

70-4

~~Dr. Castro~~ Ca 2402
~~Dr. Rodriguez~~
Dr. Simens

84-1-C-5

No

1814

X-53-382493-0



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313212628

Estudio comparativo entre los diferentes
tratamientos de los miomas uterinos.



— El Sr. —

que para aspirar al grado de Doctor en Medicina y Cirujía presenta

Don Angel Rossello Gómez.

Barcelona. 1904.

Excmo Señor:



Obligado por el reglamento a presentar una memoria para aspirar al grado de Doctor basada en un tema de medicina práctica y falta de experiencia propia dado mi edad y el poco tiempo que llevo en el ejercicio de la profesión, he recurrido a la experiencia ajena en el campo de mis aficiones particulares, cual es la Ginecología, ya que desde al principio al término de mi carrera he desempe-

ñado el cargo de interno al lado de ginecólogos ilustres y durante la época que llevo de ejercicio de la profesión, es á lo que con todo afán me he dedicado.

Sumando pues, mis no muy extensas observaciones personales, con las muy numerosas que he observado en las clínicas de mis maestros, el tema que presenta á lo que ha contribuido el estímulo que en mí se ha despertado para estudiar la enfermedad de que voy á ocuparme el haberla padecido el ser más que á lo para todo buen niño.

Por otra parte entre las numerosas enfermedades que se estudian en Ginecología ninguna como el mioma se observa con tanta frecuencia, al extremo de que Bayle afirma que despues de los 35 años, de cada cinco mujeres una sufre de mioma, y Broca asegura que la proporción es aun mayor como 1:3. Lo que sucede es que en muchos casos tal trastorno anató-

no-patológico, pasa casi desapercibido, ya que el número de tumores, su volumen, su asiento y su manera de desarrollarse, hacen que la afección, bajo un punto de vista pronóstico varie tanto que en algunos casos constituye una enfermedad gravísima por los numerosos trastornos que la acompañan, y en otros puede pasar desapercibida y solo notarse su presencia en el cadáver al hacer la autopsia de una mujer fallecida por distinta causa.

Para proceder en cierto método al estudio de la parte terapéutica haremos preceder esta de un ligero bosquejo acerca de la naturaleza del tumor y de los síntomas que despierta según múltiples circunstancias, ya que de la diversidad del cuadro sintomatológico tendrá que depender el procedimiento terapéutico empleado. A este fin dividiremos nuestro trabajo en los siguientes capítulos:

- I. = Estudio anatómico-patológico del mioma.
- II. = Sintomatología y diagnóstico del mioma uterino.
- III. = Pronóstico del mioma uterino.
- IV. = Tratamiento.

Y inútil creemos indicar, pues se desprende del título de esta memoria, que al último capítulo, será al que daremos mayor extensión, ocupándonos en este punto de los medios higiénicos, farmacológicos y especialmente quirúrgicos por ser estos a los que con mas frecuencia tendremos que recurrir.

I

Estudio anatómo-patológico del mioma

El mioma es una neoplasia compuesta principalmente de tejido muscular, si bien se halla accesoriamente asociada a los tejidos conyuntivo y celular. No hay que confundir el mioma con hipertrofias e hiperplasias fisiológicas del tejido muscular. Para que merezca verdaderamente el nombre de mioma es preciso que tenga los caracteres de todo tumor que según el Dr. Cabal son, el constituir una formación autónoma, atípica, independiente de la configuración normal del órgano en que radica y sin función útil al organismo.

Existiendo en nuestro cuerpo dos variedades de tejido muscular, dos variedades igualmente de mioma se han observado; una, constituida por fibras musculares

lisas, el el leio-mioma; y otra por fibras musculares es-
triadas llamada rhabdo-mioma.

El rhabdo-mioma es una enfermedad sumamente
rara, pocas veces observada y nunca, que nosotros sepa-
mos, en el útero por lo que dejaremos de ocuparnos
de esta afección, que constituye mas bien una curiosidad
anatomico-patológica que otra cosa.

En cambio el leio-mioma es uno de los tu-
mores que con mas frecuencia se observa espe-
cialmente en el útero al extremo que Broca in-
curriendo en una notable exageración creyó que
era enfermedad exclusiva de este organo y la de-
signó con el nombre de histeroma.

El leio-mioma no puede negarse de todos modos
que su asiento principal lo tiene en el útero, en las
paredes musculares de este organo; pero no por esto ha
dejado de observarse en otros sitios, como son las

trampas, los ovarios, los ligamentos anchos, la vagina, los grandes labios, la próstata, la vejiga, el hígado, el recto, intestino, vena safena, piel, escroto, en el tejido fibro-muscular de la órbita, en la vórcides y círculo ciliar, en el perón, y el Dr. Cajal lo ha encontrado en la areta mauránica.

Resumiendo; con mas o menos frecuencia, puede encontrarse en todos los tejidos en que se hallan fibras musculares lisas.

Puede ser único o bien múltiple y en ambos casos uni o multi-lobulado. El tamaño es variado, pues en algunos casos no excede del de un grano de trigo, un guisante o una avellana; pero se han observado casos en que pesaban mas de 15 kilogramos. Los de mayor tamaño acostumbra a ser los uterinos, en cambio los del aparato digestivo, suelen ser pequeños, citándose solo como erupciones

un caso de mioma del estomago que pesaba 6 kilogramos.

Macroscopicamente el tumor se parece bastante a un fibroma, es por regla general redondeado, admitiendo algunos autores, que cuando es lobulado se trata de la reunión de varios tumores vecinos.

Su consistencia es comunmente considerable y pesada, de que existen miomas blandos.

Laminas de tejido conjuntivo ~~que~~ los separan del tejido vecino lo cual constituye una facilidad para su encapsulación, pero en algunos casos y a causa de irritaciones de vecindad, pueden crearse anormalmente adherencias.

Cuando se corta el tumor con un escalpelo, restina y la superficie de seccion es rosada, nacarada, blanquecina o grisacea y en algunos casos de un color rojo carneo.

Caracteres microscopicos. — Los miomas histologicamente considerados estan constituidos por fasciculos de fibras lisas,

sumamente semejantes a las del intestino. Los núcleos tienen mucha longitud lo que les da la forma de bastoncito, presentando las solas expansiones protoplasmáticas, muy largas en cada extremo nuclear; carácter que distingue estas células de las del sarcoma fibro-celular, en las que algunas veces los han confundido personas poco peritas. Se distingue también del sarcoma por la distinta resistencia a los álcalis ya que la potasa al 30-40% destruye los elementos sarcomatosos, al paso que respeta las fibro-células permitiendo disociarlas con las agujas.

Las fibro-células están orientadas en distintos sentidos, de manera que al dar un corte se observan algunas en sentido longitudinal y otras cortadas al través. Entre estas distintas haces se notan trabeculas aisladas de tejido conjuntivo finamente fasciculado, conteniendo en su espesor alguna que otra célula fija

de la variedad de este tejido, al propio tiempo que corren por su espesor los distintos capilares sanguíneos.

Los vasos son generalmente mas abundantes en la periferia, que en el centro, pudiendo no abastarse para penetrar hasta el núcleo mismo del tumor algunas arteriolas. Cruveilhier ha descrito casos en que los vasos habian tomado tal incremento, que llegaban á constituir una variedad especial que Virchow llamó telangiectásica. Son muy pobres en linfáticos y en cuanto á filetes nerviosos solo Hirtz ha indicado su existencia.

El mioma tal como acabamos de describirlo constituye la variedad leiomioma puro, pero no es el mas frecuente sino que asociandose las fibras musculares el tejido vascular y el conjuntivo, forman dos variedades que se conocen con el nombre de angiomioma y de fibro-mioma. Como el primer nombre cuando

do los vasos se hallan tan desarrollados que parecen que adaptan la disposición del angioma eréctil, apreciándose en su espesor senos parecidos a los uterinos. La segunda variedad o fibro-mioma es mucho más frecuente, al extremo que la mayoría de autores dan este nombre a los mismos uterinos. Si predominan las fibras musculares lisas, el tumor es sanguoso y relativamente blando; si por el contrario predominan los elementos fibrosos es blanco y muy duro.

El tumor puede sufrir distintas alteraciones. Se observan á veces la degeneración grasosa, la amiloidea y la coloidal, en algunos casos hay verdadero reblandecimiento y en otros por el contrario se depositan sales calcáreas en los intersticios del mismo constituyendo una calcificación que no debe confundirse nunca como hacían algunos autores antiguos con la osificación. Hay quien ha afirmado

que el tumor era susceptible de sufrir una degeneración cancerosa pero en realidad lo que ocurre es que el sitio donde radica el tumor constituye un locus minoris resistencie que en sujetos predispuestos al cáncer, puede dar lugar a la formación del mismo. Se ofrece en algunas circunstancias, la formación de cavidades quísticas en el núcleo del tumor, constituyendo la variedad llamada cisto-mioma.

Bajo el punto de vista de la génesis del tumor, Amuge y Cornil entre otros, creen que procede su formación, por diferenciación de corpúsculos conjuntivos o células redondas embrionarias, otros autores, como Röster y Trechov creen que procede de las células musculares preexistentes, fundándose en que el mioma siempre asienta en un tejido muscular.

Rösger fue el primero que fijándose en la carencia de túnica adventicia, en las arterias de un fibro-

ma joven, creyó que las fibras musculares que faltaban, ora en la capa longitudinal, ya en la transversal, eran las que habian dado origen al tumor.

Gottschalk cree tambien que el roce continuo de las numerosas vueltas que dan los vasos y las flexiones reciprocas de los mismos producen un estimulo, hace hipertrofiar y proliferar las fibras musculares, dando origen al tumor miomatoso.

De todos modos es dificil decidirse por ninguna de estas teorías a causa de la dificultad que existe en encontrar miomas en el periodo de desarrollo, ya que cuando los observamos han adquirido su completa evolucion.

La causa que motiva el que se desarrollen en el utero miomas, es tambien desconocida, citandose solamente como hipótesis la continencia, el haber sufrido abortos etc etc.

II.

Sintomatología y diagnóstico del mioma uterino.

Los síntomas del mioma uterino son variables según el tamaño y el sitio donde esté implantado el tumor, pero de todos modos podemos clasificar estos en: síntomas provocados por irritaciones de vecindad y síntomas lejanos. Entre los primeros tenemos la endometritis fungosa que acompaña siempre al mioma y mucho más si este es submucoso. Entre los segundos tenemos las alteraciones del hígado, riñones y corazón. Las lesiones endometriticas que produce el

mioma se caracterizan por hemorragias leucorrea y dolores. La hemorragia reviste comunmente la forma de menorragia, es decir una exageracion del flujo catamenial normal, la leucorrea aparece en el intervalo de dos reglas y se caracteriza por ser de fetidez, lo que la distingue del flujo canceroso. Los dolores son muy variables en intensidad, en algunos casos se reducen á una ligera molestia y en otros se hacen casi intolerables, dominando la forma de sensacion de pesadez y la de cólicos metriticos durante la hemorragia, especialmente en las formas poliposas.

Las lesiones lejanas hemos visto que se reflejan en el higado y en el corazon al extremo de simular una verdadera afeccion cardiaca. En cuanto á las visiones no solamente se hallan afectas por reflejismo, sino que en los casos de

miomas voluminosos sufren por la compresión de los ureteres que impide el desagüe rápido de la orina en la vejiga. Del mismo modo encontramos compresiones vesicales, que si radican en el cuello de este órgano, pueden privar la evacuación de la orina y causar una dilatación de la vejiga que en algunos casos ha sido tan enorme y tan persistente que se ha confundido con un quiste ovario. Si la compresión tiene lugar hacia la parte posterior quedaria dificultada la evacuación de las heces fecales, vendrian fenómenos de capro-hermia y en algunos casos se ha visto se trataba de una estrangulación intestinal.

