En el curso de esta discusión fué presentado en la Secretaría el trabajo de turno del señor Dr. Licéaga.

ISMAEL PRIETO.

GINECOLOGÍA

Contribución al estudio de los fibro-miomas

DE LA MATRIZ

Desde el punto de vista de su tratamiento.

La variedad de elementos que forman la estructura del útero y la actividad funcional que se desarrolla en él durante la vida genital explican, á mi entender, la predisposición que tiene este órgano para las neoplasias. Ciertamente, durante esa época, que se caracteriza por los cambios fisiológicos que resultan de la menstruación y del embarazo, es cuando tal influencia etiológica manifiesta toda su acción, porque es muy excepcional observar tumores en este órgano antes de la pubertad, es decir, durante el período de adormecimiento funcional de la matriz, del que la despierta á la vida genésica la evolución ovariana que, en nuestra raza, se inicia entre los 12 y los 16 años.

Dos son las *neoplasias* que más frecuentemente se encuentran en el útero: el cáncer y los cuerpos fibrosos ó *fibro-miomas.*

El estudio de estos últimos, especialmente desde el punto de vista de las indicaciones de su tratamiento quirúrgico, forma el asunto principal de este imperfecto trabajo, con que vengo á ocupar vuestra benévola cuanto ilustrada atención llenando mi turno reglamentario.

Los fibro-miomas uterinos, conocidos también con las denominaciones de *miomas, tumores fibrosos, histeromas*, etc., son tumores benignos, que no son dolorosos, sin tendencia á la generalización y que jamás se reproducen después de extirpados. No infectan el organismo y su evolución es generalmente lenta. Su estructura es idéntica á la del *parénquima uterino*, es decir, que están constituídos por fibras musculares, lisas, y tejido conjuntivo en proporciones variables; y son, además, muy poco vasculares. Atendiendo á su estructura histológica, evidentemente que su designación más adecuada es la de *fibro-mioma.* Como no son dolorosos, suelen pasar inadvertidos dusante la vida, y sólo por la autopsia se nos revela su existencia. Otras veces, y es lo más frecuente, se manifiestan únicamente por signos de compresión poco marcados é intermitentes, y sólo la casualidad los descubre á las pacientes, para quienes apenas constituyen ligeros achaques ó una deformidad oculta y soportable. Pero á veces suelen también ocasionar hemorragias que, por su abundancia ó persistencia, determinan un estado anémico alarmante; ó bien llegan á adquirir un volumen extraordinario y á determinar serios fenómenos de constante presión en los órganos pélvicos ó abdominales, que pueden comprometer la existencia y aun ocasionar la muerte, si oportuna y acertada intervención no remedia tan violento estado.

Me parece inadmisible que un fibro-mioma uterino se transforme en tumor maligno como lo pretenden algunos autores, quizá para justificar su entusiasmo operatorio; pero sí están sujetos á las alteraciones ó transformaciones siguientes: *reblandecimiento, induración, calcificación, supuración y gangrena.*

Para fundar la tesis que sostengo creo necesario entrar en algunas consideraciones acerca de las degeneraciones y modificaciones que se observan en estas neoplasias.

El *reblandecimiento* puede ser ocasionado, bien por la infiltración edematosa de los tejidos del tumor, ó bien por la degeneración *grasosa ó mixomatosa.*

No debe ponerse en duda que los fibro-miomas pueden hacerse edematosos hasta el grado de presentar fluidez y dar á la exploración digital la sensación quística. La punción exploradora en estos casos, practicada con trócar adecuado, hace salir por la aguja algunas gotas de un líquido seroso, y el corte de estos tumores nos los muestra embebidos de serosidad amarillenta y aun sembrados de verdaderas cavidades ó lagunas llenas de líquido seroso. Por este edema que se aparece de una manera inesperada, pueden explicarse los casos del aumento rápido de

volumen en tumores fibrosos que habían permanecido estacionarios durante algún tiempo. Se forman también por ese mecanismo, quistes de dimensiones variables en el parénquima de estos cuerpos fibrosos, quedando así constituidos los tumores fibro-quísticos.

La degeneración *grasosa* es otra de las modificaciones que suelen observarse en los fibro-miomas uterinos. Bajo su influencia las fibras musculares se reabsorben por un proceso que se ha comparado á la involución puerperal del útero. Esta degeneración puede producir la disminución de volumen en el tumor, y aun su atrofia completa; pero como lo hace notar Gusserow, la existencia de tal alteración, invocada por diversos autores, sólo se ha demostrado fuera del embarazo y por el estudio histológico, en muy pocos casos, contándose entre ellos los referidos por Freunde y Martin, bien que se citen muchos otros en los que se ha querido deducir idéntica terminación por la marcha del neoplasma. La gestación tiene una influencia indiscutible sobre la marcha de estos tumores, pues durante ella se nota que adquieren un volumen considerable, lo que obliga á suponer que participan de la nutrición exagerada de la matriz, debida al embarazo Impregnados de los jugos nutritivos que en este período y por sólo el hecho de la preñez abundan en todo el aparato genital, pero muy particularmente en las paredes del útero, se ponen generalmente más blandos y presentan un desarrollo en extremo notable, bien conocido de los ginecólogos familiarizados con la práctica de su especialidad.

Después del parto, quizá por un proceso parecido al de la degeneración grasosa, se les ve disminuir poco á poco, arrastrados, permításeme la palabra, por el movimiento de regresión uterina que caracteriza la involución fisiológica del útero y aun suelen desaparecer por completo. Este hecho, ya bien observado por los ginecólogos modernos, fué señalado por Scanzoni, quien describió casos en los que el *mioma*, participando de la regresión del útero durante el puerperio, llegó á desaparecer sin dejar huellas. La literatura ginecológica actual posee casos auténticos de desaparición completa de dichos fibro-miomas y está muy admitida la influencia que sobre los fenómenos regresivos que la preceden, han ejercido el embarazo y la menopausia. También se citan casos de tan feliz terminación observados en nulíparas durante el período más activo de la vida genital, pero es preciso convenir en que estos hechos deben de ser excepcionales.

Citaré, en apoyo de la influencia benéfica de la gestación sobre la marcha de los *fibro-miomas*, las observaciones siguientes: Schrroeder ha reunido 39; Pozzi cita entre otros el de una paciente que llevaba un gran fibroma y que estaba sometida á un tratamiento termal; se hizo embarazada, su tumor triplicó de volumen, el parto se verificó sin accidentes y, en el puerperio, el tumor fué disminuyendo gradualmente husta llegar á desaparecer. Gueniot, en el *Boletín de Terapéutica Médica y Quirúrgica* de 1872, refiere algunas observaciones. Otras no menos interesantes son referidas por Guyon. Emet, en la página 539 de su obra titulada *La práctica de las enfermedades de las mujeres*, refiere haber observado á una señora que tenía un fibroma en la pared anterior del útero que determinaba una gran comprensión de la vejiga y metrorragias constantes. La trató durante seis meses sin conseguir que el tumor cesase de crecer. Después de 18 meses le refirió que hacía varias semanas no tenía hemorragias, y examinándola, quedó sorprendido al notar que el tumor había disminuido notablemente de volumen. Dos meses más tarde, el útero presentaba sus dimensiones y consistencia normales y el fibro-mioma había desaparecido completamente. El mismo autor asegura haber observado á tres mujeres con fibro-miomas de la pared anterior del útero que desaparecieron después de la gestación.

Por mi parte he atendido á dos señoras en quienes ví desaparecer fibro-miomas de medianas dimensiones durante el período puerperal. La primera, es una joven de 29 años, que presentaba un tumor fibroso como del tamaño de una naranja, situado en la pared anterior del útero y que ocupaba ésta en su totalidad. Esta neoplasia, no obstante su volumen, sólo le ocasionaba menstruaciones abundantes que duraban de diez á doce días y algún escurrimiento *leucorréico* en el período intermenstrual. Me consultó con el único objeto de saber si su padecimiento se agravaría con el matrimonio y, como sucede por regla general en estos casos, lo verificó, no obstante haberle hecho conocer los peligros á que se expondría sí, como era probable, se hacía embarazada.

Un año después solicitó mi asistencia y encontré un embarazo de siete meses y que el tumor casi había triplicado sus dimensiones. El enorme volumen del útero fibro-matoso y grávido, hizo el resto del embarazo muy penoso; el parto, sin embargo, se verificó espontáneamente á su término, presentándose al expulsar la placenta una abundante hemorragia que puso en peligro su vida y que combatí y dominé con el tratamiento adecuado á estos casos; pero á la señora quedó una anemia aguda, causa de muy delicado puerperio. Durante éste, el neoplasma empezó gradualmente á disminuir de volumen y á los veinte meses que terminó la lactancia de su hijo, había desaparecido por completo. Por favorecer la involución uterina, consentí en que mi paciente criara á su hijo y es evidente que las succiones repetidas sobre el pezón no fueron extrañas á la involución y regresión del útero fibro-matoso por las relaciones simpáticas que existen entre ambos órganos. Enviudó poco después de su parto y hace diez meses que volvió á consultarme con motivo de nuevas metrorragias que hacía seis meses la incomodaban, y con nº poca sorpresa encontré dos pequeñas neoplasias de la misma naturaleza, pero situadas en distintas regiones de la matriz, pues una como del tamaño de un huevo de gallina está en la pared posterior, un poco arriba del istmo, y la otra un poco más pequeña ocupa el borde derecho cerca del cuerno correspondiente.

La segunda es una mujer de treinta y ocho años, casada hace catorce y que siempre había tenido períodos muy abundantes y de doce días de duración. Se mejoró notablemente con la aplicación de corrientes continuas á que, por prescripción del Dr. Fuertes, la sometió el Dr. Jofre. Con este tratamiento me asegura que disminuyeron los dos tumores que presenta en la cara posterior del útero, uno en la parte media cerca del fondo y otro en la parte inferior y casi al nivel del borde derecho. Al consultarme sostenía que hacía cinco meses había desaparecido todo escurrimiento sanguíneo, pero sentía desarrollarse el vientre á la vez que le molestaban algunos síntomas simpáticos por parte del aparato digestivo y del sistema nervioso. Un examen cuidadoso me demostró la existencia de un embarazo normal llegado al sexto mes, y la de un fibromioma sesil implantado en la pared posterior de la matriz, de dimensiones semejantes á las de una naranja y la de otro chico en el borde derecho. Estos tumores eran subperitoneales y de desarrollo enteramente abdominal. El embarazo continuó su marcha sin accidente alguno digno de mencionarse, y el parto se verificó á su término por los solos esfuerzos que la naturaleza tiene asignados á esta función. En el puerperio ambos tumores empezaron á disminuir siguiendo una marcha regresiva paralela á la involución uterina. Al mes de verificado el alumbramiento perdí de vista á mi cliente y á los catorce meses que vino á mi despacho con el objeto de consultarme acerca de un padecimiento gastro-intestinal de su hijo, pude ver que la matriz tenía su forma, volumen y movilidad normales. Los tumores habían desaparecido enteramente y la metrorragia, escurrimientos *leucorréicos*, constipación, etc., habían dejado de molestarla.

Mi ilustrado compañero y amigo, el Dr. Gallegos, Profesor de Ginecología de nuestra Facultad, me refiere haber examinado á una joven recién casada, por recomendación del Dr. Montaño, en la que encontró un fibro-mioma de regulares dimensiones situado en la pared anterior de la matriz coincidiendo con un embarazo incipiente. Que éste llegó á su término, que el parto se verificó con felicidad y el tumor, que durante la gestación había más que triplicado de volumen, fué poco á poco disminuyendo durante el puerperio hasta llegar acaso á desaparecer. El mismo Pofesor me relató algunas otras observaciones pertenecientes á la práctica del distinguido Profesor San Juan, en las que ha observado idéntica regresión.

Es, pues, un hecho bien aceptado que los histeromas se reblandecen y aumentan de volumen durante el embarazo y que después del parto regresan simultáneamente con la involución uterina, y esta benéfica modificación cuenta en su apoyo las observaciones de Ingleby, Montgomery, Ashwell, Priestley. Hal Davis, Madge, Danyan, Plaifair, Sorain, Depaul, Cazeaux, Pagán, Espiegelber, Breslan, Schrroeder, Maigrier, Tarmier, Charpentier, Pinard, Varnier, etc.; pero esta regresión no es ley absoluta y sólo debemos aceptar, que si los miomas suelen presentar una regresión benéfica después del parto, especialmente en la mujeres que crían, quizá por la acción que la succión frecuente del pezón ejerce por acción

refleja sobre la matriz, no llega siempre hasta hacerlos desaparecer, pues no son excepcionales los casos en que estos neoplasmas conservan después del puerperio dimensiones ya inferiores, ya iguales y aún excepcionalmente mayores á las que tenían antes del embarazo.

Como á estos neoplasmas los constituye un tejido idéntico al que forma el parénquima uterino, no encuentro dificultad alguna para aceptar que sea modificado por el embarazo como lo son todos los elementos de la matriz, entre los que está implantado, y en relaciones directas. Y lo serán tanto más, cuanto más domine en su composición el tejido muscular, y más íntimas sean sus relaciones con los tejidos que forman las paredes del útero.

