

Todo lo que hemos dicho se refiere á la topografía del útero en sí; por lo que atañe á las relaciones con los órganos circunvecinos, la cosa varía. Los miomas pueden ser únicos ó múltiples, habiendo casos de verdadera degeneración miomatosa; pueden dividirse, pues, los miomas en uninodulares, multinodulares y paucinodulares: los primeros son poco frecuentes, lo cual debe tenerse en cuenta para el tratamiento: también debe recordarse que los miomas tienden á hacerse subserosos ó submucosos. Hanse dividido igualmente los miomas en grandes y pequeños, no existiendo límites para los primeros, pues se han observado tumores que pesan 14 y 15 kilos y más todavía; yo por mi parte los he extirpado de 20 kilogramos: llamaremos pequeño al mismo si éste no pasa del volumen de una cabeza de feto, llamándole grande desde este tamaño en adelante. Su forma es sumamente variable aunque con tendencia á la esférica.

Tócanos hablar ahora de la estructura de los miomas y de su textura, ó sea de los elementos anatómicos que los integran y el modo como están dispuestos. Ante todo digamos que no hay elementos nuevos, pues los referidos tumores están constituidos por fibras musculares análogas á las del útero, que se entrecruzan en inextricable red; aparte de estos elementos, encuéntrase el estroma de tejido conjuntivo que puede dominar más ó menos, justificando el nombre de fibromiomas que han recibido estos tumores. Importa mucho conocer si predominan los elementos fibrosos ó los musculares, pues en el primer caso la evolución es más lenta que en el segundo. Los fibromiomas evolucionan lentamente, producen pocos síntomas y se sostienen largo tiempo; todo lo contrario de lo que ocurre en los miomas puros. Aunque los miomas están provistos de vasos, su tejido es muy poco vascular; es decir, que los nódulos miomatosos se nutren pero los vasos corren por la periferia, atravesando raras veces un nódulo fibroso. Está constituido el nódulo por fibras musculares y tejido conjuntivo que forman un núcleo mayor ó menor, pudiendo adquirir mayor ó menor volumen, desde el de una nuez ó una avellana á los enormes tamaños ya indicados. La periferia del nódulo está envuelta en una capa concéntrica que llamaremos cápsula, la cual no forma parte del tumor, estando este último relativamente libre dentro de ella, de lo que puede sacarse partido para la enucleación del mioma. Los miomas pueden presentar diversa consistencia, y así serán duros ó blandos, habiendo algunos de estos últimos que lo son excesivamente, pues en su espesor se observa una infiltración, son los fibromas edematosos que ofrecen alguna particularidad clínica. Ya hemos dicho que en general los tumores que estudiamos tienen escasa vascularidad, pero en ciertos casos obsérvanse numerosos vasos en su periferia, lo cual no significa que el tumor sea muy vascular, puesto que en su interior puede contener muy pocos vasos: conócese esta modalidad con el nombre de *telangiectasia*.

Las relaciones que ofrece el mioma con los órganos circunvecinos son muy diferentes según las variedades de aquél. Tratándose del mioma intersticial, no habrá grandes alteraciones y sólo encontraremos el órgano aumentado de volu-

men, de manera que á medida que éste se exagere ascenderá el útero hacia el abdomen. Desde este momento el tumor se relaciona con las vísceras abdominales, pudiendo llegar hasta el diafragma, hígado y riñones. Si el tumor se encuentra en el cuello del útero, llenará la vagina, la distenderá, y el órgano podrá reconerse en la pelvis. Cuando el tumor sea submucoso, si es de la variedad uterina, el órgano aumentará de volumen, ó bien ocurrirá la pediculización y salida del mioma al través del cuello, asomando el tumor por la vulva ó saliendo por ella, pudiendo el órgano estar en su sitio y conservar su volumen. Tampoco se presentan grandes cambios de relación con los órganos vecinos. En este concepto los miomas subperitoneales ofrecen dos variedades: unos van insertos en la superficie serosa del útero (pólipos peritoneales) y están adheridos á su fondo y caras, presentan mayor ó menor volumen y pueden equipararse á los miomas intersticiales; esta variedad cambiará las relaciones entre el útero y los demás órganos según el volumen que alcancen. Otro grupo de tumores subperitoneales arranca del punto en que el útero no está revestido de peritoneo, entre las hojas del ligamento ancho; si existe un tumor entre estas últimas, compréndese que las ha de distender y al fin formará como una esfera colocada en el interior de aquéllas. En dicho caso el tumor crecerá hacia arriba, dejando el útero arrinconado y fraguándose una gran cavidad en el tejido celular pelviano. Puede ocurrir este fenómeno en ambos lados, originándose la variedad llamada fibroma incluido en el ligamento ancho. Otras veces el tumor arranca de la cara posterior en el punto donde el peritoneo se repliega para formar el fondo de saco de Douglas, poniéndose en relación inmediata con el recto sin serosa intermedia, dando origen al mioma enclavado subperitoneal. El mismo fenómeno puede repetirse en la pared anterior, separando la vejiga del útero y distendiendo la vagina hacia abajo y el peritoneo hacia arriba é impulsando el útero hacia atrás y contra el sacro.

No siempre se presentan los miomas con su estructura propia, puesto que pueden degenerar de diversas maneras. La degeneración grasienta es en cierto modo frecuente, en su virtud los elementos anatómicos se infiltran de moléculas de grasa y el órgano se hace muy blando y cede fácilmente, tanto que puede perforarse en ciertas maniobras como en el cateterismo. También puede sufrir el tumor la infiltración calcárea, que consiste en el depósito de sales de cal en el tejido neoplásico, de un modo difuso ó circunscrito; en esta degeneración el útero puede parecer blando, y sin embargo al cortarle rechina porque está infiltrado de sales de cal en ciertas zonas. Puede ser tan difusa la calcificación que el órgano adquiere consistencia pétreo y no hay manera de deprimirlo con el dedo, diríase que el tejido es cartilaginoso. Puede presentarse también la degeneración coloidea, que consiste en una infiltración de los elementos anatómicos, en virtud de la cual éstos se reblandecen hasta disolverse casi, originando la variedad quística. Esta degeneración puede ser difusa, afectando á la vez varios nódulos ó limitarse á uno solo. Pueden encontrarse de esta manera múlti-

ples nódulos, con el aspecto descrito, en todas las paredes del órgano, cada nódulo se presenta blando y en su interior contiene líquido, habiendo sufrido la degeneración quística, la que puede presentar grandísimas variedades y cambiar el curso de la dolencia, pues en cuanto ha sobrevenido la degeneración quística, si bien la neoplasia continúa siendo benigna, su curso es mucho más rápido, pareciéndose mucho al de los quistes del ovario que más adelante estudiaremos.

Todas estas degeneraciones ó infiltraciones no cambian el carácter benigno de dichas neoplasias: no sucede lo mismo cuando se presenta la verdadera degeneración maligna (carcinomatosa ó sarcomatosa). Otros cambios anatómicos, como la supuración y la mortificación, imprimen un giro completo en el curso de la neoplasia y los estudiaremos, con las complicaciones, lo mismo que las anteriores.

