

Para obrar con la debida corrección es preciso preguntarnos, dada la existencia de un mioma, si por su volumen, por los síntomas que determina ó por la edad de la enferma no amenaza la vida de ésta, ó bien si puede esperarse la regresión ó si podemos esperar algo del tratamiento paliativo. Si el caso es de aquellos en que las complicaciones aparecen con dificultad, todo estará supeditado á lo que se observare, teniendo siempre en cuenta que la indicación es tanto menos perentoria, cuanto más sencillo es el mioma. Cuando las complicaciones y accidentes puedan observarse en cualquier momento, plantearemos una indicación oportunista, que la enferma aceptará ó no, sin que nosotros la impongamos, pero informándola de lo que puede ocurrir. Procediendo de este modo evitaremos muchos incidentes desagradables, pues si desecháramos la operación y viniera consecutivamente una peritonitis ó se esfacelase el tumor, siempre tendríamos un remordimiento.

Entre los medios de que disponemos para tratar los miomas uterinos, hay unos puramente médicos que no tienen gran valor y que encierran los métodos ya conocidos para combatir las flogosis del aparato genésico. Algunos síntomas merecen especial atención, tales son las hemorragias, que serán ó no influidas por el tratamiento médico, según los casos. Si aquéllas dependen de un tumor cavitario es inútil cuanto hagamos, pero si el tumor es intersticial ó si se trata de varios nódulos difundidos por el órgano, el tratamiento médico puede tener algunas ventajas. La acción de este tratamiento consiste en descongestionar el órgano lo cual debe reducir de volumen la neoplasia. Entre los medios empleados para ejercer esta acción descongestionante, tenemos las irrigaciones vaginales calientes, la aplicación de supositorios, el taponamiento, el empleo de purgantes en las enfermas habitualmente constreñidas, los baños de aguas termales clorurado-sódicas que para algunos ejercen acción específica sobre los miomas y que obran favoreciendo la nutrición en general. Por esto mejoran las enfermas tomando baños calientes de agua de mar, permaneciendo una temporada en Salies de Bearn, llegando hasta disminuir de volumen el tumor, porque se ha descongestionado el aparato genital. Es, pues, una gran medicación paliativa, pero no produce resultados decisivos; de todas maneras, tanto ésta como las demás son apropiadas y pueden practicarse, logrando quizás con ellas algún beneficio. Jamás veremos desaparecer tumores del volumen de una cabeza de adulto, pero es posible verlos disminuir.

Los medios farmacológicos son aquellos que tienen acción electiva sobre el aparato genital, tal es el cornezuelo de centeno y sus derivados, ergotina y ergotinina, que se han querido hacer pasar como específicos contra los miomas. Dando el cornezuelo de centeno á dosis toleradas por el organismo, ó bien por el método de Hildebrand, que consiste en inyecciones hipodérmicas repetidas de ergotina ó ergotinina, nos dirigimos á la fibra del útero, modificándola. De aquí que haya casos en que el medicamento pueda usarse con éxito mientras que en otros es completamente inútil; como el cornezuelo de centeno obrará haciendo

contraer la fibra muscular hipertrofiada, se comprende que en los miomas subperitoneales nada pueda lograrse, dada la situación del tumor y su independencia respecto al útero. No así en los miomas cavitarios, en aquellos contenidos todavía en la cáscara del útero, pues aquí las contracciones del órgano pueden alterar las circunstancias en que se halla el mioma, referentes á su nutrición. Acerca de la utilidad del cornezuelo para combatir las hemorragias, se han hecho estudios detenidos, aplicando el método de Hildebrand, pero el tumor no aparece sensiblemente modificado. En determinadas circunstancias el cornezuelo puede tener efecto muy útil, tal ocurre con los miomas cavitarios, en los que, gracias á las contracciones uterinas, se adelanta su salida hacia la vagina. Resumiendo diremos que curación radical no obtenemos ninguna, efectos paliativos en algunas ocasiones, y por fin en contados casos puede lograrse adelantar el curso de los miomas.

Además de esta substancia tenemos otros medios aplicables al tratamiento de los miomas uterinos, que pueden surtir buenos efectos, tales son las inyecciones calientes, el taponamiento, el empleo al interior del *hidrastis canadensis*, que tiene acción electiva sobre la circulación pelviana, descongestionando la pelvis y todo el aparato genital. Tras las medicaciones indicadas sobreviene un período de mejora que se sostiene más ó menos. El bromuro potásico se ha usado también por su acción sedante y porque isquemia algo el aparato genital. Casi podemos decir que estos son los únicos medios farmacológicos que tienen utilidad, pues los demás, como el mismo yoduro potásico, no sirven absolutamente para nada. Tal es el tratamiento médico paliativo de los miomas uterinos y los resultados que produce.

Lección XLVII

Indicaciones, técnica y resultados del tratamiento de los miomas por la electrolisis.—Intervenciones vaginales contra los miomas uterinos y resultados que se obtienen.—De la castración contra los miomas de la matriz.

Después de estudiar el tratamiento médico de los miomas uterinos, podemos ocuparnos del quirúrgico. Un medio que participa de este carácter, pero que no llega á constituir verdadera intervención, viene representado por la electrolisis. Ya dijimos al hablar de la galvanización, que lo que más la había extendido era su aplicación al tratamiento de los miomas uterinos, donde produce realmente ciertos efectos, aunque quizás sólo sean pasajeros. Por este motivo, la electrolisis, en la que se habían cifrado grandes esperanzas, ha decaído mucho hoy, quedando sólo como un gran recurso paliativo. Veamos, por lo tanto, qué resultados podemos obtener aplicando la electrolisis en el tratamiento de los

miomas del útero. Ante todo no debemos olvidar la acción química y local de la electrolisis que origina la formación de escaras secas ó blandas, según el polo de que se trate; la acción isquemiante de la corriente en el polo positivo y la acción hiperémica en el negativo; no olvidemos tampoco que estos efectos son secundarios y que los principales son debidos á la acción eléctrica sobre el sistema nervioso, que produce contracciones de la fibra muscular uterina, activando y regularizando la circulación. Como todos estos efectos no podemos obtenerlos con los otros medios, de una manera tan segura, no es de extrañar que la electrolisis sea muy útil, como método paliativo. Ya veremos más adelante qué concepto merece como medio curativo.

Los efectos directos de la electrolisis sobre el mioma uterino, consisten en avivar la contractilidad de las fibras musculares, obrando á la manera del cornezuelo de centeno, reduciendo el órgano y ejerciendo así una acción beneficiosa, puesto que se evita la congestión del tumor. Otro efecto de la electrolisis es la mayor actividad circulatoria, que ha de traducirse en un aumento en la nutrición de la neoplasia, que á su vez hará que las infiltraciones se reabsorban y que el tumor, si era blando, se vuelva duro, disminuyendo de volumen. En los miomas duros, por lo tanto, nada lograremos, pero en los blandos conseguiremos su reducción, lo cual ha motivado que algunos hayan creído en la curación del mal, pues se veía disminuir el tumor en el espacio de un mes, en la tercera parte ó en la mitad de su volumen. No podemos hoy creerlo de esta manera, pues aunque el tumor se reduzca á un núcleo compacto, no por esto desaparece. Obsérvase también que mediante la electrolisis desaparecen los fenómenos de compresión, gracias á que el tumor disminuye de volumen. Hay, pues, una acción tónica de la electricidad sobre el sistema nervioso; por esto es un gran recurso aquel tratamiento en los miomas de forma dolorosa. En cambio, los efectos de la electrolisis sobre las hemorragias, son muy variables, según la clase de miomas que las motiven, pues al paso que resultan muy eficaces en los miomas intersticiales é infiltrados, son totalmente inútiles en los pólipos vaginales y en los miomas intrauterinos; si se trata de miomas difusos, gigantismo del útero ó nódulos fibrosos esparcidos en las paredes del órgano, la electrolisis es muy conveniente, pues cohibe las hemorragias, reduciendo la menstruación á sus límites normales. Verifícase esto en virtud de la acción directa de la electrolisis sobre el mioma, que activa la circulación, quita congestiones y produce, aplicando á la cavidad del útero el polo positivo, la formación de escara seca que combate la metrorragia.

Hoy conocemos bien los casos en que es inútil la electrolisis y aquellos en que está indicada. Digamos primeramente, que en la actualidad está en desuso la gálvano-puntura de Apostoli, por ser un procedimiento atrevido y no exento de inconvenientes. Resulta aplicable la electrolisis en esta forma, contra los miomas blandos é intersticiales, pero no en los subperitoneales y submucosos. Cuando se trata de grandes miomas intersticiales predispuestos á la mortifica-

ción, la electrolisis puede determinar esta última por el mecanismo ya descrito, infeccionando directamente la neoplasia al introducir la sonda en la cavidad del útero, y aunque esto puede evitarse obrando con la debida asepsia, siempre se corre el peligro de la mortificación del tumor. En efecto, obstruyéndose los vasos sanguíneos, si el tumor tiene poca vascularidad es fácil que se gangrene, esto aparte de que el útero miomatoso está predispuesto á una herida durante las maniobras intrauterinas, por grande que sea el cuidado. Es fácil, pues, favorecer complicaciones que hagan necesaria la intervención radical; teniendo presentes estos peligros, no debemos dejarnos arrastrar por los magníficos resultados que algunos dicen haber obtenido, pues aplicando sistemáticamente la electrolisis han ocurrido fracasos. Empleemos, pues, este método de tratamiento cuando esté indicado, pero no traspasemos jamás de 100 miliamperes, pues lo que no obtengamos con esta intensidad, no lo obtendremos con otra mayor.

De todo lo expuesto se deduce que podemos obtener resultados positivos; lo que hay es que muchas veces no son permanentes. El carácter general de la electrolisis consiste en cambiar el curso de la dolencia favorablemente, influyendo de una manera decisiva las condiciones de la enferma, pues si ésta se halla próxima á la menopausia, la electrolisis será más beneficiosa que si se aplica en una enferma en pleno desarrollo de su vida sexual. Tal es la electrolisis aplicada al tratamiento de los miomas, junto con sus efectos principales.