Las sintomas fijos pueden reducirse á tumor y prolongación del cuello. El tumor será más ó menos manifiesto segun sea el tamaño del mioma y en cuanto á la prolongación

del cuello del cuello podemos considerarla como constante, llegando en algunos casos a adquirir 20 y más centímetros, debiendo de paso añadir que no debe medirse nunca con el Histerómetro a fin de no provocar hemorragias, siendo preferible emplear una sonda uretral de goma semi-blanda.

Los síntomas que hemos enumerado se refieren al punto donde asienta el tumor. En efecto puede radicar este en el centro de las fibras musculares uterinas constituyendo el mioma intersticial que comúnmente es pequeño y poco molesto por sus síntomas. En cambio en otras circunstancias evoluciona hacia la mucosa o hacia el peritoneo constituyendo respectivamente el tipo vaginal y el abdominal. A imitación de Borzi, admitiremos en el tipo vaginal, las siguientes variedades fibromas del fondo de la boca que pueden ser sesiles o pediculados; fibromas del cuerpo submucosa

so, fibromas del cuerpo pedunculados o pedúnculos, los cuales pueden ser intra-uterinos de aparición intermitente o intra-vaginales. El tipo de evolución abdominal comprende fibromas pedunculados, fibromas sesiles no incluidos en los ligamentos anchos y fibromas sesiles incluidos en los ligamentos anchos, los cuales pueden ser abdominales o pelvianos.

Miomas intersticiales. Por ser comunmente los mas pequeños y estar situados en el centro de la masa muscular uterina ocasionan pocas molestias hasta el punto que muchas veces solo se comprueban en la autopsia de individuos fallecidas por otros motivos. Si son algo voluminosos entonces pueden provocar sintomas que hacen sospechar el tumor, si bien es preciso confesar que a causa de la vaguedad de los sintomas resulta difícil el diagnóstico. Los iniciales sintomas constantes son hemorragias que coinciden con un au-

mento de volumen del útero así como de su capacidad. Puede confundirse en este caso, con el comienzo del un embarazo, pero si bien tiene de común con el mismo el aumento de volumen del útero, en cambio se diferencia en que en el embarazo faltan las reglas y como en algunos casos puede persistir la menstruación durante el mismo, de aquí la providencia con que debemos proceder al cateterismo uterino para no provocar el aborto; lo mejor en caso de duda es abstenerse, y algunos meses de expectación bastarían para aclarar el diagnóstico. Puede confundirse también con el aborto, pero una investigación anamnéstica detenida aclararía nuestras dudas. Respecto al cáncer hay que tener en cuenta la fetidez de los productos exalados, que no ofrecen nunca este carácter en el mioma. Puede ser causa también de duda la inflamación de los anexos pero si se

tienen en cuenta los datos anamnesicos así como la rapidez con que se ha desarrollado el tumor y la fluctuación, casi siempre fácil de comprobar, apartaremos el diagnóstico de mioma, confundiendo el de inflamación de los anexos cuando no existe aumento en la cavidad uterina. Personas poco peritas pueden confundir el mioma con una ante-flexión o retro-flexión, pero el tacto bimanual combinado desvanecerá toda duda.

Miomas de evolución vaginal. Hemos manifestado que el mioma puede hacer prominencia hacia el conducto útero-vaginal y que en este caso puede estar implantado en el hocico de tenca; pueden ser subgenitales del cuerpo, o bien pediculados del mismo. Si el mioma existe en el hocico de tenca, no cabe confusión alguna con otra enfermedad, ya que por el examen visual y por el tacto puede reconocerse fácilmente

y solo un examen muy superficial podría hacernos creer la existencia de un polipo del cuerpo ó bien como ha ocurrido en el algunos casos una inversión uterina.

Si el mioma es submucoso del cuerpo encontramos muy acentuados en su grado máximo los síntomas hemorragias y aumento de cavidad. Para hacer bien el diagnóstico en este caso es conveniente hacer el tacto intra-uterino, para lo cual además de emplear los procedimientos de dilatación del cuello usuales, podemos aprovechar el hecho en el momento en que exista la hemorragia, por encontrarse en esta circunstancia reblandecido y entre abierto el orificio uterino. Por este medio podremos encontrar dentro del útero un tumor liso al paso que si nos limitáramos al examen exterior solo veríamos un aumento regular y progresivo de la matriz, que podría hacernos

creer en un embarazo. Las dudas mas fundadas podemos tenerlas con el cáncer, en los casos en que se efaccia el tumor, y casi no tenemos otro medio, para aclarar el diagnóstico que el examen histológico de los productos desprendidos.

Si las miomas uterinos del cuerpo son pedunculados tenemos lo que se denominan pólipos de la matriz, pueden ser en estas circunstancias intra-uterinos de aparición intermitente en la vagina, ó visibles siempre en la misma. Si son intra-uterinos tendremos que diagnosticarlos como en el caso anterior por medio de la introducción del dedo en la matriz que nos permitiría percibir claramente el pedículo encontrando líneas y regulares el resto de paredes uterinas. Mas fácil es el diagnóstico cuando el pólipo aparece en la vagina aunque no de un modo intermitente, surgiendo su aparición con el periodo hemorrágico, para reintroducirse luego

dentro del útero, hasta la otra menstruación. Simil-
mente si el pólipo es visible siempre en la vagina,
lo cual ocurre en los casos en que su volumen es
enorme, casi no cabe confusión con ninguna otra
enfermedad; el tacto vaginal aclararía si el pedículo
procede de dentro del útero o bien si está insertado
en el orificio de tema; así como el tacto rectal y
la palpación abdominal nos demostrarán que
no existe inversión uterina con lo que algunas
veces se ha confundido.

Quimosis de evolución abdominal. Esta variedad
de quimosis se caracteriza porque al evolucionar
en lugar de hacerlo hacia la mucosa lo hacen
hacia el peritoneo. Pueden ser sub-peritoneales
sesiles o bien pediculados. Los primeros pueden
estar incluidos en los ligamentos anchos, o
no, si es esto último, no cabe confusión en el

diagnóstico, más que con el embarazo, pero el tiempo lo aclararía. Si el mioma se halla incluído en el ligamento ancho, puede ofrecer dos variedades: la abdominal y la pelviana. En la primera cabe alguna confusión con los quistes (para-ovarios) y los tumores enquistados de la trompa, pero se distingue de estas enfermedades por la falta de fluctuación. Se ha indicado también la confusión posible con un tumor del hueso iliaco.

En la variedad pelviana predominan los síntomas compresivos hacia la vejiga, si está incluído adelante, o del recto si lo está hacia atrás. Los trastornos funcionales que ocasiona, así como los dolores violentos que provocan por compresiones nerviosas, hacen de esta variedad la más grave de todas. Bajo un punto de vista

diagnóstico, podría confundirse con una desviación uterina, pero el tacto bi-manual combinado desaparecerá el error.

Los miomas sub-peritoneales pedunculados se mueven independientemente del útero al hacer la palpación y palpación combinadas, lo cual podría hacerlos confundir con un quiste ovario, pero además de que la evolución del mioma es por regla general más lenta, debemos tener en cuenta, que el quiste fluctúa.

Se ha indicado podría confundirse con un quiste flotante, pero la forma de este último es tan característica que no permite la equivocación. En cuanto al cáncer debemos manifestar que ofrece siempre síntomas característicos.

Como síntomas ya más raros, pero que en algunos casos pueden presentarse, sea donde

fuere el punto donde radique el mioma, debemos hacer constar; el soplo, la ascitis la coincidencia con quistes y la inversión uterina. El soplo se observa siempre que hay miomas telangiectásicos y entonces ocurre la duda de si se trata de un miocoma y hasta en algunas circunstancias cuando va acompañado de la sensación trill. puede sospecharse en un aneurisma. La ascitis se observa en los casos en que el mioma por ser muy grande ejerce compresiones, ocurriendo entonces verdaderas dudas respecto si se trata de una enfermedad hepática, ya que como sabemos por añadidura puede hallarse afectado el hígado por reflejo en los miomas. Ofusca también en gran manera el diagnóstico la coincidencia del mioma con quistes y finalmente debemos hacer mención de los casos que coincide con una inversión uterina, ya que hemos visto que la simula perfectamente, sin existir el polipo uterino con procedencia vaginal.

III.

Marcha y pronóstico del mioma uterino

Si se trata de miomas intersticiales de pequeño
volumen lo regular es, que se atrofien al lle-
gar á la edad de la menopausia. Algunos autores
no obstante afirman que la reabsorción nunca
es total y solo hay una reductibilidad de volu-
men, que hacen quedar parásitos de aperibidos.

Algunas veces se ha observado la reabsorción
ó cuando menos reducción de volumen después
de un embarazo.

En oposición á los casos de curación oc-

spontánea debemos manifestar otros en que la evolución es extraordinariamente rápida, pudiendo ocasionar la muerte por el mecanismo que después exponeremos.

Puede ocurrir también, la expulsión espontánea del tumor, especialmente en los casos en que es pediculado y hasta cuando no lo es por una verdadera embolización. Esto ocurre después de un violento esfuerzo como en el vómito o en la defecación, y especialmente cuando hay contracciones uterinas o sea en los dolores hemorrágicos. Si el tumor se desprende por la vía útero-vaginal, queda espontáneamente curada la enfermedad y si cae en la cavidad del peritoneo lo común es que se modifique y acabe también por desaparecer, si bien de un modo más lento.

La mortificación del tumor, que ocurre algu-

mas veces, es siempre grave, tanto si tiene lugar en el fondo de saco peritoneal como en la vagina, siendo lo mas beneficioso para la enferma, si bien es lo menos frecuente, que se abra directamente en la piel.

Como el mioma no recidiva ni se generaliza nunca, podemos considerarlo bajo un punto de vista pronóstico, como tumor benigno, debiendo aqui recordar que en onkologia las palabras benignidad y malignidad nada tienen que ver con las de leve y grave, ya que á las primeras se refieren exclusivamente el caracter de ser ó no infectante el tumor.

La gravedad del mioma dependerá pues de un modo esclusivo, no de su caracter histológico, sino de su tamaño, sintomas impresivos y reflejos que provo- que y hasta de la tendencia á ulcerarse; teniendo en cuenta estos datos se comprende, que el pronós-

tio no puede hacerse en general, sino en cada caso particular. Por lo comun es leve, tanto es así, que como hemos indicado en otro lugar, puede pasar desapercibido a pesar de sufrirlo un gran número de mujeres, en cambio otras veces, ofrece el tumor verdadera gravedad y hasta puede llegar a ocasionar la muerte. En los desgraciados casos en que esto ocurre, puede ser motivado por causas diferentes, pudiéndose clasificar el mecanismo de la muerte en dos grupos: muerte sobrevinida lentamente o rápidamente. La primera puede tener lugar por anemia, ocasionada por prolongadas y copiosas metrorragias; por peritonitis crónica que no es raro sobrevenga en los casos de evolución abdominal del tumor, por uremia ocasionada por la dificultad en la expulsión de la orina, en los casos en que el tumor comprime las ureteres ó bien por alteración renal

refleja que como sabemos es algo frecuente, puede sobrevir tambien, la muerte por asistolia en los casos en que el funcionalismo cardiaco esta alterado, como ocurre con alguna frecuencia en el mioma, como fenomeno reflejo de causa no muy bien estudiada.

La muerte puede sobrevenir de un modo rapido por varios mecanismos; por peritonitis aguda en los casos de ulceracion, séptica del tumor, en el peritoneo; por septicemia cuando ocurre la descomposicion séptica de un tumor voluminoso, aunque no se abra en el peritoneo, por embolia en algunos casos de miomas telangiectásicos y por Shock, en casos de ruptura intra-abdominal de tumores fibro-quísticos.

