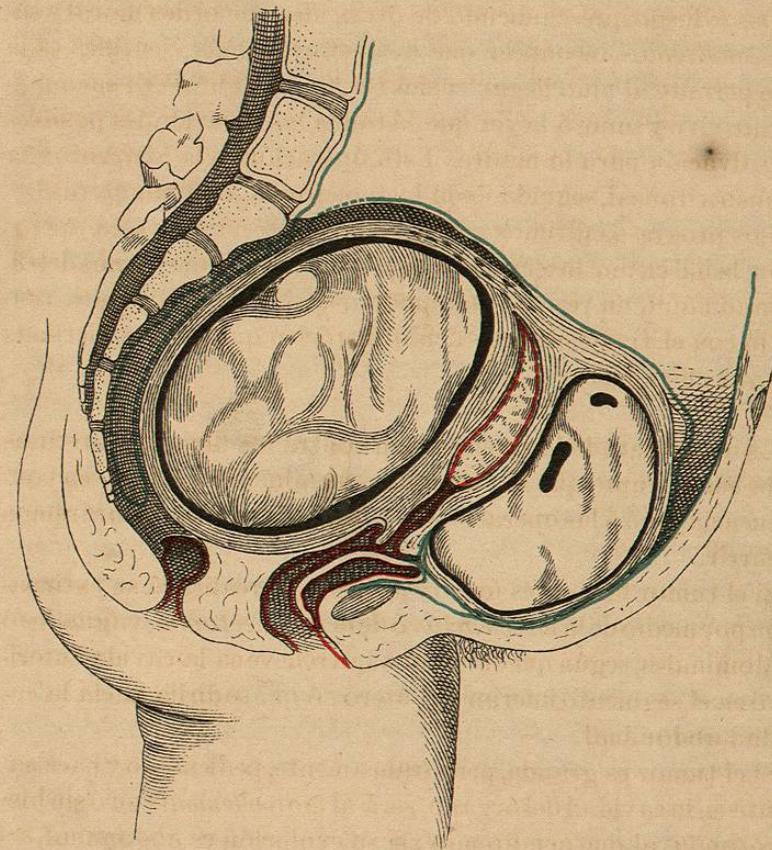


Fig. 22.—Preñez de dos meses en un útero fibromatoso extirpado por la histerectomía. (Según BARNES).

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA

¿Por qué vía, por la vagina ó por el abdomen?

Por donde se pueda ejecutar mejor y con más garantías de curación para la enferma.

En la elección de estos métodos influyen de enérgica manera, la habilidad y tendencias personales del operador.

Algunos se declaran partidarios de la histerectomía abdominal; otros de la vaginal, y los campeones de estos métodos procuran sostener su elección, imputándole inconvenientes ó defectos al sistema contrario.

El acuerdo parece aún lejano entre ambos partidarios, y no obstante el precepto conciliador: *los fibromas de límite infra-umbilical se operarán por la vagina; los fibromas de límite supra-umbilical, se operarán por el abdomen*; la división existe aún entre los histerectomistas.

Si el tumor está constituido por una multitud de núcleos fibromatosos, y el útero se halla como relleno de fibromas, la histerectomía total encuentra también su aplicación.

Durante mucho tiempo la histerectomía abdominal supra-vaginal, fué la operación clásica contra los fibromas, y aun lo es para ciertos operadores. Yo siempre he hallado incorrecto este procedimiento, al que considero *peligroso* bajo el punto de vista de la infección inmediata y tardía del peritoneo; *defectuoso*, por dejar una fracción de cuello uterino, inútil y susceptible de sufrir degeneraciones neoplásicas; *é inconstante en sus resultados*, por la facilidad con que ocasiona fístulas útero-abdominales y eventraciones.

La histerectomía supra-vaginal con pedículo perdido, estaría más acorde con los principios de la moderna Cirugía; pero sus resultados han sido detestables bajo el punto de vista de la hemostasis y de la asepsia.

Llegamos á los diversos procedimientos de extirpación total del útero. Los procedimientos vaginales contra los fibromas van siendo más y más abandonados, con provecho de la seguridad, la facilidad y la asepsia.