Cuando los medios apuntados para combatir los miomas del útero no den resultado, ó cuando estén contraindicados, antes de recurrir al tratamiento radical, pondremos á veces en práctica algunas intervenciones de índole puramente quirúrgica, algunas de valor sólo histórico, pero que es conveniente conocer porque tienen su aplicación antes de apelar al tratamiento radical. Así, cuando la lesión principal radica en el mioma, pero hay un síntoma dominante, por ejemplo, las hemorragias, dependientes del tumor y de la endometritis que le acompaña, y para curar radicalmente la neoplasia hay que extirpar el órgano, puede acudir al tratamiento quirúrgico paliativo. Puede consistir éste, verbi-gracia, en el raspado del útero, por medio del cual, destruyendo la mucosa uterina, se corrige el síntoma más importante; presenta esta operación las mismas contraindicaciones que el raspado ordinario, y además conviene guardar cierta prudencia en aplicarlo, pues hay casos en que el raspado del útero es muy benigno, pero no faltan algunos en que tiene sus inconvenientes, todo lo cual se debe á las condiciones del mioma. Indudablemente que será una temeridad tratar por el raspado uterino, un mioma de gran volumen; los únicos miomas tributarios de este tratamiento son los intersticiales, pues los submucosos y pediculados, como los subperitoneales, no resultan modificados por el raspado. Aun en los miomas tratables por el raspado, debe haber ciertas condiciones; como son escasez de volumen y dureza; no deben ser, por lo tanto, blandos ni ede-

matosos, de los que se escurren como una esponja á cada período menstrual, por la sencilla razón de que el raspado ocasionará un traumatismo, alterará la circulación del órgano y creará condiciones abonadísimas para el desarrollo de un proceso infectivo que puede inflammar y esfacelar el tumor. De esto resulta, que si bien hemos corregido la hemorragia, en cambio hemos colocado la enferma en gran peligro, inutilizando el tratamiento paliativo. Además, como el raspado uterino no combate directamente la neoplasia, si lo aplicamos en una mujer joven, quedan muchos años de vida genital, en los que el mioma no podrá corregirse y sobrevendrá fácilmente una recidiva en las hemorragias. En cambio, si la mujer está próxima á la menopausia y logramos que cesen las hemorragias, podemos esperar un período de tolerancia, con lo que quizás conseguiremos el estancamiento del tumor y hasta su regresión. De aquí que siendo bueno el procedimiento, deben escogerse los casos en que puede emplearse.

Fuera de los casos indicados, el raspado no es aplicable para tratar los miomas del útero. En épocas anteriores á la nuestra, en las cuales siendo tan frecuentes como hoy los miomas hemorrágicos, no se disponía de medios tan perfectos como ahora para el tratamiento radical, recurriase á la aplicación de cáusticos, enteramente igual á la que se hace para la endometritis. Como quiera que en la actualidad lo que obtenemos con los cáusticos, se obtiene igualmente con la electrolisis, sin los inconvenientes que ofrecen los primeros, que obran ciegamente en la cavidad del útero y pueden interesar la neoplasia gangrenándola, se comprende que la aplicación de sustancias cáusticas haya caído en desuso. No podemos ser tan rigoristas con otras maniobras empleadas contra los miomas del útero, que á la vez que combaten la hemorragia, colocan el útero en condiciones favorables para que el mioma evolucione y se haga asequible. Estos procedimientos tenían más valor cuando la técnica sólo alcanzaba ciertos miomas, pues entonces no era indiferente la región que ocupaba el mioma, pues según fuera ésta escapaba á nuestra intervención el tumor, mientras que hoy todo se ha simplificado. Así pues, los procedimientos de dilatación del cuello, discisión del mismo, eran entonces muy importantes, porque producían los indicados beneficios; la dilatación del cuello se hace rápida ó gradualmente, y la discisión se practica por el procedimiento ya conocido de cortar á cada lado del cuello uterino é incidir la porción vaginal: ambos procedimientos producen el mismo resultado, pues obran sobre la circulación uterina y favorecen la evolución del mioma. En el primer concepto, actúan produciendo una depleción del órgano, descongestionándolo; es ya un hecho demostrado, que siempre que ocurren hemorragias en una cavidad, serán tanto más persistentes, cuanto más cerrada ésta se halle, sobre todo por lo que toca á los órganos contractiles, y tanto es así, que en una neoplasia vesical, cuando ocurre una hemorragia, es siempre muy intensa, pero al practicar la talla se detiene porque la cavidad queda abierta. Algo por el estilo ocurre en el útero, que si bien no es órgano

cerrado, ofrece á veces dificultad para el desagüe, y como la dilatación y dis-cisión del cuello favorecen este fenómeno, compréndese que el órgano se des-congestionará. Obran también ambos procedimientos, despertando la contracti-lidad del órgano, acción algo parecida á la del cornezuelo de centeno y la electrolisis, con lo cual, el órgano se reduce de volumen y desaparecen las con-diciones que pueden favorecer la hemorragia. Así se explican los efectos hemos-táticos del método, por lo menos de carácter temporal. Claro está que sólo acu-diremos á este medio, cuando hayan fracasado los otros, pero no olvidemos que estos procedimientos son sencillos, y que además de evitar las hemorragias ha-cen los miomas más accesibles á nuestra intervención, haciendo que descendan al cuello del útero, y adquiriendo más movilidad, al propio tiempo que favore-cen su evolución submucosa ó su pediculización, ó bien su parto si es ya pedi-culizado. De este modo, un mioma pediculizado en el útero, constituyendo una enfermedad grave, desde el momento en que aquél sale á la vagina, es uno de los casos más brillantemente operables y con más facilidad. No es de extrañar, por lo tanto, que los ginecólogos recurrieran á este medio y lo fueran perfec-cionando con la incisión de la cápsula del tumor.

Una vez dilatado el cuello, y pudiendo introducir los dedos ó los instrumen-tos en la cavidad llena con la neoplasia, practicaron algunos, como Thoma, un corte superficial del tumor que sólo interesase su cápsula, pues así se reúnen buenas condiciones para enuclear el tumor y hacer que salga al través del úte-ro. Vese, pues, que este medio favorece uno de los procesos más beneficiosos de los miomas, para que sean asequibles á nuestra intervención. Aunque estos pro-cedimientos son de recurso, en muy contados casos, siempre que no pueda rea-lizarse la intervención radical acudiremos á ellos; siempre, pues, que el trata-miento radical no pueda efectuarse, ó por no aceptarlo la enferma ó porque el ginecólogo quiere conservar el órgano y su función, recurriremos al citado tra-tamiento paliativo que favorece la evolución normal de los miomas, para que el cirujano, en vez de extirpar el órgano, tenga que extirpar sólo el tumor.

Otro procedimiento quirúrgico paliativo, curativo para algunos, en el trata-miento de los miomas, es la castración verificada mediante la laparotomía. El origen del tratamiento se funda en el principio de la historia natural de las neoplasias que estudiamos y que hemos visto que no era fijo; si la menopausia natural hace que se atrofen los miomas, no es extraño que algunos autores ha-yan pensado en provocar la menopausia artificial para obtener aquel resultado. Ante todo, importa averiguar si la menopausia natural, atrofia siempre los mio-mas, y desde luego, diremos que no, pues hay casos en que no influye para nada y otros en que el tumor se desarrolla y crece más todavía. Con todo, debe-mos reconocer que viniendo ligada la vida de la neoplasia á la vida genital de la mujer, la menopausia ejerce algún influjo en el crecimiento de los miomas, siendo muchos los casos en que éste es favorable. Hasta la menopausia tempo-ral que sigue al parto, influye en los miomas uterinos que sufren cierta atrofia

durante este período. En este sentido, pues, aceptaremos la menopausia como un medio muy eficaz para modificar la evolución de los miomas, pero no como un método positivo ni absoluto. En cuanto á los medios para obtener la menopausia artificial, si la mujer tiene el mioma á los 30 años y no logramos calmar las hemorragias ni detener el desarrollo del tumor, sólo podemos recurrir al mencionado procedimiento, y todavía no tenemos seguridad en los resultados. Al empezarse á poner en práctica la castración se extirpaban sólo los ovarios, y únicamente, cuando las necesidades de la técnica lo exigían, se extirpaban ovarios y trompas, observando los autores que unas veces sobrevenia la menopausia y otras no; Lawson Tait, que seguía este último procedimiento, creía que la menstruación se relacionaba más con las trompas que con los ovarios, y afirmaba que la menopausia debía venir indefectiblemente extirpando á la vez ovarios y trompas. Aun así, hay casos en que la menopausia no aparece, lo cual prueba que es muy difícil obtenerla artificialmente, y cualquiera que tenga alguna experiencia, podrá haber visto casos en que, á pesar de haber sido extirpados ovarios y trompas, la menstruación no se había alterado en los más mínimo. De manera, que la menopausia artificial, buscada por la castración, no es una consecuencia necesaria de la extirpación de los anexos, y ya veremos más adelante, que el único modo de obtener la menopausia es suprimir el útero y los anexos, pero como aquí tratamos de conservar el órgano, no podemos aplicar este tratamiento.

Habiéndose empleado mucho la castración, con el objeto referido, se ha llegado á resultados muy variables, pues en unos casos ha continuado la menstruación, en otros ha cesado por completo, en algunos se ha hecho irregular, pero la mujer ha seguido teniendo hemorragias más ó menos irregulares y no hemos logrado lo que nos proponíamos. Cuando se consigne la menopausia aparece la atrofia del útero, y este hecho positivo puede obtenerse en un 70 por 100 de casos. La menopausia establecida, presenta los caracteres de la normal con la atrofia del útero correspondiente, que obra ó no en el mioma. El principio que dijimos acerca de la inseguridad de resultados de la castración, se afirma una vez más disminuyendo la valía del tratamiento, pues por una parte, no se obtiene siempre la menopausia, y por otra, aun obteniéndose, no resulta influido siempre el mioma. Tampoco resultan influidos por este tratamiento los miomas subperitoneales ó submucosos, quedando sólo en disposición de poder ser tratados los miomas intersticiales, los difusos y los gigantismos del útero. Aun en estos miomas no podemos responder de que vendrá la menopausia, y se atrofiarán consecutivamente. En este sentido, redúcese cada día la importancia de la castración, y con motivo sobrado, pues en los períodos en que se trataban muchos miomas por este procedimiento, se levantaron muchas protestas contra él, y sus defensores aplazaron la contestación que todavía se aguarda. Los partidarios de la electrolisis, acérrimos detractores de la castración, achacaron á ésta sus defectos, y entonces Lawson Tait y demás defensores del procedimien-

to, pidieron un plazo para responder que no ha transcurrido todavía, pero en este intervalo muchas enfermas tratadas por ambos métodos han tenido que sufrir operaciones radicales. Trátase, pues, de una operación que destruye las funciones genésicas y sólo tiene efectos paliativos, pues no ataca directamente el mioma, por esto ha ido decayendo, y hoy preferimos atacar de frente el tumor, haciendo, mientras sea posible, cirugía conservadora. Recuérdese de todos modos, que el procedimiento se emplea aún, que se ha empleado mucho y que lo han defendido hombres de gran autoridad científica, por lo que importa conocerlo.

