

La cáscara que, según luego veremos, envuelve estos tumores, es continua en los miomas intersticiales. Cuando un tumor pasa de intersticial á sub-seroso ó sub-mucoso, la cáscara existente se desgasta ó entreabre para darle paso. Así se comprende cómo tumores que pueden hoy ser intersticiales se conviertan en sub-serosos ó sub-mucosos con el tiempo, aun tratándose de tumores de bastante tamaño.

Kelly (1) refiere una historia notable bajo este punto de vista: en 1869 Atlee reconoció la hermana de un médico y diagnosticó un fibroma intersticial del lado izquierdo del útero, trazando un diagrama exacto del tumor, que alcanzaba el ombligo, y de la cavidad del útero, que casi llegaba también á dicha región. En 1894 el tumor se había hecho enorme, verdaderamente gigante, incompatible con la vida, y Kelly intervino encontrando un útero pequeño y un mioma pediculado con un pedículo de tres centímetros por dos de grueso y uno de largo, y tres arterias de medio centímetro de diámetro que nutrían el tumor; el pedículo tenía su asiento en el



FIG. 126

Gran mioma intersticial del fondo del útero y dos pequeños miomas inmediatos al istmo; cavidad del útero normal.



FIG. 127

Miomas intersticiales múltiples con gran aumento de la cavidad del útero.

aunque con mayor frecuencia se encuentra hacia el fondo (lám. III, 12, y fig. 129).

fondo del útero. Este caso indica que los miomas intersticiales no lo son de una manera definitiva, sino que tienen siempre tendencia á hacerse extra-murales.

Los *miomas sub-serosos* son los que crecen hacia la superficie peritoneal del útero formando relieve en la misma, y presentando, como los sub-mucosos, dos variedades: *pediculados* y *sesiles*. Los pediculados, menos frecuentes que los sesiles y los sub-mucosos, están unidos á la superficie del órgano por un pedículo más ó menos largo y ancho, cuyo sitio de implantación puede variar,

(1) *Loc. cit.*, pág. 340.

Los sesiles, muy variables en su número, forman relieve en la superficie del órgano ofreciendo una base de implantación más ó menos ancha, según los casos; son más frecuentes que los pediculados (lámina III, 9, 13 y 17, y figuras 130 y 131).

Pertenece al grupo de los sub-serosos los miomas que podemos llamar *intra-ligamentosos*, que tienen su origen en uno de los bordes del útero y crecen excéntricamente desplegando las hojas del ligamento ancho.

Número. — Pueden ser *uni-nodulares*, *paucinodulares* y *multi-nodulares*. Los uni-nodulares son raros, circunstancia que debe tenerse presente para el

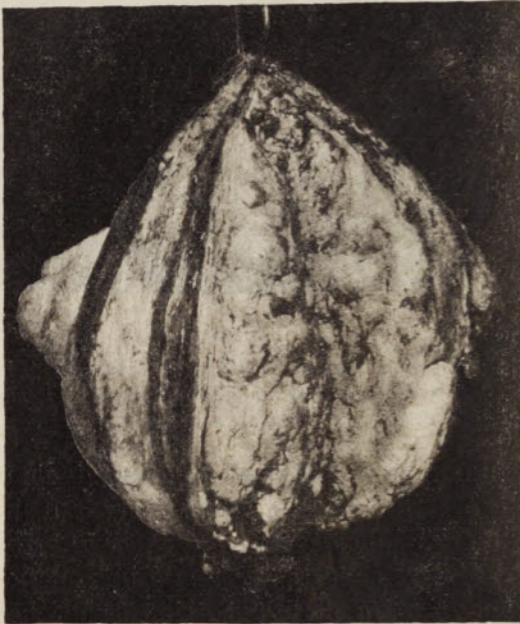


FIG. 128

Mioma intersticial único con gran aumento de la cavidad del útero. Neoplasia multinodular con infiltración edematosa.

tratamiento. Generalmente existen en el mismo útero varios miomas en período distinto de su evolución, y por tanto de tamaño diferente y muy variable: algunas veces llegan á ser incontables. Los que ofrecen mayor número de ejemplares de miomas únicos son los cavitarios; á veces se encuentran úteros que ofrecen multitud de miomas de todas las variedades, unos más grandes, otros más pequeños, sub-mucosos intersticiales y sub-peritoneales, unos sesiles, otros pediculados, de manera que el útero ha perdido por completo su forma y no presenta más que una masa ó un racimo de tumores miomatosos (figs. 125, 129, 130 y 131).

Volumen. — Extremadamente variable: desde que empiezan á ser visibles, y tienen por tanto el

volumen de una avellana, por ejemplo, hasta los miomas gigantes que pesan 20 y más kilos. El mayor que he extirpado pesaba 22 kilos; Hunter refiere el caso de una mujer en cuya autopsia encontró un mioma que pesaba 140 libras, mientras que el cadáver sin el tumor sólo pesaba 95. El volumen de los tumores fibro-miomatosos del útero podemos decir, por tanto, que es ilimitado.

Forma. — Por lo general tienen tendencia á ser redondeados ó esféricos, sobre todo cuando son únicos, presentando muchas veces el útero la forma de un embarazo, aunque asimétrico. En otras ocasiones afectan las formas más raras, siendo ovales ó elípticos, y no es raro encontrar algunos que presentan facetas en los casos de tumores múltiples, que se comprimen mutuamente y amoldan á la forma de la cavidad del útero si son sub-mucosos (fig. 125), ó de la cavidad pélvica ó abdominal si son sub-serosos.

A veces se presentan rugosos y abollados en su superficie, otras son completamente lisos.

Consistencia.—Es sumamente variable: por regla general tienen una consistencia perfectamente comparable á un útero en estado de gestación. En ocasiones se presentan duros y resistentes, de manera que su sola dureza basta para el diagnóstico, otras son tan blandos que llegan á ser fluctuantes como un quiste del ovario.

Color.—Tan variable como la consistencia, su color depende en gran parte de la variedad á que pertenecen. El mioma en sí es de un color blanquecino más ó menos claro, á veces algo amarillento, otras nacarado, mezclándose en ocasiones dichos matices y dándole un aspecto de superficie manchada y de color variable. Siempre se destaca su coloración del color de las paredes del útero, de un rojizo más ó menos acentuado. Los sub-mucosos presentan el color de la mucosa, por lo común menos subido que la mucosa normal. Los sub-serosos están cubiertos de peritoneo; éste deja transparentar perfectamente el color propio del mioma.