IV.

Tratamiento.

El tratamiento del mioma uterino puede ser paliativo ó curativo. El primero estriba en combatir los síntomas mas molestos ó que puedan traer mas fatales consecuencias. Teniendo en cuenta que el síntoma predominante es la hemorragia, deberemos estar siempre prevenidos para combatir un flujo de variado intenso: el ~~coneruelo~~ de auteno y sus derivados ergotina, ácido oxlerotínico, así como la adrenalina y hasta las inyecciones hipodérmicas de ergotamina, nos prestarán en estos casos magníficos

servicios así como algunos medios locales tales como las irrigaciones vaginales calientes y hasta el mismo tapamiento vaginal.

Nada diremos de los otros síntomas relativos á trastornos cardiacos, renales, ó bien á los fenómenos, dolor, infección, etc; porque el tratamiento en estos casos, nada digno de especial mención ofrece, siendo el mismo que emplearíamos en las circunstancias en que no dependiera del mioma. Solo haremos observar que no debemos echar nunca en olvido, la medicación reconstituyente ya que las pérdidas sanguíneas la reclaman de un modo imperioso, debiendo hacer constar que no usaremos para este objeto el hierro á causa de su poder congestivo general y especial de la matriz y que entre las demás medicaciones reconstituyentes que existen, el que mas buenos resultados da en estas

circunstancias, es el arsénico, ya usado en forma de ácido arsenioso ó arseniato de sosa, ya empleado en forma de sal iocodilica ó el mismo arsenal.

Como tratamiento causal de los miomas por medios farmacológicos, nos merece muy poca confianza. Lo que más se ha indicado para este objeto, es la ergotina, no tomada precisamente en grandes cantidades para combatir las metrorragias como antes indicábamos, sino á dosis pequeñas y continuadas durante largo tiempo á fin de producir una hipoxemia general del útero y especial de los vasos del tumor, que acaba por provocar la atrofia del mismo. Con igual objeto se ha indicado la antipirina y el bromuro potásico pero no tiene la acción tan acentuada como la ergotina y además ofrece el inconveniente de que si se toma durante mucho tiempo seguido pue-

deu causar otros trastornos en el organismo. Mas eficaz parece ser á este objeto, la tintura de *Carnalis* india á la dosis de X gotas, repetida tres veces al dia ó bien la tintura de *Hydrastis Canadensis* á la dosis de XXV gotas, repetido dos ó tres veces al dia.

Para lograr la reabsorcion del tumor se ha indicado el arsénico y fósforo, mas la medicación porfirada no solo no da buen resultado sino que puede producir graves perturbaciones por lo que no creemos prudente el recomendarla y en cuanto á la medicación arsenical, obra solo como reconstituyente, segun mas arriba hemos indicado, teniendo bajo este punto de vista aplicaciones en el tratamiento de las miomas.

No terminaremos esta ligera reseña de los escasos medios farmacológicos, que podran

emplear, sin hacer mención de uno, que sin darle valor absoluto, ni mucho menos, creemos que es el que puede reportarnos más beneficios; nos referimos á la medicación hidro-mineral, por medio de las aguas clorurado-sódicas las cuales parece tienen cierta acción, eléctrica eficaz para detener el desarrollo del mioma á los par que actúan sobre el riñón y sobre el hígado, corrigiendo los trastornos funcionales consuetudinarios.

Entre los medios físicos empleados para el tratamiento de los miomas uterinos, existe la electro-lisis usada por primera vez, en 1871 por Gutter en América. Sabemos que si en un punto de nuestro organismo se dirige una corriente eléctrica, suficientemente intensa para producir la descomposición química de las tejidas, en el electrado-positivo se fijan las

elementos ácidos y en el electrodo negativo los elementos básicos. Si el polo positivo se coloca en contacto con el tumor, se producirá como es fácil comprender una escara semejante a la que da lugar la acción de un ácido y más tarde á una cicatriz fibrosa y por el contrario si se coloca en la superficie del tumor el polo negativo, la escara como todas las producidas por bases como la potasa ó sosa caústica, será blanda y nada retráctil. De aquí la consecuencia que para tratar del mioma uterino por la electro-lisis es por regla general preferible, que el polo que corresponda á la superficie uterina sea el positivo. Para que la acción tenga lugar solo en este polo, se puede sumergir el otro en una substancia buena conductora como la gelatina ó mejor aun hacer terminar el polo ne-

gativo en una ancha placa de metal con perforaciones recubiertas de algodón o de piel de gamuzo, con lo cual se logra que la acción se difunda sobre una gran superficie, por así decirlo, perdiéndose. Los primeros electro-terapas que emplearon la electro-lisis en los miomas uterinos hacían uso de corrientes muy débiles con lo que solo lograban una acción catalítica sin verdadera destrucción de tejidos proceder que aun hoy día usan algunos y que de ningún modo debemos emplear por exponernos a grandes peligros. La mayoría de Ginecólogos modernos usan actualmente corrientes de alta intensidad obtenidas por una batería de GaiFFE compuesta de pilas Leclanché. Apostoli no baja nunca la intensidad de 100 miliamperes y con frecuencia llega a 250 medidas con el galvanómetro que es

siempre una garantía de la que nunca debemos prescindir en estas operaciones. Este autor aplica en una del abdomen el polo negativo dispuesto de la manera que antes hemos indicado y el positivo dentro del útero, colocando el resoro envuelto en una sonda de celuloide o cauchout de manera que solamente quede libre en su extremidad y no contacte con ningún punto del conducto uterovaginal que nosotros no deseamos. La duración de la corriente debe ser de 3 a 4 minutos y repetirse diariamente o días alternos durante un periodo de tres a nueve meses, al cabo de cuyo tiempo dice Apostoli ha logrado la curación en el 95 % de casos, habiendo obtenido de un modo rápido en las primeras sesiones la desaparición de las hemorragias, así como de los fenómenos compresivos.

No todos los ginecólogos ni mucho menos son tan entusiastas del este procedimiento, creyendo que los beneficios obtenidos son más ilusorios que reales y que las ventajas que se logran se deben de un modo exclusivo al currentage eléctrico, que por otra parte ofrece el inconveniente de que nunca es total, ya que solo se manifiesta en los puntos donde toca la sonda. Otros autores creen que todos los beneficios de la electro-lisis se deben a una modificación vaso-motriz y electro-tónica de la fibra muscular uterina; en otros términos ó un verdadero massage del tumor y recomienda para lograrlo en las mejores condiciones la inversión alterna de la corriente. Hay quien aconseja funcionar por la vagina ó por el recto, el tumor, lo cual ha dado pésimos resultados ocasionando la muerte de muchas enfermas.

En resumen, la electro-lisis, no es el mejor, ni mucho menos de los procedimientos a que se puede recurrir para el tratamiento de los miomas uterinos: verdad es que se pueden lograr con la misma algunos beneficios, pero es solo en los casos de miomas de escaso volumen y pocos síntomas molestos, que quizá se habrían curado espontáneamente o con algún proceder quirúrgico relativamente sencillo, al paso que en los miomas graves casi ningún beneficio se obtiene con la electricidad y en cambio con los progresos de la cirugía moderna lo granan su curación.

Por lo que acabamos de reseñar se comprenderá que poco puede esperarse de la medicina fármacológica, así como de la electroterapia, en cambio con la cirugía podemos obtener éxitos verdaderos en todas las circunstancias tanto si se

trata de mismas de evolución abdominal como genital. Para proceder con método en el estudio de tan importante cuestión, empezaremos por ocuparnos primeramente de las pequeñas operaciones quirúrgicas que sin lograr la curación radical de la enfermedad, alivianan algunos de los síntomas mas molestos o bien evitan o corrigen complicaciones de los mismos y despues nos ocuparemos de las operaciones que podiamos llamar radicales dividiendolas en dos grupos que corresponden a la evolución distinta que puede verificarse el tumor o sea por la via vaginal o abdominal.

Entre el primer género de operaciones que hemos indicado mencionaremos las que tienen que verificarse para evitar los fenómenos de compresión que sobrevien con mucha frecuencia cuando el tumor está enclavado y especialmente si coexiste con un

con un subarazo. Para este acto no hay mas que colocar la mujer en posición de Sims y reduciéndolo del punto desde se hallaba situado. Con esta fácil maniobra, lograremos vencer frecuentemente muchas veces graves, debidos a la compresión, como son ataques de vena y dolores atípicos por compresión de troncos venidosos.

Para corregir los metrorragias sin apelar a una cura radical, podemos recurrir al curetaje ya que sabemos que en la mayoría de circunstancias la hemorragia uterina depende no del mioma en si, sino de la metritis fúngosa que la acompaña y por él provocada. Si queremos evitar el curetaje se puede emplear como medio más inocente y que no deje de servir buenos efectos, las irrigaciones intra-uterinas, sean de algún líquido hemostático o sencillamente de agua

esterilizada e infectada a 50° de temperatura. Si empleamos líquidos distintos del agua debemos preservar no sean tóxicos, ni irritantes, no solamente por los peligros de la absorción uterina, sino que también para que no ocurran fístulas o secuencias en el caso de que el líquido empujándose por las trompas de Falopio se derramara en la cavidad peritoneal.

Se corrigen también algo las hemorragias y se evitan de un modo notable los dolores especialmente si son espasivos, por medio de la dilatación del cuello uterino al extremo que en los casos de pequeños miomas y cuando la mujer está próxima a la época de la menopausia casi no empleamos otro procedimiento. La dilatación del cuello uterino puede ser no oruenta o oruenta, emplearemos la primera por medio

de tallos de laminaria digitata o la esponja preparada en los casos mas sencillos y cuando esto no nos diere resultados, emplearemos los medios nuevos que especialmente están indicados cuando el tumor es cervical. Consisten estos en la sección bilateral del cuello que no ofrecen ningun peligro, pues si bien se ha indicado el de herir las arterias uterinas esto no es muy frecuente y en caso de ocurrir se ligan facilmente. Si el tumor es cervical y encapsulado se puede recurrir tambien a escarificaciones hechas en forma de la capsula lo que alivia mucho a la enferma.

Operaciones por la via vaginal

Pueden extirparse los tumores dejando integra la matriz, o bien hay que recurrir a la ablación completa de este órgano, siempre y cuando, la extensión grande del tumor o una alteración completa de las paredes del útero, hacen que resulte imposible la primera, sin exponer nos a grandes consecuencias post-operatorias.

Si nos decidimos por la extirpación sola del tumor debemos establecer una diferencia entre los casos en que el mioma radica en el cuello y en los casos que está fijo en el cuerpo del útero. Si radica en la porción vaginal del cuello lo mejor es enuclearlo con el dedo lo bien con una espátula,

pues si bien algunos autores intentan la suturación, no debemos recomendar este procedimiento porque resulta la operación muy grave en primer lugar porque siendo excesivamente dura, el tiempo operatorio resulta muy prolongado y la mujer pierde mucha sangre, y en segundo lugar porque por reptación pueden perforar las paredes uterinas y encontrarnos en plena cavidad peritoneal. En los casos en que nos sea imposible enuclea el mioma con el dedo o la escatula, recurriremos antes que á la tnturación, al bisturí; o al tenno cauterio si tenemos las hemorragias. Una vez rota la capsula en que se aloja el tumor, y separado este, suturaremos los bordes de la citada capsula o bien operaremos que se reúnan por segunda intención, colocando un tapón de gasa iodoformica o bien esterilizada.