La degeneración *mixomatosa* consiste en la secreción de abundante cantidad de tejido mucoso que se deposita en pequeñas cavidades que se forman en la trama del tumor, ó en los espacios que existen entre los diversos núcleos, si se trata de neoplasmas polinucleares. Esta degeneración suele también observarse, y es causa de reblandecimiento de los fibro-miomas uterinos.

* * *

Después de la menopausia, suelen los fibromas endurecerse y aun atrofiarse, sucediendo esta induración á la metamorfosis grasosa por la cual el tejido muscular desaparece y el conjuntivo se condensa. Otras veces, el endurecimiento puede ser primitivo, ocasionado por inflamaciones intersticiales que producen exudados que se organizan en tejido *retráctil* semejante al tejido *cicatricial*, que ejerce progresiva comprensión sobre las fibras musculares, á las cuales termina por destruir. Consecutivamente á este endurecimiento y suspensión de desarrollo, suele suceder la transformación *cretácea* que consiste en la incrustación de sales de base calcárea, especialmente el fosfato, en el tejido del neoplasma, bien bajo la forma de trayectos irregulares que partiendo del centro se extienden hacia la periferia, bien bajo la de capas ó costras externas, que crían al tumor una envoltura en figura de concha. Generalmente, la *calcificación* es incompleta y sólo forma en la trama del tumor un armazón semejante á las ramas del coral y solamente se observa en los fibromas sub-peritoneales ó intersticiales, particularmente en los de pequeñas dimensiones, siendo muy raro encontrarla en los grandes tumores. Algunos autores, Pozzi y Holshausem entre otros, han observado fibro miomas intersticiales que después de la transformación calcárea han quedado libres en la cavidad uterina de donde han sido expulsados bajo la forma de cáculos. Como ejemplo notable de estos cálculos mencionaré el relatado por Salius, referente á una religiosa que expulsó uno de la figura y dimensiones de un huevo de ganso.

La supuración se ha observado especialmente en los miomas sub-mucosos á consecuencia de traumatismos accidentales, por infección operatoria, y aun por extrangulación del pedículo durante el proceso de expulsión de estos pólipos; también se la ha encontrado en los sub-peritoneales pediculados, por torsión del pedículo. En algunos casos la causa de supuración no se ha conocido. En una paciente en la cual encontré un foco purulento que contenía cerca de tres litros de pus en el espesor de un tumor sub-peritonial, sesil y de grandes dimensiones, no me fué posible descubrir la causa que lo determinó, no obstante el empeño con que dirigí mis investigaciones.

Schrroeder refiere tres casos que con justicia llamaron su atención. En el primero se trataba de un neoplasma sub-peritoneal que contenía 22 litros de pus. El segundo se refiere á una mujer de 69 años que llevó largo tiempo un mioma intersticial supurado del tamaño de una cabeza de adulto, sin haber sentido incomodidad. El tercero pertenece á la práctica de Hofmeyer y se refiere á una matriz que presentaba muchos fibromas interticiales y sub-mucosos, y en la que dos de estos últimos presentaban un trabajo muy avanzado de enucleación por infección inflamatoria de su capa conjuntiva.

Otra aberración nutritiva, que es posible se presente en estos neoplasmas, es la descomposición pútrida de la capa celulosa que suele envolverlos y por la cual reciben su nutrición, quedando, en tal virtud, privados total o parcialmente de líquidos nutritivos, lo que ocasiona su mortificación. Puede esta degeneración gangrenosa ser también ocasionada por traumatismo operatorio ó explorador, ó debida á la penetración de gérmenes pútridos que pasan al través del canal cer-

vical y llegan á infectar los mismos submocosos. En los atacados de degeneración en parte grasosa y en parte gangrenosa, se ha observado su expulsión ya en masa ya en fragmentos que presentan los caracteres de descomposición infecta. La eliminación de la masa gangrenosa puede á veces dar lugar á la curación; pero es más frecuente que sobrevenga la muerte de la paciente, debido á la infección séptica ó pútrida, ó á peritonitis generalizada por perforación.

Debemos, pues, no olvidar que los fibro-miomas de la matriz pueden terminar: primero, por reabsorción ó por atrofia; segundo, por degeneración calcárea; tercero, por enucleación espontánea y expulsión; cuarto, por gangrena. De estas terminaciones las más favorables son indudablemente la reabsorción ó atrofia que, como he dicho, suelen observarse después del parto ó de la menopausia, y la transformación calcarea.

*
* *

La etiología de los fibro-miomas uterinos, como la de todos los tumores en general, está aún en plena obscuridad. Se han propuesto, en verdad, diversas teorías más ó menos ingeniosas para explicar su producción, pero ninguna nos satisface todavía porque se apoyan en circunstancias enteramente accesorias ó contradictorias entre sí; y de su estudio, harto confuso por cierto, sólo se deduce que nuestra ignorancia es completa en tan importante asunto, y debemos limitarnos á esperar que los nuevos focos de luz con que la ciencia moderna guía á los histolo-patologistas, les permita, en tan importante especialidad, que disipen la densa niebla que la mantiene sustraída á nuestro dominio.

Para justificar mi escepticismo, recordaré las principales teorías que han disfrutado de alguna aceptación. Conheim supone que estos tumores se desarrollan á expensas de restos embrionarios que habían persistido anormalmente en los órganos en que se depositan, sin ser utilizados. Admite que las modificaciones que presenta la matriz bajo la influencia de la gestación son debidas á la persistencia de restos de esta naturaleza, y explica que el enorme aumento de volumen que caracteriza este estado fisiológico, es ocasionado por la *proliferación* de diversos gérmenes. Cuando la preñez no se produce, dichos restos embrionarios, en vez de *proliferar* de una manera normal, fisiológica, se desarrollan anormal y patológicamente, produciendo los fibro-miomas.

Según esta teoría ¿cómo explicar los tumores fibrosos de las multíparas?..... Prochowink, apoyándose en cuatro observaciones en que estos neoplasmas se desarrollaron en mujeres de veintinueve á cuarenta años de edad, poco tiempo después de haber padecido infección sifilítica, y en quienes logró disminuir notablemente el volúmen y hacer desaparecer las hemorragias por el tratamiento específico de esta enfermedad, da un papel etiológico importante á la sífilis. Cita como comprobación de su teoría un caso en que había varios tumores de los cuales se extirpó un submucoso. El examen histológico demostró con evidencia que tenía la estructura de un fibroma y que el tratamiento antisifilítico realizó la curación.

Como de hechos particulares y aislados no se deben sacar deducciones generales, la única consecuencia lógica que de esos casos puede deducirse, es que la diatesis sifilítica no da inmunidad á la mujer para el desarrollo de los fibromas.

Virchow sostiene, con la energía que le es característica, el origen irritativo de los fibro-miomas uterinos, pero ni señala el agente irritante, ni especifica su naturaleza. Esta hipótesis puede compararse á la emitida por Uter, quien sostenía la *metritis*, que tan frecuente en los fibromas, es causa y no efecto de ellos.

A mi entender, tampoco debe tomarse en consideración esta hipótesis, porque es notorio que el sitio de predilección de estos tumores está en el cuerpo de la matriz y muy excepcionalmente se desarrollan en el cuello, y es precisamente la porción vaginal de éste, es la región verdaderamente expuesta á las irritaciones directas.

No está demostrado que las excitaciones, sea cual fuere su naturaleza, que ejercen su acción prolongada sobre el aparato genital, lleguen á determinar la formación de los fibro-miomas, pero sí es probable que favorezcan su desarrollo en las matrices que llevan núcleos de dicha neoplasia, en los primeros años de la vida. Debe admitirse que la predisposición á estos neoplasmas existe en las mujeres desde el momento de su nacimiento, hecho que no debe sorprendernos si tomamos

en consideración la estructura del útero, y si tenemos presente que la composición histológica de los núcleos primitivos es idéntica á la de los tumores llegados al máximun de su desarrollo, los que á su vez son de estructura idéntica á la de las paredes uterinas. Estos miomas en embrión, que se encuentran bajo la forma de pequeños cuerpos globulosos incrustados en el espesor de los tejidos uterinos, son suscetpibles de desarrollarse bajo la influencia de irritaciones constantes, siempre que tengan por carácter especial sostener un flujo abundante de sangre hacia el útero.

Egar atribuye la formación de los fibro-miomas á las afecciones ováricas concomitantes, y esta idea no la creo desprovista de algún fundamento por la frecuente coexistencia de ambos padecimientos y la influencia que ejerce la función ovárica sobre el desarrollo y crecimiento de dichas neoplasias. No creo, sin embargo, que haya la relación directa de causa á efecto que Egar supone, pero sí que los ovarios ejercen una acción trófica general sobre el útero, que explica á mi juicio su acción en la evolución de tan repetidos tumores.

Se desprende de lo expuesto, que no estamos aún en poseción de alguna doctrina que con seguridad nos explique la patogenia de los fibro-miomas uterinos, y todas las investigaciones que hasta hoy se han heeho en cada caso particular para descubrir su causa, no han llegado á aclarar la etiología de tan frecuente padecimiento que domina la patología uterina. Y no han sido más afortunados los anato-patologistas en los resultados obtenidos por sus investigaciones para conocer el lugar de origen de dichos neoplasmas, que Roesguen hace provenir de la túnica adventicia de las pequeñas arterias que irrigan el útero, y que Gottchalk, sin negar la relación íntima que tienen con esos pequeños vasos, atribuye, como verdadero origen, á parásitos animales *sítodos* sin núcleos. Tenemos pues que convenir, en que son muy escasos los conocimientos que poseemos acerca de la etiología de los histeromas, conocimientos limitados á la influencia de la edad, de la raza, de las condiciones sociales en que ha vivido la mujer y á la herencia.

Con respecto á la edad en que los fibromas se desarrollan, todas las *estadísticas* están unánimes en mostrarnos que jamás sucede esto antes antes de la pubertad ni principia despnés de la meopausia; y que la época en que se observan con más frecuencia abarca desde los 30 á 50 años.

Según los ginecólogos ame icanos, las razas negra y mulata tienen una marcada predisposición para el desarrollo de los cuerpos fibrosos de la matriz, y como en recompensa, raras veces se ceban en ellas los quistes ováricos y el cáncer uterino.

(*Continuará.*)

VARIEDADES

REGLEMENT GÉNÉRAL

DU

XIV^e CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE

Art. I. Le XIV^e Congrès International de Médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de SS. MM. le Roi D. Alphonse XIII et son Auguste Mère la Reine Régente, dans les jours du 23 au 30 avril 1903.

La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril.

Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

Art. II. Le Congrès se composera des médecins, pharmaciens, vétérinaires et autres personnes exerçant une des différentes branches des sciences médicales, nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation correspondante.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits comme les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professional ou scientifique, désirent assister et prendre part aux travaux du Congrès, ainsi que les représentants de la presse.

Art. III. Le montant de la cotisation sera de 30 pesetas.

Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'á l'ouverture du Congrès, au Secrétariat Général (Faculté de Médecine de Madrid) lequel remettra à l'intéressé

Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO II. | MEXICO, 15 DE JUNIO DE 1902 | 2ª SERIE.—NUM. 12

GINECOLOGÍA

Contribución al estudio de los fibro-miomas

DE LA MATRIZ

Desde el punto de vista de su tratamiento.

CONTINÚA

La experiencia ha demostrado que las mujeres afectas de fibro-miomas pertenecen á la clase acomodada de la sociedad, demostración fácil de comprobarse consultando las estadísticas de los ginecólogos que han tenido extensa práctica. Así Schroeder ha observado en un mismo intervalo de tiempo 515 miomas en su clientela particular y sólo 283 en su policlínica, seguramente más concurrida.

No encuentro dificultad en admitir que la buena alimentación, asociada á la vida sedentaria é inactiva y á todas las comodidades que proporciona la riqueza, favorecen el desarrollo de los fibromas, quizá aumentando el flujo sanguíneo hacia el útero.

La predisposición hereditaria me parece innegable, pues cuenta en su apoyo con las observaciones de Veit, Cleinwchter, Fritsch, Emmet Egar, Schroeder, Hofmeyer, etc.

Una de mis operadas, que á honra tuve presentar á esta ilustrada Corporación en la sesión del 15 de Noviembre de 1899, me refirió que su madre llevó muchos años un tumor abdominal que le hacía perder sangre en abundancia, escurrimiento que dominaba con inyecciones calientes de cocimiento de cáscara de encina en que disolvía alumbre, y unas píldoras hemostáticas, medicación que le prescribía nuestro respetable maestro el señor Profesor Don Luis Muñoz, quien siempre la trató. Me consta que su hermana mayor fué operada por el distinguido Profesor San Juan, de un fibro-mioma voluminoso, con cuya intervención quedó radicalmente curada.