## Lección XLIV

*Etiología, patogenia y síntomas de los miomas uterinos, según la forma y variedad de los mismos.—Importancia relativa de distintos síntomas y estudio de los mismos.*

Reina en la etiología de los miomas uterinos la misma obscuridad que acerca las demás neoplasias; sin embargo, podemos indicar algo referente á las circunstancias que favorecen el desarrollo de aquellos tumores, aunque nos escapa la causa eficiente de los mismos. Entre las condiciones que parecen influir en el desarrollo de los miomas del útero, debe colocarse en primer lugar, la edad; aunque se citan casos de miomas observados en épocas muy tempranas, lo general es que no aparezcan antes de la pubertad; son raros antes de los veinte años, y van siendo más frecuentes á medida que avanza la vida sexual de la mujer, presentando su mayor frecuencia desde los treinta á los cuarenta y cinco años, en que se inicia la menopausia. De los cuarenta y cinco años para arriba nos encontramos casi en las mismas condiciones que de los quince para abajo, tanto es así que algunos autores no creen que haya miomas después de la menopausia, lo cual es un grave error, puesto que podemos hallarlos en este tiempo por haberse desarrollado antes y persistir consecutivamente. Desarróllase, pues, el mioma, durante el período de actividad del útero, durante la vida genital; algo tiene que ocurrir, pues, en el órgano, que no pasa en la infancia ni en la vejez, y este «algo» vendrá ligado con la patogenia de los miomas. El tejido muscular existe antes de la vida genital, y de aquí que puedan verse miomas del útero en la infancia, después de la menopausia existe también el tejido muscular, y de aquí que se presenten, aunque raramente, aquellos tumores en

dicha época. Con todo lo expuesto, basta para comprender que el mioma para desarrollarse necesitará de las congestiones y descongesciones uterinas ocurridas durante la vida sexual.

La circunstancia de recaer los miomas, de preferencia en mujeres solteras, particularmente si éstas cuentan alguna edad, ha llamado la atención de los ginecólogos. Aunque el hecho ha sido más ó menos puesto en duda, para nosotros no tiene réplica y quizás comprobará lo que dijimos antes, referente á la favorable influencia que las congestiones uterinas ejercen en el desarrollo de los miomas. En efecto, el funcionalismo normal de los genitales, ó sea las funciones de fecundación, embarazo, parto, puerperio y lactancia, son beneficiosas para el aparato genital, y al separarse éste de su camino normal, se expone á muchas alteraciones, particularmente circulatorias. Compréndese, por tanto, la mayor frecuencia de la enfermedad en las solteras. Las condiciones favorables para el desarrollo de los miomas, obran probablemente también en las mujeres que no llevan una vida sexual regular, muchas casadas hay que son casi vírgenas, pues no realizan por completo las funciones sexuales, apareciendo después desórdenes circulatorios en el aparato genital, de grandísima trascendencia. De esta manera compréndese que los miomas no presenten la misma frecuencia en todos los países, puesto que en unos el aparato genital está como aletargado, llevando en otros una vida más activa que favorecerá los mentados trastornos circulatorios. Todas las razas humanas pueden sufrir miomas, pero hay algunas que los padecen más á menudo; así, los autores norteamericanos que ven las dos razas blanca y negra, han podido comprobar que la última tiene una especial predisposición para sufrir los miomas. Algunos hechos como el coito incompleto, la masturbación y las excitaciones sexuales, repetidas excesivamente, pueden influir en que se presenten los miomas.

El mecanismo de la formación miomatosa por los trastornos circulatorios, ha sido explicado de diversas maneras. Virchow opina que, gracias á los últimos, existen pequeñas hemorragias intersticiales del órgano, formándose trombos que ocasionan traumatismos de poca consideración, los cuales forman el punto de partida para el desarrollo de pequeñas fibras musculares, de donde arrancará el nódulo primitivo. Quizás los puntitos hemorrágicos de que hacemos mención, pueden predisponer á las neoformaciones miomatosas. No puede negarse que ciertos estados generales obran en el mismo sentido, las mujeres artríticas, por ejemplo, las sifilíticas y las reumáticas, están más dispuestas que las otras á la aparición de miomas. ¿Actúan estas diátesis modificando la circulación del órgano y creando facilidades para que el tumor se presente? Lo ignoramos todavía, pero de todas maneras el hecho es indubitable.

Los síntomas de la enfermedad son sumamente variables; como absoluto no hallamos más que el tumor, pero con más ó menos frecuencia pueden existir hemorragias, leucorrea, esterilidad, dolores y fenómenos de compresión. De todas maneras, el síntoma capital es la hemorragia, que en la mayoría de ca-

sos, bien puede llamarse menorragia, por consistir en menstruaciones hemorrágicas profusas que alteran poco el período menstrual y guardan relaciones con éste, á diferencia con lo que ocurre con las producidas por otras neoplasias, el cáncer, por ejemplo, que no guardan periodicidad determinada. La cantidad de sangre perdida es muy variable, pues unas veces se reduce todo á un aumento en la cantidad de sangre menstrual y otras veces es tan considerable que amenaza la vida de la enferma, aunque esto último ocurre pocas veces. Ya hemos dicho que estas hemorragias presentábanse de preferencia durante el período menstrual, y añadiremos que se caracteriza éste por la expulsión de cuajaronos de sangre, más ó menos abundantes, según la profusión de la hemorragia. Hay que tener en cuenta que estos síntomas no son privativos de los miomas del útero, así la variedad subserosa de éstos no es hemorrágica. En cambio, los miomas intersticiales son ya hemorrágicos, y lo son mucho más los submucosos, ya conservando éstos su forma cavitaria, ya convirtiéndose en pólipos y dirigiéndose hacia la vagina.

No sólo las menorragias son abundantes, sino que la menstruación puede perder su regularidad, presentándose las menorragias fuera de los períodos menstruales, aunque aparecen con más intensidad durante los mismos. El síntoma se debe tanto al tumor como á los fenómenos que ocurren en el útero mientras dura la menstruación, de manera que aun tratándose de un tumor cavitario, pueden desaparecer las hemorragias. Pueden aparecer ciertas complicaciones durante el período menstrual, por estar alterada la circulación del órgano en el sentido de una mayor congestión. En efecto; como hay más superficie y más mucosa en el órgano, acudirá mayor cantidad de sangre y la hemorragia será considerable. En estos casos, terminada la menstruación, la mujer queda en buen estado y ni siquiera tiene leucorrea, aunque ésta no depende nunca del mioma en sí. Es variadísimo cuanto se refiere á hemorragias, pues éstas pueden ser considerables habiendo pequeños miomas y viceversa; explícase este fenómeno por la tolerancia que desarrollan en el organismo los miomas de gran tamaño. En todos los casos de grandes miomas cavitarios, encontramos un período de la vida en que la hemorragia fué profusa, que corresponde precisamente al tiempo en que el tumor alcanzaba quizás un reducido volumen y no se había establecido todavía la tolerancia.

La leucorrea puede faltar del todo en ciertos casos, mientras que en otros se presenta con seguridad. Este síntoma no depende del fibroma en sí, pues tratándose de una hipersecreción de las glándulas uterinas, si junto con el tumor no hay lesión glandular, se comprende que falte completamente. De todas maneras la leucorrea debe considerarse como un síntoma asaz frecuente en los miomas, por la facilidad con que se presenta la endometritis; compréndese, pues, que unas veces la leucorrea será muy frecuente y otras muy rara, en relación con el carácter de los miomas y la existencia de la endometritis. Así en los miomas submucosos aparece generalmente por existir condiciones abonadas

para su desarrollo, de manera que cuanto más externo sea el mioma, más constante será la leucorrea y más considerable. De este modo vemos que los miomas que más leucorrea producen son los vaginales; vienen después los cavitarios y los intersticiales, que producen aumento de la cavidad uterina, y por fin los subperitoneales que no irán acompañados de leucorrea. Esta preséntase como la uterina, pero si coexiste endometritis del cuello aparecerá la leucorrea glerosa de que hablamos en su día. Preséntase también esterilidad, aunque puramente relativa, tanto que mencionaremos más adelante los miomas complicados con embarazo, como al estudiar éste hablaremos del caso en que se presenta complicado con algún mioma. Compréndese que la esterilidad sea relativa, pues aunque el mioma constituya un obstáculo mecánico para la fecundación, sea que obture el conducto cervical, sea que altere la cavidad del útero, siempre cabe que llegue á este órgano el huevo, y que pasen á él los espermatozoides, permitiendo la fecundación.