Si el mioma radica en el cuerpo, empera

remos por verificar una incision bilateral del cuello hasta el punto del mismo en que se inserta la vagina, sin preocuparnos de la porcion supra-vaginal del cuello, ya que esta se encuentra dilatada por el mismo tumor. En algunos casos podemos evitar esta operacion, previa, dilatando lentamente el cuello con tallos de laminaria. Dilatado el cuello por uno u otro de estos procedimientos, ejerceremos fuertemente con unas pinzas el tumor y lo haremos vasular de modo que su pediculo verifique un movimiento de torsion, hecho lo cual se cortara el pediculo con unas tijeras, no preocupandonos gran cosa del resto del mismo que queda adherido a la pared uterina, ya que por si solo se espacera y cae.

Como que la operacion, no deja de dar alguna hemorragia, se han recomendado varios medios hemostaticos como la ligadura, el empleo del

asa galvano-caustica etc, pero ninguno de estos me-
dios debe recomendarse ya que lo mejor es operar
con la mayor rapidex posible y solo en los casos
poco frecuentes de que el pediculo contenga vasos
muy desarrollados dejaremos aplicadas unas pinzas.

Si el excesivo volumen del polipo nos obligara
a triturarlo, debemos acto seguido o algunos dias
despues practicar un uretrage, para curar la
metritis consecutiva.

Si el mioma del cuerpo es submucoso no pe-
diculado debe intentarse la enucleacion. Empera-
remos en este caso por practicar la anestesia de la
enferma, dilataremos inmediatamente el cuello y
verificaremos la operacion, con arreglo a los
siguientes tiempos: 1.^o abertura de la capsula. 2.^o
desmarticacion del tumor. 3.^o extraccion del mismo.
Verificaremos esta ultima con un instrumento espe-

cial parecido á un pequeño forceps y su falta de esto podemos recurrir á un céfalo-trinco. Las curaciones las verificaremos inyectando líquidos que no sean tóxicos á fin de evitar la absorción: el agua estérilizada y empleada á 50° de temperatura nos servirá admirablemente para este objeto. El accidente mas grave que puede ocurrir durante el transcurso operatorio es el que presente una hemorragia intensa, pero se evita generalmente obrando con rapidez y en caso de presentarse recurriremos á las inyecciones de ergotina ó ergotina, al taponamiento y á la compresión de la aorta.

Siempre y cuando, el tumor tenga tal desarrollo que sea imposible extraerle sin atacar gravemente la integridad de las paredes uterinas ó bien cuando radica en el mismo espesor de las paredes ó por fuera de las mismas no nos queda otro recurso.

so que recurrimos a la histerectomía sacrificando el útero
a fin de que la paciente se vea libre del tumor.
Dejamos para después el compararnos de las ventajas
e inconvenientes de la histerectomía vaginal y abdomi-
nal, para anganando ambos métodos adelantando sola-
mente la idea de que nosotros no somos exclusivis-
tas y ambos procedimientos tienen sus indicaciones
precisas. Empezaremos pues por describir la histerec-
tomía vaginal, luego la abdominal y después nos
comparamos de las que cumplen estos dos métodos
operatorios.

Batley recomienda otro procedimiento para
la curación radical de los miomas. Teniendo en
cuenta que en la mayoría de casos desaparecen
en la época de la menopausia y que la función
menstrual está íntimamente ligada a los ovarios, pro-
pone, la ovo-fonectomía, para producir indirectamente

la atrofia del útero y la del mioma en el mismo
enclavado. Seductora es en realidad la operación de
Baker bajo un punto de vista teórico ya que la extir-
pación de los miomas es sencillísima y las estadísticas
marcan un tanto por ciento de mortalidad infini-
tamente menor, que el que da las histerectomías,
pero por desgracia la práctica no responde en mu-
chos casos a la concepción teórica y de aquí que
la mayoría de los ginecólogos no aceptan hoy día
la citada operación como nosotros tampoco somos
partidarios de ella, en tesis general y solo puede
ensayarse en algún raro caso y con las reservas
consiguientes a la enferma, no prometiendo una
curación radical.

Histerectomía vaginal.

No difiere la técnica aparatória para extraer el útero por la vía vaginal que empleamos en los casos de mioma de la que se usa para extirpar la matriz por otra circunstancia, como por ejemplo el cáncer uterino. Empezaremos por dar una lista de los instrumen-

Las que se necesitan para este objeto:

- 1 valva de anillo
- 2 valvas rectas
- 2 separadores de ángulo recto (modelo Peau)
- 6 pinzas de Musey de 4 dientes
- 2 " " " de 6 dientes
- 2 " " " de 8 dientes
- 1 1/2 clamps rectos (modelo Segond)
- 6 " " de dientes delgados, dents de Kocher (modelo Segond)
- 2 bisturís ordinarios
- 2 pares tijeras rectas
- 6 piezas porta-tornudas
- 1 termo-cauterio o un galvanocauterio

Algunos autores aconsejan tener estos instrumentos repartidos en dos bandejas distintas, en una de ellas se colocan los que se necesitan en el primer acto operatorio y en la otra los restantes. Si bien esto es de nec-

alidad cuando se practica la histerectomía á causa de un
cáncer no sea infecciosa infectiva á fin de que los instrumen-
tos que han contactado con el tumor no tengan que tra-
cerlo luego con partes asépticas, pero en los casos de histerec-
tomía por mioma uterino, que como sabemos no es infec-
tante, se puede prescindir de este detalle. De todos modos por
si se quisiera para mayor pureza emplearla, indicaremos
lo que debe contener cada bandeja.

En la 1.^a pondremos:

- La valva larga de anillo.
- 1 valva corta
- 3 pinzas de Musey de 4 dientes
- 1 " " " de 6 dientes
- 1 " " " de 8 dientes
- 3 clamps rectos
- 2 " de dientes delgados
- 1 bisturí

[Un par de tijeras

1 pinza posta. torcidas

Y en la segunda las que restan.

La valva larga de anillo sirve para bajar con potencia la pared posterior de la vagina en el comienzo de la histerectomía, pero como se comprende su utilidad desaparece tan pronto hemos hecho bajar el útero. La valva corta sustituye después a la precedente y tiene por objeto proteger a la vejiga durante las maniobras operativas. Los separadores de Beau se emplean al final de la operación para bajar los fondos de saco anterior y posterior.

La histerectomía puede ser total y parcial; en el primer caso puede extirparse el útero sin atacar su integridad ó bien atacándola. El primer procedimiento constituye el método de Martinis pero si bien su procedimiento operativo ha sido modi-

ficado por muchos autores de todos los países conserva el nombre del que primero lo empleó. Martin lo describió en los siguientes tiempos: 1.º abertura del fondo de saco de Douglas y sutura vagina-peritoneal. El cirujano hacia descender el cuello por medio de las pinzas de Moseau y inclinándolo fuertemente hacia adelante á fin de poner en tensión el fondo de saco posterior y poderlo incidir en toda su anchura hasta el peritoneo. El índice de la mano izquierda se introduce por este orificio y con una aguja muy encorvada se coloca una serie de puntos de sutura en toda la longitud del labio vaginal que comprendan todo el espesor de los tejidos hasta el peritoneo inclusive á fin de obtener una hemostasia perfecta por parte de los vasos vaginales que son causa comúnmente de hemorragias que molestan por su continuidad.

El 2º tiempo consiste en la sutura hemostática del suelo pelviano. Por medio de dos agujas de sutura de las de Denhamps, se pasan de través del axial establecido, dos grandes puntas de sutura, que cajen en masa la parte posterior de los fondos de saco laterales de la vagina, á fin de coger entre las ligamentos anchas el tronco de la arteria uterina y no exponerlos á coger solamente sus ramitas.

3er tiempo. Circuncisión completa de la vagina. El cuello del útero se dirige atrás á fin de distender el fondo de saco anterior, la incisión debe ser completa alrededor de la vagina, pero debe hacerse con mucho cuidado el corte por la parte anterior á fin de no interesar las ureteres, por lo que resulta conveniente colocar el bisturí de manera que el filo mire hacia el útero.

Terminada la incisión se completará la separación del útero mediante una dirección obtusa hecha con el dedo, teniendo que emplear varias veces las tijeras, para cortar adherencias entre la matriz y la vejiga.

4º tiempo. Promoveramiento hácia atrás del útero; ligadura de los ligamentos anchos. Se dirige el cuello del útero hácia delante depinándolo la pared posterior de la vagina con una valva ó un separador, con lo cual se hace bascular el útero hácia atrás quedando invertido en su posición. Una vez logrado esto, los ligamentos anchos también dislocados ofrecen su base hácia arriba; entonces se hace la ligadura y se verifica el corte de los ligamentos terminándose la operación con una detenida desinfección de la parte.

5º tiempo: drenaje y curación. Martin emplea poca

este objeto un tubo de cauchout en cruz.

Orichelot verifica la operacion en la siguiente forma:
1.^{er} tiempo. La enferma preparada despues de muchos dias por medio de irrigaciones vaginales se coloca de traves en la mesa operatoria con la pelvis ligeramente elevada; dos ayudantes sostienen los muslos flexionados hacia el abdomen y el cirujano procede al cateterismo y da una irrigacion de sublimado.
- 2.^o tiempo - Los separadores acodados y de lamina estrecha se colocan lateralmente, el cirujano depri- me la horquilla con uno o dos dedos de la mano izquierda e introduce una pinza Musey para agarrar el cuello y aun mejor para sostenerlo solidamente, dos pinzas una a cada lado. De este modo se hace descender el utero con facilidad.
3.^{er} tiempo. Con un bisturi ordinario se incinde el fondo de saco vaginal anterior, no haciendo

el corte muy alto, para no lesionar la vejiga.
Se continua la incisión circular alrededor del cuello.

4.º tiempo. La disección por medio de los dedos es suficiente de ordinario para separar la vejiga.

5.º tiempo. Por detrás la maniobra resulta mucho más fácil, se corta el fondo de saco hasta el peritoneo, sin miedo de herir el recto por encontrarse muy separado hacia atrás.

6.º tiempo. Comunmente el útero desciende con facilidad, entonces no hay más que cortar los ligamentos anchos al ras de su inserción en el útero.

Si el útero ofrece alguna dificultad en su movimiento de descenso, la sección de los ligamentos anchos resulta algo más dificultosa, pero la técnica operatoria no varía en su esencia. Se limpiarán las paredes vaginales, rellenando suavemente su cavidad con sprundas de algodón iodoformado. Las

pinzas se retiraron a las 48 horas.

Algunos autores y entre ellos Pican, practican la operación del útero, atacando al mismo tiempo la integridad de este órgano. El primer procedimiento que empleaba Pican, consistía en diseccionar el cuello uterino, separándolo con suavidad de la vejiga y del recto, cortándolo luego en dos mitades siguiendo su eje transversal, fijando las labios del cuello por medio de pinzas de Museux y haciéndolo bascular en todos sentidos a fin de que se aislara de la hoja visceral del peritoneo y quedara solamente sujeto por los ligamentos anchos. En este acto, colocaba número suficiente de pinzas hemostáticas largas, para evitar la hemorragia de las arterias útero-ovarias. En los casos difíciles, usaba el termo-cautério.

Second modifica el procedimiento de Pican y practica la operación en la siguiente forma: Sujeto el cuello fuertemente, en cada uno de sus labios por

por medio de pinzas de Museux é incide la mucosa vaginal por medio del corte circular clásico, al que añade dos pequeñas incisiones laterales paralelas á la base de los ligamentos anchos. El fondo de saco posterior queda libre, y por delante de la vejiga se separa fácilmente por medio del dedo, se cogen con dos pinzas las arterias uterinas, en la base de los ligamentos anchos y seccionan inmediatamente de estos. Libre completamente el cuello se divide por medio de dos incisiones laterales en dos valvas, anterior y posterior, que son sucesivamente disecadas. Inmediatamente el operador, sujeta con la pinza de Museux el labio posterior del miómetrio uterino y practica una henni-sección anterior. Si esta maniobra, no da suficiente resultado para hacer despegar el útero, se incide un trozo del mismo, de figura cónica con la base abajo. La sección de los ligamentos anchos y demás cuidados sucesivos son iguales á los

del método anterior.