Aunque Baile admite la abstención de relaciones sexuales como causa predisponente de los fibromas uterinos, me parece enteramente infundada su opinión, supuesto que la mayoría de las mujeres que han tenido estos tumores son casadas, y un buen número de las que no lo son se entregan á prácticas sexuales. Podríamos ratificar estadísticas; pero me bastará recordar la de Schroeder, que en 792 pacientes 614 (77,5 0/0) eran casadas, y sólo 178 (22,5 0/0) no lo eran. En cuanto á la influencia de la esterilidad sobre la producción de los miomas, la clínica nos demuestra que es la proporción inversa la que debe aceptarse, pues, á no dudarlo, la esterilidad no es causa sino efecto de dichos neoplasmas, y no constante, pues no siempre se oponen á la fecundación, aunque cuando ésta se verifica están las mujeres predispuestas á la expulsión prematura del producto de la concepción. En 604 mujeres enfermas de cuerpos fibrosos de la matriz, Schroeder señala 204 estériles y 400 que habían concebido. De éstas, 24 abortaron y 376 reunidas tuvieron 1,298 niños. La estadística de Hofmeyer es de 372 enfermas: entre ellas 67, ó sea 20,5 0/0, eran casadas y estériles, 202 habían tenido hijos y 103 no fueron casadas.

* * *

Los fibro-miomas se componen, como tengo dicho, de los mismos elementos que constituyen la capa muscular del útero, esto es, de fibras musculares lisas y de tejido conjuntivo, encontrándose siempre ambos elementos aunque en proporción variable. No están constituídos sin embargo por abultamiento difuso de la matriz, sino que se desarrollan bajo la forma de tumores

globulosos, circunscriptos, claramente distintos del parénquima uterino. Las fibras musculares están dispuestas en laminillas que se sobreponen para formar núcleos esféricos, esferoides, concéntricos, y entre estas laminillas se extienden tabiques ondulados de tejido fibroso. Puede predominar el elemento muscular formando un mioma difuso de crecimiento rápido; pero es más frecuente encontrar exceso de tejido fibroso que produce el verdadero fibro-mioma, que crece con gran lentitud y se destaca claramente sobre los tejidos de la pared uterina, en los que está implantado. El fibro-mioma, que es indudablemente y sin comparación la variedad más común, es de color pálido, semejante al del tejido fibroso, de consistencia dura y presenta clara y palpablemente la sensación de un cuerpo extraño implantado en la pared uterina que es blanda. Al cortarlo se advierte la misma consistencia que en el cartílago, y las superficies seccionadas presentan un aspecto lustroso y abollado. Estas desigualdades ó abolladuras son producidas por la presión que el tejido fibroso ejerce sobre los hacecillos musculares que, al retraerse, los hace salientes.

Como se ve, estas neoplasias principian por pequeñas nudosidades ó núcleos que ya poseen la estructura que caracteriza á los de grandes dimensiones. Estos núcleos, muy pequeños en su principio, se desarrollan hasta alcanzar colosales dimensiones, como el encontrado por Walter, que pesaba 71 libras En otros casos varios núcleos se unen para formar esas enormes masas que son poco vasculares, es decir, que á los tejidos propios del tumor penetran pocos vasos sanguíneos, efectuándose su nutrición, al parecer, por trasudación, al través del tejido celular laxo que los rodea, de los vasos numerosos que en él se distribuyen, porque se encuentran en ese tejido, algunas veces, gruesas venas semejantes á las de los senos del útero grávido.

El tejido conjuntivo laxo que circunscribe estos neoplasmas, formándoles la llamada cápsula, tiene grande importancia cuando existe, supuesto que permite hacer su *enucleación* con facilidad. Por excepción estos tumores tienen una estructura cavernosa que se compone de vasos sanguíneos muy dilatados y de cavidades llenas de sangre. En esta categoría de tumores los capilares aumentan de número y de dimensiones, se *anastomosan* regularmente los unos con los otros de tal manera, que el corte presenta el aspecto de una esponja, aspecto comparable al de los cuerpos cavernosos. A esta rara variedad descrita por Virchow se le designa con el nombre de *mioma teleangiectásico ó cavernoso.* Por regla general esta disposición está limitada á una parte circunscripta del neoplasma, siendo rarísimo que se encuentre esta estructura cavernosa en toda ó la mayor parte de su extensión.

No siempre el tumor se encuentra separado del parénquima uterino por el tejido celular que le forma su cápsula: muchas veces se halla en relación directa con los elementos musculares que forman las paredes del útero. Además, los tejidos que reunen el tumor al parénquima uterino enmedio del cual se desarrolla, se atrofian fácilmente, quedando así sólo ligado por hacecillos fibrosos; y como la *obliteración* de los vasos sanguíneos sigue á la atrofia del pedículo del tumor, al aislarse de la matriz, queda éste con pocos vasos. En una palabra, los tumores cuyos tejidos están confundidos con los de las paredes uterinas tienen vasos sanguíneos; mientras que los encapsulados están poco *vascularizados.* Lervy señala la existencia de nervios en estos tumores; pero evidentemente que no son sensitivos, según lo ha demostrado Freund en un caso interesante en el cual se salió un fibroma fuera de la vulva, y se observó que el tercio inferior, que estaba despojado de membrana mucosa, no era sensible á la picadura de una aguja, mientras que los dos tercios superiores, que conservaban su envoltura mucosa, lo eran muchísimo.

*
* *

Los fibro-miomas crecen lentamente, y tanto más, cuanto en mayor grado predomine en ellos el tejido fibroso. Pero es en extremo difícil apreciar la rapidez de su desarrollo, y no debemos conformarnos con la comparación entre el volumen actual del neoplasma y el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas. Los únicos datos de más probabilidad son los que se deducen de exámenes repetidos del tumor á intervalos determinados. En su principio todos los fibromas son intersticiales; pero al desarrollarse, se extienden por los tejidos de la pared

correspondiente, ó se dirigen hacia alguna de las superficies libres, peritoneal ó mucosa, convirtiéndose en subperitoneales ó submucosos. De aquí el que se admitan tres principales variedades: *intersticiales*, *subperitoneales* y *submucosos*. Los fibromas intersticiales se encuentran en el espesor de la pared uterina. Generalmente se encuentran varios á la vez: Schultz ha contado 50 en un útero extirpado por histerectomía total. Los subperitoneales crecen hacia la excavación pélvica y son sesiles ó pediculados. Cuando tienen pedículo, el grueso y la longitud de éste son muy variables. Yo he visto uno delgado y largo, implantado en el fondo de la matriz, que servía de medio de unión con ésta á un gran tumor como del tamaño de una cabeza de un adulto que llenaba todo el lado derecho de la cavidad abdominal y que llegaba hasta la cara cóncava del hígado con la cual se adhería. La enferma, que llevó este gran tumor por más de trece años, á contar desde el momento en que fué diagnosticado la primera vez por el Dr. D. Vicente Morales, fué operada por mi excelente amigo y hábil cirujano el Sr. Prof. Noriega, á quien ayudé, el 18 de Enero de 1897. La paciente quedó enteramente restablecida conservando tan sólo como huella de la operación, una cicatriz lineal muy sólida, poco apreciable, en la línea media de la pared anterior del abdomen. En la actualidad está al frente de un establecimiento de Beneficencia, al que atiende con actividad gracias á la excelente salud de que disfruta.

Cuando el pedículo tiene alguna longitud puede, creciendo el tumor en sentido ascendente hacia el abdomen, atraer el útero hacia arriba produciendo por su tracción el alargamiento de la cavidad uterina con el adelgazamiento de sus paredes; ó bien desarrollándose hacia la excavación pélvica, determinar serios accidentes por compresión de los órganos contenidos en esta cavidad, y aun determinar síntomas de extrangulación, que pueden combatirse si el sitio del fibromioma y la longitud del pedículo permiten desalojar al tumor de la excavación hacia el abdomen.

Muy rara vez se ha observado la torsión del pedículo, y si ocurriese, se ocasionaría edema ó gangrena del neoplasma en relación con el grado de obturación de los vasos que lo recorren. Se puede también adherir al paquete intestinal y formarse adhereneias que ocasionan oclusión intestinal, complicación muy grave y que reclama, cuando los síntomas son violentos y rebeldes, la *laparotomía de urgencia*.

Los fibro-miomas sub-mucosos tienen grande importancia clínica: se alojan inmediatamente debajo de la mucosa uterina, sobresalen en la cavidad del útero, que ocupan, y se distienden en relación con sus dimensiones; se adhieren á la porción correspondiente de la matriz por extensa base ó por estrecho pedículo, y en este último supuesto, obrando como cuerpos extraños, provocan contracciones uterinas que los arrojan de ésta hacia la vagina y aun fuera del orificio vulvar, quedando sujetos á su punto de inserción que ha disminuído de extensión, por delgado pedículo. El mioma, en este caso, es designado con el nombre de pólipo uterino.

No son menos importantes las alteraciones que sufre bajo la influencia de los fibro-miomas todo el aparato genital, siendo de mayor interés las que se observan en la matriz y los anexos. Ya hemos visto que la primera puede ser *hipertrofiada*, *alargada*, *desalojada*, *deformada* y *ocupada* su cavidad por la masa neoplásica. Las alteraciones de la mucosa ofrecen un interés especial por su frecuencia y porque no explican el origen de las hemorragias, que son uno de los más graves accidentes de los fibromas del útero. Consisten éstas en granulaciones ó vegetaciones que siembran el endometrio en una extensión variable, llegando hasta extenderse á toda su superficie. Debemos, sin embargo, tener en consideración que las interesantes investigaciones de Wider han demostrado que el desarrollo de estas vegetaciones no está siempre en relación con la abundancia y tenacidad de las hemorragias, y que éstas pueden, como lo sostiene Semb, depender de la hipertrofia de las paredes uterinas, especialmente de la hipertrofia concomitante de los vasos sanguíneos.

Los fibro-miomas uterinos son muy frecuentes, más aun de lo que nos enseña la clínica, pues muchos pasan inadvertidos durante la vida sin ocasionar algún accidente molesto, viniendo sólo á ser descubiertos en estado de lesión anatómica, por la autopsia reclamada con causa distinta. Es sin embargo difícil dar una noción exacta de la frecuencia real de esta neoplasia, por el desacuerdo en los datos que se hallan al consultar las estadísticas. Klob, por ejemplo, pretende que

de cada 100 mujeres que pasan de 40 años, 40 tienen fibro-miomas; en tanto que Pollak dice que sólo ha encontrado 50 fibromas uterinos en 583 pacientes de afecciones ginecológicas diversas. Es notorio que los fibro-miomas constituyen la más frecuente de las neoplasias uterinas y la estadística de Bayle, que es una de las mejor aceptadas, nos da en las mujeres que pasan de 40 años, un 20 por 100; proporción confirmada por la de Nonat, quien sostiene que en numerosas autopsias que ha practicado en la Salpetrière ha observado un útero con fibromas por cada cinco cadáveres. Yo he encontrado 81 úteros con fibro-miomas de diversas dimensiones, en 721 autopsias que he practicado en los Hospitales para mujeres dementes de esta capital y Civil de San Luis Potosí, en un período de más de 20 años, en que han estado sucesivamente bajo mi dirección, proporción que equivale á poco más de 11 por 100; pero debo advertir que la mayoría habían sucumbido á afecciones extrañas al aparato genital.

El Sr. Dr. Meza Gutiérrez, profesor de Anatomía Patológica en nuestra facultad, me asegura haber encontrado histeromas en la proporción de un 10 por 100 cuando menos en las autopsias que ha practicado.

*
* *

Las nociones anatómicas y etiológicas que tengo mencionadas, así como las complicaciones á que los fibromas uterinos pueden dar lugar con las transformaciones que en ellos se observan, y finalmente la manera de su evolución, me permiten abordar ya el importantísimo cuanto escabroso asunto del tratamiento que dichos neoplasmas exigen.

Todos los autores dividen este tratamiento en *Médico* y *Quirúrgico*.

Desde luego, empezaré por asegurar que no poseemos tratamiento alguno racional profiláctico, supuesto que desconocemos las causas que determinan la formación de los miomas uterinos; que no existe una medicación verdaderamente curativa de estos tumores, y que dejando en el olvido á que su ineficacia los ha condenado á diversos agentes farmacéuticos que han disfrutado de alguna aceptación, entre otros el yodo, los yoduros, los bromuros, el cloruro de calcio y las preparaciones arsenicales, quedan sólo tres métodos terapéuticos que merecen conservarse porque ejercen realmente alguna influencia benéfica: quiero hablar de los tratamientos por la *ergotina*, por la *electricidad* y por las *aguas minerales*.

El primero que se conoce con el nombre de método Hildebrand, consiste en administrar la ergotina, que este autor considera como el medicamento específico del fibroma uterino, en inyecciones subcutáneas. Su acción es muy lenta, por lo que Hildebrand recomienda emplearla con constancia durante varios meses y con todas las precauciones que aseguren la asepsia. Simson aconseja inyectar todos los días y por varios meses, 18 gotas de la fórmula siguiente:

Ergotina.....	2	gramos.
Hidrato de cloral . . .	1	„
Agua esterilizada.....200		„

No está aún bien conocido el modo de obrar de esta substancia, pero es probable que ejerza su acción sobre los brazos arteriales que nutren al tumor y que, al comprimirlos y disminuir su calibre, ocasione indirectamente una regresión de los tejidos propios del neoplasma.