Preséntase también dolor que puede revestir distintas formas, pues se debe á complicaciones, ya que el mioma en sí no es doloroso, tanto es así que ciertas enfermas sufren un tumor como una cabeza de adulto, é ignoran su existencia. De todas maneras no hemos de desechar los casos de miomas dolorosos, pues las inflamaciones del tumor y los demás fenómenos que pueden complicarlo, son susceptibles de determinar dolores varios. Cuando existe el dolor se localiza en el útero, irradiándose hacia los troncos nerviosos pelvianos y apareciendo verdaderos cólicos uterinos. En los casos de mioma submucoso y cavitario, es muy frecuente observar ataques periódicos de cólico uterino, motivados por las contracciones que verifica el órgano para expulsar el cuerpo extraño, como pasa en el taponamiento del útero ó en la aplicación de una laminaria, en cuyos casos el órgano lucha para expeler la gasa ó el tallo de la substancia dilatante. Los dolores que la enferma experimenta son comparables á los del parto, de tal manera que se ha llamado al hecho *parto espontáneo de los miomas*. Vese, pues, que por lo general, los miomas no son dolorosos.

Como síntomas muy notables pueden apuntarse los fenómenos de compresión, los cuales pueden acentuarse en la pelvis ó extenderse á todo el abdomen, según se trate de un mioma pequeño ó grande, pelviano ó abdominal. Dada la situación del útero, se comprende que si el tumor al crecer no tiene la topografía á propósito para que el órgano suba, en cuanto alcance cierto volumen debe comprimir los órganos que están á su alrededor. Estas compresiones se traducirán en la vejiga y en la uretra por tenesmo ó retención completa de crina á causa de un fenómeno puramente mecánico. En ocasiones al desarrollarse el tumor arrastra hacia arriba el útero y con él la vejiga, que tampoco es apta en este caso para dejar paso á la orina, y aparece asimismo retención; de modo que cuando veamos una mujer que padezca retención de orina y tenga antecedentes de mioma debemos buscar si existe relación entre ambos hechos. Puede comprimirse también el recto impidiendo la defecación, y hasta se citan casos de obstrucción com-

pleta, en la parte alta ó en la media del recto; esta compresión puede extenderse hacia los lados de la pelvis comprimiendo los uréteres y dificultando el desagüe renal, con lo que pueden venir fenómenos de hidronefrosis y reabsorción urinaria. Las referidas compresiones pueden alcanzar los vasos sanguíneos, viniendo edemas en las extremidades inferiores, y ciertos elementos nerviosos, como los nervios que forman el plexo sacro al salir de los agujeros de la cara anterior del hueso. Con todo, muchas veces nos encontramos en casos donde ha aparecido la retención de orina sin que la enferma haya experimentado dolores, lo cual prueba que los nervios escapan fácilmente á la compresión, gracias a su especial topografía. Si el tumor no es pelviano sino abdominal y alcanza un volumen considerable hasta distender el abdomen, se presentarán variados fenómenos, pero de todas maneras conste que la neoplasia tiene en aquel territorio un campo más libre para su expansión. En efecto: la pared abdominal anterior es susceptible de distenderse enormemente y el tumor se desarrolla con más libertad, pero de todos modos resultan comprimidos algunos órganos, como los intestinos. También puede llegar el tumor á la parte alta, comprimiendo el estómago y dificultando sus funciones, ó bien el hígado y el bazo. El diafragma puede estar interesado también, y de aquí obstáculos mecánicos para la respiración. Es de observar que aparecen fenómenos de tolerancia para con el tumor, hasta que va creciendo cada vez más, y entonces subsiguen los fenómenos de compresión indicados; volverá á establecerse la tolerancia y volverá á destruirla el crecimiento nuevo del tumor, y así sucesivamente.

De todos los síntomas referidos no hay ninguno que pueda considerarse como exclusivo, tanto es así que muchas enfermas tienen el tumor sin advertirlo. Tampoco es raro ver enfermas que durante el embarazo ó en el parto se encuentran con muchas complicaciones que son propias de un mioma y, sin embargo, no han experimentado fenómenos que las hicieran creer que éste podía existir.

Los síntomas subjetivos no bastan para que afirmemos la existencia de los miomas, precisa recurrir al reconocimiento directo, único que puede darnos síntomas positivos. Muchas veces al hacer la exploración por cualquier otra enfermedad descubrimos un tumor que llena la pelvis. Los síntomas que apreciaremos variarán según el tumor se desarrolle en la pelvis ó en el abdomen. En el primer caso nos valdremos del tacto vaginal solo ó asociado al rectal y combinado con la palpación, y sea cualquiera la forma, el volumen ó la topografía del mioma pelviano, no escapará á nuestra investigación. Ya recordaréis que por la exploración combinada se reconocen los fondos de saco y lo que hay en el útero, en todas sus caras; así pues, forzosamente hemos de abarcar el tumor entre nuestras manos y á veces podremos encontrarlo con el solo tacto vaginal. Por medio de la exploración combinada, no sólo encontraremos el tumor, sino que averiguaremos el sitio en que se halla, sea en la cara anterior, en la posterior, en los bordes del útero ó en su fondo. Vese, pues, como el tacto es el elemento principal de diagnóstico para los miomas pelvianos; y nunca debemos diagnosticar un

mioma, á pesar de todos los síntomas, sin recurrir antes al tacto. Podrán existir hemorragias abundantes, esterilidad relativa, quizás cólicos uterinos, pero si no hemos tocado el tumor, no debemos atrevernos á afirmar la existencia del mioma. Si éste es cavitario, podemos hallar el órgano aumentado de volumen, pero interin no hayamos tocado el mioma, nos guardaremos de afirmar el diagnóstico.

En determinados casos, v. gr.: cuando el tumor alcanza el volumen de un puño, lo encontraremos con facilidad y el diagnóstico será sencillo, pero con el fin de afianzar éste, y sobre todo para establecer el pronóstico, debemos esclarecer la topografía del tumor. Con este objeto recurrimos al tacto sólo para los miomas del cuello y al tacto con la palpación combinada, si el tumor es subperitoneal. Puede hallarse el mioma en un borde del útero, sea el derecho entre el fondo de saco de este lado y la fosa ilíaca derecha, ó bien, formando cuerpo con el órgano, de tal manera que es difícil sentar la clase del tumor. Si éste es cavitario compruébase un aumento uniforme del útero, si es subperitoneal puede acontecer que su base de implantación sea tal, que no podamos encontrar la unión del tumor con el órgano. En tales casos recurrimos al cateterismo, que nos indicará dos síntomas principales: el aumento de volumen de la cavidad del útero y la dirección del órgano. Si hemos diagnosticado un mioma y encontramos un tumor formando cuerpo con el útero, presentando éste un aumento uniforme de volumen, al introducir el histerómetro hallaremos que éste no penetra más de 7 cents., y después de todas las pruebas podemos asegurar que el mioma no es submucoso ni cavitario, sino intersticial, con tendencia á hacerse subperitoneal ó del todo subperitoneal. En cambio, si el tumor es intersticial con tendencia á hacerse submucoso comprobamos un aumento en la cavidad del órgano; si hallamos el tumor en el fondo de saco posterior conservando el órgano su forma y volumen, y el histerómetro penetra 10 cents., diremos que hay un mioma intersticial de la pared anterior del órgano, con tendencia á hacerse submucoso. Ocurre á veces que existiendo tumor con aumento de volumen del órgano, debemos precisar su topografía; el histerómetro podrá no pasar más de 3 ó 4 cents. y entonces, ó bien el tumor es submucoso y se opone al paso de la sonda, ó bien es subperitoneal y desvía el órgano de tal manera, que el conducto cervical se encuentra obstruido. El tacto y la palpación combinada nos informarán de si el útero está ó no desviado, y si no lo está diremos que se trata de un tumor cavitario; damos distinta forma al histerómetro para que pueda deslizarse entre la pared del útero y el tumor y si penetra más, estamos frente á un mioma cavitario. Con el tacto y la sonda diagnosticaremos, pues, los miomas pelvianos, advirtiéndole que el spéculum no sirve para nada; al contrario, puede ocasionar groseras equivocaciones, pues no descubre más que la superficie lisa del tumor que puede confundirse con la propia del cuello del útero.