Procedimiento Muller. Quenu Este autor propone seccionar el útero en toda su altura, de delante hacia atrás sobre la línea media, á medida que se presenta hemorragia, colocando pinzas ó toca la superficie uterina con una solución de cloruro de zinc al 10 p%. Con esta operación, hecha por separado sobre las mitades derecha é izquierda del útero, resultando la ablación mucho más fácil que actuando sobre el órgano entero.

Procedimiento Doyen - No describiremos detalladamente el método operatorio de este autor, por referirse especialmente á la histerectomía motivada por cáncer y solo indicaremos que consiste en separar primeramente las partes invadidas por el neoplasma para seguir después con la extirpación total del útero.

Operaciones por la vía abdominal. Estas pueden verificarse de la siguiente manera: unas dirigiéndose al fibroma dejando intacto el útero y otras por las cuales se practica la ablación simultánea del fibroma y del útero. El primer procedimiento comprende la miomectomía y la enucleación y el segundo es el que se lleva a cabo, mediante la histerectomía abdominal.

Los instrumentos, son los mismos que los empleados para la ablación de todo tumor en general, si bien debe tenerse en cuenta las complicaciones que pudiesen sobrevenir tales como una herida en el intestino, de los uréteres o de la vejiga, cosas que siempre tendrán en cuenta el cirujano.

Miomectomía. Esta operación no tiene inconveniente alguno en los casos de fibromas pedunculados, por lo que solo la mencionaremos ligeramente. Una vez abierto el vientre, el fibroma pediculado se presentará

suspendido del fondo, o de una de las caras del útero y entonces con un doble hilo de seda, se rodea el pedículo, haciendo un doble nudo, y si es grueso podemos cogerlo con una pinza clamp Billroth, comprimiéndolo con fuerza, haciendo una ligadura en cadena y seccionando luego por debajo de esta. Una vez libre el fibroma podremos separarlo con facilidad, como si se tratara del mas pequeño quiste del ovario. A veces estas fibromas pediculados están adheridos al intestino tan intimamente que Sheder recomienda, que se deje adherente la capa superficial o peritoneal del cuerpo fibroso al intestino, pasando a este nivel varios hilos de catgut en forma que adopten la superficie oruenta.

Enucleacion abdominal - La enucleacion por la via abdominal es una operacion por la que seccionamos la pared uterina, enucleando el fibroma de su capsula, suturando despues esta, dejando el útero

y ovarios en su sitio, procurando no rasgar la mucosa, ni abrir la cavidad uterina.

Para practicar la enucleación del tumor precisa ante todo, verificar la hemostasia preventiva. Antiguamente para esto se empleaba el constrictor o estrangulador, que Billroth substituyó por una pinza muy grande que ofrece el inconveniente de no ser aplicable en todos los casos. Hoy día se emplea a este objeto la ligadura elástica temporal, que como su nombre indica, no hay que confundirla con la ligadura elástica definitiva. Hegar, es quien ha generalizado más el procedimiento, afirmando que en la cirugía uterina tiene la misma representación, que la venda de Esmarch en la cirugía de las extremidades torácicas y abdominales, si bien, el citado autor no fue quien primero empleó la ligadura elástica preventiva, que fue ideada por Kleberg de Odessa, el cual aprovechó

do la propiedad elástica del cauchout con la que se logra una constricción constante, empleo los tubos elásticos de esta sustancia, en lugar de los hilos metálicos que usaban anteriormente Koberlé y Dixon.

Overta la cavidad abdominal siguiendo las reglas generales de la laparotomía, atraido el útero al exterior y sostenido en un lecho de compresas esponjosas, se hace la hemostasia preventiva por medio de la ligadura elástica, según se ha indicado, pasando un tubo de cauchout alrededor del cuello de la matriz y sujetando por medio de una ligadura o de unas pinzas los dos extremos. Realizadas estas maniobras, se invade con el bisturí la capsula que envuelve el mioma por el punto en que este se forma mas relieve, empujándolo y sacándolo por medio de unas pinzas.

Al verificarse la empujación debe ponerse

todo el esmero en no penetrar en la cavidad uterina, mas si notariamos la presencia de miomas submucosos no debemos retroceder ante el temor de dividir en todo su espesor las paredes uterinas, si bien si poderse prevenir la eventualidad, seria mejor atacar el tumor por la via vaginal, una vez hecha la laparotomia vale más terminar la operacion por la via abdominal. En caso de venimos precisados a abrir la cavidad uterina, una vez terminada la operacion haremos una sutura continua en la mucosa por medio de un hilo de catgut.

La herida de la pared muscular se cierra con una serie de suturas profundas, que se procuran poseer todas por debajo de la herida, en toda su extension, con flecaindole para esto, desde que empezé a usarlo Martin el catgut, en sustitucion de la seda fenicada que

se aplicaba antes.

Para disminuir la cavidad que queda despues de la enucleación del tumor, cuando este es muy grande, Martin coloca en el interior de la bolsa un tubo de oro, naje en forma de cruz, dirigiendo su extremidad hacia la vajina o través del cuello uterino. En sustitución del tubo de desagüe Freund empleo una mecha iodoformica, procediendo despues al taponamiento de la cavidad uterina con gasa iodoformica, habiendo obtenido éxito completo en un caso sumamente admirable como es un fibroma inflamado.

otro procedimiento que podemos poner en práctica para disminuir el seno que resulta de la enucleación, consiste en resecar tanto como nos sea posible, los brazos de bolsa que limitaban la cavidad de donde hemos separado el tumor.

Si despues de extirpar el tumor se ve, que hay

rezumamiento sanguineo debido a una hemorragia capilar, lo que comunmente se designa suplicando un galicismo con el vocablo de hemorragia en rappe, hay que temer no se verifique una reunion inmediata de la herida y en este caso vale mas marsupializar el utero, evocando la cavidad en forma de bolsa y suturandola a la pared del abdomen despues de rellenarla de gasa.

Cuando el volumen del mioma es muy considerable, tendremos una indicacion formal para practicar la histerectomia por la via abdominal. Antiguamente nunca se operaba de un modo exclusivo por esta via, si no que se combinaba con la vaginal, asi pues, seian empleaba la histerectomia abdomino-vaginal, superando como indica el mismo nombre la operacion por el vientre y terminandola por la vagina, por donde extraia el segmento superior del utero y

el pedículo. Otros autores, seguían un método inverso, emperando la operación por la vagina y terminándola por el abdomen, constituyendo la *Histerectomía vaginal-abdominal*; entre los partidarios de este método encontramos á *Boldt, Rouffart, Jacobs y Chaput*. Hoy día cuando se abre el abdomen para practicar una *histerectomía*, se encuentra preferible terminar la operación por la vía que se ha comenzado, sin intervenir para nada por la vagina.

Varios métodos existen para practicar la *Histerectomía abdominal*; daremos cuenta de la técnica de los principales usados, cuando motiva la intervención un *mioma uterino*.

Procedimiento Doyen. - Se coloca la enferma acostada, en la posición llamada *Trendelenburg*. Se abre el abdomen por su parte media siguiendo la línea alba y manteniendo separados los labios de la herida, se coge el tumor con un gancho especial, ó con

el orificio de la pinza y del elevador de Reverdin. Se perfora con el bisturí, sobre una pinza curva intro-
ducida por la vagina, el fondo de saco posterior de la
vagina, ensanchando el orificio y cogiendo el cuello por
medio de una pinza curva. Se prenden con las
tijeras, las inserciones laterales del cuello, que se enun-
tran, algunos centímetros mas arriba. Si se ve que
el labio anterior no está accesible anteriormente, se coge
à la vez seccionando el fondo de saco anterior de la
vagina y atrayendo el cuello hacia arriba, se des-
pega de abajo hacia arriba, de la vejiga, sin riesgo
de lesionar los uréteres.

Se introduce el índice izquierdo, del abdomen
hacia el pubis, por debajo del ligamento ancho derecho,
seccionándolo entre el ovario y el útero.

El tumor es atraído rápidamente, hacia la
izquierda del lado del operador, se le cista y desen-

envuelve de su cubierta serosa, costando á la vez el ligamento ancho izquierdo.

Después de separado el tumor, se hace la histerostomía, no teniendo que hacer por lo regular mas de cuatro ligaduras, comprendida la ligadura de los pedículos utero-ováricos, las que después de resecaados los anexos, se atraen á la vagina.

Si el corte peritoneo-vaginal sangra, por medio de una sutura continua, se reduce á un simple labio y se cierra el peritoneo con una sutura en bolsa.

El fondo de saco posterior se hace inaccesible cuando existen fibromas sub-peritoneales, entonces se les envuelve rapidamente, previa incision del peritoneo por encima de ellos, hasta conseguir abrir el fondo de saco posterior.

Las ventajas de este método estriban en la facilidad con que se ejecutan la abertura de los fun-

dos de saco vaginal, la liberación del cuello y la falta de hemostasia preventiva que facilita la rapidez de la operación.

Procedimiento de H. Delagèniere. Después de preparada la enferma y anestesiada, se coloca en posición de Trendelenburg. La incisión abdominal se practica dando un corte siguiendo la línea alba desde tres ó cuatro centímetros por encima de la parte más culminante del tumor hasta el pubis. Una vez abierta la cavidad abdominal y recondido el tumor, se hace salir á este fuera del vientre para lo que en lugar de una pinza ó garfio ordinario Delagèniere emplea un instrumento de su invención llamado desenclavador, el cual consiste en una lámina metálica reforzada en espiral y sujeta por un mango, guardando bastante analogía con las sacatapones ordinarias. Se hace penetrar el desenclavador en la parte más proeminente del tumor y después se tira del mismo

hacia fuera de la herida abdominal; en otros términos y usando uno bastante en boca; fróntese el tumor.

Inmediatamente se rodea el útero de manera que queden bien manifiestos los aneros de un lado y entonces se coloca en dicho sitio una pinza-clamp, procurando pase horizontal por debajo del ovario y llegue a contactar por su extremo con el tumor. Un centímetro y medio por debajo de la pinza, se pasa un hilo de seda a través de la parte adherente del ligamento ancho y por delante del tejido uterino, colocando el centro del hilo dispuesto en forma de anillo, en medio de los tejidos destinados a formar el pedículo. Se corta entre el hilo y la pinza, separando de este modo el borde superior del ligamento ancho con sus aletas.

Se opera del mismo modo en el lado opuesto, inclinando para ello el tumor de un modo conveniente. Inmediatamente se traza un corte irregular

y horizontal en el peritoneo, que partiendo del borde superior del ligamento ancho izquierdo termine en el mismo sitio dirigiéndose primero hacia atrás, después à la derecha y finalmente hacia adelante, teniendo mucho cuidado en este último punto en no herir la vejiga ni los ureteres, para lo cual debe pasar el corte por lo menos dos centímetros por encima de la vejiga, lo que se reconoce por la faja de color blanco marcado que forma el peritoneo en el fondo de saco vesico-uterino. al dar el corte circular se colocarían pinzas hemostáticas en las arterias uterinas y en las ramas de las mismas que creemos convenientemente dado su volumen.