Hay casos en que la intervención es fácil y otros en que es imposible. Consiste en practicar la laparatomía, buscar los anexos una vez descubierto el útero, y en caso favorable, se hallarán á cada lado de este órgano; extirpanse luego la trompa y el ovario, ligando el pedículo con seda. Cuando el caso es como éste, la operación resulta fácil, pero hay ocasiones en que el mioma no se ofrece en estas condiciones y el útero está enormemente deformado y distendido, encontrándose bien los anexos de un lado, pero los de otro están ocultos quizás en la fosa ilíaca ó en el fondo de saco de Douglas, de aquí que muchas de estas operaciones hayan quedado incompletas.

Como gravedad, la intervención indicada está en el caso de una laparatomía sencilla, de manera que las estadísticas acusan una mortalidad de 2 y 3 por 100. Como veremos al hablar del tratamiento radical, no es mucha la diferencia respecto al mismo, teniendo en la castración la desventaja de que conservamos el órgano con la neoplasia y hemos destruído las funciones genésicas. En resumen, la castración es procedimiento que debe conocerse, pero que después de estudiarlo encontraremos pocos casos en que sea aplicable, y preferiremos muchas veces acudir al tratamiento radical, particularmente en nuestro país, en que tan atrasada se halla la educación quirúrgica de la gente profana.

Lección XLVIII

Tratamiento radical de los miomas uterinos.—De la miomectomía, enucleación, hysterotomía é hysterectomía vaginales contra dichas neoplasias.—Estudio de tales intervenciones.

Si las indicaciones revisten carácter urgente, ó bien si no surte efecto el tratamiento paliativo, debemos dirigirnos al radical; hay casos en que éste se impone desde el primer momento, tal sucede en los pólipos fibrosos vaginales, los intrauterinos, los miomas cavitarios y submucosos, como también en los intersticiales de forma blanda y que son muy hemorrágicos. Debe acudirse igualmente al tratamiento radical cuando el tumor se ha inflamado ó mortifica-

do, pues la indicación es vital, y cuando existan miomas abdominales hemorrágicos, como asimismo cuando se presenten complicaciones, tales como la salpingitis, ovaritis, salpingoovaritis y peritonitis. También se recurrirá al tratamiento radical cuando el mioma ofrezca una evolución rapidísima ó cuando haya grandes fenómenos de compresión, así como también cuando, tras pasada la época de la menopausia, el tumor sigue desarrollándose ú originando hemorragias. Finalmente, si los síntomas se hacen persistentes y el tratamiento paliativo no ha dado resultados, acudiremos á la intervención radical. Vese, pues, que la indicación es necesaria en muchos casos: más de lo que pudiera creerse.

La indicación radical se dividirá en dos grupos, según nos dirijamos directamente al mioma por la vía vulvo-vaginal, ó por la vía abdominal, si el tumor no es asequible por aquélla. Por la vía vulvo-vaginal se han realizado muchas intervenciones que dividiremos en cuatro grupos: puede tratarse de un mioma pediculizado vaginal ó uterino (polipo-fibroso vaginal ó intrauterino) y entonces practicaremos la miomectomía ó extirpación del pólipo por la vagina; ó bien el mioma es sesil sin pedículo, hallándose en el cuello ó en el cuerpo del útero, con una base de implantación más ó menos grande, asequible por la vagina, ó por el cuello, si es intrauterino, y entonces podremos realizar la enucleación; en otras ocasiones el tumor voluminoso es sesil ó intersticial, pero único en la pared anterior ó en la posterior, y en tal caso antes de la enucleación debe efectuarse la hysterotomía para hacer asequible el tumor; finalmente, cuando la topografía ó el número de los tumores no nos permitan conservar el órgano, practicamos la hysterectomía ó extirpación total del útero.

La miomectomía es una operación sumamente sencilla por lo general, pero á veces se convierte en maniobra de empuje, dependiendo todo del volumen del mioma y su topografía. Si el pólipo es grande y distiende la vagina, como es difícil rodearlo será difícil también verificar su extirpación; en cambio cuando podemos coger fácilmente el mioma, la operación no ofrecerá dificultad ninguna. Tampoco es lo mismo extirpar un pólipo fibroso vaginal que uno intrauterino, pues el primero, sobre todo si es pequeño, da margen á una de las intervenciones más fáciles y brillantes de la Ginecología, mientras que el último resulta de extirpación más difícil; ya se comprende que el buscar un tumor al través del cuello del útero siempre ofrecerá más dificultades que el buscarlo en la vagina. Sea como sea, la operación consiste siempre en buscar el pedículo y cortarlo; en ocasiones por el volumen y la topografía del tumor podemos llegar pronto al pedículo sin preparación ni maniobra previa, siendo entonces muy sencilla la intervención y pudiendo realizarse de distintas maneras. Unos se valen del estrangulador de Chassaignac, que es algo curvo en su extremo, y que toda la dificultad para emplearlo bien, consiste en pasar el asa alrededor del tumor; para esto se lleva por la vagina y se hace que el tumor quede cogido por la referida asa, danse después vueltas al instrumento con cierta lentitud hasta que el pedículo es estrangulado y cortado. Retírase después el estrangulador, y el tumor

sale si es de escasas dimensiones; en caso contrario queda retenido, y entonces lo cogemos y tiramos de él. Por lo demás, siempre que el tumor sea grande, el procedimiento no es muy práctico, y si es muy pequeño, tenemos métodos más aceptables. Si el pedículo es delgado, cogemos el tumor con fuerza, mediante las pinzas de ganchos, y damos vueltas hasta que el pedículo se rompe. La aplicación del estrangulador y la torsión del pedículo, dependen del respeto que puede tenerse á la hemorragia que sobrevendrá por el referido pedículo; de todos modos conste que esta hemorragia no será muy importante; lo que hay es que estas enfermas están muy anémicas, lo que nos obliga á evitar aquélla.

Podemos sustituir este procedimiento introduciendo una pinza curva que dé la vuelta al tumor y sujete el pedículo, cortando luego por debajo y manteniendo la pinza durante veinticuatro horas; ó bien después de la operación se tocará la superficie cruenta con el termocauterio, pudiendo retirar la pinza. La torsión es el único procedimiento aplicable al pólipa intrauterino, pues en este caso no es posible introducir el estrangulador, ni prudente elevar la tijera hasta el útero para extirpar el mioma, y por esto vale más coger el tumor y darle vueltas hasta que se rompa; la operación no reviste dificultades ni provoca dolor, y tanto es así, que puede hacerse sin anestesia. Como se ve estos casos son sencillos, pero si el tumor distiende la vagina, encontramos muchas dificultades, pues el estrangulador resulta pequeño; de aquí la necesidad de otro instrumento. Tenemos uno inventado por Pean, que consiste en dos canales metálicas con una curvatura para adaptarse á la del tumor, que se arman en un alambre y se introducen profundamente entre la vagina y el tumor; cuando llegamos al cuello del útero se da la vuelta á las canales en sentido contrario, el pedículo queda sujeto entre los alambres y, armando éstos en una canal única con bramante, dando vueltas al instrumento, aquél acaba por ceder y destruirse. Algunas veces el pedículo es resistente y el asa se rompe, lo que no deja de ofrecer dificultades, y, sin embargo, el procedimiento puede usarse, porque ofrece garantías. La dificultad principal consiste en el volumen del tumor que puede impedirnos llegar al pedículo.

Para obviar estos inconvenientes, recurrese al fraccionamiento del tumor (*morcellement*), que consiste en despedazar la neoplasia antes de llegar al pedículo: con este objeto se ha inventado un instrumento especial parecido al que usan los tocólogos para desmenuzar la cabeza del feto, pero bastará con abrir la vulva, mediante dos valvas planas, colocando una en la parte anterior y otra en la posterior; una vez descubierto el tumor, se corta con un bisturí ó una tijera, y se van sacando pedazos disminuyendo su volumen y dirigiéndonos siempre hacia el útero; de esta manera disminuimos el volumen enorme del tumor y llegaremos al pedículo.

«Son interesantes aquellos casos de mioma vaginal que en su salida al través del cuello han arrastrado el útero, produciendo una inversión. La mejor técnica en estos casos es poner al descubierto el tumor, cogerlo con pinzas de

Musseaux y llevarlo fuera de la vulva para separar con el bisturí su punto de implantación con el útero. Si en este primer tiempo se encuentra dificultad por el volumen del tumor que llena y distiende la vagina, se cortan en la superficie del mismo grandes trozos cuneiformes ó en forma de V, hasta disminuirlo bastante para atravesar la vulva y llevar al exterior el fondo del útero. Durante este tiempo de *morcellement* todo consiste en obrar rápidamente, sin cuidarse de hemostasia, que para nada es precisa. Teniendo á la vista la implantación del tumor sobre el útero, se traza con el bisturí una incisión circular en la base de implantación que interese mucosa y cápsula, y en seguida se desimplanta el mioma con los dedos ó con la espátula. Si se procede rápidamente, la hemorragia es despreciable. En seguida se sutura á punto pasado con seda ó catgut, se raspa el resto de mucosa uterina que tenemos á la vista, y se reduce el útero como en un caso de inversión ordinario, taponándolo luego, lo mismo que la vagina.

»Si se obra de otra manera, adoptando procedimientos defectuosos como el asa del estrangulador, es exponerse á amputar inútilmente el fondo del útero, como he tenido ocasión de presenciarlo, dejando el útero, aun supuesta una buena colocación del asa, en malas condiciones para la sutura de su herida y para la reducción inmediata; y si, temerosos de la hemorragia y de procedimientos expeditivos como los antes mencionados, recurrimos á la ligadura elástica, perdemos una buena ocasión de reducir el útero y puede más tarde tenerse que recurrir á la histerectomía, por ser imposible la reducción del órgano. Así ocurrió en un caso en que se dejó perder la coyuntura de reducir el útero por haber aplicado un lazo elástico sobre un fibroma implantado en el fondo del órgano y que salió hasta la vulva invirtiendo la matriz tras un parto normal que le dejó el camino expedito (1).»