Desde el punto de vista clínico lo único que se puede asegurar es que modera, y á veces hace desaparecer completamente, las pérdidas sanguíneas. De aquí su utilidad en los casos de fibromas acompañados de hemorragias; pero seguramente no tiene una acción real y sostenida sobre el volumen del tumor. De la misma manera que la ergotina, obran el extracto fluído de hidrastis canadensis y las tinturas de viburnum prunifolium, de cannabis índica y de hammamelis virgínica.

El tratamiento eléctrico se considera por algunos autores, esencialmente por Apostoli, como verdaderamente curativo; pero su valor bajo tal aspecto me parece discutible. Obra favorablemente sobre las hemorragias, que modera y aun suspende definitivamente; pero no posee acción atrofiante segura sobre el fibroma. Tiene, en verdad, acción microbicida sobre los gérmenes patógenos productores de la endometritis que generalmente acompaña á los histeromas, á la vez que excita el poder *fagocitario* de los elementos anatómicos, aplicando el polo positivo en la mucosa uterina, obteniéndose con este mecanismo la curación de la metritis. La corriente continua no es en la actualidad un remedio empírico: es cien-

tífico, pues su aplicación está fundada sobre datos derivados de la fisiología y de la patología general. Pero dista mucho el método de Apostoli de ser un remedio apto para combatir el fibro-mioma del útero en su constitución, en sus manifestaciones sintomáticas y en sus causas, como lo pretende La Torre. Además, no está indicado en todos los casos, y es indispensable saber que en ciertas condiciones, y en particular cuando exista *solpingitis concomitante*, puede ocasionar accidentes graves que ya han determinado la muerte.

El Sr. Dr. Fuertes fué muy partidario de este método curativo, y el Dr. D. Roberto Jofre, en cuya compañía lo aplicó, me asegura que, cuando las enfermas asistieron con constancia á su gabinete y se sujetaron por varios meses al tratamiento, se obtuvieron brillantes resultados.

El Sr. Prof. Hurtado ha hecho un estudio concienzudo del tratamiento de Apostoli y obtenido buenos resultados, empleándolo con la constancia y juicio clínico que le caracterizan, sobre las hemorragias, cuya desaparición es constante, pero no ha llegado á obtener la diminución de volumen ni menos la desaparición del tumor en caso alguno. Con el tratamiento termal bien dirigido se han realizado notables mejorías, pero tampoco curaciones, y donde más se ha notado su benéfica influencia ha sido en los casos de fibromas dolorosos. Se deberán preferir las aguas cloruradas sódicas de Biarritz, de Bearn, de Kreutznach. En nuestro país se pueden aconsejar las aguas cloruradas del Peñón ya analizadas por el Profesor Donaciano Morales.

En resumen, no tenemos un tratamiento médico verdaderamente curativo; pero disponemos de medios reales y eficaces que oponer á determinados accidentes ó complicaciones de los fibromiomas uterinos, susceptibles de realizar una mejoría que aplace y aun haga inútil la intervención operatoria, siempre peligrosa.

A primera vista cualquiera supondría que el tratamiento quirúrgico del fibro-mioma uterino merece la preferencia, porque la substracción del neoplasma, ó la de éste con la del órgano en cuyos tejidos se haya desarrollado, hacen esperar que, al quitar el tumor, se quitaría el mal. Pero esta mutilación requiere la abertura de la cavidad peritoneal y maniobras quirúrgicas, á veces extensas y prolongadas, destruyen la acción *fagocitaria* de la serosa abdominal á la voz que disminuyen su vitalidad y favorecen la infección, constituye siempre una grave operación que compromete seriamente la vida, y no pocas veces ha ocasionado la muerte aun por la sola prolongación é intensidad del choque quirúrgico. Bastaría esta seria consideración para definir bien los casos que deben ser sometidos á la acción quirúrgica. Además, las numerosas autopsias de las mujeres viejas que llenan los asilos fundados para ellas, han demostrado la frecuencia de los histeromas, y si á todas las mujeres en quienes se diagnostican fibromas se les practicara la histerectomía, como algunos operadores dominados por el entusiasmo quirúrgico y alentados por los resultados inmediatos lo pretenden, no quedarían en el mundo muchas matrices en su lugar.

Estas razones no han apagado el ardor quirúrgico de operadores hábiles y audaces, quienes *proclaman que se deben extirpar todos los fibromas uterinos*, alucinados por los resultados que han obtenido en las histerectomías tanto vaginales como abdominales. Opinan que este neoplasma no es benigno sino en apariencia, pues da origen á hemorragias que ponen en peligro la existencia; producen accidentes de compresión que amenazan la vida de las pacientes y, finalmente, agregan los protagonistas de la histerectomía generalizada á todos los tumores fibrosos, *el fibromioma se transforma con frecuencia en tumor maligno*. De aquí deducen la necesidad de *operar prematuramente los fibromas de la matriz*.

Hay, sin duda alguna, trascendental exageración en esta deducción. No todos los fibro miomas ocasionan hemorragias alarmantes ni síntomas de compresión de las vísceras abdominales ó encerradas en la cavidad pélvica. Aunque se encuentran con alguna frecuencia lesiones *anexiales* complicando á los histeromas, no siempre se observan, y hasta hoy la histología no ha demostrado que los tejidos propios del tumor fibroso se trasformen en epitelioma, si bien pueden ser invadidos por un cáncer que haya principiado por la mucosa uterina. Mi íntima convicción es que puede haber coexistencia de un tumor fibroso del cuerpo uterino y un cáncer del cuello, pero los tumores quedan perfectamente independientes y nada tienen de común entre sí. No ignoro los casos referidos por Klob y Glesser, en que pretenden que un fibroma se ha trasformado en

carcinoma, ni la afirmación de Roctiriz, quien sostiene haber observado 24 casos de degeneración cancerosa en 570 fibro-miomas; pero todas estas observaciones nada tienen de demostrativo. Acepto que las celdillas ó cuerpos *epiteliales* penetren á los tejidos del tumor fibroso como penetran á cualquiera otro tejido, pero no creo en la transformación de un fibro-mioma en cáncer uterino. Los carcinomas son tumores epiteliales que sólo pueden desarrollarse á expensas de epitelios, es decir, de tejidos que provienen de las hojas interna ó externa del blastodermo; y los fibro-miomas están constituídos por tejido muscular y conjuntivo, que son elementos que derivan de la hoja media del blastodermo y no pueden, en caso alguno, dar origen á un tumor epitelial. Demostrada la falsedad de la premisa, claro es que queda destruída la consecuencia.

El fibro-mioma de la matriz es un tumor de naturaleza benigna perfectamente compatible con la existencia, que no se reproduce cuando se ha extirpado; pero que suele ocasionar copiosas y repetidas metrorragias y, como consecuencia de estas profusas pérdidas de sangre, la anemia aguda y aun la degeneración grasosa y esclerosa del hígado, del corazón y del riñón. Puede determinar serios accidentes de compresión de los órganos urinarios ó del tubo digestivo y, en definitiva, hidronefrosis, síntomas de uremia aguda y de obstrucción intestinal, etc. De aquí el no aceptar el principio de Bernard, según el cual *la mayor parte de fibromas uterinos no deben ser operados*.

Creo que no debe adoptarse el precepto de operar todos los fibro-miomas del útero, pero tampoco se debe admitir la creencia de que la generalidad de estos tumores deben ser respetados.

Los operadores incondicionales podrán en muchos casos salir vencedores de su ciega intervención y acaso logren adquirir reputación de hábiles cirujanos, pero no la de *médicos de ciencia y de conciencia, ante las mutilaciones inmotivadas que dejan, como estigmas indelebles, el histerismo, el desequilibrio y no pocas veces la perturbación de las facultades intelectuales.*

Si nos colocamos en el terreno clínico, en presencia de los fibro miomas de crecimiento rápido que ocasionan metrorragias abundantes, y con mayor razón si están tocados de la degeneración mixomatosa, creo que el que se declare apóstol de la abstención contrae una grave responsabilidad. Quitar estos neoplasmas equivale á evitar las degeneraciones grasosa y esclerosa del hígado, del corazón y del riñón, consecuencias de las pérdidas de sangre repetidas; á prevenir la muerte violenta por *embolia* pulmonar ó por atonía cardíaca, y á substraer una causa de irritación crónica del *endometrio*, que quizá impida el desarrollo en esta mucosa de un *carcinoma* en las mujeres predispuestas.

En oposición á Bernard, que sólo admite como indicaciones operatorias las hemorragias y los accidentes dolorosos, creo que la intervención quirúrgica se impone en los casos siguientes:

1.° Cuando un fibro-mioma es de crecimiento rápido, y que se acompaña de hemorragias abundantes y repetidas, sea cual fuere la edad de la paciente. En este caso, la necesidad de intervenir con una operación radical é inmediata se impone al ginecólogo sin que sea posible eludirla; es decir, que sin demoras siempre inútiles y no pocas veces peligrosas, se debe evitar que la paciente se debilite, disminuya su resistencia vital y, agotada por la anemia aguda, no pueda resistir el choque ó conmoción quirúrgica.

2.° Cuando aparecen complicaciones sépticas dependientes de metro-salpingitis infecciosa, y con mayor razón si existen fenómenos que demuestren algún participio del peritoneo. La simple infección de la mucosa uterina puede ser conjurada por la dilatación, la desinfección y el legrado, que substraiga por completo la mucosa patológica; pero la salpingitis concomitante exige la intervención quirúrgica desde el momento en que no se consigue, por el tratamiento paliativo adecuado, apagar el acceso agudo.

3.° Los dolores intensos y que resisten á las inyecciones calientes, al tratamiento termal, á la antipirina, á las preparaciones opiadas, á la heroína etc., constituyen también una indicación formal de intervención quirúrgica.

4.° Los accidentes de compresión constante de las vísceras abdominales y de los órganos que ocupan la cavidad pélvica, muy especialmente cuando determinan fenómenos urémicos ó de oclusión intestinal, reclaman asimismo con urgencia la intervención quirúrgica.

Como, á no dudarlo, hay fibromas que no deben operarse, examinaré los casos en que el cirujano debe abstenerse de toda intervención ra-

dical. Además de las contraindicaciones de toda operación grave (como la coexistencia de afecciones mortales, entre otras las lesiones orgánicas del corazón ya avanzadas, las afecciones cardio-pulmonares, los estados diatésicos graves, etc.), no deben ser operados los fibro-miomas muy antiguos, que además de alcanzar ya un volumen extraordinario y haber echado sólidas y múltiples adherencias, por frecuentes y copiosas hemorragias han producido una anemia profunda, y consecutivamente, la alteración grasosa del hígado, del corazón y del riñón.

La edad avanzada de la mujer, el estado caquéctico, el agotamiento de las fuerzas vitales que le imposibilitan para resistir al choque quirúrgico, son otras tantas contra indicaciones formales para toda seria intervención operatoria.

En oposición con los casos precedentes, en los que la contraindicación operatoria se deduce de la gravedad de la situación, se deben mencionar aquellos en los cuales *toda operación peligrosa está absolutamente contraindicada por la benignidad de la afección.* Se deberá, en apoyo de tan moral precepto, abstenerse de operar los fibromas de pequeño y aun de mediano volumen que no han presentado alguna complicación, y cuya existencia se habría ignorado si la casualidad de una exploración abdominal no los hubiera revelado.

Este concepto se aplica especialmente á las mujeres de edad próxima á la menopausia, pues con frecuencia, aunque menos de lo que se ha dicho, se produce una regresión del tumor á partir de esta época.

No vacilo en recomendar la misma abstención en las jóvenes, pero con la condición expresa de ejercer una activa vigilancia y de estar preparado á intervenir si en vez de permanecer estacionario el tumor aumenta violentamente de volumen, y con mayor razón si determina accidentes hemorrágicos, síntomas de gangrena ó de torsión del pedículo.

En el supuesto de que la benignidad de la afección contraindique toda intervención quirúrgica, se debe prescribir á las pacientes determinadas precauciones higiénicas que tengan por objeto retardar, tanto cuanto sea posible, el crecimiento del tumor y prevenir los accidentes que suelen complicarlo, y que ya he señalado. Se le recomendará que use una cintura elástica abdominal apropiada, que evite todas las causas de congestión pelviana y especialmente los excesos sexuales; todos los ejercicios violentos, como la equitación, la bicicleta, etc. Durante la menstruación debe permanecer en quietud en su cama y, si la pérdida de sangre es muy abundante, disminuirla por inyecciones vaginales calientes, lavativas de antipirina, etc. Prevenir la constipación por laxantes apropiados. Finalmente, se deben dar á conocer á las enfermas los peligros á que las expone el embarazo, tanto por el desarrollo del tumor, cuanto, y muy especialmente, por estar expuestas al aborto y sus consecuencias, á causa del obstáculo que el tumor puede oponer al paso del niño al verificarse el parto; y, por último, la predisposición á las hemorragias y á la infección puerperal, tan difíciles de dominarse las primeras como de evitarse la segunda.