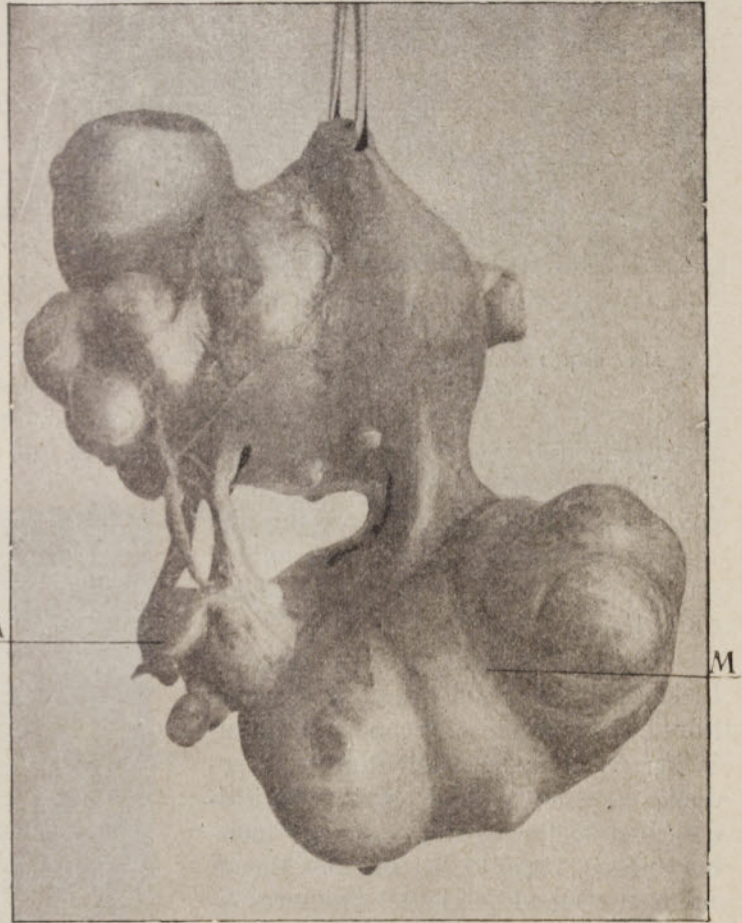


FIG. 129

Miomas intersticiales y sub-peritoneales. El útero está suspendido por el cuello.

A, anexos derechos.

M, mioma voluminoso sub-peritoneal pediculado.

Situación y relaciones.—Según el sitio que ocupan los miomas, pueden dividirse en *pélvicos* y *abdominales*, correspondiendo generalmente esta división á la de pequeños y grandes miomas. En tanto un mioma no traspasa por su volumen el de una cabeza de feto, suele ser pelviano, pues cabe perfectamente

en el ámbito del cinturón óseo de la pelvis. Cuando traspasa este volumen suele



FIG. 130

Miomas uterinos múltiples sub-peritoneales. La cavidad uterina está en la masa central.

ascender á la cavidad abdominal, en donde puede seguir evolucionando y creciendo con holgura por la mayor capacidad del continente. En ese cambio de situación del tumor suele ser arrastrado el útero, que asciende, haciéndose á veces inasequible el cuello á la exploración.

mor tiene uno intra-pélvico y otro abdominal, ó que un solo mioma, en su crecimiento, se amolda á la forma de la cavidad pelvi-abdominal y presenta una forma oval con su pequeña extremidad en la pelvis y la grande en el abdomen (lámina III, 15).

No es raro encontrar miomas *pelvi-abdominales*, que á la vez que llenan el abdomen ocupan la cavidad pelviana, lo que significa que el tumor tiene uno intra-pélvico y otro abdominal, ó que un solo mioma, en su crecimiento, se amolda á la forma de la cavidad pelvi-abdominal y presenta una forma oval con su pequeña extremidad en la pelvis y la grande en el abdomen (lámina III, 15).

Único ó múltiple, el mioma de evolución pélvica ó abdominal suele estar libre completamente, y con su implantación en el cuerpo del útero y su pedículo en el fondo de la pelvis, constituido por el cuello del útero y los ligamentos anchos. Cuando los miomas tienen su asiento en el fondo del útero, respetando los bordes y caras del órgano, los ligamentos anchos se presentan poco distendidos, pero vasculares. Cuando los miomas son intersticiales, cavitarios ó múltiples, se encuentran los ligamentos anchos distendidos, los anexos levantados hacia los lados y á lo alto de la neoplasia, á veces de una manera simétrica, pero por lo común con asimetría, porque es raro que los miomas ocupen exactamente la línea media del útero.



FIG. 131

Miomas uterinos múltiples sub-peritoneales del cuerpo del útero. Cuello íntegro.

Los miomas que tienen su implantación en la cara posterior del útero, se desarrollan en el fondo de Douglas, que distienden formando prominencia ha-

cia la vagina, á la vez que el cuello del útero es empujado hacia adelante y arriba, ocultándose detrás del pubis. Merecen por su situación el nombre de retro-uterinos (lám. III, 10, y fig. 132).

Cuando su asiento es en la cara anterior, es el fondo de saco anterior que se distiende, resultando comprimida la vejiga, y el útero empujado hacia atrás contra el sacro y frecuentemente en retro-desviación (lám. III, 11).

Los miomas que tienen su punto de origen en el borde del útero, únicos ó múltiples, dan lugar á la variedad de miomas sub-peritoneales intra-ligamentosos: á medida que la neoplasia se desarrolla y aumenta de volumen va desplegándose el ligamento ancho correspondiente, siendo empujado el útero hacia el lado opuesto y hacia arriba. Por la vagina, el tumor se manifiesta en el fondo de saco y pared lateral correspondiente, y por parte del abdomen despliega el ligamento ancho, distiende los anexos y á veces, en su crecimiento, levanta el peritoneo de la fosa ilíaca y de su ángulo de reflexión hacia la pared anterior y hacia la columna vertebral, dislocando el ciego hacia arriba si es en el lado derecho, ó la S ilíaca si es en el izquierdo, pudiendo llegar, como he tenido ocasión de presenciarlo alguna vez, á nivel de las falsas costillas; la vejiga frecuentemente es arrastrada por el tumor hacia arriba y á un lado. Estos miomas son, por decirlo



FIG. 132

*Mioma de la pared posterior (retro-uterino) del útero.
a, cavidad uterina.*

así, extra-peritoneales y sub-peritoneales, y se fraguan su cavidad teniendo por límites el elevador del ano hacia abajo, hacia arriba el peritoneo del ligamento ancho desplegado, el mesocolon ascendente ó el descendente desplegados también, el estrecho superior, la fosa ilíaca con sus grandes vasos, en contacto inmediato del tumor, la pared del abdomen con su peritoneo parietal despegado y levantado por la neoplasia; he visto un caso que en su evolución extra y sub-peritoneal había llegado la superficie del tumor á ponerse en contacto con la cara anterior del riñón derecho (lám. III, 14, 15, 16 y 17).

Los miomas, que teniendo su origen en el cuerpo del útero nacen cerca del istmo, pueden desarrollarse sub-peritonealmente; si son de la cara posterior levantan el peritoneo del fondo de Douglas hacia arriba y empujan la vagina hacia abajo, entrando en relación directa con la cara anterior del recto, que comprimen y dislocan; pertenecen á la variedad de tumores retro-uterinos, y se confunden fácilmente con los procedentes de la porción supra-vaginal del cuello. Si asientan en la pared anterior invaden el espacio existente entre la vejiga y el útero, levantan el peritoneo vésico-uterino y vésico-parietal, despegan el peritoneo parietal, á veces, como he podido observarlo, hasta á nivel del ombligo, arrastrando la vejiga en este crecimiento ascensional y llevándola también hasta la región umbilical; por la vagina, el fondo de saco y pared anteriores dejan tocar directamente la neoplasia.

Son tan grandes las variedades que en esta evolución pueden presentarse, que cada caso presenta variaciones distintas; con todo, y teniendo en cuenta sobre todo las necesidades del tratamiento, pueden dividirse, según lo que acabo de decir, en *intra-peritoneales* y *sub-extra-peritoneales*.