La enucleación simple está indicada cuando el tumor es pequeño y tiene una gran base de implantación. Si el tumor asienta en el cuello, podemos enuclearlo fácilmente, por estar en sitio asequible: si el mioma es cavitario ó sólo asequible al través del cuello, podemos enuclearlo sin herir para nada el útero, á condición de que el cuello esté muy dilatado y el tumor no sea muy voluminoso. Si el cuello está dilatado y podemos hacer entrar algún instrumento, la operación es sencilla, se coge el tumor fuertemente con pinzas de ganchos y se corta con unas tijeras desde la periferia del mismo, incindiendo la cápsula y luego se desprende la neoplasia, separándola con una espátula, se hace salir al través del cuello por su reducido volumen. Si la dilatación del cuello es poca, y el tumor es de gran tamaño, debe recurrirse á la histerotomía, porque no basta con lo indicado.

«Dos procedimientos pueden seguirse: el de Pean y el de Doyen. En el pri-

(1) *De la intervención quirúrgica en los miomas uterinos*, por el Dr. Fargas.—*Anuario de la Clínica*, del Dr. Fargas. Barcelona 1895.

mero, aplicados los separadores vaginales, se coge el cuello del útero por el labio anterior y el posterior, se tira abajo todo lo posible, se incide el cuello de un tijeretazo hasta los fondos de saco laterales, debiendotener en cuenta que esta división ha de ser más ó menos profunda, según que el cuello haya ó no sufrido adelgazamiento por la presión misma del tumor, y se procede en seguida al *morcellement*, cogiendo el tumor con pinzas de garfios, desimplantándolo ó enucleándolo hasta donde se pueda, y cortando en seguida con las tijeras trozos del tumor, procurando no perder la presa del mismo para ir cortando nuevos trozos, que cada vez son mayores, hasta que sale toda la neoplasia. En seguida se lava el útero, se suturan con catgut las incisiones del cuello, se aplica un taponamiento intrauterino y vaginal, y queda terminada la operación. Obsérvese que no corto en estos casos, como lo hace Pean, los labios del cuello al ras de los fondos de saco vaginales: es que lo considero inútil en los casos corrientes, y cuando puede ser de utilidad está mejor indicada la histerectomía, y, por tanto, también inútil dicho tiempo operatorio y el traumatismo consecutivo. Tampoco he hablado de hemostasia preventiva, ó sea de no cortar un trozo sin haber hecho antes hemostasia del mismo. Esto es engorroso, tardío é inútil, pues en casos de fibroma único la hemorragia es poca ó ninguna, y al retraerse el útero, una vez extirpado el tumor y con el taponamiento intra-uterino, cede la hemorragia. Esto no es obstáculo para que en algún colgajo de mucosa que sangre mucho, pueda aplicarse una pieza permanente, que se retira á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas.

»El procedimiento de hysterotomía de Doyen es el primer tiempo de su histerectomía vaginal: cogido el cuello por ambos lados, se incide el labio anterior por su parte media hasta llegar á la cavidad del útero, desinsertando el fondo de saco anterior de la vagina á más ó menos altura, respetando el peritoneo, según la profundidad que hay que dar á la incisión, para agrandar el campo. En seguida se ataca el tumor por su cara anterior, formando V escalonadas, hasta que sale toda la neoplasia. Se procede luego á la sutura y taponamiento.

»Ambos procedimientos he empleado distintas veces para abrir el cuello del útero. Los dos tienen indicaciones y preferencias. Cuando el cuello está adelgazado y como si empezara la dilatación del hocico de tenca, á cuyo través se toca el fibroma, el procedimiento bilateral de Pean; cuando el cuello se conserva íntegro y hay que interesar los fondos de saco, el de Doyen, que interesa uno solo y adelanta por la cara anterior del cuello, mucho menos vascular y peligrosa que las regiones laterales; cuando se está en la duda de si el caso será tributario de hysterotomía y miomectomía consecutiva, ó exigirá la histerectomía total, también el procedimiento de Doyen, que es el primer tiempo de esta intervención, como luego diré. En menos palabras: para los casos fáciles, incisión bilateral de Pean; para los difíciles ó dudosos, incisión media anterior de Doyen (1).»

(1) Ibid., Ibid.

Todas estas operaciones son benignas, no merecen pronóstico grave ni mucho menos, y se perfeccionan cada día porque conservan el órgano y la función, tanto, que muchas enfermas después de estas intervenciones han procreado felizmente y de ello poseo numerosos ejemplos. De aquí la necesidad de conocer y perfeccionar estos procedimientos.

Algunas veces, sea por el excesivo número de miomas que hay en el útero, otras porque aun siendo único el mioma queda el útero tan maltrecho que no se puede confiar en su rehabilitación, otras porque existen lesiones de los anexos que pueden determinar enojosos accidentes ó porque dada la edad de la mujer no nos interesa conservar el órgano, ó bien por insuperables dificultades técnicas para conseguir este objeto, debe acudir-se á la histerectomía vaginal ó extirpación completa del órgano. En la actualidad esta operación es típica, reglada, con variantes según los casos, debidas al volumen, situación y número de los miomas. Al estudiar esta maniobra, fijemos ante todo sus límites, que vienen impuestos por el volumen de la neoplasia; algunos señalan como punto de partida el volumen de una cabeza fetal y aconsejan la histerectomía pasado este tamaño; los más atrevidos señalan como límites los del ombligo para que el tumor pueda extraerse por la vagina. Verdad es que puede extraerse un útero por la vía vaginal y hasta con relativa facilidad, aun alcanzando el límite señalado y traspasándolo, pero no puede negarse que en tales casos es más fácil sacarlo por el abdomen. El empeño en fijar límites entre la histerectomía vaginal y la abdominal, depende de que la primera es mucho menos peligrosa y además ofrece la ventaja de no dejar cicatriz; la mujer á quien se extirpa el útero por la vagina permanece sin señal alguna, mientras que la operada por la segunda vía está expuesta á una hernia. Resulta, pues, muy justificado el empeño en extraer el útero por la vagina, á pesar de que es mucho más fácil extirparlo por el abdomen.

«Pean ha sido el verdadero iniciador de esta clase de intervenciones, dándolas por fundamento su *morcellement* y su hemostasia preventiva por medio de pinzas. La histerectomía vaginal de Pean contra los fibromas del útero, descrita por su autor en sus tomos de clínica quirúrgica y de una manera completa por Secheyron en su obra sobre la histerectomía, he de decir que nunca me ha parecido un procedimiento destinado á vulgarizarse, y falta mía será indudablemente; pero he de manifestar que, aun comprendiendo la técnica descrita por tan eximio cirujano y teniendo á mano su instrumental propio, siempre me pareció una operación sumamente engorrosa, ciega en algunos tiempos de la misma, y poco socorrida en casos difíciles para llevar á feliz término una intervención comenzada con buenos auspicios. Todos los defectos del procedimiento de Pean arrancan de la necesidad de la hemostasia preventiva. La aplicación sucesiva de pinzas en número indeterminado llena y obstruye el campo operatorio, ya de sí limitado antes de extraer ninguna porción de tumor, y la colocación de dichas pinzas *in situ* expone fácilmente á coger un uréter ó un repliegue

intestinal, accidentes siempre temibles. Adolece del defecto, el procedimiento de Pean, de ser una de tantas aplicaciones de su maravilloso método de *forcipresión* y no un procedimiento hijo de un momento de inspiración basada en la topografía y en el modo de ser de dichas neoplasias. Se comprende así fácilmente que, con ser aceptable la técnica, no tendrá para la colpo-histerectomía por fibromas la brillantez que el método ofrece aplicado á la extirpación del bocio, de un tumor del mesenterio ó de una neoplasia difusa del muslo: las condiciones de región y de campo operatorio son esencialmente distintas.

»Por otra parte, el método de colpo-histerectomía por ligaduras sucesivas de los ligamentos anchos, no resulta aplicable en la inmensa mayoría de casos tributarios de dicha operación por la dificultad de hacer asequibles los ligamentos anchos, dado el volumen del útero que le retiene hacia arriba, á pesar de nuestras tracciones, ó que un nódulo fibroso empotra precisamente entre las hojas de dicho ligamento.

»El procedimiento de Doyen, esencialmente distinto del de Pean y de las modificaciones que este último ha sufrido, tiene la ventaja de ser perfectamente reglado, estar fundado en el modo de ser de los miomas uterinos y de que sus tiempos se suceden siempre naturalmente: está basado en la supresión completa de la hemostasia preventiva, en operar siempre bajo la comprobación de la vista ó del tacto, y en efectuar la hemostasia definitiva de una manera segura, eficaz y exenta de peligros. El procedimiento es original, ejecutivo, hijo de la inspiración artística, y, para que todo sea nuevo, hasta el instrumental es expreso y sumamente útil y práctico.

»Siendo el procedimiento de Doyen el único que he puesto en práctica para la histerectomía vaginal por fibromas uterinos, me ocuparé tan sólo de él, debiendo advertir que si trato del mismo aplicado únicamente al tratamiento de fibromas uterinos, no es que no lo juzgue beneficioso en la histerectomía por cáncer y en la castración total por la vagina, pues en ambos casos lo he adoptado también siempre que resulta aplicable, sustituyendo con él otros procedimientos que antes había usado.

»*Instrumental.*—Valvas vaginales de Doyen: tres modelos de 6, 9 y 12 centímetros de longitud, y de 45 ó de 60 milímetros de anchura. La forma, es sumamente cómoda y adecuada.

»Un par de pinzas de dos garfios, cuatro pinzas de igual modelo, pero de tres garfios, y otras dos de cuatro garfios.

»Un par de tijeras largas y algo romas en la punta.

»Los tubos *vacía fibromas* de Doyen, de grosor distinto.

»Las pinzas *sacabocados* de Doyen, de tres tamaños distintos.

»Dos pinzas grandes, cintradas, de presión continua, de Doyen, y otras dos más pequeñas, del mismo autor.

»A prevención, media docena de pinzas de Pean de las llamadas *longuettes*, de 20 centímetros de longitud.