Todo cirujano digno de este nombre debe, á mi entender, sujetar estrictamente su conducta práctica al conocimiento de la evolución, naturaleza, complicaciones, sitio, dimensiones y relaciones de tan repetidos tumores, así como al del estado general de su paciente, especialmente desde el punto de vista de su resistencia vital. En tranquila calma, sin prejuicios determinados y con pleno conocimiento de las verdaderas indicaciones y contraindicaciones que reconoce el tratamiento quirúrgico de los fibro-miomas uterinos, logrará establecer la terapéutica más benéfica á los intereses de quien confía su vida á su pericia y lealtad profesionales. Apoyado en tan sólidas bases, establecerá el tratamiento científico más en harmonía con los adelantos de la época y con el noble ideal de proporcionar el mayor bien posible á su enferma, en quien, sea cual fuere su posición social, verá siempre representada en ella á la humanidad, con la que ha contraído el deber de ser un apóstol de la ciencia. Y ciertamente que no es el mejor cirujano quien más corta, sino el que sólo opera lo que es operable; que no ve en todo tumor un *elevoma*, ni en el vientre de una mujer una mina capaz de innoble explotación. Tal es el ejemplo que nos legaron los José María Vértiz, los José María Villagrán, los Luis Muñoz, etc., cuyos retratos, en muestra de justo aprecio y veneación, se ostentan en este augusto loca.

***

Cuando, por el crecimiento rápido, las hemo-

rragias abundantes, la intensidad de los dolores ó los síntomas de constante compresión de las vísceras abdominales ó de los órganos pélvicos, se impone el tratamiento quirúrgico ¿cuál es el plan que se debe adoptar? . . . .

Sin dificultad alguna se comprende que no se debe establecer una regla absoluta y que cada caso reclama una conducta especial en relación con la variedad anatómica de fibromas, que, como tengo dicho, pueden ser submucosos, intersticiales ó subperitoneales; con el número y volumen de los tumores; con su modo de implantación en la matriz; con su sitio, complicaciones, extensión y número de adherencias, etc. También debe tomarse en cuenta la edad, posición social de la paciente, su estado civil, etc., y, bien apreciados todos estos factores, elegir el método que, con menos mutilaciones y peligros, realice la curación ó cuando menos proporcione un alivio sostenido.

En los fibro-miomas intersticiales de medianas dimensiones, que se desarrollan en la porción supravaginal del cuello ó en el segmento inferior del útero y que están nutridos por las arterias uterinas, creo enteramente justificada la ligadura atrofiante de estas arterias. En cuatro enfermas á quienes he practicado la ligadura de las dos arterias uterinas, por haber encontrado estas condiciones, he obtenido una notable mejoría, caracterizada por la suspensión de las hemorragias, la diminución del volumen de los tumores y la desaparición de los accidentes de compresión vesical y rectal. Este método fué aplicado por primera vez al tratamiento de los fibromiomas uterinos por Sneguireff, y es actualmente aceptado por Franklin, Martín, Tuffier, Hartmann y Gottschalk, autores que han publicado numerosas observaciones en que aseguran haber obtenido no sólo la supresión del desarrollo de los neoplasmas, sino aun la completa desaparición en no pocos casos.

Los *fibromas* del fondo de la matriz y los de los ligamentos anchos, que reciben su nutrición de las arterias útero-ováricas y de las de los ligamentos redondos, ciertamente que no serán beneficiados por la ligadura de las uterinas, pero sí lo serán por la de todo el pedículo formado por las uterinas y las útero-ováricas, procedimiento aconsejado por Gubaroff y que ha proporcionado un éxito completo á Sneguireff. Martín recomienda ligar en todos los casos la base de los ligamentos anchos con el objeto de cerrar el tronco y las colaterales de las uterinas, suprimir la función de los nervios comprendidos en las ligaduras y atacar más eficazmente el tumor impidiendo su nutrición.

Estas operaciones, que se practican por la vagina, son enteramente inofensivas, y los resultados halagadores que han obtenido: Franklin en 13 últimas observaciones, Gottschalk en 20 y Frederick en tres, autorizan á elegirlas en los casos que he mencionado.

Los *fibromas* submucosos de pedículo largo, que han descendido hasta la vagina, se extirpan fácilmente seccionando el pedículo lo más inmediato posible al punto de implantación, colocando antes una pinza de *forci-presura* que debe permanece comprimiendo el muñón del pedículo durante 24 horas para alejar todo peligro de hemorragia. Suele suceder que, al atirantar el pedículo para hacerlo accesible á la aplicación de la pinza y á la tijera curva de que generalmente se sirve para la sección, se invierte la matriz, accidente que no debe preocupar, pues basta para combatirlo hacer la reducción inmediatamente después de haber librado al útero del neoplasma. En esta, como en toda intervención ginecológica, una escrupulosa antisepsia es precepto de rigor. Debido á ella el traumatismo operatorio y aun la perforación de la matriz, que puede producirse accidentalmente durante la extirpación de los tumores implantados en el fondo del útero ó cerca de él, ha perdido su gravedad, bastando, cuando la desinfección de la cavidad uterina ha sido rigurosa, aplicar un tapón con gasa yodoformada en dicha cavidad uterina, para evitar toda complicación séptica del peritoneo.

Los fibro-miomas submucosos de extensa base de implantación deben ser enucleados dividiendo la mucosa que los cubre, la cápsula que los rodea, libertándolos de las adherencias celulosas que los unen al tejido muscular que forma el parénquima uterino donde están implantados, y haciéndoles abandonar su lóculo Para practicar estas maniobras es indispensable hacer antes accesible el ó los tumores abriendo camino suficiente hasta lograr hacerlos abordables. Esto puede obtenerse dilatando ampliamente el cuello y la cavidad uterina por el procedimiento de Wulpian, si son de moderadas dimensiones y están implantados en la cavidad cervical ó en el segmento

inferior del útero; pero para los voluminosos ó que tienen su implantación en el fondo ó en la región superior de la matriz, se tiene que dividir el cuello y aun quizá el segmento inferior de este órgano, prefiriendo la parte media y anterior para evitar la sección de los vasos de importancia que se encuentran en los bordes. Terminada la enucleación y substracción de todo el tumor, se practica la restauración de la matriz por suturas adecuadas; se coloca un tapón de gasa yodoformada y una curación conveniente en la vulva, para que filtre el aire de todo germen patógeno y se realice la reunión inmediata de la herida quirúrgica. Además, en esta región es fácil separar el peritoneo de la vejiga y, si se desgarra ó divide el fondo del saco vésico-uterino, no se ocasionará complicación seria siempre que el campo operatorio esté escrupulosamente desinfectado.

Los fibro-miomas subperitoneales de desarrollo abdominal, pediculados ó sesiles, deben ser tratados por la *miomectomía*, intervención que suprime el tumor conservando el útero.

Esta operación se practica en tres tiempos: el 1.° tiene por objeto descubrir el tumor, y se realiza dividiendo la pared anterior del abdomen en la línea media y en el espacio umbilico-pubiano, en una extensión proporcionada á las dimensiones del neoplasma; el 2.° consiste en la extirpación del tumor, y se practica por las ligaduras y sección del pedículo si éste es estrecho, ó por la división del peritoneo que reviste la cara externa del útero y de los tejidos que envuelven al neoplasma hasta libertarlo y enuclearlo, si presenta extensa base de implantación al parénquima uterino; en el 3.° se cierran las heridas del útero y de la pared abdominal por suturas en planos.

A los fibromas subperitoneales de la porción supra-vaginal del cuello ó del segmento inferior de la matriz, se les opera por la vía vaginal dividiendo la mucosa del fondo del saco vaginal correspondiente, la cápsula que lo rodea y procediendo en seguida á su enucleación. El peritoneo puede, ó no, ser dividido, según la altura á que se encuentre el fibroma, sin preocuparse con su sección, siempre que se haya realizado la esterilización absoluta del campo operatorio. La reparación de la brecha abierta se hace por medio de suturas adecuadas ó se limita á una canalización antiséptica, según las circunstancias lo exijan.

Resalta la benignidad de esta operación recordando que Ferendinos en 290 operaciones cuenta tan sólo 9 muertes; y que Zwifel en 563 alcanzó en 549 casos un éxito favorable. Pronóstico mucho más halagador que el de la histerectomía total, tanto vaginal como abdominal.

La hemorragia, en esta operación, muy rara vez puede ser alarmante, pues jamás la he observado y siempre he operado sin hemostasis preliminar. Tampoco debe preocupar la abertura de la cavidad uterina, cuando casualmente se produjera dicha hemorragia durante las maniobras operatorias; bastará colocar un buen drenaje, con gasa yodoformada, de la cavidad uterina á la vagina, continuar la exploración de toda la matriz y después de examinar el resto de ella y de extirpar los tumores que se encuentren si no pasan de 4 ó 5, reparar las heridas uterinas por dos planos de suturas, procurando un perfecto afrontamiento de los bordes de cada una de las heridas quirúrgicas.

En la actualidad, la enucleación es, entre las operaciones, la que se elige para obtener la curación radical de los fibromiomas uterinos; pero debemos admitir que tiene dos contraindicaciones formales: una relativa á la enferma y otra al tumor. El principal factor de la primera contraindicación es la edad, porque es evidente que si la mujer pasa de 45 años no hay interés en pretender que se conserve un útero inútil; y si la enucleación requiere maniobras complicadas y la histerectomía total ó parcial puede practicarse con más facilidad y rapidez, á ella se debe dar la preferencia. La segunda se refiere al número y dimensiones de los fibromas. Cuando son numerosos, la enucleación de todos dejaría un útero profundamente dilacerado y en imposibilidad de repararlo por más habilidad que se posea y más esmero se ponga al practicar las suturas; y es claro que en este caso, como en el anterior, no debe vacilarse en sacrificar un órgano inutilizado. Si se trata de un solo tumor, pero de muy grandes dimensiones, de extensa base de implantación y que tiene deformado el útero, con el que está más ó menos confundido, creo también indicado el extirparlo junto con el neoplasma. Pero, repito, exceptuando estos casos, la enucleación debe intentarse, supuesto que asegura la conservación de un órgano importante, que tan sólo hay que resolverse á sacrificar ante la *im-*

posibilidad material absoluta de conservarlo. Los tumores no susceptibles de enucleación hacen necesaria la histerectomía, que puede practicarse por las vías vaginal y abdominal; pero no indistintamente, sino que cada método presenta indicaciones especiales que enumeraré en pocas palabras.

Hace aún muy pocos años que la histerectomía vaginal se practicaba con mucha frecuencia en el tratamiento de los fibromas, al grado de haber formulado el Profesor Segond el precepto siguiente: «*todo fibroma que no pase el nivel de la cicatriz umbilical debe, sin excepción, ser extirpado por la vía vaginal.*» Lo que demuestra que para este distinguido ginecólogo poco importa que el neoplasma sea intersticial ó intraligamentario, dominando todo el pensamiento del operador la cuestión de volumen. Asegura haber operado por histerectomía vaginal tumores de uno á cuatro kilogramos de peso.

Esa fórmula, afortunadamente, no ha prosperado entre los ginecólogos; y por mi parte, creo que la cuestión de volumen no es el único, pero ni aun el principal factor que debe considerarse al elegir el método de histerectomía más adecuado al caso de que se trate, y que el sitio y las conexiones del tumor son otros tantos elementos que se deben escrupulosamente valorizar. Puedo asegurar que, tratándose de fibromas que llegan á la zona umbilical, la histerectomía vaginal sería una operación muy laboriosa, de larga duración, que requiere maniobras tan complicadas como largas, y que en estas circunstancias la vía abdominal permite con más facilidad y rapidez, y quizá sin mayor gravedad supuesta la menor duración del acto quirúrgico, realizar la curación. En la época actual no se discuten, sino que de plano se desechan, las intervenciones de indeterminada duración en que se maltrata mucho la serosa peritoneal, y se substituyen éstas por intervenciones más sencillas, fáciles y de rápida ejecución. Deben, en tal virtud, restringirse las indicaciones de la histerectomía vaginal como lo recomienda Bouilly, á los tumores pequeños ó de medianas dimensiones, fácilmente accesibles por la vagina y tratándose de mujeres que han pasado la menupausia ó que son muy obesas y estériles.

En las mujeres jóvenes la via abdominal nos favorece con grandes é indiscutibles ventajas, porque la operación se hace á la vista y se puede limitar á una intervención parcial conservando ya el útero, si enucleados el ó los tumores (cuando son dos, tres ó hasta cuatro) se llega á reparar en condiciones adecuadas; ó ya un ovario, si se halla en buen estado. Si la extirpación completa (del útero y los anexos) se hace indispensable se opera á cielo abierto, lo cual permite realizar una hemostasis perfecta y asociar correctamente las superficies peritoneales seccionadas durante la operación, con suturas adecuadas.