Los intra-peritoneales variarán en sus relaciones según sean pélvicos ó abdominales y según sea el volumen alcanzado; están separados de los órganos que se ponen en su contacto, por el peritoneo, y normalmente gozan de completa libertad dentro de la gran serosa abdominal. Puede decirse que sus relaciones son las mismas que las del útero en estado de gestación; en tanto son intra-pélvicos, la vejiga por delante, el recto por detrás, hacia los lados los uréteres y grandes vasos, y hacia arriba las asas intestinales; cuando ascienden al abdomen, si su volumen es bastante grande llegan á ponerse en contacto con el hígado, bazo, riñones, estómago, diafragma, sobre todo en su parte anterior, mesenterio, quedando los intestinos acantonados hacia uno de los vacíos y el estómago hacia atrás. Pero todas estas relaciones tan variables, mientras no existen complicaciones, tienen lugar por el intermedio de la hoja peritoneal que cubre el tumor y la que cubre las vísceras respectivas: hay simple relación de contigüidad.

Los sub ó extra-peritoneales se ponen en relación inmediata con los órganos pélvicos; el recto para los retro-uterinos, la vejiga por los ante-uterinos, los uréteres, las arterias uterinas, la vejiga, los grandes vasos ilíacos, el elevador del ano, la S ilíaca ó el ciego, excepcionalmente el riñón y la aorta y cava para los intra-ligamentosos. Dichas relaciones no son, como en el caso anterior, de contigüidad, sino de continuidad, y no es raro que aun sin complicación ni accidente ninguno el tumor adquiera conexiones con esos órganos, porque todos los tejidos que están alrededor de un mioma sufren también proliferaciones más ó menos acentuadas; de aquí que la vejiga ó el recto puedan encontrarse íntimamente unidos con la neoplasia independientemente de todo fenómeno flogístico; lo mismo pasa con los uréteres y grandes vasos. Alguna vez los uréteres se hallan involucrados por la neoplasia, de tal manera, que recorren un trayecto intra-neoplásico de cinco, seis y aun diez centímetros, como he podido comprobar en más de un caso.

Estructura.—Visto al microscopio un corte de un fibromioma uterino, aparecen hacecillos de fibrillas musculares yuxtapuestas, ora longitudinalmente, ora cortadas al través ú oblicuamente; entre estos hacecillos de fibrillas musculares aparecen masas de substancia conjuntiva, por lo común muy laxa, y constituidas por fibrillas fusiformes más ó menos infiltradas (fig. 133). No siempre es fácil distinguir las fibras musculares de las fibrillas conjuntivas. Según Hertz, las fibras musculares de los miomas miden de 0,045 á 0,225 milímetros, y algunas de ellas de 0,350 á 0,480 milímetros; el protoplasma se presenta estriado longitudinalmente y el núcleo es elipsoidal. Sus extremidades se presentan á veces bifurcadas, habiendo notado Hertz en algunas de ellas prolongaciones laterales; las fibras más jóvenes, en vez de ser fusiformes, son redondeadas y con numerosas prolongaciones. Las fibras de tejido conjuntivo están provistas de prolongaciones larguísimas y con un núcleo alargado; cuando el tejido conjuntivo es más denso y resistente, la substancia intercelular está dispuesta en forma de laminillas y presenta una estriación longitudinal.

En los miomas muy pequeños y recientes domina el tejido muscular, y Orloff pretende haber encontrado miomas puros; en los miomas ya desarrollados y que han adquirido alguna edad y dureza, hay tendencia á dominar el tejido conjuntivo.

No ha podido descubrirse una regularidad determinada en la agrupación de las fibras musculares y conjuntivas, al contrario, más bien su conjunto ofrece una disposición de tejido inextricable con más ó menos predominio del tejido conjuntivo, que algunas veces es muy laxo y llega á presentar lagunas linfáticas llenas de serosidad. En diferentes sitios de un mismo mioma se ve cambiar la proporcionalidad de los elementos constitutivos, habiéndose notado también que clínicamente es tanto más grave un mioma cuanto más dominan en él los elementos musculares.

Los miomas uterinos son, por lo común, muy poco vasculares; reciben su vascularización de la cápsula que los envuelve si son intersticiales; de la mucosa y aun del peritoneo si son sub-mucosos ó sub-peritoneales; todo lo que se ha dicho de agrupación de nódulos miomatosos alrededor de vasos sanguíneos no está comprobado, y aunque alguna vez se encuentra alguna arteriola que circula

por el espesor del mioma, generalmente son pequeños vasos sin túnica adventicia que bien pronto terminan en capilares, los que penetran en el espesor de los nódulos miomatosos. Esto explica su color blanquecino y lo exangües que se presentan al corte del bisturí.

Por más que Bidder y Hertz han descrito filamentos nerviosos en el espesor de los miomas, y hasta ha descrito Hertz su terminación en las fibro-células musculares, no parece bien comprobado el hecho, y lo que sí es positivo es que el tejido de los tumores miomatosos es absolutamente insensible en estado normal.

El *adeno-mioma* es una variedad de mioma enteramente igual á la descrita, pero con la diferencia de que en algunos de sus puntos existen glándulas caracterizadas por la existencia de una cavidad tubular ó arracimada, según provengan del cuerpo ó del cuello, recubierta de epitelio cilíndrico, en el que á veces llegan á descubrirse pestañas vibrátiles. Reclinghausen es quien mejor

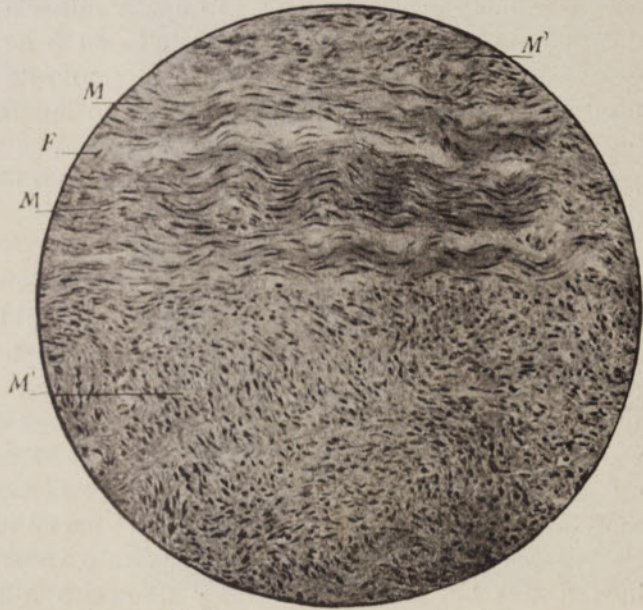


FIG. 133

Mioma.—*M*, fibras musculares paralelas á la superficie de la sección.—*M'*, haz de fibras seccionadas transversalmente.—*F*, pequeño estrato de tejido conjuntivo fibroso.