»*Técnica de la operación.*—Primer tiempo. Colocada la enferma en la posición dorso-sacra, se introduce la valva de 9 centímetros contra la pared vaginal posterior, y la de 6 contra la anterior. Un mismo ayudante sostiene ambas. En seguida se clavan las dos pinzas de dos garfios, una á cada lado del cuello, haciendo fuerte presa, y tirando de ellas se hace descender el útero todo lo posible hacia la vulva, conservando ó retirando las valvas según el descenso logrado.

»Segundo tiempo. Incisión circular alrededor del cuello con unos cuantos golpes de tijera, procurando, si es posible, por la parte posterior, llegar hasta el peritoneo, abriendo el fondo de saco de Douglas. En seguida, con el dedo, se despega el manguito cortado, y particularmente la cara anterior del útero, de la cual se separa la vejiga hasta llegar al fondo de saco peritoneal. Si hay dificultades, algún tijeretazo corta las trabéculas de tejido celular más resistentes.

»Tercer tiempo. Se aplica otra vez la valva anterior, si es que se había retirado, y, tirando siempre hacia abajo de las pinzas del lado del cuello, se incide con la tijera el labio anterior en la extensión de 3 á 4 centímetros y se aplican cerca del ángulo dos pinzas de tres garfios, que hacen tracción sobre la cara anterior. Otro tijeretazo abre, por lo común, el peritoneo longitudinalmente, cuya abertura se hace transversal con la misma tijera, y por ella se hace pasar la valva anterior, que protege eficazmente la vejiga hasta imposibilitar su traumatismo. Se aplican las otras dos pinzas más arriba, cogiendo ya el peritoneo, retirando las primeras y tirando de aquéllas para iniciar ya la basculación del útero hacia adelante.

»Cuarto tiempo. El fondo del útero aparece debajo la valva anterior (la posterior casi siempre se ha retirado al comenzar el segundo tiempo), y en él se clavan dos pinzas de garfios, de las cuales se tira con fuerza suficiente hasta que el fondo del útero aparece en la vulva. Con él siguen los anexos ó se hacen seguir cogiéndolos con pinzas de anillo ó desprendiendo con los dedos las adherencias que puedan retenerlos.

»Quinto tiempo. Ya el útero en la vulva, abrazando con el índice y pulgar de la mano izquierda el ligamento ancho izquierdo invertido, se aplica la gran pinza de Doyen desde el vértice á la base de dicho ligamento, y se aprieta regularmente. A su lado se coloca la pinza pequeña de seguridad por si aquélla cediera (en un caso se me rompió una de las grandes pinzas á las catorce horas), y se corta con la tijera al ras de esta segunda pinza todo el ligamento ancho. Se procede de la misma manera del lado derecho y queda terminada la operación, pudiendo ver entonces el útero abierto con la incisión media anterior si es que no está muy aumentado de volumen.

»Todo esto, en un útero que no esté muy aumentado de volumen, se hace casi más aprisa que se dice, y la cantidad de sangre perdida durante la operación es insignificante. Terminada ésta, el campo operatorio queda seco. Alguna pequeña arteriola de la pared posterior ó de la anterior podrán exigir por rareza la aplicación de una larga pinza de presión.

»Si se trata de un fibroma cavitario, con el campo que da la abertura de la pared anterior del cuello y en parte del cuerpo del útero se tiene campo suficiente para la extirpación de la neoplasia, respetando el útero y volviendo á suturar luego su incisión anterior.

»Cuando la histerectomía ha de ser completa por la índole, multiplicidad ó topografía de la neoplasia, el tercer tiempo de la operación es el que se prolonga, pues durante el mismo debe practicarse la extirpación de la neoplasia ó la disminución de volumen del útero, para que sea posible su movimiento de descenso y de báscula.

»Una vez abierto el fondo de saco anterior del peritoneo y protegida por la valva la vejiga, se trazan con la tijera sobre la cara anterior del útero V sucesivas y escalonadas, que se van cogiendo con pinzas de garfios hasta que el útero, disminuído de volumen, viene fácilmente á la vulva, lo que se logra sin dificultad si su diámetro no excede de 10 á 12 centímetros.

»A veces resulta difícil ese *morcellement* en V de la superficie uterina, porque siendo el tumor muy voluminoso y estérico, ó estando sobre todo implantado hacia la pared anterior, no es posible hacer que ésta sea asequible á los instrumentos, y entonces se aplica el *morcellement* central, sea sacando cilindros de neoplasia con los tubos de Doyen si es bastante duro el mioma, sea con sus pinzas sacabocados si es blando, ó bien cogiendo trozos con las pinzas de garfios, que se cortan con las tijeras curvas ordinarias. Con todos estos recursos combinados se hacen asequibles por la colpo-histerectomía úteros miomatosos que por el procedimiento de Pean son tributarios de la laparotomía. Más de una vez he extirpado por la vagina úteros que alcanzaban al ombligo, mucho mayores, por consiguiente, que una cabeza de feto. Es de notar que durante este tiempo operatorio se opera en seco, con sólo tener la precaución de ir cogiendo con pinzas de garfios la cápsula que forma la pared uterina para tirar de ellas sin aflojar, por otra parte, las pinzas del cuello. Esta tracción mantiene comprimidas las uterinas y el campo operatorio está exangüe, de lo que puede uno convencerse viendo brotar la sangre por distintos puntos en el momento de aflojarlas. Este hecho explica perfectamente la inutilidad de la hemostasia preventiva, que tan engorrosa es y tanto dificulta la intervención, limitando muchísimo sus aplicaciones.

»Tal como acaba de ser descrito el procedimiento, tendrá que adaptarse, con los muchos recursos que ofrece, á ciertos casos particulares, según que exista un fibroma enclavado en uno de los ligamentos anchos ó se halle hacia la cara posterior, obligando á atacarle por el fondo de Douglas, ó se encuentre un mioma subperitoneal que por su topografía escapa á la presa de los instrumentos, pudiendo obligar á terminar la laparotomía. Para este último caso echa mano Doyen de uno de sus tubos, que introduce valientemente en el espesor del fibroma á poco que pueda descubrir su superficie en el fondo de la vagina, sosteniendo por arriba el tumor con la mano en el hipogastrio, para que no huya á la pre-

sión del tubo vacía fibromas; y en seguida, en los bordes del hueco que dicho tubo deja, inserta las pinzas de garfios y lo trata luego como el mismo útero cuya cavidad ha sido fraguada por el cilindro miomatoso extraído. Si el fibroma tiene cierto volumen, no será de temer que el borde cortante del tubo vaciador interese una asa intestinal, y de esta manera podrán hacerse asequibles por la vagina, miomas que de otra manera escaparían á la colpo-histerectomía.

»Cuando el útero va disminuyendo de volumen por los medios antes indicados, se dobla muy pronto y va basculando hacia adelante, viniendo, finalmente, á la vulva con enormes restos de fibroma todavía en su sitio de implantación. En este momento empieza la hemorragia porque cesa la compresión de los arcos vasculares útero-ováricos entre el útero neoplásico, sostenido por las pinzas de tracción, y las paredes óseas de la pelvis inextensibles; pero entonces es cuestión de segundos terminar la operación con la aplicación de las pinzas sobre los ligamentos anchos, que proporcionan una hemostasia segura, rápida y definitiva, por lo cual son preferibles á las ligaduras, que, si bien podrían fácilmente aplicarse á la vista y con holgura, son lentas en su aplicación y no tan seguras en sus efectos.

»Limpiado el campo operatorio y taponada la vagina, queda terminada la operación con una rapidez verdaderamente asombrosa para los casos fáciles y en úteros poco voluminosos y no adheridos, siendo mayor su duración á medida que es mayor el tumor y aumentan, por tanto, las dificultades. Desde doce minutos á hora y media ha oscilado la duración de mis histerectomías por el procedimiento de Doyen, quien más de una vez ha puesto término á una de esas intervenciones en el corto espacio de seis minutos.

»El tratamiento post-operatorio en nada se diferencia de las otras colpo-histerectomías: las pinzas se retiran á las cuarenta y ocho horas y la convalecencia es, por lo común, rápida (1).»

Durante este período puede ocurrir algún accidente; los autores llaman la atención acerca de la hemorragia secundaria, que ocurre á los doce ó quince días, por haberse desprendido el coágulo obturador. Esta hemorragia no es grave por más que sea abundante, y se corrige aplicando una pinza ó un taponamiento. La mortalidad es relativamente escasa, pues sólo llega al 3 ó 4 p. ‰, pero á veces la operación es decididamente grave, v. gr.: cuando se realiza por el esfacelo del mioma, subiendo entonces la mortalidad hasta un 30 p. ‰. En estos casos la intervención es obligada y vital, dando ellos mezclados á los otros la expresada mortalidad de 3 á 4 p. ‰. Si el tumor no está esfacelado ó los anexos no se hallan infectados podrá pronosticarse con cierta benignidad. No olvidemos que las complicaciones mortales pueden ser por peritonitis, la septicemia, ó la hemorragia, bién que esta última casi puede descontarse, empleando una técnica perfeccionada y obrando con cautela.

(1) Ibid., Ibid.

Lección II

Indicaciones generales de la laparotomía contra los miomas uterinos.—Miomectomía, enucleación, hysterotomía é hysterectomía abdominales contra los miomas uterinos.—Estudio de dichas intervenciones.