Para que la histerectomía vaginal sea una operación excelente por la facilidad de su ejecución, benigna en sus consecuencias y feliz en sus resultados lejanos, debemos reservarla para los fibromas múltiples, pero que, por su volumen total, no excedan de las dimensiones del puño de un adulto; que sean fácilmente accesibles á través de una vagina amplia y en mujeres de más de 45 años ó aun de menos edad, siempre que sean éstas muy obesas y estériles.

Los procedimientos de histerectomía vaginal de que en la actualidad dispone la Ginecología operatoria son numerosos, y sería aventurado creer que alguno sea suficiente para realizar todas las necesidades de la práctica. En cada caso se debe adaptar la manera de proceder á las condiciones tan variables de situación, volumen y conexiones de los fibromas; y creo indispensable tener presente, al emprender esta operación, la técnica de los principales métodos, para elegir el más conveniente ó para saber combinarlos siempre que uno solo no garantice el resultado. Se improvisará así un procedimiento *de circunstancias* que permita, con facilidad y rapidez, llevar á término feliz una intervención sembrada de dificultades, como suele ser á veces, la histerectomía vaginal.

Como no vendría á propósito en un trabajo de la índole del presente hacer la descripción pormenorizada de todos los procedimientos de la histerectomía vaginal, me limitaré á recordar que Pean, Richelot y Segond practican la histerectomía, previa compresión de los ligamentos anchos con pinzas adecuadas que dejan en su sitio por 48 horas. Que Doyen y Quenu quitan la matriz con los neoplasmas, y hasta finalizar la operación realizan la hemostasis definitiva. Esta manera de proceder es evidentemente más sencilla y expedita; es á la que generalmente doy la pre-

ferencia en la técnica que sigo y que describiré en pocas palabras.

Preparación de la enferma.—Cuatro días antes del designado para la operación se desinfectan dos veces al día la vagina y las regiones pubo-perineales, lavando éstas con solución de bicloruro de mercurio al medio por mil y jabón antiséptico, y la primera haciendo una inyección con dos litros de la solución de bicloruro. Para enjabonar la vagina empleo un jabón de bicloruro al milésimo, de forma cónica, perforado en el centro para fijarlo con el índice y frotar con él á la vez que distender bien los repliegues vaginales.

La víspera prescribo un purgante de 32 gramos de aceite de ricino y 60 centígramos de calomel, y en las primeras horas del día de la operación una lavativa con mil gramos de agua destilada teniendo en disolución 20 centígramos de permanganato de potasa; un baño alcalino y la minuciosa desinfección del pubis (que debe ser antes rasurado en la región vulvo-perineal) y de la vagina. Estas regiones deben quedar bien protegidas, hasta el momento de la operación, por un tapón vaginal con gasa yodoformada y una compresa esterilizada que cubra del pubis a ano. La vejiga debe ser sondeada para adquirir la seguridad de que se halle vacía.

Las únicas piezas de ropa con que se cubre á la enferma al trasladarla á la mesa de operaciones son: una camisa que sólo llegue á la región hipogástrica, y un saco de franela de las dimensiones de la anterior. Los miembros inferiores se cubren con grandes lienzos de lana que lleguen hasta la parte alta de los muslos. Todas estas piezas deben de haber sido previamente esterilizadas en el autoclavo.

Los instrumentos, esterilizados en la estufa seca, se colocan en bandejas flameadas, conteniendo solución de ácido fénico al 2 1/2 por 100, al alcance de la mano, para ir tomando, los que se vayan necesitando, sin valerse de ayudantes, y reduciendo éstos á dos: uno dedicado á practicar la anestesia y otro para sostener las válvas y ayudarme á las ligaduras, suturas, etc.

Los instrumentos necesarios son: sonda para mujer; cánula de irrigación; dos valvas cortas de Pean; dos separadores laterales; un separador largo de ángulo recto para proteger á la vejiga; 6 pinzas monogrifas modelo tira-balas; 2 pinzas de Museux de cuatro garras; 4 pinzas para ligamentos anchos de Doyen; 6 pinzas de forcipresura de Keberle; 6 pinzas porta-esponjas; 2 bisturíes, uno curvo y otro recto; 2 tijeras largas, recta y curva; 2 agujas curvas de Deschamps; 2 agujas, curva y recta, de Reverdin; un histerómetro; agujas de Hagedorn y un porta-agujas; seda y *catgut* antisépticos; dos espátulas, recta y curva para enucleación de fibromas y una pinza, de Pean, para ovarios.

Las compresas, algodón, toallas, gasa, etc., así como los mandiles, son esterilizados en la estufa de Poupinel, que es muy conocida para este objeto.

Mis manos y antebrazos, así como las de mi ayudante, son objeto de minuciosa desinfección por la técnica siguiente: limpia de las uñas con un limpia-uñas de metal flameado; lavado de 4 minutos de duración con agua esterilizada, lo más caliente que se soporte, jabón de bicloruro y cepillo esterilizado; después de secadas con una toalla esterilizada se frotan con una compresa empapada con alcohol á 80 grados, se sumergen en una solución al 5 por 1,000 de permanganato de potasa y en seguida en otra de bisulfito de sosa acidulada con ácido oxálico, hasta decoloración.

Como se ve, la manera con que se procede á la desinfección de la paciente, de los instrumentos, ropa, piezas de curación y especialmente de las manos, es escrupulosa á la vez que sencilla y se limita á hacer lo indispensable para evitar todo accidente séptico, sin desacreditar la más bella de las conquistas quirúrgicas haciéndola irrealizable á fuerza de complicaciones. Es severa, pero la creo despojada de toda exageración y suficiente para asegurar la inocencia de las intervenciones ginecológicas aun las más complicadas. No se debe olvidar que en noventa y nueve por ciento de los casos en los que se ha presentado alguna complicación séptica, la infección se ha producido durante el acto operatorio.

Operación. Anestesiada la enferma por el éter (anestésico á que doy la preferencia), y colocada en la mesa de operaciones en decúbito dorsal, los muslos separados y sostenidos por los soportes *ad hoc*, se descubre el cuello del útero retrayendo las paredes vaginales con valvas y depresores hasta que se logra hacerlo pertectamente visible. Se le toma sólidamente con dos pinzas tira-balas colocadas en cada comisura; se le atrae hacia la vul-

va con tracciones moderadas pero sostenidas y progresivas, y se divide la mucosa vaginal con un fuerte bisturí por una incisión circular cerca del orificio del cuello para evitar la herida de la vejiga. Se separa cuidadosamente con el dedo la vejiga y el recto, aislando de estos órganos las caras anterior y posterior del útero. Se abren los fondos de saco peritoneales, vésico-uterino y recto-uterino; se protege con un opresor la vejiga, se hace aparente la base de los ligamentos anchos y se liga el tronco de la arteria uterina de cada lado, llevando el cuello en sentido opuesto á la arteria por ligar, la que se reconoce por sus pulsaciones; se exploran las paredes anterior y posterior del útero, y si se encuentran en ellas fibromiomas, se les enuclea por el procedimiento que tengo descrito y se disminuye así el volumen de la matriz fibromatosa para facilitar su extirpación. En el caso de que haya varios tumores sésiles muy próximos el uno al otro, hasta el grado de confundirse su base de implantación y hacer difícil ó imposible la enucleación, se pueden reducir las dimensiones de la matriz fibromatosa circunscribiendo á estos neoplasmas por dos incisiones curvas que se correspondan por su concavidad, pero distantes de los bordes del útero, para evitar la herida de los vasos arteriales que se encuentran en dichos bordes, y por fracciones, se reseca toda la porción de la pared del útero, comprendida entre las dos incisiones. Después de esta reducción se logra dislocar la matriz hasta que su borde superior y el de los ligamentos anchos se hagan accesibles; se colocan en cada uno de éstos pinzas de presión elástica continua de Doyen, y se dividen entre éstas y el borde del útero. Mas, si al enuclear los fibromas quedase fácil de realizar la extirpación del útero, se divide éste en la línea media de la cara anterior hasta el fondo, que se invierte. Con pinzas, se hace la hemostasis provisional de un lado y se divide toda la porción del ligamento ancho comprendida entre las pinzas y la matriz, procurando *ver bien* para tener entera conciencia de lo que se divide. Seccionado un ligamento, es muy fácil, si no existen adherencias sólidas, hacer vascular el útero, pellizcar con pinzas el otro y libertar por completo la matriz. Se atraen los anexos, y si los ovarios están profundamente alterados se les extirpa, previa ligadura; pero si alguno se encontrase en su estado normal, se le conservará para evitar los accidentes á que da origen la supresión absoluta y prematura de la función ovariana. Se ligan las arterias útero-ováricas y las de los ligamentos redondos (estas últimas en masa' comprendiendo en la ligadura todo el ligamento redondo) y por suturas en *surgete* se reunen los bordes cruentos de los ligamentos anchos. Para reparar, el piso pélvico, se afrontan los bordes peritoneales de los repliegues vésico-uterino y vésico-rectal con una sutura en jareta que, al cerrarse, permita una extensa adhesión de los pliegues de esta serosa y, en tal virtud, asegure pronta y perfecta reunión. Por cuatro puntos separados se suturan los bordes anterior y posterior de la parte alta de la vagina, procurando que no quede algún orificio ó trayecto que permita comunicar la cavidad abdominal con la bóveda vaginal. Un tapón con gasa yodoformada que llegue hasta el fondo de la vagina, y un apósito formado por algunas hojas de la misma gasa y una capa gruesa de algodón salicilado que cubra bien todas las regiones vulvar y perineal, sostenido por un vendaje en *T*, constituyen la curación. El tapón vaginal debe permanecer sin tocarse tres ó cuatro días, cambiando sólo el apósito vulvar cada vez que se practique el cateterismo de la vejiga, que debe ser seguido del aseo de la vulva con solución antiséptica. A partir del cuarto ó quinto día y hasta la completa cicatrización, se deben hacer diariamente una ó dos inyecciones vaginales abundantes con solucion de cloruro de sodio al 8 por mil en agua esterilizada.

La vía abdominal se reserva para los fibromas que pasan el nivel de la línea umbilical. Suele, á veces, en la práctica, encontrarse tumores de volumen enorme, que llenan la cavidad abdominal y obstruyen el campo operatorio. Para facilitar su extirpación, algunos cirujanos, entre los cuales se coloca Martín, aconsejan dividirlos en dos fragmentos, y es bueno tener presente este consejo para aprovecharlo cuando nos encontremos en presencia de neoplasmas que, por su excesivo tamaño ó múltiples adherencias, pueda ser ventajoso su fraccionamiento si con él se logra abreviar la duración del acto operatorio.

(*Continuará.*)

que piden es que se laven las atarjeas, y por lo tanto él no pide que se retire el dictamen.

El Sr. Ruiz rectificó á su vez diciendo que al ocuparse del informe había nombrado al Sr. Urrutia lo mismo que á los Sres. Gayón y Bandera; y que si lo había nombrado con más frecuencia era por haber sido el relator de la Comisión, y sin desconocer su talento y su instrucción no obstante los defectos del dictamen. Este debía retirarlo la Comisión porque la Academia es en último caso la que debe aprobarlo ó desecharlo; pero si la Comisión quiere, puede retirarlo y presentarlo después dividido.

El Sr. Gaviño, quien, como los oradores precedentes había quedado con el uso de la palabra desde la sesión anterior, dijo que él había creído que se iba á discutir la influencia de las obras sobre la salubridad pública, para cuya discusión traía algunos elementos que juzgaba dignos de atención; pero que como no se discutía ese punto renunciaba al uso de la palabra.

El Sr. Gayón expuso que en la sesión del 5 de Marzo había dicho que les faltaba agua á las bombas de la Piedad, por lo que funcionaban con irregularidad. Al hacer la visita vió que funcionaban perfectamente y así lo dijo en el dictamen. Pero posteriormente se le ha informado que el canal de Derivación ha estado azolvado y que entonces les faltó agua á las bombas hasta posteriormente que lo desazolvaron. Insistió en que se permitiera á la Comisión retire el dictamen para presentarlo dividido.

El Sr. Urrutia hizo advertir que el informe de la Comisión no ha sido ni una crítica de las obras del Saneamiento ni un dictamen acerca de ellas, sino un informe de los hechos que observaron y que tenían relación con los puntos tratados en la sesión del 5 de Marzo.

El Sr. Gutiérrez apoyó la súplica hecha á la Comisión para que retire su dictamen.

El Sr. Bandera pidió se preguntara á la Academia si permitía á la Comisión retirar su dictamen.

Acordado el trámite por el señor Presidente, los socios presentes en votación nominal contestaron por la afirmativa, con excepción de uno que votó en contra y de dos que se abstuvieron de votar.

ISMAEL PRIETO.

GINECOLOGÍA.

Contribución al estudio de los fibro-miomas

DE LA MATRIZ

Desde el punto de vista de su tratamiento.