(Aumento 250 diámetros.)

ha estudiado los adeno-miomas del útero; cree que unas veces son glándulas del endometrio englobadas y arrastradas por el mioma, y otras son restos de los conductos de Wolff; los primeros tendrían su asiento en las caras del útero y los últimos en el fondo y hacia los cuernos del mismo. Según dicho autor, los adeno-miomas pueden revestir distintas formas: bien duros, porque predomina el tejido miomatoso sobre el adenomatoso; bien blandos, porque domina éste formando una serie de pequeñas cavidades que llegan á ser visibles á simple vista, y otras todavía más blandas en las que apenas si existe tejido miomatoso, estando el tumor constituido por tejido adenomatoso y conjuntivo laxo. Los adeno-miomas constituyen una inmensa minoría; Ricker ha hecho un examen detenido de 35 miomas y ha encontrado en 5 de ellos restos glandulares. Su estudio tiene más importancia bajo el punto de vista patológico que bajo el punto de vista clínico, pues la única circunstancia que podría tener cierto valor en clínica, cual es la diferencia que presentan en su capsulación, no tiene valor, porque los adeno-miomas, hoy por hoy, no se diferencian de los miomas en el diagnóstico.

Textura. — Por regla general, los miomas son más blandos ó duros según su antigüedad, y por tanto, según domine el tejido fibroso ó el muscular; existen miomas constituidos por un solo nódulo, cuya superficie de sección se presenta bastante uniforme y como constituida por capas concéntricas y yuxtapuestas; otros que al corte aparecen claramente como una serie de nódulos agrupados y adheridos por tejidos que los unen y adhieren. Las capas ó núcleos que constituyen un mioma son susceptibles de separarse y disociarse con más ó menos facilidad, según que el tumor esté más ó menos infiltrado, pero tal disociación permite apreciar que en conjunto constituyen los miomas un tejido inextricable con zonas más duras y blandas comúnmente, aunque á veces presentan una superficie uniformemente dura y resistente.

El punto más importante y práctico de la textura de los miomas es que generalmente se encuentran en el útero como parásitos, formando un tumor aislado y perfectamente enucleable, en virtud de que alrededor del tumor existe una *cápsula* dentro de la que se halla el mioma más ó menos libre (fig. 134). Basta comúnmente insinuar el dedo entre la cápsula y el tumor para poder verificar la enucleación con gran facilidad, pues sólo deben romperse algunas laminillas que los unen y algunos vasos que desde la cápsula van á parar al mioma. Éstos vasos nunca son de gran calibre, pues si bien la cápsula es á veces muy vascular, cuando los vasos emergen de la misma para penetrar en el mioma, son siempre vasos pequeños y de poca importancia que no deben preocupar por la hemorragia que puedan dar.

La cápsula que rodea al mioma presenta grosor distinto según los casos; generalmente se adelgaza hacia la superficie peritoneal y mucosa del útero, pero es, sin embargo, completa para los tumores intersticiales. Para los submucosos y subperitoneales llega á veces á ser tan delgada, que se rompe, y prácticamente es como si no existiera; otras veces falta por completo, porque el mioma, en su migración para convertirse en subperitoneal ó submucoso, la desgasta ó la rasga escapando por completo de la cápsula, como sucede cuando se convierte en pólipos, ó quedando simplemente unido á la misma en

su hemisferio de implantación más ó menos grande, cuando continúa siendo sesil.

Esta disposición encapsulada de los miomas es la regla general, aun en los casos de miomas múltiples (en que cada uno posee su cápsula), como he tenido ocasión de comprobar en multitud de casos. Emmet niega la existencia de dicha cápsula, y sólo la acepta para los casos de miomas antiguos que han dejado de crecer (1). Emmet interpreta mal los hechos, pero sin duda cuando él lo dice con tanta valentía es que debe haber casos en que realmente la descapsulación del tumor sea difícil ó imposible. Realmente estos casos existen; los adeno-miomas, por ejemplo, se desencapsulan difícilmente y exigen la histerectomía sin poder beneficiar de los adelantos de la miomectomía; Gebhard (2) admite este hecho; Kelly (3) lo hace constar á propósito de un caso observado por él; Reclinghausen denomina á estos tumores *fibroides difusos* ó *infiltrados* para expresar la misma idea, y sin duda Emmet tropezó con algún caso de adeno-mioma, que en aquella fecha no eran conocidos. Aparte de estas excepciones, muy poco numerosas, existen los verdaderos miomas difusos, más raros todavía, pero realmente existentes, en los que no se descubren núcleos miomatosos, sino una

gran hipertrofia ó un verdadero gigantismo del útero; también constituyen una excepción los miomas inflamados ó que han sufrido una infección que ha desaparecido, porque con el trabajo flogístico de la infección se fraguan adherencias entre el tumor y su cápsula gracias al tejido conjuntivo de nueva formación; así he podido comprobarlo en dos casos en que practiqué la histerectomía en enfermas que habían sufrido antes manifiestas señales de flogosis uterina y en los que la enucleación resultaba difícil por las adherencias anormales establecidas.

Esta cápsula que aísla los miomas no forma parte del tumor, sino que está constituida por tejido uterino circundante hipertrofiado.

VARIEDADES Y ALTERACIONES DE LOS MIOMAS. — *Reblandecimiento*. — Algunas veces los miomas del útero presentan una blandura exagerada que puede



FIG. 134

Mioma intersticial único con tendencia á hacerse submucoso, aislado de su cápsula en una de sus mitades.

(1) EMMET: *La Pratique des maladies des femmes*, pág. 537.

(2) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo II, pág. 449.

(3) *Loc. cit.*, pág. 385.

ser debida á distintas causas. La más común es el *edema*, verdadera infiltración serosa de toda la neoplasia, que está como embebida de líquido y que se presenta algunas veces en los miomas complicados de embarazo, en los de crecimiento rápido y en los inflamados. La degeneración *grasosa* y *mixomatosa* producen también un reblandecimiento notable del tumor, sobre todo la última (fig. 135), que convierte la substancia miomatosa en una especie de papilla por la infiltración de materia mucosa entre las mallas del tejido muscular, distinguiéndose

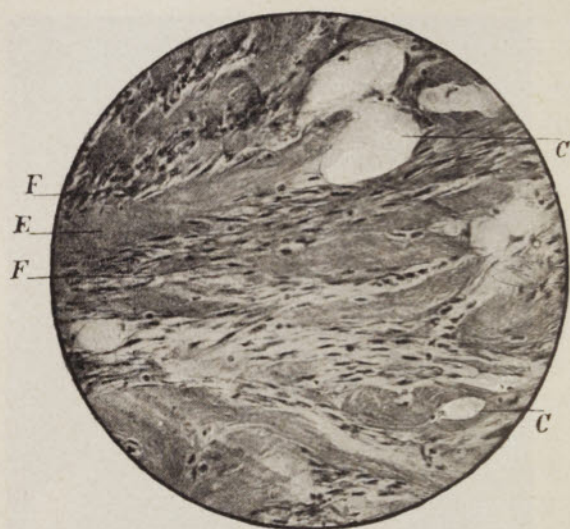


FIG. 135

Degeneración mixomatosa de un mioma sub-mucoso del útero.

F, haces de fibras musculares cortadas al través y oblicuamente.—*E*, espacios amorfos por degeneración hialina de las fibras.—*C*, cavidades llenas de líquido mucoso.