Fuera de los casos indicados en que las intervenciones serán vaginales, han de realizarse por la vía abdominal ó sea con laparotomía previa. Por medio de esta última, descubriremos el tumor y lo atacaremos directamente; si al descubrir la neoplasia hallamos que permanece unida al útero por un pedículo, practicaremos la miomectomía, cortando este pedículo y haciendo la hemostasia con suturas ó ligaduras: vuélvese á cerrar la herida y queda concluida la operación. Pero si en vez de ser pediculado el mioma, aparece con la forma sesil en el fondo del útero y en cualquier cara, efectuaremos la enucleación, que será mucho más fácil que por la vía vaginal, suturando luego el hueco que queda. Finalmente, cuando el mioma no es pediculado ni subperitoneal, sino que está situado en la masa misma del órgano ó pertenece á la variedad submucosa, alcanzando un volumen tan grande que escapa á nuestra acción por la vagina, puede practicarse la hysterotomía abdominal, que consiste en incidir el útero y enuclear después el mioma, procediendo de una manera parecida á la operación cesárea. Descubierta el útero por su fondo ó por sus caras y sacado fuera del abdomen, se incinde hasta llegar al mioma, el cual se enuclea consecutivamente; durante este tiempo, puede haber alguna hemorragia que no debe asustarnos, y más si la incisión se ha practicado en la línea media: además, como el útero se retrae luego, se cohibe la salida de sangre. Sutúrase después la herida con seda muy fina, de manera que la superficie peritoneal del útero pueda cicatrizar debidamente, y queda terminada la operación. Hay que notar la rareza con que se practica esta operación, gracias á las malas condiciones en que está la cavidad uterina, lo que nos expone á una infección. Otra razón en favor de la poca frecuencia con que esta intervención se realiza, debe buscarse en el adelgazamiento que sufren las paredes del útero, que deja el órgano en malísimas condiciones para su rehabilitación; otras veces la mujer, por su edad, ha traspuesto el período sexual, y el órgano no ofrece ninguna utilidad al conservarlo. En muchos casos, el escollo de la operación es la hemorragia, que puede evitarse, disponiendo un lazo elástico en la vecindad del cuello del útero, con lo que se impide la circulación por las arterias uterinas. Nos servimos, para este objeto, del ligador ó de una pinza que sujeta el tubo de goma interin dura la enucleación del mioma; fuera de estos casos, que hemos de conocer y poner en práctica, particularmente en las mujeres jóvenes, para conservar la función de generación, debemos recurrir á la hysterectomía abdominal.

«Yo no sé si hay alguna otra operación que haya estimulado tanto el ingenio de los operadores como la histerectomía abdominal; el número de procedimientos es infinito, regulando todos ellos el tratamiento del pedículo. En mi trabajo *De la intervención quirúrgica en los miomas uterinos*, publicado en el *Anuario* de mi clínica privada correspondiente á 1895, di á conocer mi criterio en este asunto; en aquella época estaba todavía en período evolutivo mi manera de proceder, y anunciaba entonces que quizá hubiese resuelto el *desideratum*, aceptando para todos los casos un procedimiento, más que procedimiento, un método, que me permitiese emprender una operación abdominal de mioma, sin la pesadilla previa de las dificultades y obstáculos que la formación del pedículo y la topografía del tumor pondrían á mi intervención.

»Después de un período de cerca de once años en que empleé la amputación supra-vaginal por uno ú otro procedimiento, y cuyos resultados y técnica expuse en dicho trabajo, he acabado por adoptar la supresión del pedículo, haciendo la histerectomía total, práctica que sigo desde Febrero de 1895.

»En el período de tres ó cuatro años, la evolución ha sido casi general. En los Congresos de Bruselas, Roma, Burdeos, Ginebra y Moscou, en los de los cirujanos y ginecólogos alemanes, de Cirugía de París, en las Sociedades y Congresos ingleses y americanos y en todas las *Revistas* y publicaciones de la especialidad, se observa evidentemente la tendencia general á la adopción de la histerectomía total, esforzándose todos en mejorar la técnica, porque con ella mejoran los resultados obtenidos.

»Hasta Febrero de 1895, sólo recurrí á la histerectomía total cuando las circunstancias me obligaban; desde entonces sólo empleo dicho método, obteniendo felicísimos resultados y salvando con facilidad toda suerte de dificultades. Permítaseme indique, antes de describir mi manera de proceder, el origen de la misma. El 25 de Febrero de 1895, recibí una comunicación personal del doctor Doyen, de Reims, sobre su nuevo procedimiento de histerectomía abdominal; el 28 del mismo mes lo puse en práctica. En Abril lo di á conocer en mi *Anuario*, y su autor lo comunicó en Mayo al Congreso de Cirugía de Berlín. Desde entonces he seguido siempre dicho procedimiento, más ó menos modificado, y las pequeñas modificaciones que haya podido introducir en algunos detalles, así como los resultados obtenidos, es lo que quiero dar á conocer. Se verá, por la descripción, que el procedimiento de Doyen es sencillísimo, si bien que atrevido y conforme con una de las ideas que guían á tan hábil é inspirado cirujano, cual es la de poner al lado de la anestesia y la asepsia el *cito tuto et jucunde* de nuestros antepasados.

»*Tiempo preliminar.*— Decúbito horizontal de la enferma; antisepsia de la región abdominal y de la vulvo-vaginal; la primera por el primer ayudante y la segunda por el segundo; aquél para nada interviene en la región vulvo-vaginal; éste para nada en la abdominal. Operador á la derecha de la enferma; primer ayudante á la izquierda; segundo entre las piernas separadas de la enferma. In-

cisión abdominal hasta el peritoneo y verificación, si cupiere duda, del diagnóstico y de la necesidad de proceder á la histerectomía.

»*Primer tiempo.*—Después de dar media vuelta á la mesa de operaciones, lo que realizan el segundo ayudante y el encargado de la anestesia, empujando en igual sentido y cambiándose ellos de sitio, queda el operador á la izquierda y el primer ayudante á la derecha. Se coloca la mesa en la posición de Trende-

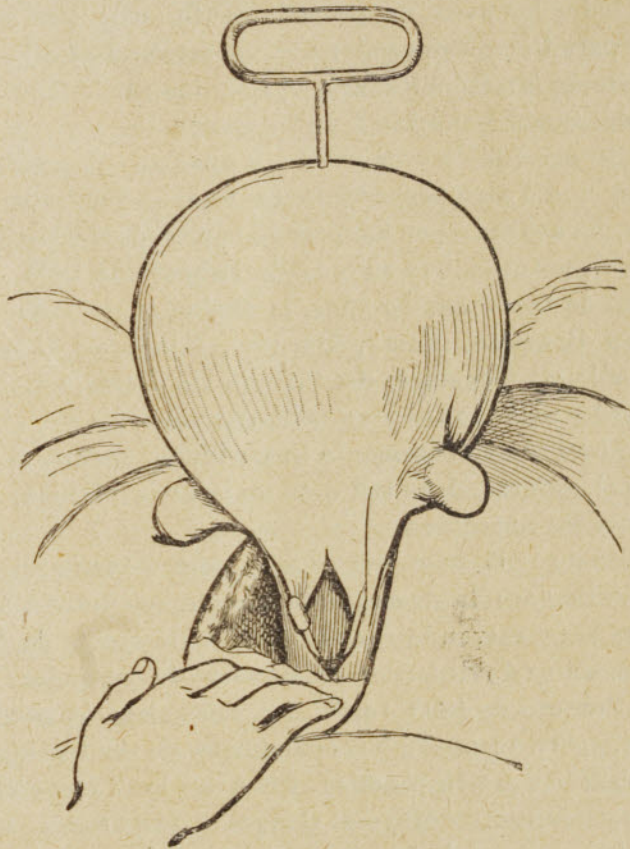


Fig. 1.—Primero y segundo tiempos de la histerectomía abdominal total.—Posición de Trendelenburg.—Útero extraído del abdomen y basculado contra el pubis por medio del tirabuzón.—Fondo de Douglas al descubierto con la incisión longitudinal de la pared posterior de la vagina, al través de la que asoma la pinza entreabierto con uno de sus bocados cubierto por el dedal.

lenburg y previa la desinserción de adherencias, si las hay, se extrae el tumor del abdomen y se bascula fuertemente contra el pubis tirando de él hacia arriba y adelante; en seguida, se desaloja de intestinos la cavidad de la pelvis y se retienen, mediante la aplicación de gruesas compresas montadas en pinzas doradas, en la gran cavidad, siendo bastante numerosas y tupidas para aislar completamente la gran cavidad del peritoneo del campo operatorio ó sea de la pequeña pelvis (Fig. 1).

»Para facilitar este tiempo, si el tumor es redondeado, liso y no muy voluminoso, se implanta en el fondo del útero un tirabuzón (Figs. 1 y 2) que sirve para extraer y sostener el tumor; si es muy grande y pesa mucho, una vez extraído del abdomen se sostiene por medio del aparato suspensor de Reverdin, de gran utilidad en estos casos.

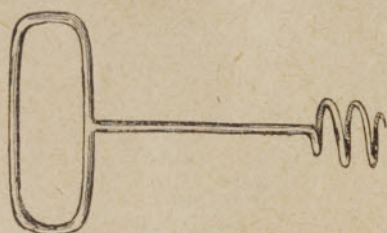


Fig. 2.—Tirabuzón para enroscarlo en el fondo del útero ó en la superficie de un mioma

»*Segundo tiempo.*—El segundo ayudante introduce una pinza larga y entreabierta, por la vagina, llevándola hacia el fondo de saco posterior y comprimiendo fuertemente, de manera que sus bocados formen salida en el fondo de Douglas. Entre dichos bocados, se practica una incisión de 4 á 6 centímetros, longitudinal y que penetre hasta la vagina; por dicha abertura salen los bocados de las pinzas, entreabriéndola y poniendo al alcance de la vista ó del tacto

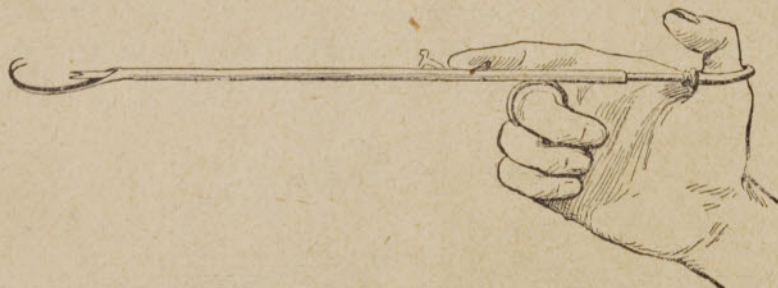


Fig. 3.—Pinza deslizable del Dr. Doyen para coger el cuello del útero desde el abdomen al través de la abertura del fondo de saco posterior

el cuello del útero. En seguida, con largas pinzas de garfios, se coge el labio posterior del cuello, se tira de él y se hace asequible el labio anterior sobre el cual se implantan otras pinzas, para tener presa segura y fuerte sobre el cuello del útero (Fig. 6).

»Este tiempo presenta á veces dificultades, por ser el cuello corto, por estar dislocado por un nódulo lateral ó por ser difícilmente asequible, dado el enclavamiento del útero, que se levanta y bascula poco. Esto hizo que ideara un medio para facilitar este tiempo; el autor del procedimiento, Doyen, encontró en

algunos casos análogas dificultades, lo que le hizo inventar un instrumento para el mismo objeto, aunque esencialmente distinto del mío; en el último Congreso de Ginebra, me trajo Doyen su instrumento y yo le traje el mío, sin habérselo dicho previamente.