La mayor parte de los operadores extirpan el útero fibromatoso por la vía abdominal. DOYEN, el elegante y habilísimo cirujano de Reims, tiene en su procedimiento de histerectomía el defecto de dejar poco peritoneo para cubrir el muñón vaginal y de predisponer á la ruptura ó á la expresión de las bolsas salpingeas desconocidas, con su maniobra de reclinación anterior del útero. RICHELLOT, expone con su procedimiento á la lesión del uréter, y

es impracticable casi en los tumores grandes del útero. DELAGÉNIÉRE, hace muy dificultosa la hemostasis de las uterinas y de las vaginales. El procedimiento americano es esencialmente sencillo y fácil; pero hace muy probable la lesión del uréter, y no deja peritoneo para cubrir la vagina.

El procedimiento que yo uso hace todos estos peligros muy remotos, y á la vez que da toda garantía respecto de la hemostasis, asegura el aislamiento de la vagina fuera del peritoneo, y no perturba el plano resistente del piso pélvico, en su dinámica.

## II

### CÁNCER DEL ÚTERO.

Clínicamente se agrupan bajo el epíteto de cáncer todos los neoplasmas epiteliales del útero.

Desde tiempo inmemorial se acostumbra clasificar los cánceres uterinos en *cervicales* y *corporales*. Este modo de hacer repugna á la Anatomía Patológica, y apenas podría aceptarse en Clínica. (Figuras 26 y 27).

La tradición arrastra en Medicina, como en todas las Ciencias, hechos que hoy, con nuestro modo de pensar y medios admirables de investigación, no tienen manera de existir.

Así, en vez de admitir la división de cánceres del cuerpo y del cuello, yo adopto la siguiente: *cánceres de la mucosa uterina* y *cánceres de la mucosa vaginal*.

### CÁNCERES DE LA MUCOSA VAGINAL.

Estos cánceres están esencialmente limitados al cuello uterino. Se desarrollan sobre la mucosa vaginal que le cubre exteriormente, y en rigor podrían admitirse como verdaderos cánceres vaginales.

Están caracterizados por su constitución especial, originaria del epitelium pavimentoso. Pueden iniciarse en cualquier punto de la mucosa peri-cervical y no es extraño verlos desarrollarse

sobre pólipos ó neoformaciones cervicales, siempre que se cubran del epitelium vaginal.

Es realmente curiosa la circunstancia de que estas producciones epiteliales pavimentosas suelen respetar los elementos epiteliales glandulares y mucosos del endometrio.

Los tumores epiteliales de esta región obedecen en su desarrollo á dos variedades principales: *la papilar*, constituida por salientes irregulares, mamiladas, en forma de yemas suaves, sangrantes y fácilmente ulcerables; y *la intersticial*, en cuyo caso las neoformaciones tienden á invadir las profundidades del órgano.

Todo cáncer tiende á crecer y á invadir los tejidos que le rodean.

La vagina es en estas circunstancias, uno de los primeros caminos que sigue el cáncer en su propagación. De elemento en elemento, por emigración de las celdillas neogénicas, se hace la infiltración cancerosa en la vagina sin dificultad ni línea de invasión sensible. De la vagina, la invasión cunde al tejido peri-métrico, á la vejiga, al recto y al tejido conjuntivo de la pelvis.

El epitelium cilíndrico intra-cervical resiste mucho al neoplasma.

La septicidad piogénica de todos los gérmenes que acuden á completar la escena de destrucción, invade rápidamente el endometrio: las lesiones inflamatorias y supurativas se muestran en la cavidad uterina; pero el neoplasma epitelial pavimentoso no invade el endometrio sino muy tardíamente, cuando los elementos cilíndricos han sido destruidos por los gérmenes piogénicos, ó por lo menos heridos profundamente en su actividad vital.

Los vasos linfáticos son, por el contrario, víctimas precoces del proceso neoplásico. Los ganglios pélvicos, los lombares y aun los inguinales, son frecuentemente el sitio de metastasis específicas.

Todo el tejido celular pélvico se infiltra de elementos epiteliales. El útero parece ahogado en medio de masas neoplásicas, y pierde rápidamente su movilidad. Los nervios son comprimidos, desorganizados, y diseminadas sus fibras en el neurilema completamente degenerado.

Los vasos sanguíneos sufren compresiones y aun algunas veces perforaciones que ocasionan no solamente hemorragias formidables, sino embolias cancerosas en otros órganos.

Los uréteres, rodeados por masas cancerosas, se aplastan y ocasionan ectasis urinarias en ellos mismos y en los riñones: de aquí todas las lesiones de las *urétero-piolo-nefritis* y aun las de la uremia.