Debe cambiar nuestra exploración cuando se trate de grandes tumores abdominales. Ya hemos dicho que muchas veces se descubre el mioma por casualidad al



verificar la palpación abdominal; esta maniobra puede servirnos para descubrir la forma del tumor, su consistencia, etc. En el examen de los miomas abdominales hemos de auxiliarnos á veces de la auscultación, puesto que, según veremos al hablar del diagnóstico diferencial, puede confundirse el tumor con un embarazo y aquélla es la única que puede servir de guía. En tales casos percíbese un ruido de soplo hacia las fosas ilíacas, pero este ruido puede confundirse del todo con el soplo materno durante el embarazo. Por medio de la exploración combinada nos convenceremos de si el tumor guarda ó no conexiones con el útero; para esto moveremos el tumor y si arrastra el útero podemos asegurar el diagnóstico; habrá sus dificultades en los miomas subperitoneales con pedículo largo. Finalmente, cuando haya un tumor ovárico, el histerómetro penetrando muchísimo nos indicará la existencia de un mioma. En la exploración de los miomas de evolución abdominal, la palpación representa lo que el tacto vaginal para la exploración de los miomas pelvianos: gracias á ello podremos adquirir todos los datos de consistencia, forma, movilidad, volumen, situación y relaciones con los órganos vecinos para diferenciarlos de los tumores ováricos, renales, hepáticos y peritoneales.

## Lección XLV

*Curso y complicaciones de los miomas uterinos.—Por parte del endometrio.—De las trompas y peritoneo.—Complicaciones á distancia.—Pronóstico de los miomas uterinos.—Curación espontánea; tolerancia del organismo; malignidad de dichos tumores.*

Interesante por demás es el estudio del curso y complicaciones de los miomas uterinos, porque, junto con el de los síntomas ha de darnos la clave de las indicaciones, en una enfermedad tan variable respecto al pronóstico, que puede llegar desde la curación espontánea hasta ocasionar la muerte. El curso de los miomas uterinos es muy lento y tiende á la cronicidad; dentro de esta tendencia á la forma crónica podemos observar ciertas variedades, así que tomando por punto de partida el curso de la dolencia con el aumento de volumen del mioma, unos ofrecen un desarrollo lento, al par que otros lo presentan rapidísimo y hasta galopante. La inmensa mayoría presentan un desarrollo lento, pues para alcanzar los enormes volúmenes apuntados, necesita el tumor cuatro, seis y ocho años; de entre los miomas, la variedad subperitoneal es la que más pausadamente se desarrolla, y aun de esta variedad los que tengan la consistencia más dura. Tanto es así, que podemos observar hoy un mioma de este clase y á los dos años apenas si observamos un ligero crecimiento. En cambio, cuanto más blando es el mioma y más forma cuerpo con el útero, más tendencia tie-

ne á crecer y evolucionar. Los miomas intersticiales crecen más rápidamente que los subperitoneales y los blandos más que los duros.

Aun en este desarrollo lento de los miomas uterinos se observa con gran frecuencia un fenómeno en virtud del que el tumor se estaciona meses y años. Sin embargo, lo general es que ciertos miomas como los blandos, edematosos y telangiectásicos, en cuya estructura predomina el tejido muscular, crezcan rápidamente; vese crecer el tumor en el espacio de dos á tres años, la cuarta parte del tiempo que emplean los miomas de crecimientos lento para alcanzar un volumen determinado. También se encuentran casos de miomas galopantes, lo que debe recordarse para el diagnóstico; estos miomas crecen en pocos meses y se observan en mujeres jóvenes; obsérvase también que en dichos tumores predomina el tejido muscular, lo que les da cierta malignidad y ofrecen alguna blandura. Así como hay miomas de crecimiento lento, rápido y galopante, puede descubrirse además otro hecho muy notable, cual es la regresión del tumor ó sea la disminución de volumen de los mismos. Puede presentarse en todos los casos este fenómeno, pero en algunos es más frecuente que en otros; así, los miomas subperitoneales y los submucosos, no ofrecen este cambio que se observa más en los miomas intersticiales que forman cuerpo con el útero. Por regla general, los miomas que se encuentran en estas últimas condiciones, pueden sufrir una especie de atrofia, en cambio los que evolucionan independientemente del órgano, gozan de vida autóctona y raras veces disminuyen de volumen. Todo lo que actúa en el aparato genital, disminuyendo su actividad, influye en la atrofia de los miomas, así la menopausia más que ningún otro hecho fisiológico, obra en el sentido indicado. En efecto: al venir la menopausia, el útero sufre una atrofia, y si existe un mioma en condiciones abonadas, podemos confiar en cierto modo en su curación; el fenómeno puede acaecer si el mioma es intersticial, en cambio si es submucoso no debemos esperar nada, pues apenas se relaciona con el útero para nutrirse. Si se trata de miomas difusos en la pared del órgano, al venir la atrofia de éste, pueden atrofiarse también: el hecho ocurre con cierta frecuencia y de él han tomado pie algunos autores para afirmar que no se encuentran miomas después de la menopausia, lo cual no podemos admitir, porque aun cuando el hecho sea en parte verdadero, no puede generalizarse tanto. Así quedan ya exceptuados de la regla los subperitoneales y submucosos.

También es digno de mención que el mioma influye en la actividad del útero exagerándola, lo cual se traduce en un retardo de la menopausia; por este motivo siempre que observemos una menopausia tardía en presentarse, sospecharemos que se trata de un mioma. Una vez establecida la menopausia, el mioma puede estacionarse ó atrofiarse, pero no faltan casos en que el mioma sigue creciendo á veces de un modo rapidísimo. Ocurren igualmente en la vida de la mujer otros fenómenos fisiológicos que influyen en el curso de los miomas y uno de ellos es la fecundación; ya dijimos al hablar de los síntomas, que la esterilidad

sólo era relativa, pudiendo por tanto ocurrir un embarazo, que hasta puede llegar á término. Tanto es así, que muchas veces nos encontramos en casos apurados, habiendo un feto á la vez que el mioma. Por regla general, durante el embarazo, en el que la vida genésica está exagerada, habiendo hipertrofia fisiológica del órgano, los miomas no se alteran y si lo hacen, es para exagerarse su tamaño; pero sobreviene después el parto, que puede ser normal, tras él aparece el puerperio y la lactancia, suspéndese la menstruación, apágase la actividad genital, sobreviniendo temporalmente como una menopausia y no es raro ver que los miomas tiendan á atrofiarse. Es natural que no existiendo las congestiones periódicas que favorecen los miomas nos hallamos en condiciones favorables para que éstos sufran un paro en su desarrollo. De la influencia que la menopausia ejerce en el desarrollo de los miomas se ha querido sacar provecho y con este objeto se ha procurado una menopausia artificial, extirpando ovarios y trompas, para producir la regresión del mioma. Ya insistiremos tocante á este particular al ocuparnos en el tratamiento; digamos desde ahora que la base fisiológica del método indicado no es tan firme como se creía antes.

Una circunstancia que influye grandemente en el curso de los miomas, es la edad de la enferma, por lo mismo que puede hacer algo la menopausia. Ya se echa de ver que no será igual el porvenir de una enferma que padezca un mioma á los veinticinco años, de otra que lo sufra á los treinta y cinco, pues á la primera le faltan muchos años de vida genital para recorrer, durante los que podrá desarrollarse el mioma, mientras que la segunda está más próxima á terminar la suya; por esto la primera no puede esperar mucho de la menopausia, ya que llegará á este período con el tumor muy desarrollado, mientras que la segunda alcanza aquella época con la neoplasia más rudimentaria y todavía puede confiar en su evolución regresiva.