(Aumento 250 diámetros.)

observándose sobre todo en los sub-peritoneales. Otras veces es una verdadera infiltración calcárea con depósitos de carbonato y fosfato de cal, que pueden presentarse en forma de varios y pequeños nódulos esparcidos en diferentes sitios del tumor, lo que no es raro, ó bien formando gruesas masas petrosas que constituyen el origen de los cálculos uterinos. Por lo común, la cretificación sólo ataca los miomas sub-serosos y los intersticiales; los primeros forman parte del tumor en forma de masas más ó menos grandes y se descubren en el momento de la operación ó de la autopsia, conociéndose casos de gran tamaño uniformemente calcificados; los segundos tienen otra importancia, pues siendo intersticiales pueden, en su evolución, hacerse sub-mucosos y llegar á ser expulsados ó extraídos por las vías naturales, constituyendo los verdaderos cálculos uterinos, de los que se conocen varios ejemplares. Saxinger refiere un caso de una aplicación de fórceps en que extrajo un cálculo en vez de una cabeza fetal; Schröder (1) y Courty (2) citan varios ejemplos, y ya Lois, en 1753, había reu-

del edema simple, según Virchow, por la presencia de mucina y la proliferación de las células redondas del tejido conjuntivo. La degeneración grasienta se presenta en ciertos casos de mortificación lenta del tumor y puede llegar á la reabsorción del mismo, como ocurre alguna vez después del embarazo y en la menopausia.

Induración.— La induración de los miomas tiene lugar por dos mecanismos. A veces el tejido conjuntivo se condensa de tal modo que llega á constituir verdadero tejido fibroso sumamente duro que rechina al corte y á veces ofrece resistencia al mismo; es casi un proceso natural en los miomas muy antiguos,

(1) *Organes genitaux de la femme*, pág. 234.

(2) COURTY: *Traité pratique des maladies de l'uterus*, tercera edición, 1881, pág. 1091.

nido 18 ejemplares. En los exámenes hechos de estos tumores, ha podido demostrarse, descalcificando el tumor, la naturaleza miomatosa del mismo. Henocque, descalcificando una piedra recogida hacía cuarenta y cuatro años por Amusat, de la pared uterina, en una autopsia en la Salpêtrière, pudo encontrar todavía claramente la estructura miomatosa. Parece que Freund ha demostrado que alguna vez puede desarrollarse un verdadero ósteo-mioma.

Degeneración quística.—Frecuentemente se presentan en los miomas uterinos cavidades quísticas que reconocen distintos orígenes. Unas veces se ofrecen pequeñas cavidades unidas unas con otras de manera que al cortar la neoplasia se ven salir cantidades de líquido por distintos puntos, presentando la superficie de sección el aspecto de una esponja; son nada más que espacios linfáticos dilatados, y constituyen la variedad que Leopold ha llamado miomas *linfangiectásicos*, cuyo líquido se coagula inmediatamente al ponerse en contacto del aire.

Otras veces un mioma edematoso se convierte en quiste por la destrucción de algunas trabéculas de tejido conjuntivo que desarrolla una cavidad más ó menos grande; á ésta se añaden otras por la destrucción de nuevos tabiques, y así llegan á constituirse grandes cavidades que por su volumen se confunden con los grandes quistes del ovario, no siendo raro encontrar dentro de estas grandes cavidades restos de tabiques á medio destruir que atestiguan la procedencia y patogenia de los mismos; el contenido de estas cavidades es variable en su color, consistencia y cantidad; dichas cavidades están revestidas de una capa endofelial, de modo que dichas formaciones *fibroquísticas* suponen un proceso destructivo, y de aquí que tales miomas sean en su curso clínico distintos de los demás por su rapidez de evolución, que les asemeja enteramente á los quistes del ovario. Otro origen de degeneración quística de los miomas uterinos son los adeno-miomas; se comprende que los restos glandulares empotrados en el mioma pueden ser origen de colecciones más ó menos grandes, formando en estos casos verdaderos quistes con revestimiento epitelial y contenido secretorio; sin embargo, son raras estas formas, tanto porque los adenomas no son frecuentes, según antes he dicho, como porque no presentan dichas neoplasias una tendencia especial á la degeneración quística. También debe tenerse en cuenta que pueden formarse en el espesor de los miomas otros quistes ó cavidades que podríamos llamar apopléticos por hemorragias intersticiales, que si bien generalmente vienen á complicar la degeneración fibroquística ya existente, pueden algunas veces por sí solos constituir colecciones importantes; generalmente, cuando esto ocurre, existen en la neoplasia falsos quistes debidos al reblandecimiento y desintegración de zonas de tumor mortificadas ó destruidas por la degeneración grasienta. A veces llegan también á presentar apariencia quística algunos miomas que presentan en su superficie los vasos sanguíneos enormemente dilatados, formando un tejido como cavernoso, y que designan algunos con el nombre de *telangiectásicos*.

Las degeneraciones quísticas de los miomas, que tienen verdadera importancia por su frecuencia y por el sello que imprimen al curso de dichas dolencias, son las *linfangiectásicas* y las *fibroquísticas* (fig. 136).

Degeneración maligna.—No es dudoso que se encuentren con cierta frecuencia tumores mixtos constituidos parte por mioma y parte por sarcoma ó carcinoma, y lo importante es saber si se trata en tales casos de simples hechos de coincidencia ó bien de transformación de los elementos miomatosos en sarcomatosos ó carcinomatosos. Esta metaplasia de los elementos histológicos no está demostrada y existen motivos para desecharla; lo que sí parece cierto es que la existencia de un mioma crea un *locus minoris resistentia*, con verdadera predisposición á la evolución de las neoplasias malignas que vendrían á sumarse al mioma ya existente.



FIG. 136

Gran mioma sub-peritoneal pediculado con degeneración fibroquística. Pequeños miomas sub-peritoneales del cuerpo del útero.

ma, y me pidió un nuevo trozo para cerciorarse, concluyendo en el segundo examen que era un mioma que en algunas zonas era sospechoso. Que algunas veces el mioma se transforma en sarcoma, presentándose entonces al corte uniforme y con tendencia á la degeneración quística, no cabe duda; Schröder, Gebhard, Leopold, Simpson y muchos otros lo aceptan y confirman en sus observaciones; yo puedo decir que poseo varios casos de miomas transformados en sarcomas anatómica y clínicamente. Lo que no está demostrado es esa metaplasia que Ruge y algún otro aceptan, ó sea el convertirse las células miomatosas en sarcomatosas. Lo que ocurre probablemente es que el tejido conjuntivo del mioma sufre la degeneración sarcomatosa, y el mioma en este caso ha obrado como causa, porque lo positivo es que, dada la rareza del sarcoma primitivo del útero, resulta bastante frecuente la existencia del miosarcoma.

En cuanto á la transformación del mioma en carcinoma tampoco está demostrada y no debe aceptarse fácilmente; existen con cierta frecuencia hechos de coincidencia y de miomas invadidos por procesos epiteliales; pero dada la gran frecuencia de ambas neoplasias, no es difícil comprender que ocurran tales concomitancias clínicas; quizás la existencia de un mioma puede favorecer la

Parece cierto que la transformación sarcomatosa es algo frecuente en los miomas del útero. Menge cree que los tumores linfangiectásicos están predispuestos á ello, y Ruge figura en una lámina (1) la degeneración sarcomatosa de las células de mioma. Recuerdo un caso de mioma que operé hace catorce años, cuyo aspecto era sospechoso de que se trataba de un miosarcoma; un trozo de la neoplasia fué examinado por el eminente histólogo doctor Barraquer, quien me dijo que creía que era un sarcoma

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo II, pág. 466.

evolución de un adeno-carcinoma del útero, por ser causa constante de irritación. He visto algunos casos de adenoma difuso del endometrio en casos de mioma, pero me parece que tan sólo podría aceptarse en ellos la existencia del mioma como causa predisponente. El cáncer del cuello y el del cuerpo coexisten frecuentemente con miomas; los que fundaban la degeneración carcinomatosa del mioma uterino en la existencia de nódulos en el espesor de la substancia miomatosa, hoy, conociendo la existencia de los adeno-miomas, cuyos restos glandulares pueden indudablemente degenerar, se explican perfectamente. Ya Schröder (1) interpretaba estos casos aceptando que el mioma había arrastrado porciones glandulares en su evolución, las que eran origen de nódulos cancerosos desarrollados en el espesor de la substancia miomatosa; en aquella fecha no era conocido el adeno-mioma, pero repugnaba como hoy aceptar la transformación cancerosa del mioma.