(CONCLUYE)

Entre los numerosos procedimientos de histerectomía abdominal con que en la actualidad cuenta la ginecología operatoria, merecen conocerse con todas sus particularidades los de Ricard, de Richelot, de Doyen, de Segond y de Kelly; procedimientos que todos se han impuesto como ley, tanto por su técnica precisa, cuanto por la rapidez con que se practican: factores de gran importancia en toda intervención abdominal. Los de Pean, Chrobeach, de Lennander, de Polk, de Baldy y de Lanphear, tienen más ó menos semejanza con los de Martin; y los procedimientos de Jonnesco, de Jacobs, de Porrier, derivan del de Ricard.

En tesis general, podemos decir que hay dos maneras de practicar la histerectomía abdominal como tratamiento radical de los fibromiomas: quitar todo el útero, ó limitar la extirpación al cuerpo, conservando el cuello. El primer método es la histerectomía total, y el segundo es la histerectomía supra-vaginal.

Los procedimientos de Doyen y de Kelly son á mi juicio los mejores para practicar la histerectomía abdominal total. El primero fué practicado la primera vez en México por mi ilustrado compañero el Sr. Profesor Zárraga, el mes de Enero de 1896. Obtuvo por él un éxito completo que hizo conocer á esta honorable Asamblea. Algunos meses después tuve el honor de presentar á esta Ilustrada Academia, y ya enteramente restablecida, á una mujer que operé, siguiendo el mismo procedimiento, de un gran fibroma con sólidas adherencias al duodeno, al estómago, á la cara cóncava del hígado, á la vejiga y al recto. Mi inteligente amigo el Sr. Profesor Noriega es también partidario de este procedimiento, que varias veces le he visto practicar cuando el cuello es accesible y siempre con buen éxito; pero da la preferencia, y con razón, al procedimiento americano, siempre que el cuello está

borrado por el desarrollo del tumor ó es difícil de alcanzar.

Yo doy preferencia á la histerectomía supravaginal, y sólo recurro á la histerectomía total cuando el cuello está alterado por neoplasmas malignos, algún endurecimiento de origen dudoso que haga sospechar un cáncer incipiente, ó presente núcleos fibromatosos que quizá con el tiempo puedan desarrollarse. La técnica que sigo sólo difiere del procedimiento americano en algunas modificaciones, con las que pretendo evitar que se hiera la vejiga y disminuir la duración del acto operatorio.

Preparada la enferma como he dicho al tratar de la histerectomía vaginal, preparación que consiste en la desinfección de la vagina para el caso de alguna exploración digital de este conducto durante el acto operatorio; en la desocupación de los intestinos por un purgante mecánico y antiséptico, para lograr que, completamente vaciados, adquieran el menor volumen posible y puedan colocarse en la bóveda diafragmática que es la parte de más declive (durante la operación por la posición de Trendelemburg) de la cavidad abdominal, donde se les puede sostener al abrigo del aire por una compresa esterilizada y caliente; en la desocupación de la vejiga por cateterismo; en la desinfección de la pared abdominal, del pubis (que debe haber sido rasurado), de la vulva y perineo. Se coloca á la paciente en la mesa de operaciones y en la posición de Trendelemburg. Los instrumentos, colocados en bandeja esterilizada, se ponen cerca para tomarlos directamente, y son: sonda de mujer, dos separadores de la pared abdominal dividida; un fuerte bisturí, tijeras rectas y fuertes, 12 pinzas de forcipresura de Pean, 4 pinzas porta-esponjas, sonda acanalada, 3 tirabuzones de Doyen, 2 agujas de Deschamps, recta y curva, 2 de Reverdin, 4 de Hagedorn delgadas, con su correspondiente porta-aguja, y el termocauterio. Hilo de seda, catgut, compresas esterilizadas, gasa yodoformada, algodón salicilado y vendas de balleta delgada esterilizadas, para la curación complementaria.

Desinfectadas las manos y los antebrazos por el método que tengo descrito, y colocado á la derecha de la paciente, se procede al primer tiempo operatorio que tiene por objeto dividir la pared abdominal en una extensión suficiente para descubrir bien el tumor. Esta sección se hace en la línea media; pero para evitar la herida de la vejiga se empieza por hacer con el bisturí un ojal de cuatro centímetros, inmediatamente debajo de la cicatriz umbilical, y por esta abertura se introducen los dedos índice y medio de la mano izquierda que levantan la cara profunda ó peritoneal, y sobre ellos, que protegen á la vejiga, se prolonga la incisión, sirviéndose de tijeras, hacia abajo hasta un poco arriba del borde superior de la sínfisis del pubis evitando abrir la cavidad de Retziuz, y arriba, hacia el apéndice *xifoide*. La extensión de la herida debe bastar para la exteriorización del tumor sin tramautizar sus bordes. Se abre la herida con separadores abdominales, se coloca en el ángulo superior una compresa esterilizada y caliente para proteger el paquete intestinal y limitar el campo operatorio, y se pasa al segundo tiempo que comprende: la hemostasis de los ligamentos anchos, el aislamiento del tumor constituido por la matriz con sus fibromas, y la amputación del cuerpo del útero al nivel de la porción supra-vaginal del cuello. Para realizarlo se dirige al borde superior del ligamento ancho izquierdo, donde se busca la arteria útero-ovárica que se obtura fuera de los anexos por dos ligaduras. Se divide el ala superior de este ligamento, entre las dos ligaduras, hasta el ligamento redondo sobre el que se colocan otras dos ligaduras bien apretadas, para cerrar con seguridad la arteria que los recorre. Se hace lo mismo con el ligamento ancho derecho. Se divide el peritoneo de las caras anterior y posterior del útero, al nivel de los ligamentos redondos, por una incisión trasversal; se despega esta membrana de la parte inferior del útero, lo que se hace con el dedo y sin dificultad, debido á la débil adherencia de esta serosa en esta región del útero, y ya separada, permite el descenso de la vejiga. En el tejido conjuntivo que forma el parametrio y cerca de la parte inferior de los bordes de la matriz, se ven y se sienten latir las arterias uterinas que se cogen también entre dos ligaduras, y asegurada así la hemostasis, se completa la división de ambos ligamentos anchos. Se aisla bien el segmento inferior del útero y la porción supra-vaginal del cuello; se divide éste con el bisturí después de haber fijado el cuerpo con tirabuzones colocados en las caras anterior y posterior cerca del fondo, y se extrae definitivamente toda la masa fibrosa fuera

de la cavidad abdominal. Se procede al tercer tiempo que comprende: la sutura del muñón formado por la porción conservada del cuello, la del peritoneo pélvico y la de la herida de la pared abdominal. Para realizarlo se levanta el muñón, tomado por dos pinzas monogrifas colocadas en las extremidades del diámetro transverso, y, con el bisturí ó tijeras curvas, se reseca ó vacía el tejido muscular de los bordes anterior y posterior, hasta lograr poderlos asociar perfectamente. Se cauteriza la mucosa de la cavidad cervical del cuello con la punta del termocauterio ó con una solución de cloruro de zinc al medio; se suturan con seda los bordes ya preparados del muñón formado por la porción conservada del cuello, por tres puntos de sutura en asa que comprendan todo el espesor de dichos bordes,—sin llegar á la mucosa—,y se reconstruye el piso peritoneal pélvico reuniendo por sutura en jareta y con catgut los colgajos formados por el peritoneo que revestía la pared inferior de las caras anterior y posterior del útero, que se han conservado.

Se reunen por sutura en *surgete* con catgut los bordes cruentos de los ligamentos anchos, conservando los ovarios si se les halla sanos, ó uno sólo si el otro presenta alguna alteración quística suficiente para justificar su resección. Esta precaución, que jamás omito, evita los graves inconvenientes de la menopausia quirúrgica. Se termina la operación con la sutura de la herida de la pared anterior del abdomen por sutura en tres planos: *surgete* con catgut, para el peritoneo y la capa muscular; con seda ó crin de Florencia y puntos separados, para la piel.

La curación consiste en cubrir la herida, ya suturada, con polvo de ortoformo, tres ó cuatro hojas de gasa yodoformada y un apósito de algodón salicilado sostenido con un vendaje de franela esterilizada y regularmente apretado.

Tengo predilección por la histerectomía supra-vaginal porque, además de poder practicarse con más rapidez y ser más fácil que la histerectomía abdominal total, la creo operación más aséptica. En efecto, la termocauterización de la mucosa del cuello asegura la asepsia mejor que la antisepsia que puedan realizar los lavados vaginales, más ó menos copiosos, con solución antiséptica al grado de concentración compatible con la integridad de los tejidos que forman este conducto.

Jamás he visto ningún accidente ocasionado por la conservación del cuello uterino, siempre que éste se encuentre normal. Además, la estadística, con la irresistible lógica de los números, nos demuestra su mayor benignidad. Será suficiente recordar que en 1,232 casos de histerectomía abdominal total, reunidos por Longuet y Ricard, ha habido una mortalidad de 9'60 por 100; mientras que en 826 recogidos por el expresado Longuet y en 232 de Ricard, que hacen un total de 1,058 observaciones de histerectomía supra-vaginal, la mortalidad sólo ha sido de un 4 por 100.

Los distinguidos profesores San Juan y Gallegos, catedráticos de Ginecología en nuestra Facultad, dan también la preferencia como procedimiento de elección en el tratamiento de los fibromas uterinos; á la amputación supra-vaginal, y la estadística del primero es muy satisfactoria.

Pero cuando el cuello se encuentra alterado ó invadido por epiteliomas, induraciones sospechosas ó núcleos fibromatosos que con el tiempo puedan desarrollarse, la histerectomía total es de rigor. El procedimiento es el mismo que acabo de describir hasta el momento de practicar la sección del cuello, que no se amputa. Se continúa procurando aislarlo por cuidadosa disección hasta encontrar alguno de los fondos de saco-vaginales (de preferencia uno de los laterales), que se perfora con la tijera y se amplía el ojal, abriendo éste hasta que se permita tomar el cuello sólidamente con pinzas de garras; se termina la desinserción de la vagina en toda su extensión, hasta dejar enteramente libre al cuello con tres ó cuatro golpes de tijeras; se extrae el útero fibromatoso; se examinan los ovarios y si alguno se halla alterado se le extrae, procurando conservar el otro, ó ambos, siempre que se les halle en estado normal. Se reedifica en seguida el piso pélvico reuniendo por cuatro puntos de sutura, con seda, los bordes de la vagina; por sutura en jareta con catgut se afrontan los colgajos formados per el peritoneo que revestía las caras anterior y posterior del segmento inferior de la matriz; jareta que, al cerrarse, forma con sus numerosos pliegues un muñón, al que el tejido de cicatriz dará alguna firmeza que contribuya á la solidez del piso reconstruído. Los bordes cruentos de los ligamentos anchos se afrontan por *surgete* ó á la Gety con catgut; y la herida de la pared abdominal, por tres planos de sutura, conforme á la técnica descrita.

Se puede formar idea exacta de este procedimiento viendo las figuras 6 y 7 que muestran los principales tiempos operatorios.

Las hemorragias, que antiguamente eran uno de los accidentes que complicaban la histerectomía, son en la actualidad excepcionales debido á los medios de hemostasis de que disponemos; y es evidente que el más seguro de ellos es obturar las arterias por ligaduras adecuadas y sólo dividir el vaso entre dos ó entre una ligadura que debe quedar asegurando su oclusión en la porción del ligamento ancho que va á conservarse, y una pinza de forcipresura del lado del útero que va á ser extirpado. Con tres ligaduras dobles de cada lado es suficiente en la generalidad de los casos, no sólo para asegurar la hemostasis definitiva, sino para practicar la operación con una pérdida de sangre realmente insignificante. Dichas ligaduras deben obturar las arterias útero-ovariana, la del ligamento redondo y la uterina. Si alguna de las ramas de esta última se encontrase desarrollado, sería bien sencillo cerrarle por otra ligadura. Lo importante es asegurar una hemostasis completa.

La herida de la vejiga se evita seguramente no omitiendo la recomendación de protegerla con dos dedos al completar la sección de las paredes abdominales, como lo he descrito.

Si se encuentran adherencias íntimas entre el tumor y alguna asa intestinal se dejará en contacto con el intestino una capa de tumor, lo más delgada posible, que al terminar la operación y antes de cerrar la pared abdominal, se cauteriza con el termo-cauterio. Pero si casualmente se hiriese ó perforase, se procederá inmediatamente á suturarlo con catgut muy fino y siguiendo el procedimiento de Lembert.

Los uréteres están expuestos á lesiones durante las maniobras empleadas para realizar el aislamiento de los fibromas de desarrollo pélvico ó intraligamentario, por encontrarse en contacto muy íntimo con el tejido de estos tumores. Y si cuidadosa disección no ha bastado para evitar su lesión, hay que practicar sin pérdida de tiempo cuando se trata de desgarradura ó herida lateral una sutura muy exacta que asegure perfecto afrontamiento de los bordes de la sección, observando las reglas de la sutura intestinal. Pero si la desgarradura ha sido completa, y con mayor razón si se complica con arrancamiento de una porción del uréter y la parte que queda conserva suficiente extensión para llevarla hasta la vejiga, se la fija á este receptáculo, siguiendo la técnica operatoria descrita por Basy. Cuando no tiene la longitud necesaria para practicar la *uretro-cistoneostomía*, se la sutura á la piel para hacer una fístula uretral cutánea, la que más tarde se puede remediar por la nefrectomía secundaria.