Se separa la vagina del cuello uterino por medio de un corte hecho con las tijeras curvas. Este corte debe iniciarse por la parte posterior para lo cual deberá servirnos de guía el fondo de saco posterior de Douglas, ó el bulbo de un tapón previamente inserto.

ducido en la vagina, y aun si se quiere operar con mas seguridad, se da un corte en raqueta que partiendo de la incision horizontal, llegue a la parte mas declive del fondo de saco utero-rectal.

Inclinadas todas las pinzas hacia el eje de la pelvis, se coloca en la pared lateral de la vagina y siguiendo el corte circular, un hilo de seda, que se amoda fuertemente, pudiendose luego quitar las pinzas.

Para lograr la hemostasia de la seccion vaginal, se pasan tres asas por delante y detras a fin de unir la al wallar peritoneal, el cual se sutura para cerrar el suelo de la pelvis.

Se termina la operacion cerrando el abdomen, no sin fijar antes en la herida, un tubo de drenaje de unos 12 o 14 milimetros de diametro, que se hace llegar hasta el fondo de saco de Douglas, no dejandolo mas de 48 horas. Durante la primera semana se cambia

á diario el tapón vaginal y luego se practican irrigaciones antisépticas.

Procedimiento de Richelot. Los preparativos son análogos á los de los métodos anteriores. El cirujano se coloca á la izquierda de la paciente para abrir el abdomen y extraer el tumor, introduciendo en la cavación pelviana varias compresas, con el doble objeto de que sostengan al intestino y sirvan de desvío al útero, colocando al propio tiempo una valva ancha hacia el pubis, para abrir la herida y poder disponer de mas luz. De este modo se ve bien la vejiga que es la parte mas expuesta en todo método operatorio y se sacan á fuera las anegas, colocandolas simetricamente y en la posición debida dentro los ligamentos anchos, á los ovarios y á las trompas de Falopio.

Richelot inicia el corte por la región anterior

esto es, por la mas peligrosa, haciendo una incision transversal desde un ligamento ancho a otro, de manera que pase a distancia de la vejiga, en el sitio en que el revestimiento peritoneal se separa del tejido muscular del utero y se puede distocar sobre la cara anterior del cuello. Con el dedo se deroga la incision y asi por medio de una direccion obliqua, se separa completamente la vejiga.

Se cortan luego los ligamentos anchos y para hacerlo se coloca una pinza sobre el asta y otra por fuera de los anegos, iniciandose con las tijeras al ras de esta ultima, en direccion al borde del utero. Se coloca una pinza en la parte media del ligamento y otra en la region de la antena uterina, dando un nuevo tijeretazo hasta la incision vaginal, teniendo cuidado de no demorar demasiado.

Igual operación se practica en el otro lado y para acabar de desprender el útero, se corta en forma ocular con las tijeras, la inserción vaginal en el cuello. Este corte se dirige hacia el hocico de tenca de manera que se penetre un poco en el tejido uterino, a fin de que parte de este quede adherido a la herida vaginal y de este modo sea mas fácil la oclusión y la coaptación. Cuando el labio anterior de la herida empieza a desprenderse, se le coje con una pinza de presión, haciendo luego lo mismo con el labio posterior, quedando de este modo la vagina completamente abierta lo que permite quitar el útero con facilidad, sosteniendo la herida vaginal sin tocar a la cavidad pelvica por medio de las citadas pinzas de presión.

La vagina se sutura con tres filas de Catgut n.º 3; se quitan las pinzas y se hace la

hemostasia de los ligamentos anchos. Para ligar la arteria uterina, no hay precision de uerla, pues basta colocar uno o dos hilos de catgut en direccion perpendicular al trayecto de la misma, para cogela. Cerca del borde superior del ligamento, se encuentran algunas arteriolas que se ligan con dos o tres hilos colocados de un modo análogo.

Se aproximan los bordes peritoneales y por medio de algunos puntos se suturan, dando a la linea de union una forma de herradura o de media luna. El abdomen se cierra sin drainage y en la vagina se pone una cura iodoformica.

Procedimiento Americano. Se denomina de este modo, por ser de uso corriente en America donde lo practican la mayoria de los ginecologos entre los que citaremos Solt, Krug, Castmann, Boldt, Kelly, Edebohs. En Europa y especialmente en Francia

ha sido vulgarizado por Segond y hoy día está muy en boga y por su sencillez y por ser aplicable en todos los casos.

La enferma se coloca en posición invertida y el cirujano se sitúa á su derecha y después de incidir el abdomen, sin preocuparnos del volumen, de las adherencias ni de las masas que obstruyen la excavación, debemos dirigirnos hacia el borde superior del ligamento ancho izquierdo, lo cual siempre es posible, sea cual fuere el volumen del tumor ó la distribución de las lesiones supurativas, ya que también á esta es aplicable el procedimiento. Descubierta el ala superior del ligamento ancho izquierdo, se liga la arteria útero-ovárica por fuera de los anejos y cogiéndola por el lado del útero con una pinza hemostática, se la corta, entre la ligadura y la pinza y después se secciona el ala correspondiente;

se hace lo mismo con la arteria del ligamento redondo y se corta en toda su altura el ligamento ancho, desde la parte mas alta, hasta la arteria uterina.

Se reconoce bien este vaso lo que resuelta fácil por flotar libremente las hojas del ligamento ancho y no haber pinza alguna que constituya las tejidas y ofusque el campo operatorio. Distada la arteria se corta entre una ligadura colocada por fuera y una pinza puesta por el lado del útero, continuando despues el desprendimiento por debajo de la arteria y rasando el útero y luego con unas tijeras se penetra directamente en la vagina, sin mas guia que la percepcion del cuello si traves de las partes blandas y presionando en consecuencia de todo instrumento introducido en la vagina para hacer prominencia. A este proposito hace unguay

Segund, que Michelot decia que; "las tijeras cortan la insercion vaginal cuando la encuentran."

Como la hemostasia no queda absolutamente asegurada por el solo hilo que se ha colocado en la arteria uterina, las ramas colaterales de la misma sangran algunas veces y entones deben colocarse en las mismas, ligaduras especiales de un modo apropiado.

Inmediatamente se hace prehension del cuello a traves de la abertura vaginal inclinando el hocico de terca, hacia arriba y a la derecha por medio de una pinza adecuada; se dista completamente el cuello por su parte posterior y anterior teniendo cuidado sobre esta ultima cosa de recortar un colgajo peritoneal suficiente.

Se continuan las tracciones del cuello en el mismo sentido, es decir, hacia arriba y a la

derecha, con el fin de descubrir la arteria uterina correspondiente, ligando esta tan pronto se encuentre, seccionando luego el ligamento ancho de abajo arriba, es decir en dirección opuesta al del otro lado, practican lo sucesivamente ligaduras en la arteria del ligamento redondo y de la arteria itero-ovarica.

Esta última parte de la operación es facilísima y en cuanto queda libre de sus inserciones vaginales, el cuello, se deja descortizar fácilmente, por tracción, viéndose inmediatamente en una gran extensión la arteria uterina descubierta y tendida en el fondo del desprendimiento producido. Por otra parte la masa itero-ovarica dislocada hacia la derecha, facilita la operación gravitando su peso en el frontal del operador, en donde conviene sostenerla para que no produzca un avanzamiento brusco.

Una vez se ha separado la masa itero-

siónica, se completa la hemostasia y se suprimen las superficies cruentas mediante una sutura perimedial a punto por encima.

El drenaje se asegura mediante una mecha de gasa aséptica colocada en la vagina. Preferencia la seda fina y sólida.

Histerectomía sub-total o supra-vaginal — El autor que la introdujo en la práctica fue A. Martin en el año 1889 siendo su ejemplo seguido por Boldt, Lermander, Delageniere, Richelot, Schanta y otros muchos.

Ha pasado por varias etapas, particularmente por la que se refiere al tratamiento intra y extra perimedial del muñon, pero habiendo desaparecido este último proceder, gracias a la asepsis, nos ocuparemos solamente del método que hoy se practica.

He aquí la técnica:

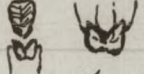
Abierto el abdomen se eleva el tumor como se

hace ordinariamente en todos los procedimientos practicados por la vía abdominal; practicado el reconocimiento del campo operatorio, se pinzan o ligan a cada lado las tres arterias que van al útero y una vez hecha la hemostasia se cortan los ligamentos anchos, lo mas cerca posible del órgano, con lo cual queda la matriz libre en su mayor parte: se dirige el tumor hacia el pubis, con el objeto de poner tensa la pared posterior del útero y se practica en esta cara posterior un corte transversal que solo interese el peritoneo, el cual se descortica con el dedo cubierto de gasa hacia abajo, quedando de este modo al descubierto la porcion posterior del cuello uterino que se cortará perpendicularmente. Hecha esta primera parte se dirige el tumor hacia el abdomen para presentar la cara anterior del útero en la que se practica un colgajo peri-

queal semejante al posterior, aunque algo mas alto para evitar lesionar la vejiga, puesta tal dentro la cova anterior despues de la decorticacion, se corta tambien perpendicularmente y se desprende el cuerpo de la matriz con el tumor. Si el estado de los vasos exige su ablacion se sigue la tecnica corriente.

El procedimiento descrito se lo he visto emplear a Sorri, Gayle, Chaput, Bouffier y otros; en cambio Lawrence sigue una tecnica especial que consiste en atacar ante todo el cuello uterino, sin hemostasia previa y desprende los vasos y adherencias de abajo arriba, ligando luego los vasos aisladamente. Esta operacion la perficaba con tal rapididad que extrae el tumor en dos o tres minutos no durando la intervencion en conjunto mas de medio cuarto de hora. Sea como fuere con hemostasia previa

i no, una vez fuera el tumor se limpia el campo, se destruye el epitelio cervical con el termo-cauterio y se cierra la superficie cruenta con dos planos de sutura.

Borra á fin de facilitar la adaptacion de los pliegos corta el cuello en forma de V. 

No queda mas que cerrar la pelvis con la sutura de los ligamentos anchos como generalmente se hace.

Ventajas:

Hemostasia mas rápida y segura, puesto que se evita la superficie cruenta de la vagina y el corte de las ramas laterales de la uterina.

Mas comodidad por no tener que llegar tan al fondo de la pelvis.

Incomunicacion de las cavidades vaginal y abdominal.

Segun algunos autores hay menos espasmo vesical.

Por último efecto moral de conservar el cuello.

Se evita la cicatriz del fondo de la vagina. El inmovimiento mayor que se le ha achacado a la histerectomía sub-total ha sido la supuesta degeneración con causa del mioma, criterio que ha sido sostenido principalmente por Segond. Este Ginecólogo fue combatido energicamente en la Academia de Paris por casi todos sus colegas, pues no es posible la transformación de un fibroma en un tumor de tipo epitelial y en que proceden de hoja distinta del blastodermo. Lo que existe alguna vez es la coexistencia de ambas neoplasias desarrollándose después el epiteloma, lo cual no puede evitarse ni con la extirpación total, pues no es raro ver degenerar en cáncer la cicatriz vaginal. Además el epitelio del conducto cervical se destruye con el tumor canceroso. Por otra parte se ha observado muy pocas veces.

Accidentes operatorios. Durante el transcurso de la histerectomía abdominal, como después de terminada la operación, pueden ocurrir diversos accidentes a la enferma que, según la época en que se nos operen dividiremos en operatorios y post-operatorios. Entre los primeros tenemos las hemorragias y las heridas vísceras.

Las hemorragias eran frecuentísimas en la época en que aun no disponía la cirugía de los modernos medios hemostáticos, por lo que podemos casi descartar como accidente frecuente a las mencionadas solamente como recuerdo histórico.

Las heridas vísceras ya tienen más importancia, especialmente las de la vejiga y de los ureteres, que son los órganos más expuestos a traumatizarse durante la operación.