Se describen formas raras de miomas como los *rabdo-miomas*, y los *leio-miomas malignos*, que son verdaderas rarezas sin importancia clínica.

LESIONES DEL ENDOMETRIO CONSECUTIVAS Á LOS MIOMAS.—Raras veces el endometrio permanece indiferente ante la existencia de un mioma uterino. Aparte la facilidad con que en estos casos se infecta la mucosa intra-uterina y es asiento de verdaderas endometritis, el endometrio sufre lesiones de carácter trófico, que resumiré mejor trasladando aquí íntegras las conclusiones del doctor Terrades (2) en un trabajo hecho en mi laboratorio:

«1.^a Los miomas uterinos alteran muy á menudo la estructura del endometrio. Estas alteraciones consisten, bien en la hiperplasia é hipertrofia glandular ó de la totalidad de la mucosa (figs. 22, 23 y 24), bien en la atrofia de alguno ó de todos sus elementos (figs. 30 y 31);

»2.^a Los procesos hipertróficos suelen encontrarse en los miomas de evolución abdominal y los atróficos en los que crecen hacia el interior del útero, sin que esta regla sea absoluta. En estos últimos, la atrofia de la mucosa se extiende á veces á la pared uterina sana;

»3.^a Causas de orden trófico ó mecánico bastan para explicar la patogenia de dichas lesiones, sin que intervengan en su producción causas flogísticas. Debe, pues, rechazarse para ellas el nombre de endometritis y adoptar el de pseudo-metritis, más en armonía con su génesis;

»4.^a La mucosa uterina puede cambiar su epitelio cilíndrico por el pavimentoso estratificado sin salirse de su cavidad natural (fig. 20).»

LESIONES DEL MIOMETRIO EN LOS CASOS DE MIOMAS.—El efecto de los miomas sobre el músculo uterino es muy parecido al producido por el embarazo; una hipertrofia é hiperplasia de sus elementos propios es la nota característica de tales cambios. Particularmente en los miomas cavitarios el efecto es muy parecido al de la gestación, presentándose el tejido uterino en la forma especial de láminas entrecruzadas romboidalmente; esa hipertrofia del útero en los tumores cavitarios es á veces enorme y desproporcionada al volumen del mioma,

(1) *Loc. cit.* pág. 238.

(2) Tesis del Doctorado, 1903.

siendo mucho más voluminoso el útero hipertrofiado que el mioma; como consecuencia de tales cambios anatómicos goza el útero de una contractilidad de que no goza en estado de vacuidad. Esa contractilidad es un factor que puede reportar muchas ventajas como hemostático potente y seguro después de la enucleación de miomas por la vagina; ó bien favoreciendo la dilatación del cuello y la expulsión al través del mismo de miomas cavitarios convirtiéndolos en vaginales; en ocasiones, comprimiendo exageradamente el tumor, produce su mortificación dentro del útero ó lo estrangula en forma de reloj de arena con una parte vaginal y otra intra-uterina. Para formarse idea de la potencia de esta contractilidad y del gran auxilio que puede representar para el ginecólogo en determinadas intervenciones, basta tomar un útero extirpado recientemente, descapsular ó enuclear el mioma ó miomas para ver como inmediatamente se verifica la retracción de la cápsula y de las paredes uterinas.

En los miomas intersticiales la hipertrofia é hiperplasia del órgano es también considerable: no es raro encontrar paredes uterinas que ofrecen dos y tres centímetros de espesor aun en la cara del útero en que no asienta la neoplasia, suponiendo un tumor solitario empotrado en una de las paredes del órgano; la cápsula que envuelve comúnmente los miomas está formada por el mismo tejido uterino hipertrofiado é hiperplasiado, y como éste, es retráctil y está sujeto á atrofia una vez desaparecida la causa que produjo la lesión. Esta circunstancia permite la enucleación de grandes miomas sin grave peligro de hemorragia y con una reconstitución perfecta del órgano.

Los que menos influyen en la hipertrofia muscular del útero son los subperitoneales, y cuando éstos son pediculados su influencia es casi nula; he visto grandes miomas pediculados en úteros de volumen normal; además, cuando un mioma sub-peritoneal sesil ó intersticial se escurre lentamente de entre las paredes del órgano, aunque antes haya producido una gran hipertrofia, cuando se ha pediculizado, el útero se atrofia y vuelve á su volumen normal; he tenido ocasión de comprobar este hecho en un caso de un gran mioma intersticial de la pared anterior, tratado por la electrolisis, en el que penetraba el histerómetro de platino 16 centímetros; las hemorragias desaparecieron, pero á los diez años tuve que hacer una laparotomía por un enorme mioma que llenaba la cavidad abdominal, y encontré un útero de tamaño normal con el mioma implantado por un pedículo ancho y corto en el fondo y cara anterior; es análogo este caso al antes citado de Kelly.

Se ve, por tanto, que la hipertrofia del útero es producida por la acción irritante del mioma, y que desaparecido éste desaparece el efecto.

Aparte estas alteraciones del músculo uterino, el útero en sí sufre cambios de situación, de que hablé antes, ascendiendo hasta á ser inasequible, descendiendo á veces hasta la vulva ó siendo dislocado hacia adelante, hacia atrás ó hacia los lados.

LESIONES DE LOS ANEXOS EN LOS CASOS DE MIOMAS. — Fabricius ha demostrado la frecuencia de la endo-salpingitis y salpingitis hipertrófica en los casos de mioma; el órgano es frecuentemente distendido y enormemente vascularizado en ciertas formas de neoplasia, y de aquí procesos tróficos que alteran la constitución normal de las trompas.

Un fenómeno análogo ocurre por parte de los ovarios, que se presentan, por regla general, muy aumentados de volumen, más largos de lo normal, y con frecuencia con degeneración quística. Son verdaderas ovaritis de origen trófico, alcanzando las lesiones á todos los elementos del ovario, así el tejido intersticial como la capa ovígena; es frecuente que, además de esas lesiones, se presente el ovario edematoso é infiltrado, lo que contribuye á aumentar su volumen.

Los ligamentos anchos más ó menos distendidos presentan á veces una vascularización enorme; no es raro encontrar paquetes venosos en los que las venas tienen el calibre del dedo meñique.

LESIONES DEL PERITONEO. — Aunque no con tanta frecuencia como los quistes ováricos, no es raro que los miomas intra-peritoneales determinen peritonitis exudativas ó adhesivas.