El género de vida de la enferma, la topografía del tumor, su estructura, que no siempre conocemos, son otros tantos elementos que pueden originar complicaciones. Estas tienen mucho interés, pues dan al tumor una faz especial; hay miomas que no han tenido importancia alguna hasta aparecer las complicaciones que vamos á estudiar, pero desde aquel momento la dolencia se agrava y hasta puede determinar un fatal desenlace. Las complicaciones de los miomas uterinos serán unas del mismo órgano, otras de los órganos vecinos y algunas dependerán del propio mioma.

Por parte del útero obsérvase una complicación, que, si no constante, es bastante frecuente; me refiero á la endometritis, que se presenta de preferencia en los miomas intersticiales, submucosos y vaginales. La frecuencia de la endometritis explicase á poco que recordemos su etiología, pues todas las circunstancias que favorecen la aparición de aquella enfermedad encuéntranse en los miomas, tales son las alteraciones circulatorias por desviación del órgano y las dificultades en la circulación de retorno, por los fenómenos compresivos. Estas condiciones, á las cuales debe agregarse la receptibilidad del terreno para que

la infección llegue á su debido sitio, hacen que la endometritis sea muy común en el curso de los miomas, lo cual explica que algunos autores le hayan atribuido ciertos síntomas característicos. Así, las hemorragias se relacionan con la endometritis, pero esto no quiere decir que la última sea condición esencial para que aquéllas se presenten, y buena prueba de ello es que los miomas submucosos se acompañan de hemorragias y á veces no coexiste la endometritis. Otro carácter de la metritis es la leucorrea, que á veces es muy abundante, constituyendo verdadera hidrorrea ó pérdida constante por el aparato genital. Ya diremos al hablar del tratamiento, los medios de que se valen para curar los miomas, los autores que opinan que la metritis forma el principal origen de ciertos síntomas de los miomas.

Las complicaciones son más importantes todavía por lo que atañe á los órganos vecinos. Las trompas, ovario y el peritoneo pelviano pueden inflamarse gracias á las condiciones favorables para la infección en que se encuentra la mucosa uterina, la cual, como sabemos, es la puerta de entrada para las infecciones de los anexos. Por otra parte, si consideramos el enorme cambio topográfico que sufrirán estos órganos, gracias á las compresiones ya citadas, comprenderemos que habrá un terreno muy abonado para la infección. De aquí la frecuencia de alteraciones flogísticas crónicas en los anexos, tales como salpingitis, degeneraciones de los ovarios de origen flogístico, añadiéndose al mioma del útero los síntomas propios de estas lesiones, y si aquel raramente es doloroso de por sí, no podemos decir otro tanto cuando va complicado con afecciones de los anexos. Por parte del peritoneo puede haber complicaciones importantísimas; del mismo modo que la infección puede llegar á los anexos, puede alcanzar el peritoneo pelviano y todo el abdominal, presentándose varios fenómenos que estudiaremos con los tumores abdominales; peritonitis agudas, subagudas y crónicas, secas y con tendencia á formar adherencias, ó bien húmedas, hipersecretorias y originantes de ascitis que caracterizan la enfermedad. El mioma produce la peritonitis por obrar como cuerpo extraño introducido en la serosa que determina efectos mecánicos y disturbios circulatorios, estando los anexos prontos siempre á infectarse y propagándose la infección. De aquí que haya miomas que permanecen estacionarios durante seis y ocho años, encontrándose en el hipogastrio el tumor movable y dislocable, y de repente la enferma siente dolores vagos ó agudos, apareciendo después el movimiento febril, etc. Todo el cuadro, en fin, de una peritonitis crónica ó aguda, aumentando de volumen todo el abdomen. El tumor no es aislado sino que tiene relaciones de vecindad con los órganos vecinos y comprendemos que las complicaciones por parte de éstos han de cambiar el modo de ser del mioma.

Ya veremos al hablar de las indicaciones que cuando el mioma se complica con peritonitis debe considerarse de manera muy distinta de cuando no haya sufrido ninguna de estas complicaciones. Estas últimas ya hemos visto que pueden recaer en los órganos vecinos, así pueden interesar la vejiga y dete-

minar una cistitis, pero lo más importante lo constituyen sin duda las complicaciones á distancia por trastornos de la circulación, y así no es raro que falten las complicaciones estudiadas en los anexos, y en cambio se presentan alteraciones cardíacas y renales. Como los fenómenos compresivos pueden recaer sobre el riñón, es muy conveniente examinar la orina para ver si está alterada en sus propiedades químicas, ya que existe con frecuencia nefritis parenquimatosa, en la que hay albuminuria. Se comprende asimismo que se afecte el corazón, pues tiene que subvenir á mayores necesidades irrigatorias dada la gran magnitud del mioma; al estudiar la fecundación ya veremos que los embarazos muy repetidos producen hipertrofia cardíaca por la mayor actividad que tiene que desplegar el corazón durante aquellos periodos. El agobio del corazón obsérvase con mayor motivo en las enfermas que tienen á la vez mioma y afección cardíaca, resultando en tales casos muy mal tolerado el tumor, pues el corazón debe proveer á la irrigación de la gran neoplasia, pero una vez establecida la tolerancia, la misma enfermedad cardíaca se hace más llevadera.

El mioma sufre, pues, complicaciones locales y generales que deben tenerse en cuenta para el pronóstico y el tratamiento. Pero quizás más importantes que las complicaciones ya indicadas referentes al útero y á los órganos vecinos, son las que sobrevienen en la misma neoplasia. Estas últimas son la inflamación del tumor, su infección aunque quizás el término no sea muy apropiado y la degeneración del mismo ó los cambios que puede sufrir su estructura. La inflamación del tumor ha de recordarse que sobreviene en un tejido poco vascular, presa fácilmente de infecciones que pueden llegar á la supuración. Esta infección del tumor puede ocurrir por haberse propagado desde los anexos ó por existir infecciones generales intercurrentes, como la gripal, la tífica, la varicelosa, que se localizan en el mioma. Las mismas inflamaciones del peritoneo pueden extenderse muchas veces á la neoplasia destruyéndola y originando un foco supurado. En este caso la vida de la enferma dependerá de la topografía del tumor, si éste es submucoso dará un mal rato á la enferma y al médico, que temerá la generalización del proceso infectivo, pero se puede obtener la curación del tumor expulsándose éste por la vagina. Nada de esto último puede ocurrir en los intersticiales y subserosos, pues la cavidad purulenta se abrirá en el peritoneo determinando una peritonitis mortal. Debe recordarse, pues, este hecho que resulta favorecido por las infecciones generales intercurrentes y hasta por hechos locales. Así, la torsión del pedículo coloca el tumor en malas condiciones porque no puede nutrirse y aparece la gangrena junto con la supuración y el proceso infectivo. El hecho, por lo demás, es igual á lo que ocurre en la mortificación del tumor, pero en la inflamación el hecho inicial es infectivo, mientras que en la torsión del pedículo el hecho primitivo es el esfacelo del tumor, ya espontáneamente, ya por ciertas y determinadas causas.