Puede también herirse al intestino cuando

está adherido al tumor, pero se evitará este accidente vigilando si realmente hay adherencias y en caso positivo, en lugar de querer destruir las con violencia, se deja junto con el intestino un fragmento del tumor en forma de lámina, tomando la precaución antes de cerrar la cavidad del abdomen, de cauterizarlo con el termo-cauterio. Si por una causa cualquiera no ha podido evitarse la abertura del intestino, se practicará acto seguido una sutura siguiendo las reglas generales que marca la operatoria para esta maniobra.

La vejiga urinaria es el órgano que más expuesto está á que lo abramos sin darnos cuenta, mientras hacemos las incisiones en la pared anterior del útero. Todos los procedimientos descritos tienden á evitar este accidente, por lo que no nos causaremos de repetir que debe esmerarse el cirujano en delimitar

bien el recipiente urinario para no rasgarse. Si a pesar de todas las precauciones tomadas se incide la vejiga, se cerrará inmediatamente con una sutura en dos series o planos.

Como en algunos casos el mioma especialmente si es inter. ligamentario está en contacto con los ureteres, durante las maniobras de desortiración puede ser rasgado. Cuando esto ocurra seguiremos criterio diferente según las circunstancias, que a imitación de Doyri, las agruparemos en los tres casos siguientes: 1º Rasgadura lateral del ureter, sin rotura de continuidad; 2º Rasgadura completa del ureter sin que sus conexiones sean destruidas; 3º Ruptura completa con arrancamiento de uno de los extremos.

En el primer caso, se practicará una sutura con seda muy fina, procurando reunir

muy bien los bordes de la herida y siguiendo igual técnica que para la sutura intestinal. Se recomienda se introduzca por la vejiga, una sonda en el ureter lesionado hasta más allá del punto herido, dejándola permanentemente durante ocho días, mas como en estas circunstancias el cateterismo es difícil y peligroso, resulta preferible después de practicar la sutura, conducir la cavidad que resulta de la enucleación, todo lo que nos sea posible hacia la abertura abdominal, a fin de aislarla del peritoneo, marsupializándola, poniendo después un taponamiento flojo para asegurar el derrame de la orina al exterior, en el caso que la sutura del ureter no diere el resultado deseado.

Si la hargadura del ureter es completa, pero sin que sus relaciones sean destruidas,

hay que seguir el mismo criterio, si bien tendre-
mos poca confianza en los resultados de la sutura,
ya que Schopf cita un caso en que solo en la mucosa
colocó ocho puntos de sutura y sin embargo la curación
solo fue temporal pues no duró mas de cuatro semanas.

El tercer caso que puede ocurrir, como hemos
dicho, consiste en la rotura completa del ureter con
avancamiento de uno de los extremos, en mayor
o menor extensión. Si esto ocurre y el extremo
superior podemos transportarlo a la vejiga, prac-
ticaremos la uretero-cisto-neostomia, según las reglas
de Bori, que es como la han practicado Martin,
Donni y otros ginecólogos.

Si el extremo superior del ureter no tiene
la suficiente longitud para poderlo fijar en un
punto cualquiera de la vejiga, practicaremos
la neperistomia. Algunos autores aconsejan practi-

con esta inmediatamente, pero como es añadir una operación muy grave a otra larga y la experiencia no ha comprobado buenos resultados, es preferible practicar más tarde la nefrectomía secundaria y conectarlos de momento con crear una fístula uretero-cutánea, haciendo desembocar el ureter en la piel.

Accidentes post-operativos - Varios son los accidentes que pueden ocurrir después de la histerectomía abdominal, pero en realidad no difieren de las complicaciones que ordinariamente pueden presentarse después de toda operación, por lo que no nos atenderemos mucho en su estudio.

algunas veces pocas horas después de la ablación del útero por la vía abdominal, se presentan hemorragias. Cuando esto ocurra, debe desunirse acto seguido la herida para ir en busca de los vasos que sangran y ligarlos.

La septicemia es una de las complicaciones más temibles de la histerectomía abdominal, sufriendo a la misma algunas enfermas, pues no debe olvidarse lo fácil que es una infección peritoneal, siendo en consecuencia la septicemia el peligro más temible de las que sobrevienen a toda laparotomía. Para evitar la septicemia no nos cansaremos de recomendar el mayor rigor en la asepsis operatoria, pudiéndose añadir que a medida que han ido perfeccionándose los procedimientos asepticos en cirugía, han disminuido a la par las muertes por infección, al extremo que pocos años atrás se consideraba una operación gravísima la laparotomía, sufriendo a la misma la mayor parte de operadas, al paso que hoy día el tanto por ciento de mortalidad es tan reducido, que hasta se practica exclusivamente como

explorativa. Cuando se presenta la septicemia, ocurre en las primeras 24 horas después de la operación.

El shock cuando sobreviene es a las pocas horas después de la operación, siendo más común en las mujeres debilitadas, en las que sufren del corazón o los riñones y en las que la operación ha durado mucho tiempo, habiendo permanecido en consecuencia mucho rato bajo la acción anestésica del cloroformo. De esto se deduce la consecuencia de que sin perjudicar a la plenitud de la operación, esta debe abreviarse cuanto sea posible y en igualdad de circunstancias tendrá más probabilidades de éxito la histerectomía que se haya verificado en menos tiempo. Una precaución que no debe olvidarse para evitar el shock, es abrigar durante la operación el intestino, con compresas calientes renovadas con frecuencia.

Si terminada la operacion vemos que la enferma no reacciona y que su pulso es filiforme ó cuando menos muy debil, recurriremos á las inyecciones hipodermicas de éter, cafeina y de suero artificial.

Como complicaciones menos frecuentes pero que por esto no dejan de presentarse en algunos casos y que por su gravedad debemos esmerarnos en prevenirlas, citaremos la embolia y la oclusion interstinal.

Conocidos los principales métodos operatorios, cabe ahora preguntarnos ¿á cual daremos la preferencia? ¿resulta mas ventajoso operar por la via vaginal ó hacerlo por la abdominal? ¿en que casos intentaremos una cura radical de los miomas uterinos y en que otros nos contentaremos con un tratamiento paliativo?

Si registramos los distintos tratados de ginecología publicados, veremos que la contestación de estas preguntas se hace de un modo muy diferente según sea la época en que apareció la obra. Los incansables progresos de la cirugía, la introducción en la misma del método aseptico, el perfeccionamiento de los medios hemostáticos, han sido motivo de que operaciones que antes se consideraban como gravísimas, hoy día den un tanto por ciento de mortalidad sumamente reducido. Consecuencia de esto ha sido el que día por día va perdiendo preponderancia la histerectomía vaginal y la va adquiriendo la abdominal al extremo que muchas ginecólogas se deciden siempre por esta última sin excepción.

Ahora bien, creemos no obstante, y aunamente exagerada la preposición sentada, pues hasta admitiendo que no reporta mayor peligro la intervención por la

laparotomía, que la practicada por la vía vaginal, ambas tienen sus indicaciones especiales que nos obligan a no obrar nunca de un modo sistemático.

Para analizar con método las indicaciones de la intervención quirúrgica en los miomas uterinos, estudiaremos el asunto en el orden siguiente: 1.º circunstancias en que debe intervenir quirúrgicamente; 2.º dada la necesidad de operar, elección de la clase de intervención; 3.º suponiendo preciso recurrir a la histerectomía, casos en que la practicaremos por la vagina y circunstancias en que precisa recurrir a la laparotomía; 4.º método operatorio preferible.

Respecto al primer punto, advertiremos que en la mayoría de casos precisa la intervención quirúrgica. Ya hemos analizado en otro lugar los recursos bien pobres que la medicación farmacológica nos presta, así como lo poco precisos que son los resultados

de la electroterapia. Medios puramente paliativos son estas, que solo pondremos en práctica cuando la paciente por otra enfermedad ó por una postración, muy acentuada la consideramos como inoperable, ó bien en circunstancias opuestas; esto es, cuando el mioma ocasiona pocas molestias, es de evolución lenta y la mujer está próxima á la menopausia en cuya época hay siempre alguna probabilidad de curación espontánea. Fuera de estos casos, nos decidiremos siempre por la operación.

Decidido ya que una enferma debe operarse ó que cese de intervención practicáremos? á un lado dejamos las operaciones quirúrgicas puramente paliativas, pues solo tienen indicaciones análogas á las farmacológicas. Como poco somos partidarios de la castración que en otro lugar venimos describiendo, pues si teóricamente cumple una indicación causal, en la práctica no ha respondido siempre, y por otra parte, abierto ya el abdomen, vale muy

una intervención radical aunque sea la operación más laboriosa que la castración, pues las peligrosas operaciones no son mucho más graves y en cambio no nos exponemos a un fracaso en los resultados.

La discusión debe solo establecerse entre la extirpación simple del mioma y la separación del mismo junto con la matriz. Este asunto á nuestro entender, debe resolverse con un criterio esencialmente conservador como todos los problemas quirúrgicos y á este fin creemos puede establecerse la proposición de que nunca apelaremos á la histerectomía si nos es posible extirpar el tumor sin atacar la integridad del útero. Esta proposición debe tenerse especialmente en cuenta, cuando la mujer es todavía joven, pues una histerectomía sin estar plenamente indicada en una mujer en plena vida genital, es privarla de una de las más sagradas funciones sociales, como es el dar hijos á la Patria. Si

la mujer ha entrado en la menopausia, entonces no suenas tan escrupulosos.

Consecuencia de lo expuesto es que siempre que nos sea posible extirpar un mioma, sin amputar la matriz deberemos efectuarlo de este modo. Los miomas de forma de pedipos y aun las intersticiales, segun la region que ocupan y especialmente cuando no son multiples, permiten su separacion sea por la vagina, sea por el abdomen, segun el sitio en que esten implantados, sin necesidad de practicar la histerectomia.

La tercera cuestion que nos hemos propuesto atender es la siguiente: dada la necesidad de practicar la histerectomia ¿por que via la haremos? Segundo respuel se la cuestion atendiendo de un modo casi exclusivo al tamaño del mioma y dice: "todo tumor que no exceda del nivel del ombligo, debe quitarse, salvo casos excepcionales, por la via vaginal." Este aserto debemos

debemos considerarlo exagerado, pues no es solo el volumen, lo que debe constituir la guía de la indicación quirúrgica; el punto de implantación, las adherencias, el estado del cuello uterino y de la vagina, la multiplicidad de los miomas, son factores que de ningún modo pueden dejarse de tener en cuenta, pues su importancia es tanto o más capital que el mismo tamaño.

La proposición de Segond es en absoluto aceptable modificándola en la siguiente fórmula: todo tumor que excede del ombligo debe quitarse por la vía abdominal; en otros términos, para los tumores grandes nunca debemos titubear en aplicar la laparotomía; las dudas deben ser para los pequeños, en los que hay que atender á las circunstancias enumeradas.

Para hacer mas luz sobre tan importante cuestión, sintetizaré las indicaciones que formula Porzi, respecto la histerectomía abdominal. Breve y rápido

y marcha galopante del tumor; hemorragias graves que han resistido á todos los paliativos; dicitis producida por la irritación de un cuerpo fibroso muy móvil; compresión de los órganos situados en la pelvis menor ó en el abdomen; volumen considerable del tumor y particularmente su degeneración quística, edematosa ó supurativa; prolapso sintomático del útero y por fin el embarazo cuando el fibroma debe convertirse irremisiblemente en causa grave de distocia.