Las peritonitis exudativas desarrollan ascitis que en más ó en menos cantidad existe casi siempre en los casos de grandes miomas. Dicha ascitis suele ser persistente y progresiva, pero algunas veces se estaciona, y aun puede disminuir si la peritonitis que la origina cede en su intensidad. No es raro que existiendo peritonitis adhesiva y exudativa á la vez, la ascitis se presente como enquistada entre pseudo-membranas y adherencias; á veces presenta la ascitis coágulos fibrinosos enormes, sobre todo cuando la peritonitis ha sido producida por un mioma linfangiectásico, que son los que con mayor frecuencia originan la peritonitis exudativa, probablemente por rotura hacia el peritoneo de alguna de sus pequeñas cavidades.

La peritonitis adhesiva da origen á la formación de adherencias que pueden tener lugar entre la superficie del mioma y el peritoneo parietal, el epiplón y los intestinos; estos dos últimos con mucha mayor frecuencia; los intestinos se encuentran á veces serpenteando sobre el tumor en una larga extensión completamente sinfisiados; las adherencias epiploicas son, sin duda, las más frecuentes, y á veces enormemente vasculares, no siendo raro encontrar arteriolas del calibre de la tibial y venas del tamaño del dedo meñique.

En ocasiones el tumor, aun siendo intra-peritoneal, está tan sinfisiado por pelvi-peritonitis frecuentes con el peritoneo pelviano, que resulta difícil encontrar el intersticio de separación, y puede producir alguna confusión con los extra-peritoneales.

Coinciden á veces los miomas con supuraciones en los anexos ó con colecciones serosas en los mismos, hecho en el que algunos ven un fenómeno de simple coincidencia y otros opinan que los miomas favorecen el desarrollo de dichos procesos, por cuyo motivo serían más frecuentes las anexitis quísticas en los fibromas uterinos que en las demás enfermedades. No me ha parecido su frecuencia tan grande que pueda achacarse á los miomas su desarrollo; pero indudablemente que las alteraciones circulatorias y tróficas que los anexos sufren por la existencia de grandes tumores uterinos, crean condiciones abonadas al desarrollo de los procesos infectivos.

LESIONES VISCERALES. — Bantock ha señalado la frecuencia de la degeneración grasosa del hígado en los casos de miomas antiguos. No es raro el des-

arrollo de nefritis parenquimatosas ó intersticiales independientes de los fenómenos mecánicos de compresión que el mioma puede ejercer sobre los uréteres. Las alteraciones cardíacas son tan frecuentes que ya he dicho se ha descrito un corazón miomatoso. Es indudable que los grandes miomas producen mecánicamente trastornos circulatorios que, cual el embarazo, pueden dar origen á lesiones viscerales; particularmente por lo que se refiere al órgano cardíaco, alguna semejanza existe entre la sobrecarga que el corazón conlleva en los casos de embarazo con la que sufre en los grandes miomas; puedo asegurar que siempre he visto mejorar las manifestaciones cardíacas después de la extracción de grandes miomas, algunas veces de una manera muy notable, pues de verdadera intolerancia antes de la intervención, se ha convertido en compensación completa á los pocos días.

Pero recordando lo que he dicho al hablar de la patogenia de los miomas, quizás tendremos que convenir en que este estado general cardio-vascular que suele existir en las miomatosas, ha de influir también en las lesiones viscerales que con tal enfermedad coinciden, siendo todo ello manifestación de una predisposición orgánica más ó menos influida por la existencia del mioma.

Síntomas y diagnóstico.— Nada tan variable como la sintomatología de los miomas uterinos: bastará decir que una gran mayoría pasan completamente desapercibidos sin provocar trastorno ni síntoma de ninguna especie, y que, en cambio, otros presentan un cuadro sintomático sumamente aparatoso y aun á veces mortal.

Los síntomas dominantes, y que merecen un estudio especial, son: las metrorragias, la leucorrea, el dolor, la esterilidad y fenómenos de compresión.

METRRORRAGIAS.— Las hemorragias en los miomas uterinos se presentan en forma sumamente variable. Generalmente son periódicas, guardando la periodicidad menstrual con adelantos algunas veces en relación con el tipo común de cada enferma. Su duración es sumamente variable; muchas de ellas no persisten más tiempo del que suele durar la menstruación; otras se prolongan varios días, hasta doce y catorce, pero por regla general existe siempre un período de separación entre una y otra hemorragia. Comienza á veces la hemorragia siendo abundantísima durante dos ó tres días para prolongarse luego ocho ó diez con escasez, y otras al revés, tras un período de pérdida escasa, sobreviene un derrame abundante que termina el período hemorrágico; en ocasiones la hemorragia reviste una regularidad constante durante su duración.

La cantidad de sangre perdida es sumamente variable; siempre llama la atención por ser mayor que la pérdida normal, pero muchas veces no llega á ser alarmante; otras es tan profusa que determina fenómenos generales de anemia aguda y aun la muerte, que he visto en más de una ocasión, aunque Emmet y otros lo niegan. La sangre sale, por regla general, en forma de coágulos alternados con sangre líquida; raras veces dejan de existir los coágulos en las grandes hemorragias por miomas. Esos coágulos se forman en la vagina ó á veces en la cavidad del útero cuando ésta, por efecto del mioma, está muy aumentada de volumen; en este caso suele proceder á la expulsión del coágulo

un ligero dolor expulsivo que la enferma experimenta y le anuncia la próxima salida al exterior del cuerpo extraño.

No es raro observar en los miomas hemorrágicos períodos verdaderamente hemorrágicos seguidos de períodos en que hay mayor tolerancia; cuatro ó seis meses seguidos las hemorragias son profundas y aun graves para después ser subs-tituídas por períodos catameniales casi normales durante un tiempo variable. Corresponden indudablemente á períodos congestivos del aparato genital provocados por el mismo mioma ó por causas completamente ajenas á la dolencia; he podido observar enfermas que presentan esos períodos hemorrágicos en invierno y otras en verano, pero indudablemente influyen en ello todas las causas modificadoras de la circulación del aparato genital.

La hemorragia no es un síntoma constante en los miomas del útero, sino que, por el contrario, es casi particular de alguna de sus formas. Los miomas sub-peritoneales ejercen poca influencia en la menstruación y casi nunca provocan hemorragias. Los intersticiales provocan grandes hemorragias, y más los pequeños que los grandes. Los sub-mucosos ó cavitarios son los más hemorrágicos; algunas veces ofrecen metrorragias atípicas completamente desligadas de la regularidad menstrual, aunque no con frecuencia, excepto cuando el mioma deja de ser cavitario para convertirse en un pólipo fibroso vaginal, en cuyo caso la metrorragia es completamente irregular y casi continua; también pierden su carácter periódico las metrorragias de los miomas cavitarios é intersticiales cuando éstos son asiento de fenómenos flogísticos ó necrósicos. El fenómeno más digno de mención es que ni para los cavitarios ni para los intersticiales son los grandes fibromas los más hemorrágicos, sino los pequeños; seguramente es más peligroso bajo este punto de vista un mioma del volumen del puño que el que alcanza el tamaño de una cabeza de adulto.

Los miomas que tienen su asiento en el cuello raras veces son hemorrágicos, excepto cuando llegan á convertirse en pólipos.