La mortificación del mioma depende de la falta de funciones circulatorias y nutritivas en el mismo, hecho que puede ocurrir con cierta facilidad en algunos de estos tumores. Si se trata de un mioma subperitoneal sólo podrá suceder por torsión del pedículo, mientras que si el mioma es intersticial y enclavado en una pared del órgano ó submucoso, como es más hemorrágico, blando y edematoso, deja anémica á la enferma en cada período menstrual, anemia que existirá también en el mioma, modificándolo. De esta manera vemos que el tumor disminuye de volumen, se retrae su cápsula con lo cual pueden obturarse los vasos y si á esto añadimos que el mioma es siempre poco vascular, comprendemos cuán fácilmente después de una menstruación abundante con retracción de la cápsula, el tumor puede gangrenarse espontáneamente. Esta necrosis puede resultar favorecida por la acción electrolítica, y así resulta que una contracción exagerada del útero por una corriente galvánica, obtura los vasos y produce la necrosis del tumor, que también puede originarse por una impresión moral intensa que ocasiona sacudidas del órgano. Después de la muerte del tumor aparecen ciertos fenómenos comunes á todos los casos, aparecen los microbios, quizás porque se ha practicado un tacto ó porque se ha efectuado el cateterismo ó sin causa aparente, los tejidos les ofrecen pasto abundante y se desarrolla un estado infectivo. Con todo, la necrosis del tumor puede llevar á la curación espontánea, hasta en casos de miomas enormes; así un mioma intersticial separado sólo de la cavidad del útero por una cápsula de 2 ó 3 mm. de grosor, se mortifica y vienen los fenómenos de infección, de saprohemia, aparece un estado general alarmante, al térase por vecindad la cápsula y se rompe, saliendo detritus, trozos de tumor y si se elimina todo el mioma del útero, queda libre el órgano, retrayéndose después, y si la enferma se salva de la infección, ha curado espontáneamente. Se ha recurrido á la mortificación provocada del mioma como medio de tratamiento á falta de otro mejor; desde luego diré que este procedimiento es muy defectuoso y que vale más recurrir á la intervención quirúrgica siempre menos expuesta á terribles consecuencias.

Después de estudiar las complicaciones, hemos de hablar de un hecho que no deja de presentarse algunas veces aunque no es frecuente encontrarlo; refiérome á la enucleación ó parto espontáneo del mioma, sin que éste se mortifique. Un mioma puede curar espontáneamente desde el momento que las contracciones uterinas, si el mioma es cavitario, pueden dilatar el cuello y hacer salir el tumor por éste, rompiéndose el pedículo. Si el tumor es submucoso las contracciones uterinas lo empujan hacia el cuello y éste se dilata, hasta que el mioma lo atraviesa y sale á la vagina. Hay que tener presente que si el pedículo no es bastante largo viene la inversión del útero, que es arrastrado por el mioma, pues el tumor enfila por la vagina y sale por la vulva, siguiendo el fondo del útero este movimiento y cambiando el modo de ser del órgano.

Una complicación de importancia de los miomas uterinos consiste en su de-

generación maligna, lo cual significa que los miomas se convierten en sarcomas y carcinomas. El hecho no está bien demostrado, pero se tiende á aceptarlo, pues cabe la posibilidad de que el mioma degenera en aquel sentido como puede sufrir la infiltración calcárea, grasosa ó coloidea. Yo me inclino á pensar de este modo en vista de mis observaciones, pues he comprobado que los miomas cambian de modo de ser y examinados histológicamente presentan en ciertas partes los caracteres de la fibra muscular y en otras los de un sarcoma. Por lo que se refiere al curso clínico, podemos convencernos de que el tumor ha sufrido la degeneración sarcomatosa en algunos casos. Respecto á la degeneración cancerosa se ha discutido más, pues acerca del sarcoma no hay tanta controversia, gracias á la presencia de células conjuntivas en el mioma, pero como éste no tiene elementos epiteliales, de aquí que repugne aceptar en él, una degeneración epitelial. Con todo, como el mioma altera la mucosa favoreciendo el desarrollo de metritis y endometritis, y obligando la mucosa á una gran hipertrofia, resulta favorecido el desarrollo de neoplasias epiteliales, y de aquí la frecuencia con que un mioma va acompañado de epitelioma, ya que el primero crea condiciones favorables para que se desarrolle el nódulo epitelial ó canceroso.

Después del curso y complicaciones de los miomas uterinos, correspondenos tratar dos puntos muy importantes de la historia natural de aquellas neoplasias, á saber: el pronóstico y el diagnóstico diferencial que, aun tergiversando el orden, lo hemos dejado para después de conocer el curso y complicaciones de los miomas, con el fin de establecerlo de un modo más seguro. Respecto del pronóstico, se desprende del curso y de los accidentes que pueden ocurrir. Claro está que no puede hacerse de un modo absoluto, desde el momento en que hay miomas que pueden permanecer estacionarios mucho tiempo, sin determinar molestia alguna y después sufren una verdadera atrofia, motivando la formación de un pronóstico benigno, y en cambio, en otros casos puede venir la muerte. El pronóstico ha de ser, pues, acomodaticio, teniendo en cuenta que las circunstancias que pueden servirnos en un caso para formar juicio pronóstico, han de variar en otro. Ya hemos dicho que la enfermedad en sí, es benigna, dependiendo de las complicaciones indicadas el juicio pronóstico particular de cada caso, de manera que, el pronóstico dependerá de los síntomas que la neoplasia determina, y de las complicaciones y circunstancias particulares de cada caso. Así, frente á un mioma hemorrágico no podremos formar un pronóstico ligero, pues aunque raras veces la enferma muere por hemorragia, el hecho es posible, y además debe contarse con la anemia crónica, determinada por las repetidas hemorragias, que produce múltiples trastornos. De aquí que cuando existe hemorragia, el pronóstico será distinto de cuando ésta no existe. Además de la hemorragia, existe un síntoma, la leucorrea, que obliga á acentuar la nota pronóstica, pero lo que influye más en este sentido, viene representado por las complicaciones que nos obligarán á formular cada vez un pronóstico distinto,

pues ya se comprende que ésto variará, según se trate de una peritonitis seca, formando adherencias ó de una secretoria formando ascitis, ya que en estos casos la enferma se ve amenazada de cerca. Lo mismo diremos si se trata de la inflamación ó la gangrena del tumor, pues la enferma tiene que pasar un período de infección muy peligroso, en el cual mueren muchas, convirtiéndose el mioma, de tolerable que era, en intolerable, grave y hasta mortal.

Si el mioma sufre una degeneración maligna, el pronóstico es igual al de las neoplasias de esta índole. No puede establecerse, por lo tanto, un pronóstico general de los miomas. Dejando aparte las complicaciones que pueden sobrevenir, el tumor puede dividirse según sea tolerado é intolerado; en el primer caso, el mioma sólo representa un parásito del organismo, y no presenta ninguna gravedad en sus manifestaciones; esta situación puede durar años, viniendo en el curso de éstos, una gran mejora que puede acabar curándose el tumor. En cambio, en la variedad intolerada, sea por los síntomas ó por las complicaciones y accidentes que el mioma puede sufrir, cambia su naturaleza y sobrevienen tales trastornos, que el organismo no puede tolerarlos. No siempre resulta aplicable en la práctica esta clasificación, pues cabe que un mioma hasta entonces benigno, cambie de naturaleza en un momento dado; pero siguiendo el curso regular de la enfermedad diremos que los subperitoneales son tolerados, haciéndose sólo intolerados cuando por su volumen provocan fenómenos de compresión ó cuando, por inflamaciones en la periferia del tumor, aparecen las peritonitis y otras complicaciones. Algunos miomas intestinales son también muy tolerados, sobre todo si no pertenecen á la variedad hemorrágica, pues si forman parte de ésta provocan fenómenos de intolerancia. Los miomas submucosos, ya sean cavitarios, ya constituyan pólipos fibrosos, originan grandes trastornos en la economía y merecen pronóstico serio. Vemos, pues, que los síntomas del tumor, los fenómenos compresivos, el crecimiento de la neoplasia y sus degeneraciones, inflamaciones y complicaciones por parte de los órganos vecinos, pueden variar para cada caso concreto, modificando, por tanto, el pronóstico; de aquí, que el concepto general de benignidad del mioma cambia por completo en clínica. Llamamos benigno al tumor porque no tiene elementos atípicos y no produce graves consecuencias de por sí, por esto al formular el pronóstico no atenderemos á esta circunstancia sino á todos los accidentes y complicaciones que el tumor puede sufrir. Resumiendo, diremos que sólo se puede aceptar condicionalmente la benignidad del mioma, y esto aun en ciertos casos, contando siempre con las molestias y complicaciones que pueden sobrevenir cambiando por completo el carácter de la enfermedad.