Clasifica Porzi los miomas que se llaman operarse por la vía abdominal, de la siguiente manera: 1.º cuerpos fibrosos pedunculados; 2.º cuerpos fibrosos con núcleo único ó pedunculante, nucleable; 3.º cuerpos fibrosos con núcleos múltiples; 4.º cuerpos fibrosos intra-ligamentarios y pélvicos. Para el primer grupo, la operación indicada es la miomectomía que es facilísima, como la misma ovariectomía. Para los tumores del segundo y tercer gru-

se practicara por regla general, la histerectomía parcial o la histerectomía supravaginal según sea la disposición de los tumores, y en algunos casos emeretas podría hacerse la emucleación intra-peritoneal. Para el vasto grupo está indicado el descolteramiento intra-ligamentario. Igualmente se ha practicado la extirpación total por la vía abdominal á ciertos miomas múltiples que penetraban hasta el cuello, produciendo una hipertrófia muy notable de los tejidos, que hacía imposible la formación de miomas.

El distinguido cirujano Dr. Raventos á quien he asistido como ayudante en múltiples intervenciones ginecológicas, por haber estado de interno en su clínica durante casi todo el periodo de mis estudios, clasifica los miomas bajo el punto de vista operatorio, de la siguiente manera: "En los casos de fibroma sin complicaciones sépticas

y con via vaginal amplia:

Fibromas puros	Vagina ancha	sin llegar al ombligo	Vaginal	con ó sin morcellement.

Fibromas y septicidad aseptial } Via abdominal.

Pólipos fibrosos. } Via vaginal.

De lo expuesto se deduce que el criterio moderno es ensanchar á diario, el campo de las indicaciones por la via abdominal y reducir el de la via vaginal pero que no debemos ser exclusivistas bajo este punto de mira.

No podemos apoyarnos en las estadísticas para la elección de vía operatoria, porque los progresos de la cirugía han convertido en inocentes las operaciones de histerectomía, tanto abdominal como vaginal, ya que las diferencias de mortalidad entre las dos vías de operación, solo se observan en las histerectomías practicadas en épocas en que no se habían perfeccionado los procedimientos operatorios y por lo tanto no ofrecen más valor que el histórico, al paso que en la época actual la cifra de mortalidad es casi cero, sea cual fuere el proceder empleado, ya que las pocas defunciones que han ocurrido en operadas, la muerte ha sobrevenido por hechos accidentales que no pueden modificar el criterio de la indicación operatoria.

Sin embargo a continuación damos la siguiente:

Estadística

En un cuadro comparativo entre la histerectomía total y sub-total practicada por diversos autores resulta la proporción siguiente de mortalidad.

Total: 9'6% - Subtotal: 5'6% de donde se desprende la mayor benignidad de la sub-total.

La estadística de E. Cushing acusa los datos que siguen:

215 casos de sub-total: 9'3% de mortalidad.

266 - de total: 14'3% de idem.

Cuya estadística es también muy favorable a la histerectomía parcial.

La estadística de Borri acusa un 6% menos de mortalidad en la sub-total.

La última mención de que debemos ocuparnos es la siguiente: ¿dando por sentado el que precisa operar un mioma por medio de la histerectomía abdo-

minimal, que método resulta preferible? A esto contestaremos también con un criterio anti. exclusivista: todos tienen sus indicaciones especiales, pues depende esto de la posición e implantación del tumor o tumores, del volumen y de las lesiones de los órganos vecinos. Cuando el tumor ocupa el fondo del útero, hay alargamiento del cuello y no ofrece adherencias con el fondo de Douglas, el método de Doyen es insustituible. El método de Pichelot, resulta muy práctico en los casos de adherencias, así como si hay complicaciones sépticas. En las demás circunstancias y especialmente si hay evolución lateral del tumor, consideramos como método preferible el americano.

Terminamos ya por terminada nuestra tarea, á no creer puerilmente á modo de apéndice, decir las palabras sobre las relaciones de los miomas uterinos, con el embarazo y con el parto, pues si bien por lo común son causas

de esterilidad, no deja por esto en algunos casos de presentarse la gestación en mujeres miomatosas.

El embarazo determina por regla general un aumento del mioma que provoca el aborto, sucediendo en algunos casos, que esto es el primer aviso que tiene la mujer, de su enfermedad uterina. Si el embarazo sigue su curso normal y el tumor no dificulta el parto, entonces ocurre comúnmente una regresión del mismo y se obtiene la curación espontánea.

La situación del mioma uterino no es causa de trastornos muy diferentes. Si el tumor es voluminoso y ocupa la parte alta del útero dificulta el curso normal del embarazo y por el contrario, los bajos y enclavados no alteran la gestación, pero son un gran obstáculo para el acto del parto sobre todo si son voluminosos.

Si durante el embarazo observamos la existen-

cia de un pólipo en el cuello, tanto si es grueso como pequeño, no titubaremos en extirparlo, sea cualesquiera el periodo de la gestación, pues esta no se alterará por el acto operatorio.

Si se trata de un mioma sesil del cuello, lo enuclearemos igualmente, siempre que su tamaño nos haga temer una dificultad para el parto.

Si el tumor es sub-peritoneal, ya hemos dicho que el primer sintoma acostumbra ser el aborto, por lo que raras veces tendriamos ocasión de intervenir, pero como en algunos casos concomita con el embarazo y se aparece por dolores y fuertes hemorragias, debemos operar, extirpándolo si es pediculado, o enucleándolo si es sesil, pero siempre procurando no abrir el útero.

Los miomas pelvianos son los que mas exponen para el acto del parto. Si podemos extirpar-

los sin recurrir á la histerectomía siempre debemos hacerlo, pero como en la mayoría de casos esto no es posible, de aquí las dificultades de resolver el problema pues mientras algunos autores esperan la época del parto ó cuando menos de terminación del embarazo, para operar, otros creen, que por querer salvar al feto, se expone la vida de la madre y que por lo tanto deben operarse cuanto antes.

Si somos llamados para asistir un parto en que un mioma dificulta la salida del feto, no pudiéndose lograr esto por los procedimientos obstétricos, intentaremos primero la reducción del tumor poniendo la mujer en posición genu-pectoral; si esto no da resultado, veremos si es extirpable el tumor y desembarasa la vía vaginal, y finalmente si tampoco esto es posible, extraeremos el feto por el abdomen y practicaremos la operación de Dorso, no

siendo del sistema de Bonilly, que vece basta practicar la operación cesárea y la extirpación de los ovarios para provocar la atrofia del tumor ya que una vez abierto el vientre, vale más asegurar la curación radical mediante la historectomía, la que á ser posible practicaremos algunos días antes del parto.

Habiendo tenido ocasión de observar en la clínica del Dr. Navarro, un caso muy notable de embarazo coexistente con un mioma, transcribiremos su historia:

M. D. de 26 años soltera, entró en la clínica para medicarse de una afección que suponía tenía en la matriz y cuyos síntomas consistían en dolores expulsivos, hemorragias uterinas y abultamiento de vientre. Reconocida la enfermedad, se encontraron todos los datos típicos de un mioma sesil del útero, con evolución peritoneal, pero al verificar las investigaciones correspondientes, se percibieron, al propio tiempo

los latidos del corazón de un feto alojado en la cavidad uterina; habia por lo tanto embarazo indudable, á pesar de que dado su estado social y por otros motivos que la enferma se sabía, negó siempre, prontamente el estado de gestación en que se encontraba, pues decía, era del todo imposible.

Se practicó la laparotomía y se extrajo por inspección un mioma que pesaba 300 gramos.

Se suturó el abdomen, la enferma quedó curada de sus molestias y tres meses después dió á luz á un robusto niño de tiempo, con toda felicidad.

Con lo anteriormente expuesto hemos terminado nuestra labor, que sintetizaremos en las siguientes:

Conclusiones.

1^a. La denominación de fibro-miomas, adoptada comúnmente por los autores, debe sustituirse, a nuestro entender, por la de mioma: toda vez, que dicho nombre anda más en conformidad, con la histología de los tumores objeto de nuestro estudio.

En efecto, el tejido muscular de fibra-lisa, es el elemento constante; el tejido conjuntivo, es accesorio: en mayor ó menor preponderancia, es susceptible de dar aspecto y consistencia variable á la neoplasia que integra. Cuando se halla muy desarrollado, da lugar á la variedad dura, así como las degeneraciones conducen al reblandecimiento

y á la especie llamada miomas blandos.

2.^a Las hemorragias y el dolor, son los inicios síntomas que, en todo caso, pueden reputarse como dependientes del mioma uterino. Todos los demás que comunmente se añaden á los mencionados son debidos á fenómenos de compresión, ó de irritación refleja.

3.^a Los miomas uterinos no recidivan, ni se propagan por otros parajes del organismo; debemos por consiguiente considerarlos como de naturaleza benigna, pero bajo el punto de vista pronóstico, pueden ser graves en algunos casos, ya por las hemorragias que determinan, ya por las alteraciones que ocasionan en el aparato circulatorio, hepático y renal. El pronóstico pues, debe fundamentarse en los fenómenos concomitantes y no en el tumor en sí.

4.^a El tratamiento farmacológico, es fundamen-

te paliativo, por lo que se empleará tan solo para corregir de momento los síntomas más perjudiciales y molestos, mientras se espera ocasión oportuna para intervenir quirúrgicamente, o cuando el mioma ocasiona pocas molestias y la enferma está próxima al periodo de la menopausia, en espera de si se obtiene una invasión espontánea como por fortuna ocurre algunas veces.

5^a El tratamiento hidro-mineral por medio de las aguas clorurado sódicas, sin tener un valor absoluto, constituye un poderoso auxiliar de la medicación farmacológica.

6^a La electro-lisis tan preconizada por apostoli y sus adeptos; no resulta por lo común tan beneficiosa como creen sus entusiastas defensores, ni deja de estar expuesta casi a tantas

peligros como una intervención quirúrgica.

7.^a Los procedimientos quirúrgicos pueden ser paliativos y curativos. Entre los primeros tenemos el raspado para las hemorragias, la dilatación del cuello uterino para los dolores y la reducción del útero prolapsado para los fenómenos compresivos.

8.^a Como tratamiento quirúrgico radical emplearemos:

a. La extirpación del tumor por la vía vaginal en las formas de polipo uterino cavitario y de tumor submucoso no poliposo de pequeño volumen.

b. La extirpación por la vía abdominal en los casos de tumor subperitoneal circunscrito y en general siempre que el útero pueda ser útil y respetado.

9^a. Se recurrirá á la histerectomía, en los tumores grandes, en los que forman cuerpo ó interesan un gran segmento de la matriz, en los casos en que haya sufrido la degeneración quística, en los que no sea de ninguna utilidad el conservar el órgano, y en general, siempre que resulte imposible vertipar los miomas solos, por una u otra vía, ó bien lo difícil y entretenido de la operación (no equiparable á veces con la rapidez con que se hace la histerectomía) no guarde proporción con el mal estado de la enferma.

10^a. Al volúmen del tumor, el sitio donde está implantado y las adherencias con los órganos vecinos, consti-

tenirán las bases de la indicación para practicar la histerectomía por la vía vaginal o la abdominal; no se debe, en consecuencia ser exclusivista, ya que cada operación tiene sus indicaciones especiales.

Barcelona 26 Septiembre de 1904.

Admirable
afirmo

Angel Rosello Gómez



Seheyron. De l'histerotomie et d'hysterectomie. Paris 1889

Veit. S. - Indications de la voie abdominale et de la voie vaginale (Central. f. gyn. p. 857, 1896)

Trivibel. - Traitement des fibromes uterins par l'enucleation abdominale; these, Paris 1900

Achille

J. Rodriguez

Luis

Castro

Exposición el ejercicio del Grado de Doctor
y fue calificada y Aprobada
Madrid 14 de Octubre de 1904

Amalio Jimeno

El Sr. D.

Dr. Patricio

Julian Calleja

Alfonso Rodriguez
y Demandez

Juan de Barba