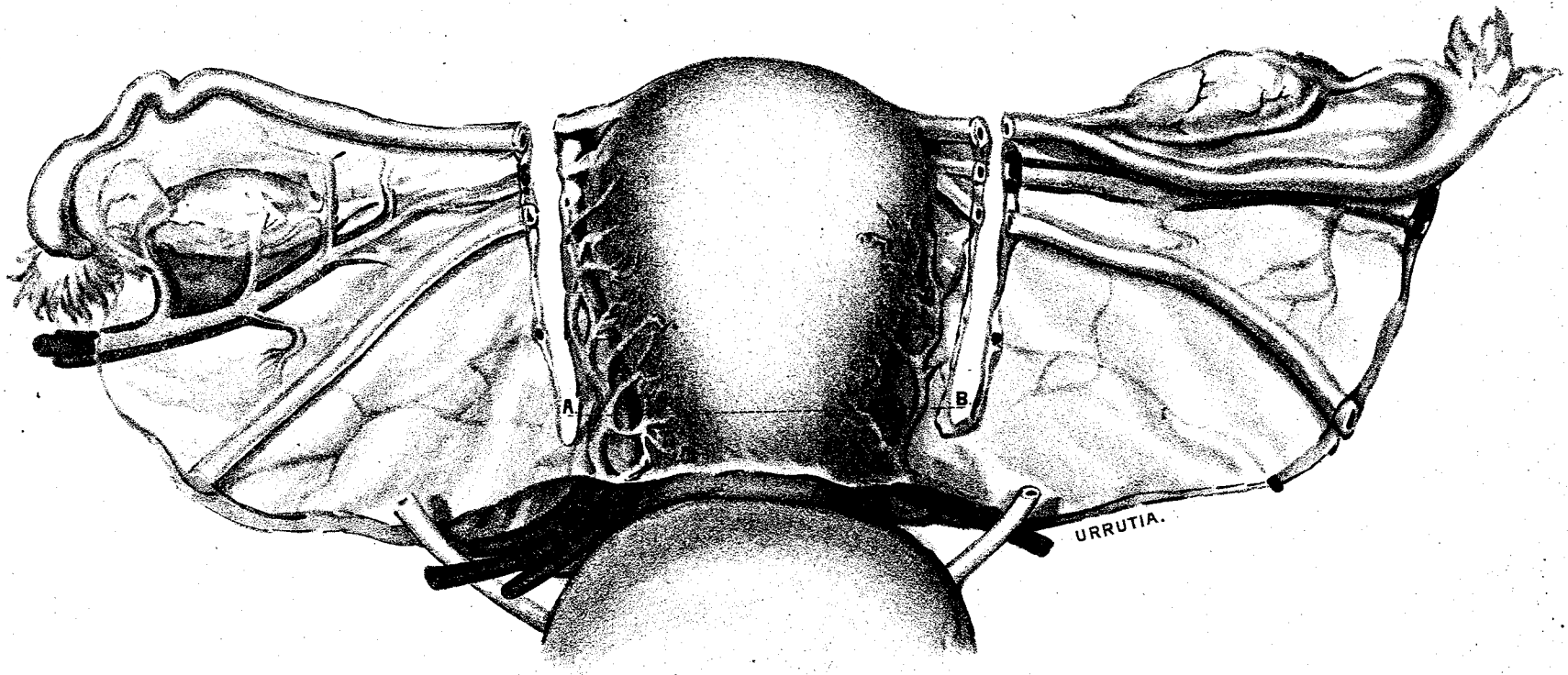
Las principales complicaciones que determinan la muerte en la histerectomía abdominal son: el *choque* ó *conmoción quirúrgica*, la *hemorragia*, la *septicemia*, la *oclusión intestinal* y la *embolia pulmonar*.

La primera se observa después de las intervenciones laboriosas y de larga duración, y se previene con las operaciones rápidas. Sin dificultad se comprenden los serios peligros á que se expone á una paciente á quien se tiene por varias horas bajo la anestesia clorofórmica, cuando, como se observa frecuentemente en los grandes neoplasmas de la matriz, los riñones funcionan mal y el corazón se encuentra en mal estado. Si la operación se practica con rapidez, si las manipulaciones se reducen al mínimum, si el intestino se protege convenientemente con compresas esterilizadas y calientes, quizá se evite este colapso quirúrgico que tantas víctimas ha ocasionado. Pero cuando, no obstante estas precauciones, la paciente no se reanima después de terminada la operación, y si el pulso queda pequeño, filiforme y depresible, las inyecciones subcutáneas de estricnina, y muy especialmente las de suero artificial en fuertes dosis y repetidas, prestan grandes servicios.

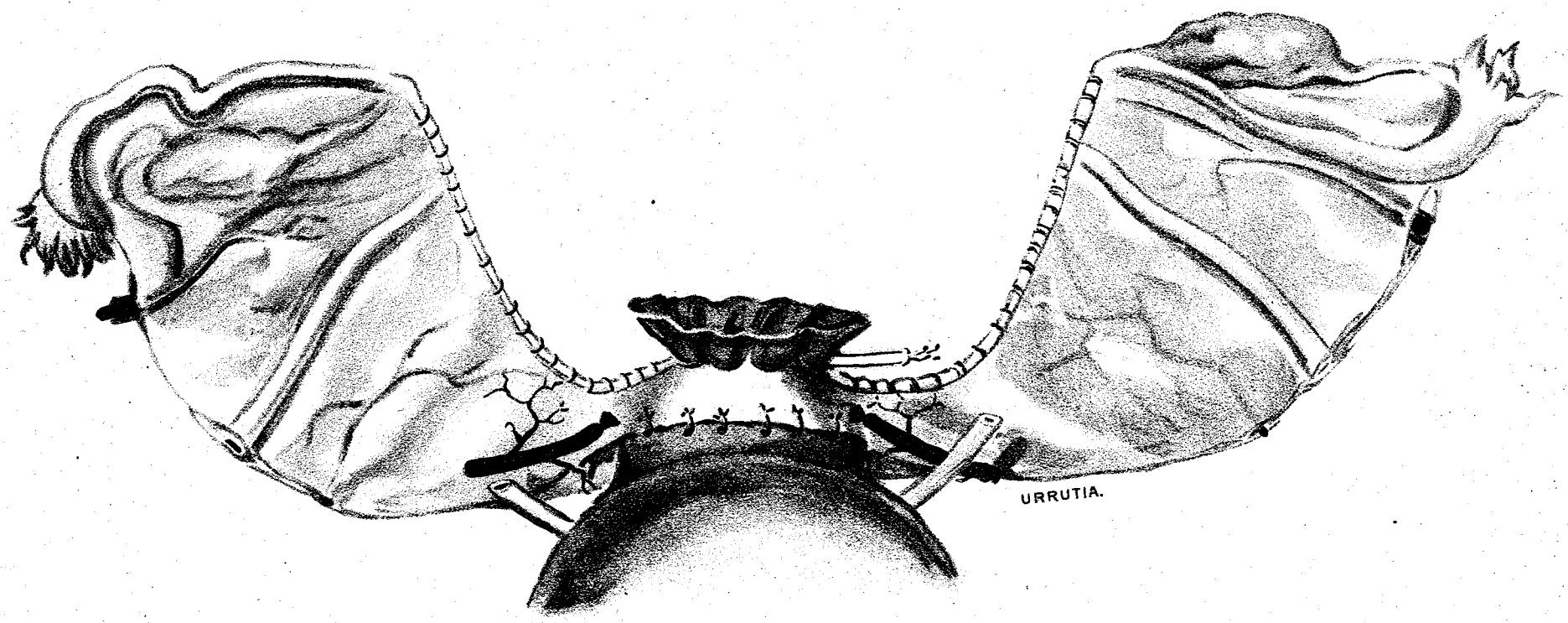
Teniendo la precaución de asegurar bien y oportunamente la hemostasis definitiva por medio de ligaduras sólidamente colocadas en las arterias útero-ováricas, en las de los ligamentos redondos y en las uterinas, así como en las ramas de estas últimas, es evidente que se evita toda pérdida de sangre y se previene la hemorragia secundaria. La septicemia, que ha sido la causa principal de la gravedad de la histerectomía, se evita observando escrupulosamente todos los preceptos del método antiséptico.

Finalmente, la oclusión intestinal y la embolia pulmonar son accidentes que se han observado, aunque rara vez, y han ocasionado la muerte á pacientes que se creían ya salvadas. Estas embolias pulmonares mortales, que suelen presentarse después de toda clase de operaciones graves, son

LAMINA Nº 1.



LAMINA Nº 2.



á juicio de Lagrave y de Félix Leguen, particularmente frecuentes después de la histerectomía para fibromiomas.

De todo lo expuesto se deduce: que soy partisdario del tratamiento quirúrgico de los fibromauterinos, pero *únicamente* cuando esté claramente indicado, y siempre prefiriendo los métodos que con menos mutilaciones aseguren la curación radical de las pacientes. Siguiendo esta bien justificada conducta, jamás mereceremos la censura que un notable médico francés hizo de los cirujanos de esa gran República, en donde se ha abusado tanto de la histerectomía, con esta elocuente frase: «*la histerectomía, en el transcurso de estos últimos diez años, ha hecho en Francia más daños que las balas prusianas en 1870.*»

México, Abril de 1901.

Dr. Alberto López Hermosa.

OFTALMOLOGIA

El terigion como punto diagnóstico del alcoholismo.

Como es sabido, las formaciones conjuntivales llamadas, por su forma, terigiones (πτερύγιον, ala pequeña), se encuentran las más de las veces del lado nasal, menos frecuentemente, del temporal y, en ocasiones, en ambos lados. Las que se suelen hallar arriba ó abajo de la córnea, son consideradas por la mayoría de los autores, ya que no por todos, como falsos terigiones ó terigoides y son consecuencia de lesión conjuntival por quemadura, traumatismo ó úlcera.

Creo que contribuye á que los terigiones se hospeden del lado interno ó externo y no arriba ó abajo, la protección del párpado superior y la del inferior; la abertura palpebral tiene una forma alargada que deja á descubierto la parte interna y la externa del ojo y protegidas la superior y la inferior. En mi pequeña memoria sobre lepra ocular que presenté á esta Academia años hace (Gaceta Médica, Febrero 1.º de 1892), citaba el caso de una mujer con lepra de forma trofoneurótica; el tarso inferíor estaba atrofiado y el músculo orbicular paralizado. A consecuencia de esto, la abertura parpebral estaba crecida en el sentido vertical y la oclusión no se podía verificar ni aun durante el sueño; una parte de la conjuntiva bulbar inferior quedaba siempre descubierta, porque al dormir, el párpado superior protegía á la córnea; pero el inferior no se aplicaba como debiera, sobre la parte correspondiente del globo ocular. En esta enferma había una producción conjuntival, con inserción terminal en la córnea, en todo semejante al terigion; era de forma triangular y se extendía del grande y del pequeño ángulos del ojo, á la parte inferior de la córnea; esto, en el ojo derecho. En el izquierdo los párpados tampoco se aproximaban, por la misma causa; parálisis del orbicular. Allí también existía un engrosamiento conjuntival en la parte inferior como terigion, más pequeño que el del otro ojo.

Se ha sostenido que aun el verdadero terigion se formaba á causa de una ulceración de la córnea, la que, al cicatrizarse, atraería hacia sí la conjuntiva, formando un pliegue que más ó menos alterado en su estructura, constituiría el terigion. Esta teoría no está absolutamente probada; todos los días vemos ulceraciones de la córnea, frecuentes por cierto en los niños que padecen conjuntivitis flictemular y otras que no son seguidas de terigion. Esta producción es propia de la edad adulta, aunque no exclusiva á ella; el verdadero terigion tiene casi siempre tendencia á avanzar sobre la córnea; el que resulta de úlceras, quemaduras etc., no la tiene; además, el examen histológico del primero, demuestra que otro es su origen.

Otros investigadores como Horner, consideran el terigion derivado de la pinguícula. Fuchs ha emprendido estudios especiales sobre ambas formaciones de la conjuntiva y es de esta misma opinión que es actualmente la más admitida entre los autores. Por supuesto, que no ha faltado quien siguiendo la corriente de ideas hoy dominante, le haya atribuido un origen microbiano ó cuando menos parasitario. Esta idea, que no está en contradicción con la anterior, no está, sin embargo, probada. Teniendo en cuenta que es más frecuente del lado interno que del externo, se ha pensado que era debido á esfuerzos de convergencia; pero no es por cierto más frecuente en las personas que más uso hacen de esa función.

El terigion, según Fuchs, es como la pinguícula, resultado de una alteración trófica. Habien-