## Lección XLVI

*Diagnóstico diferencial de los miomas uterinos, sean de evolución vaginal ó pélvica, ó abdominal. — Tratamiento de los miomas uterinos. — Indicaciones que se presentan. — Tratamiento médico.*

En la inmensa mayoría de ocasiones, diremos que es fácil el diagnóstico diferencial de los miomas uterinos; en otras, sin embargo, encierra sus dificultades, que pueden confundir al ginecólogo. En prueba de esto, puedo citar el caso de una mujer de 48 años, mu'tipara, que se quejaba de hemorragias desde unos dos años, habiéndole parecido después que el vientre se le abultaba, y que, á partir de unos seis meses, antes del momento en que la ví, había cesado de menstruar. Por el reconocimiento, pude comprobar un tumor uterino que distendía el abdomen, llegando hasta el apéndice xifoides, y que simulaba perfectamente un embarazo de nueve meses; encontrábase también edema de las extremidades y fenómenos por parte del corazón. Todo parecía indicar un embarazo, hasta la falta de menorrhagias que no se observa comunmente en los miomas de gran tamaño. Confundía igualmente que el tumor siguiese su desarrollo á pesar de la menorrea, cuando frecuentemente la menopausia origina el estacionamiento del mioma. Con todo, examinada la enferma, creí poder afirmar la existencia de un mioma, que debía ser submucoso, atendiendo que la enferma sufría una verdadera hidrorrea; sin embargo, como en las embarazadas puede presentarse también hidrorrea, la cosa no era tan clara. Pero, á pesar de esta comunidad de síntomas y de los fenómenos generales, creí en la existencia de un mioma; hay que advertir, que el diagnóstico urgía, pues la enferma estaba en una situación peligrosa, con pulso frecuente y ataques repetidos de asistolia; de otra manera hubiera diferido el diagnóstico. Indiqué la histerectomía total, y practicada ésta, encontréme con un enorme mioma cavitario, edematoso, que había hipertrofiado notablemente el útero. En este caso, con todo y salir tan bien, asaltáronme dudas, pues temí encontrarme con un feto en vez de un mioma, percance deplorable en que se han visto algunos cirujanos. Lo dicho basta para comprender lo difícil que es en muchos casos diagnosticar un mioma, diferenciándolo de otros fenómenos patológicos ó fisiológicos.

Debemos proceder con orden en el diagnóstico diferencial, y para esto, lo primero que debemos averiguar es el carácter uterino ó extra-uterino del tumor; claro está que no tratamos aquí de los miomas vaginales, sino de los contenidos en el cuello ó cuerpo del útero. Pueden confundirse los miomas uterinos con las neoplasias de los anexos, con algún embarazo extra-uterino que origina un tumor de topografía igual á la del mioma, y que se parece á éste incluso por la historia, con ciertas afecciones flogísticas de los tejidos peri-uterinos. Para

guiarnos en todos estos casos, lo más conveniente es la exploración clínica que se efectuará por el reconocimiento combinado; por este medio, lo primero que buscaremos es, si el tumor existente en el fondo de la pelvis ocupa ó no la región del útero, y en el primer caso debe investigarse también si el útero está en su sitio. Si el tumor ocupa la región del útero y es posible, mediante los movimientos combinados, convencernos de que el órgano se halla dislocado, quizás se tratará de alguna lesión de la trompa. Cuando el útero no está dislocado, es decir, cuando el tumor que hay en el sitio del órgano es el órgano mismo, puede apelarse al cateterismo, si éste no se halla contraindicado, pues si existe contraindicación, es preferible aguardar algún tiempo. Puede ocurrir, que el histerómetro penetre según su dirección normal, y entonces, estaremos seguros de que el tumor es el útero mismo; aparte de esto, los movimientos combinados que pueden transmitirse á la masa del tumor, nos indican si éste forma ó no parte del útero. Con la mano que está en la vagina cogemos el cuello, y con la que está en el hipogastrio, imprimimos movimientos al tumor; si el cuello sigue todos estos movimientos, es decir, si hay contigüidad entre el tumor y el útero, tenemos mucho adelantado para asegurar que el tumor es uterino.

Pero á veces el tumor no es movable, ó se encuentra hacia un lado habiendo desviación del útero, y entonces el diagnóstico ofrece serias dificultades, y casos hay que no puede diferenciarse un mioma sub-peritoneal situado á un lado de la pelvis, de un tumor ovárico, sobre todo cuando el mioma se hace blando y el quiste ovárico adquiere cierta dureza. Si á esto añadimos que la topografía de algunos quistes del ovario es igual la de á ciertos miomas uterinos sub-peritoneales, comprenderemos lo fácil que ha de ser la confusión.

Todavía puede acudirnos una duda, y es que el tumor que pretendemos hallar sea un embarazo, duda que puede asaltarnos hasta en el caso de que el mioma sea de evolución pelviana. Pueden ocurrir tales dudas, por la sencilla razón de que al venir un paro en la menstruación, por ejemplo, tanto puede ser un síntoma de embarazo como una manifestación del mioma, más si el embarazo se complica con el útero en retroflexión. También puede presentarse en ambos casos retención de orina por compresiones en la vejiga. Con todo, puede establecerse el diagnóstico, pues generalmente la enferma cuenta en su historia algo patológico, como hemorragias, molestias en el bajo vientre, etc. También es útil que el ginecólogo explore si hay síntomas de embarazo, como blandura del cuello del útero, lo cual nos guiará el diagnóstico. Cuando es embarazo en retroflexión, corrigiendo la retención de orina, el útero se reduce fácilmente. En cambio, si el mioma crece en la pared posterior y ha ido amoldándose á la pelvis, es más difícil reducirlo y separarlo del fondo de saco de Douglas. De todas maneras, en los casos muy complicados, como los que acabo de indicar, debe tenerse en cuenta que raras veces la indicación es vital, ni urgente; por lo tanto, no habiendo más empeño en diagnosticar pronto tales casos, que el amor propio del cirujano, bien puede sacrificarse éste para no exponer la enferma á

los malos resultados de un tratamiento inoportuno. Es prudente asimismo no atender á la enferma más que hasta ciertos límites, pues muchas veces la introducción del hysterómetro ha provocado el aborto, ó bien una intervención quirúrgica intempestiva ha sorprendido un feto dentro del útero. Debe esperarse, pues, siempre que no haya urgencia en establecer la indicación.

Por lo que se refiere á los miomas gigantes ó grandes tumores de evolución abdominal, seguiremos el mismo procedimiento que para los miomas pelvianos. Desde luego resulta fácil diagnosticar el tumor, con sólo ver á la enferma, y ellas mismas así lo conocen. Respecto á saber si el tumor es ó no uterino, cabe todavía mayor confusión que en el caso antes citado, porque los quistes del ovario, riñón, hígado, tumores intestinales, del mesenterio, hidatídicos, pueden confundirse con el mioma, con relativa facilidad. Así, pues, frente á un tumor abdominal, el ginecólogo debe preguntarse si es ó no uterino, buscando los datos en las siguientes exploraciones. Con la palpación basta en la inmensa mayoría de ocasiones, sobre todo para el mioma duro, que no puede confundirse fácilmente con otros tumores abdominales; en cambio, si el mioma es blando, con la palpación no obtendremos ningún sintoma concluyente; por esto recurriremos á la exploración combinada. Esta se realizará cogiendo el cuello del útero con los dedos de la mano derecha en la vagina, é imprimiendo movimientos al tumor con la mano izquierda; estos movimientos serán de ascenso, descenso y lateralidad dentro del abdomen, los cuales puede favorecerlos un ayudante si el operador no llega á realizarlos con suficiente holgura. Si se trata de un tumor uterino, cualquier movimiento que se imprime al tumor por el abdomen, ha de transmitirse al cuello del útero, el cual se dirigirá hacia la derecha, si aquél se mueve hacia la izquierda y viceversa. Con todo, si el tumor está enclavado en la pelvis, puede arrastrar el órgano y no formará parte de éste. Recurriremos entonces al movimiento de ascenso y descenso; si se trata de un tumor ovárico, al ascender, el útero no sigue; en cambio, cuando el tumor es uterino, el órgano es arrastrado. No sucede así con el simple movimiento de compresión, sea cualquiera el sentido en que lo verifiquemos, pues si lo comprimimos hacia abajo, el órgano desciende. Con estos síntomas no será fácil confundirnos y muchas veces podremos diferenciar de este modo los tumores del ovario, quistes hidatídicos, tumores renales, tumores hepáticos, etc., que además ofrecen otros síntomas para diferenciarlos de los miomas.