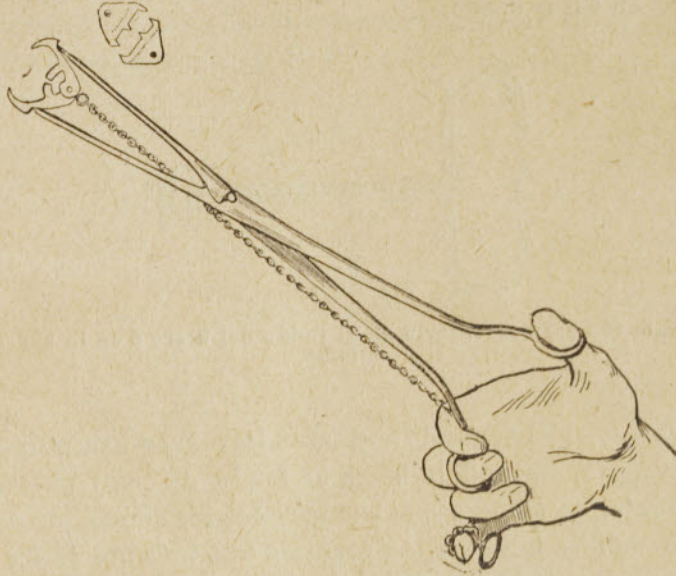


Fig. 4.—Pinza fija del Dr. Fargas, montada en una larga pinza y en actitud de implantarla en el cuello del útero al través de la vulva y vagina

»El instrumento de Doyen para hacer presa sobre el cuello es sencillísimo (Fig. 3). Se parece á un amigdalotomo; una parte curva terminada por dos ganchos angulares que va á buscar el cuello en el fondo de la vagina, hacia el

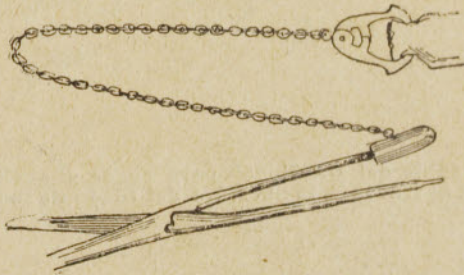


Fig. 5.—Pinza fija del Dr. Fargas cogiendo los dos labios del cuello del útero.—Dedal montado en una rama de la pinza larga en disposición de ser introducida en el fondo de saco posterior para favorecer la abertura del fondo de Douglas.

pubis, al través de la abertura del fondo de saco, lo engancha y en seguida con otra lámina deslizable, terminada también en dos puntas y con resorte, se acaba la presa apretándola fuertemente contra la primera (Fig. 3). Si la presa no parece suficiente, se apoya engarzando una pinza de garfios para poder tirar con

la seguridad y fuerza necesarias. La pinza de Doyen no tiene limitaciones y es aplicable á todos los casos, teniendo la ventaja de no necesitarse un ayudante para su aplicación, pues la maneja fácilmente el mismo operador.

»El instrumento que yo he ideado y usado distintas veces, se compone de dos partes (Figs. 4 y 5): una doble garra de cuatro centímetros de longitud, remediando una pinza de tres garfios, con resorte, que funciona cuando el tornillo está apretado y no le permite abrirse ni soltar la presa del sitio donde se ha implantado; para desprenderla es necesario aflojar el tornillo, por lo que la llamo

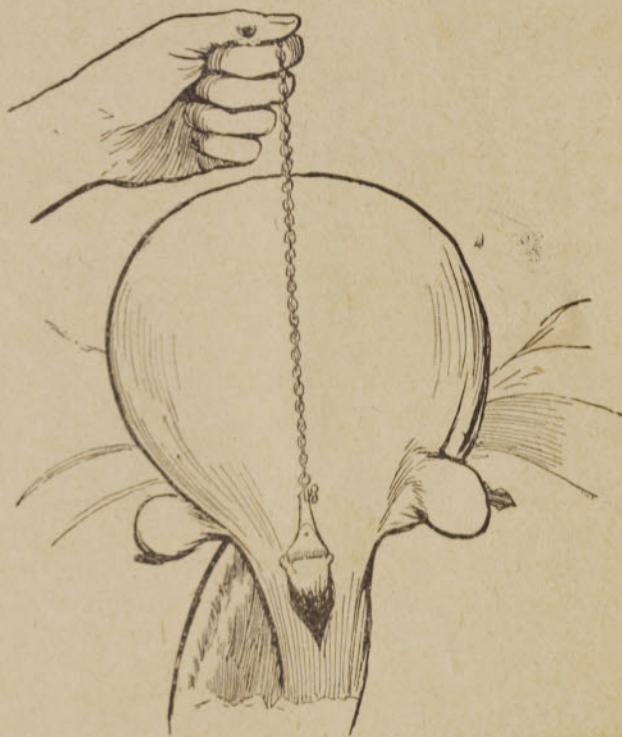


Fig. 6.—Tercer tiempo de la histerectomía abdominal total.—Cuello asomando al través de la abertura del fondo de Douglas fuertemente estirado, con la cadena de la pinza fija y haciendo asequible á la tijera el fondo de saco circular de la vagina para desinsertar el cuello.

pinza ó erina fija; lleva en su articulación una cadena de 30 centímetros de longitud terminada por un dedal: la otra pieza del instrumento consiste en una fuerte pinza cuyos bocados terminan en puntas, que encajan en una abertura que tiene cada rama de la pinza fija, y sirve para insertarla en el cuello. El segundo ayudante, después que termina la antisepsia vulvo-vaginal, implanta la pinza fija en el cuello, cogiendo fuertemente los dos labios y cerrando el hocico de tenca: para ello, cogida la pinza con la mano derecha, la guía con la izquierda al fondo de la vagina ó descubre para mayor comodidad el cuello mediante

una valva: retira en seguida la pinza auxiliar, y queda la pinza fija implantada en el cuello. La pinza auxiliar le sirve para llevarla al fondo de saco posterior, cubriendo uno de los bocados con el dedal; abierto el saco de Douglas y en cuanto penetra la pinza en el abdomen, cojo el dedal, tiro de la cadena, y tengo el cuello invertido hacia arriba (Fig. 6). Este instrumento es ventajoso y abrevia la operación, porque el segundo ayudante puede hacer todas esas maniobras durante el tiempo preliminar; pero tiene el inconveniente de ser algo complicado, y sobre todo, de que no puede aplicarse cuando el cuello no es asequible por la vagina, lo que no deja de ocurrir relativamente á menudo.

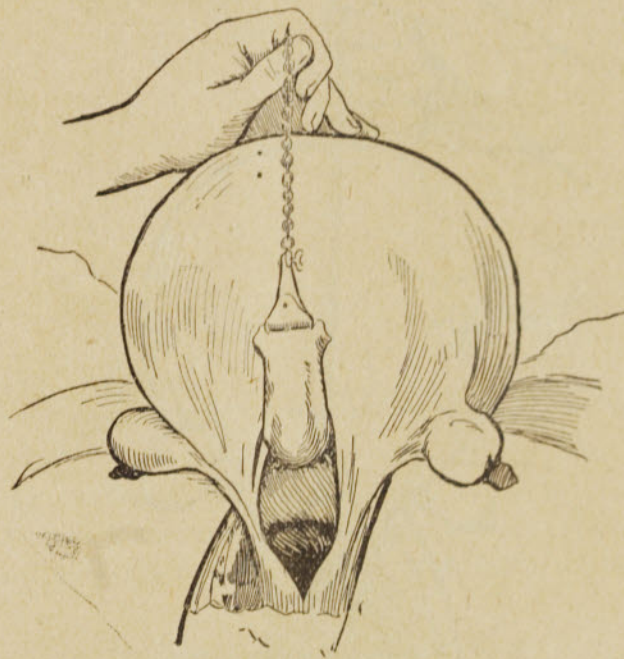


Fig. 7.—Tercer tiempo de la histerectomía abdominal total.—Final del mismo con el cuello ranversado hacia arriba después de haberlo desprendido de sus adherencias con los ligamentos anchos hacia los lados y con la vejiga (que queda al descubierto) hacia la parte anterior.

»Con lo dicho se verá que, considero preferible la de Doyen, que no tiene limitaciones y la maneja el operador mismo desde el abdomen.

»*Tercer tiempo.*—Tirando fuertemente hacia arriba con la mano izquierda de las pinzas ó cadena inserta en el cuello, le desprendo de las inserciones vaginales con algunos tijeretazos que cortan todo el fondo de saco vaginal: en seguida, con los dedos desprendo el cuello de la vejiga y de los ligamentos anchos, invirtiéndolo hacia arriba hasta llegar todo lo alto posible (Fig. 6 y 7): si es necesario, doy algún otro tijeretazo á los lados para desprender el cuello. Durante este tiempo, sangra á los lados algún pequeño vaso sin importancia,

que en general desprecia: si alguno tiene más volumen, puede cogerse con una pinza antes de pasar al tiempo siguiente; si se domina la técnica no hay necesidad de ello.

»*Cuarto tiempo* (Fig. 8).—Con el borde radial de la mano derecha, desprendo rápidamente el ligamento ancho derecho, hasta más arriba de los anexos y lo acabo de separar de un tizeretazo. El primer ayudante coge dicho ligamento con sus anexos, comprimiéndolos, sea con los dedos, sea con una pinza, en tanto que basculo el tumor á la izquierda y con el borde cubital de mi derecha, des-

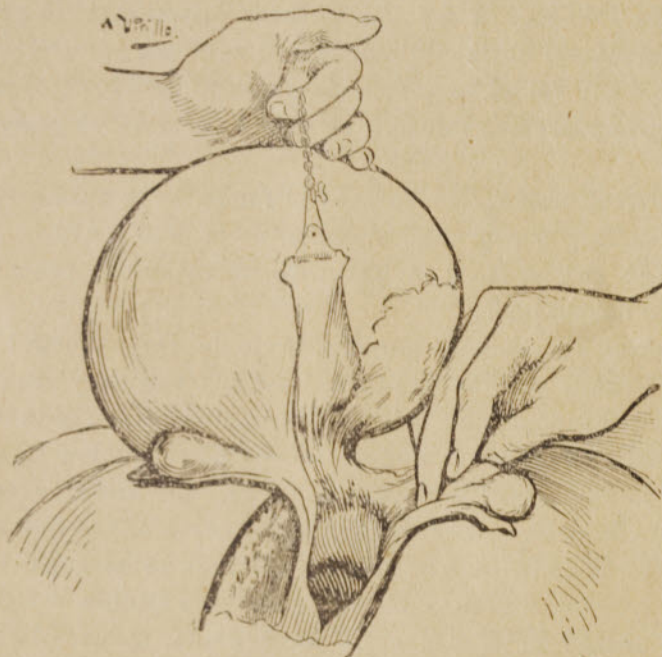


Fig. 8.—Cuarto tiempo de la histerectomía abdominal total.—Ligamento ancho derecho desprendido del útero y cogido por la mano del primer ayudante.—Útero basculado á la izquierda para proceder á la desimplantación del otro ligamento ancho.

prendo el ligamento ancho izquierdo, y separo el tumor de otro tizeretazo, atendiendo en seguida á dicho ligamento.