En ciertas ocasiones, verbigracia cuando se trata de un mioma subperitoneal muy pediculizado, el tumor puede elevarse gracias á su pedículo sin arrastrar el útero, pero estos casos son raros. Finalmente, en la degeneración fibro-quística del tumor, hay plenitud del abdomen y aquél es muy blando, resultando imposible establecer el diagnóstico con un quiste del ovario. Afortunadamente en tales casos el tratamiento es idéntico y no tiene importancia práctica saber si el tumor es del útero ó del ovario. Algunas veces se hallan también dificultades para diferenciar el mioma de un embarazo, pero los sinto-

mas suelen variar en ambos casos, pues el mioma se desarrolla lentamente, la menstruación tiende á ser menorrágica, pero si la enferma no sabe exponernos sus antecedentes vale más proceder á la exploración. Para ello recurriremos al tacto vaginal y á la auscultación abdominal; el primero para indicarnos los cambios que ocurren en los genitales, los trastornos del cuello del útero, y si por éste podemos tocar un feto queda aclarado el diagnóstico; la segunda, para el caso de que los síntomas no sean muy claros, buscando con ella uno sólo, el latido del corazón fetal. Ya dijimos anteriormente que hacia las fosas ilíacas se percibe un ruido de soplo que nadie puede distinguir del soplo materno de las embarazadas; no sirve, pues, este síntoma, y de aquí que muchas veces se diagnostique embarazo en los casos de fibroma, ya que se percibe este soplo, y se califica precipitadamente de placentario. Percíbese fácilmente este soplo en los grandes tumores de crecimiento rápido, de todos modos el síntoma no tiene valor alguno, y no lo buscaremos jamás para auxiliar el diagnóstico, pues es tan falaz que llega á percibirse en casos de quistes ováricos. El síntoma indispensable si hay embarazo, es el latido del corazón fetal.

Cuando se trata de embarazo con feto muerto, el diagnóstico es muy difícil y hasta imposible. A grandes ginecólogos les ha ocurrido confundir groseramente tumores con embarazos, por el prurito de querer diagnosticar aprisa. El diagnóstico es posible, pero no en el acto, siendo preciso aguardar algunos días. De esta manera podremos observar un síntoma que no engaña; si se trata de un mioma, no cambia de volumen en tan poco tiempo, pero si el útero contiene un feto muerto, disminuye sensiblemente de tamaño y se hace duro, particularmente en los primeros días que siguen á la muerte del feto, por la reabsorción del líquido amniótico.

Las indicaciones que se presentan en el curso de un mioma uterino, son sumamente variadas; en otras enfermedades, éstas son únicas y exclusivas, tal sucede en las púo-salpingitis, quistes del ovario, cáncer del cuello. Esto que ocurre en distintas enfermedades genitales, no pasa en los miomas uterinos, que exigen diversas indicaciones, dependientes del curso y complicaciones de la dolencia. Lo primero que hay que reconocer frente á un mioma, es la sintomatología y la gravedad del mal, y como éstas pueden variar, se comprenderá que las indicaciones revestirán caracteres muy diversos. Desde el punto de vista sintomático, no cabe dudar que ciertos síntomas exigen un alivio inmediato, tal sucede con las hemorragias, que siempre procuraremos cohibir. Si el mioma va acompañado de dolores, ya por ser doloroso él mismo, ya por determinar fenómenos de compresión, ya por complicarse con salpingitis, endometritis ú ovaritis, debemos evitarlos por una medicación apropiada. Los fenómenos de compresión en la pelvis ó en el abdomen obligan á plantear indicaciones que serán sencillamente sintomáticas ó exigirán el tratamiento radical de la dolencia. Como en muchos casos, después de un período mayor ó menor, puede establecerse la tolerancia del mioma, habrá dificultades prácticas para fundar indica-

ciones de un modo absoluto. En ocasiones, sin embargo, intervendremos para calmar algunos síntomas molestos y peligrosos, sea porque las manifestaciones del mioma ofrezcan peligro para la vida de la enferma, sea porque gracias á la índole de las complicaciones existentes corra riesgo la mujer. En estos últimos casos, como el caso apremia y es amenazador, no pretenderemos buscar la tolerancia del mioma.

Ya sabemos en qué casos podemos aguardar prudentemente la tolerancia; ya tenemos conocimiento de que los miomas pediculados convertidos en pólipos vaginales, son los que menos influidos están por la evolución espontánea de la enfermedad. Los miomas cavitarios y los submucosos escapan á la tolerancia, en cambio, los subperitoneales, sobre todo si son duros, nos dan motivos para aguardar la tolerancia. Los miomas degenerados, los blandos, los que calificamos de edematosos y telangiectásicos, acentúan mucho también las indicaciones y no podemos esperar buenos resultados del tratamiento sintomático. De aquí que las indicaciones de los miomas uterinos se dividan en sintomáticas ó paliativas y radicales ó curativas. Las primeras están indicadas, sea cual fuere la forma y el período de la dolencia, siempre que el curso, la naturaleza y las complicaciones de la misma no amenacen la vida de la enferma directa ó indirectamente, ni ocasionen grandes sufrimientos. Emplearemos el tratamiento curativo siempre que la neoplasia por sus síntomas, por sus complicaciones, por su topografía y por las circunstancias que varían en cada caso, amenace de cerca ó de lejos la vida de la mujer. Algunos han clamado contra la frecuencia y facilidad con que se establece la indicación radical en los miomas uterinos; realmente vemos muchos casos de fibromas uterinos bien tolerados, sin hemorragias, compresiones ni dolores y hasta en algunas ocasiones (como en los subperitoneales) sólo se descubre su existencia por casualidad, pero como el ginecólogo no puede pronosticar cuál sea el porvenir del tumor, puesto que no conoce si vendrán ó no complicaciones, es expuesto diferir el tratamiento curativo. De esta manera puede suceder que la operación, quizás fácil en un principio por la falta de complicaciones del tumor, se haga después difícil y mucho más grave. Todas las complicaciones de la enfermedad agravan el carácter de la operación, y en aquel tiempo de espera que tomamos por no creer justificada la intervención quirúrgica, la enferma ha perdido muchas probabilidades de salir bien del trance. Por estas razones se comprende la facilidad con que se acepta la indicación radical, pues á muchos ginecólogos les han ocurrido fracasos por haber aguardado á que la neoplasia revelara andando el tiempo su carácter. No sólo influyen en el mayor uso que se hace del tratamiento radical, las razones expuestas sino lo favorable de los resultados. Ya veremos al hablar de la intervención quirúrgica que ésta ha variado por completo gracias á la perfección de la técnica, que hace que no haya mioma inaccesible á la operación, y á la gran rebaja en la cifra de la mortalidad, que ha descendido de un 20 por 100 á un 5 por 100. En cambio si nos decidimos sistemáticamente por aguardar que se establezca la tolerancia para el tumor, es fácil que aparezcan complicaciones que originen un fracaso.