»*Quinto tiempo*.—Hasta ahora no se ha hablado de la hemostasia, porque realmente el procedimiento es tan rápido que no hay necesidad de hacerla: la tirantez en que se tiene á los ligamentos anchos hace que la hemorragia sea escasa; fuera ya el útero, la pelvis queda despejada y libre, y entonces procedo á la hemostasia de la manera siguiente: se aflojan los ligamentos y se ven saltar las útero-ováricas, que se cogen con pinzas hemostáticas, y hacia las bases de los ligamentos anchos las colaterales de la uterina, alguna vez ésta, que también se cogen con pinzas hemostáticas: tres ó cuatro pinzas para cada lado suelen

bastar para ver cohibida toda hemorragia: se seca el campo operatorio y procedo en seguida á la hemostasia definitiva.

»Una ligadura en masa sobre cada ligamento ancho me permite separar los anexos de ambos lados y ligaduras sueltas sobre la útero-ovárica, y las colaterales de la uterina acaban con la hemostasia definitiva: alguna vez se observa una hemorragia difusa hacia un lado, y entonces, con una aguja de Deschamps, voy en busca de la uterina en la base del ligamento, con lo que se asegura del todo una hemostasia eficaz. Es completamente inútil suturar la abertura vaginal para evitar la hemorragia, cual algunos recomiendan.

»*Sexto tiempo.*—Si hay indicación de lavado peritoneal le practico antes del sexto tiempo, colocando horizontalmente á la enferma para que el agua venga á salir por la vulva, y así se hace cómodamente el lavado en la abundancia que se desea, y terminando éste, coloco otra vez la enferma en posición de Trendelenburg.

»El sexto tiempo, destinado á suturar el fondo de la pelvis después de la histerectomía abdominal, lo suprimen algunos; no lo creo inútil, y aunque algunas veces resulta algo engorroso y es bastante entretenido, creo tiene bastantes ventajas para no descuidarlo.

En mis primeras operaciones por el método de Doyen seguí la práctica de dicho cirujano, tirando con las ligaduras desde la vagina y procurando invaginar los colgajos peritoneales en la abertura vaginal, aplicando luego una sutura en forma de bolsa de carretero; empero la cortedad de los ligamentos anchos en ocasiones, y la caída tardía de las ligaduras, me hicieron cambiar algo la técnica y hoy procedo de la manera siguiente: corto al ras todas las ligaduras, que dejo perdidas, y aplico una sutura transversal de derecha á izquierda, haciendo de modo que los muñones de los ligamentos anchos y toda la superficie cruenta queden debajo de la sutura, de manera que, terminada la operación, el fondo de la pelvis aparece liso y sin otra huella de nuestra intervención que la sutura antes indicada; si algún rezumamiento hay, sale por la vagina, en la que, hecha la sutura del fondo pelviano, introduce el segundo ayudante una tira de gasa que llega hasta la zona traumatizada subperitoneal, para asegurar el desagüe.

»*Tiempo complementario.*—Colocada otra vez la enferma en decúbito horizontal, se practica la sutura de las paredes abdominales como en todo otro caso de laparotomía.

»La técnica que acabo de indicar, no siempre es aplicable con el rigorismo apuntado, sino que hay que modificarla según las circunstancias del caso, referente á la topografía del tumor. Cuando el tumor tiene su asiento en el cuerpo del útero, como se ha supuesto y ocurre á menudo, dejando libre la región del cuello y expedito el fondo de saco posterior y los ligamentos anchos, la operación tal como acabo de describirla, es fácil, rápida, elegante y conforme en un todo á las reglas que impone la asepsia. Compréndese fácilmente que con algu-

nas modificaciones, en general antes del primer tiempo, se allanará toda dificultad: ésta suele venir de aquellos ejemplares en los que el mioma interesa el cuello del útero ó procediendo del cuerpo, ha crecido en el espacio subperitoneal llenando el fondo de Douglas ó desplegando uno de los ligamentos anchos, dislocando y enmascarando el útero y empotrándose hacia la pequeña pelvis, de manera que llena y obstruye la vagina, presentando en estos conceptos toda clase de variedades.

»La técnica, siempre variable para cada caso, fundamentalmente es siempre la misma: consiste en la enucleación previa del tumor ó tumores que obstruyen la vía operatoria, atacándolos, ora por la parte posterior, ora por las partes laterales, previa incisión del peritoneo ó ligamentos anchos; esta enucleación no presenta dificultades y puede hacerse rápidamente sin pérdida de sangre, pues los grandes vasos son casi siempre periféricos á la neoplasia; si es necesario se taponan con gasas la cavidad obtenida y se sigue la operación, ya regularizada y de una manera típica. Hasta hoy no he encontrado ningún caso, por difícil y complicado que haya sido, en el que no me haya sido fácil salvar las dificultades: cuando mayores las he encontrado, ha sido en aquellos en que hay supuración de los anexos, y particularmente, en los que han existido celulitis pelvianas y pelvi-peritonitis.

»Conozco un gran número de procedimientos para la histerectomía abdominal total. Desde luego me parecen muy defectuosos todos los que dividen la operación en dos partes, una abdominal y otra vaginal, comenzando por la primera como Pean ó por la segunda como Chaput; no hay necesidad de dividir en dos operaciones, una vaginal y otra abdominal, una intervención que puede hacerse facilísimamente por la sola vía abdominal ó por la vaginal cuando el caso sea apropiado á esta última: es complicar, y por tanto agravar inútilmente una operación. Tampoco me parecen aceptables los procedimientos que hacen la hemostasia definitiva con pinzas (á pesar de haberlas empleado antes), como los de Jacobs, el primitivo de Doyen, el de Richelot, el de Candela, etc.: en el trabajo antes mencionado, demostré sus inconvenientes. Todos estos procedimientos pudieron ser aceptables, como los de formación de pedículo, en el período de tanteo y perfeccionamiento: hoy tienen interés puramente histórico.

»De entre los procedimientos de histerectomía abdominal de Martín, Baer, Le Bec, Delagenière, Terrier, Segond, Ricard, etc., me parece preferible el de Doyen. 1.º Por no exigir hemostasia previa y facilitar, por lo tanto, la operación. 2.º Porque al desprender el cuello de abajo arriba, da mucha mayor facilidad para cortar la vagina y no herir los uréteres ni la vejiga. 3.º Porque se hace la hemostasia con toda holgura y facilidad, sin que haya miedo á que se escurran las ligaduras previas como en los de Le Bec y Delagenière. 4.º Porque no se aplican ligaduras inútiles como en los de Martín y Baer, y sólo se liga lo preciso como en una amputación de mama, y cuantas menos ligaduras

mejor. 5.º Porque ligando sólo lo preciso, no quedan tejidos destinados á la mortificación y que pudieran favorecer la infección.

»Comprendo que el procedimiento es valiente, que se aparta de lo que estamos acostumbrados con la hemostasia previa, pero tengo la convicción que quien lo pruebe una vez y pierda el miedo ilusorio á la hemorragia, no ha de emplear otro. Aun para los timoratos, puede el procedimiento modificarse aplicando una pinza sobre cada ligamento ancho antes del primer tiempo y otra en la base de dicho ligamento, que coja la uterina, antes del cuarto tiempo: todo ello es superfluo, pero puede dar cierta tranquilidad á aquellos á quienes la técnica descrita les cause respeto por su atrevimiento.

»El procedimiento es rapidísimo, y aun sin poseer la extremada habilidad ni la gran práctica de su autor, puede llevarse á cabo la operación en treinta ó cuarenta minutos, para los casos fáciles, y cincuenta ó sesenta para los difíciles. Ese es el tiempo que suelo emplear, traspasando únicamente dicho límite en algún caso extremadamente difícil. El segundo, tercero y cuarto tiempo, que son los más temibles, no duran en junto más de dos á cinco minutos, por voluminoso que sea el tumor.

»La convalecencia es la de una ovariectomía: dolor escaso, sin vómitos, reacción fácil; del cuarto al sexto día se retira la tira vaginal, para hacer una irrigación diaria: el octavo día se quita la sutura abdominal, y á los quince días abandona la cama la enferma. Comparado esto con los cuidados que exigía el tratamiento del pedículo, no hay punto de comparación, ni para las incomodidades y molestias que sufría la enferma, ni para los cuidados que exigía por parte del médico.

»La operación resulta tan eficaz y sencilla y la convalecencia tan feliz en la inmensa mayoría de ocasiones, que á no ser por la cicatriz abdominal, muchos casos que opero por la vagina los operaría por el abdomen, pues encuentro esta vía más fácil y expedita que la vía vaginal (1).»

En cuanto á los resultados, hasta ahora han mejorado notablemente en mi práctica. Hasta Febrero de 1895 tuve un 20 por 100 de mortalidad general en 67 casos de laparatomía por fibromas, incluyendo toda clase de casos, en los que empleé diversos procedimientos pero de preferencia la amputación supra-vaginal con tratamiento extra-peritoneal del pedículo que me dió un 16 por 100 de mortalidad. Desde que empleo la técnica descrita, he visto reducirse la mortalidad á un 6 por 100 en los 28 ó 30 casos que llevo operados.

(1) *El mejor procedimiento de histerectomía abdominal en los casos de miomas uterinos*, por el Doctor Fargas.—Madrid 1897.