El mecanismo de las metrorragias se explica porque el mioma obra como cuerpo extraño que congestiona el órgano, pero indudablemente la mucosa intra-uterina juega un gran papel en la génesis de este síntoma. Ya antes hice referencia á las alteraciones de la mucosa en los casos de mioma uterino; muchos autores se han ocupado de esta cuestión, y últimamente Bishop (1) ha estudiado este asunto bajo el punto de vista de las hemorragias en los pequeños pólipos y miomas sub-mucosos; después de pasar revista á los estudios de Semli, Wyder, Campe, Borissoff y Giles, expone los resultados obtenidos por él en el examen de 30 casos, demostrando que cuando el tumor es todavía intersticial tiende á producir una hiperplasia de la mucosa, que cuando se convierte en pólipo, por compresión de la mucosa, las glándulas se disgregan y atrofian, y que en los pólipos antiguos queda muchas veces una sola capa de epitelio cerca del cual vienen á terminar vasos sanguíneos y linfáticos. Con ello podríamos comprender por qué no son los grandes miomas los más hemorrágicos, ya que, tomando gran parte la mucosa en su génesis, ésta sufre, por consecuencia del mioma, primero una hiperplasia y luego una atrofia, y se comprende, por tanto, que ésta existirá ya en los grandes miomas cuyo volumen supone una

(1) *The British Gynecological Journal*, 1902, tomo I, pág. 286.

fecha de larga duración. Ya constituido el pólipo, aunque la mucosa se atrofie, se comprende la continuidad de las hemorragias, pues el pedículo lleva sangre al tumor, la que retorna difícilmente, y se escapa por los vasos que van á terminar casi en la misma superficie (véanse figs. 9 y 10).

LEUCORREA.—Se presenta también en forma sumamente variable. Casos en que no existe leucorrea aun existiendo hemorragia, y otros en que en los períodos intermedios existe una pérdida blanca abundante, llegando á constituir una verdadera hidrorrea ó linforrea. Aun puede darse el caso de que la hidrorrea sea abundantísima sin que exista siquiera la menstruación; recuerdo á este propósito un caso de una mujer de cuarenta y nueve años con enorme mioma, edemas generalizados y fenómenos cardíacos, que hacía seis meses no había tenido la más pequeña pérdida sanguínea, y en cambio ofrecía una verdadera hidrorrea; en la intervención encontré un útero miomatoso con nódulos sub-peritoneales y un enorme mioma intersticial de la pared anterior sumamente blando y edematoso, casi un tipo de mioma linfangiectásico. Verdaderamente hay miomas que merecen el calificativo de hidrorreicos que les ha dado Trelat.

La leucorrea en los miomas puede tener tres orígenes. El más común reside en las lesiones de la mucosa, que, presentando hipertrofia glandular, ofrece una verdadera hipersecreción catarral más ó menos abundante, pero que no traspasa los límites usuales de una leucorrea más ó menos profusa; es, sin duda, el origen más común y frecuente.

Otras veces, como en el caso que he citado, y algún otro que podría referir, y de los que citan ejemplos Veit, Trelat y otros, más que leucorrea es linforrea lo que existe, y tiene su origen no en una hipersecreción glandular sino en una verdadera exudación ó trasudación de serosidad á través de la superficie de la neoplasia; en este caso se encuentran los grandes tumores intersticiales edematosos, algunos miomas cavitarios blandos y sobre todo los pólipos miomatosos vaginales, en los que los vasos linfáticos como los sanguíneos terminan en la superficie del tumor ofreciendo aberturas libres debajo del epitelio.

Cuando existen miomas en fusión por mortificación ó gangrena, la leucorrea suele ser abundantísima, y en estos casos á veces es viscosa y aun fétida.

Alguna vez en los grandes miomas intra-uterinos se retiene en la cavidad del útero el líquido exudado ó segregado, que luego es expulsado en forma de grandes é intermitentes derrames que hacen sospechar la abertura de alguna cavidad quística.

DOLOR.—El mioma en sí no es doloroso ni espontáneamente ni al corte ó destrucción del mismo, de modo que cuando un mioma ocasiona dolor debe buscarse en alguna causa que el mioma pone en juego y reside en alguna de las vecindades del tumor.

A veces una mujer que nunca fué dismenorreica sufre dolores menstruales con ocasión de un mioma; tales dolores pueden tener por origen la dificultad del derrame menstrual por deformación de la cavidad uterina producida por la existencia del tumor; más frecuentemente son hijos de la congestión menstrual exagerada ocasionada por el mioma, que se traduce por sensación de peso, di-

ficultad de la deambulaci3n y dolor hipogástrico antes de la regla; si durante este período se examina en el hipogastrio el tumor uterino constituido por el mioma, se encuentra duro y aumentado de volumen; en cuanto sobreviene la hemorragia, el útero disminuye porque cede la congesti3n y toda molestia desaparece para reaparecer en el período siguiente.

Las lesiones anexiales son frecuentemente el punto de partida de manifestaciones dolorosas espontáneas, y á la presi3n hacia las fosas ilíacas; cuando los anexos están completamente sanos, aunque exista un mioma voluminoso, no son dolorosos. Si existe alguna flogosis peritoneal pelviana, aunque sea ligera, suele ser doloroso el fondo de saco posterior.

Cuando el mioma se inflama, aun sin llegar á la mortificaci3n, se hace doloroso, si no él en sí, las paredes del útero que le envuelven, y la enferma aqueja dolor continuo con agravaciones, y el hipogastrio, como la zona vaginal profunda, resultan dolorosos á la exploraci3n.

Las contracciones uterinas, provocadas por miomas cavitarios, pediculados ó sesiles, son origen bastante frecuente de manifestaciones dolorosas paroxísticas, intermitentes y periódicas. El mioma contenido en el útero obra como cuerpo extraño, al igual que el huevo en los casos de aborto ó parto; las paredes uterinas hipertrofiadas y contráctiles se contraen sobre el mioma, como lo hacen sobre el huevo para expulsarlo. El mioma es empujado á cada contracci3n hacia el cuello, que se dilata, ańadiéndose al dolor intermitente de la contracci3n uterina el continuo de la dilataci3n forzada del cuello, hasta que bastante dilatado éste, es atravesado por el mioma y tiene lugar el parto del mismo, que desde este momento queda convertido en p3lipo vaginal. Este proceso, sumamente doloroso, dura á veces meses y aun uno ó dos ańos, porque la excitabilidad del útero se agota sin haber logrado su objeto, y reaparece más tarde, coincidiendo generalmente estos períodos dolorosos con los períodos menstruales: más de una vez he podido tocar un mioma al través del cuello del útero algo dilatado, que á los ocho días había desaparecido del alcance del dedo por haberse cerrado nuevamente el cuello; otras veces éste se dilata fácilmente, pero el mioma sesil no puede dislocarse y salir al través del cuello, y así van repitiéndose los períodos dolorosos hasta que el mioma uterino se convierte en vaginal; tan difícil resulta á veces esta migraci3n del mioma, que se esfacela por las compresiones que sufre, ó arrastra la cubierta muscular del útero, ocasionando una inversi3n total ó parcial del 3rgano. Es frecuente en la anamnesis de los p3lipos fibrosos vaginales encontrar ese período doloroso, que tiene fin cuando el mioma queda convertido en vaginal y la p3rdida se hizo continua desde aquel momento. Las enfermas, que conocen por partos anteriores los caracteres de los cólicos uterinos, establecen perfectamente la comparaci3n.

Generalmente, los miomas que ofrecen todas estas manifestaciones dolorosas son los miomas pélvicos; los abdominales no suelen provocar tantas manifestaciones, cuando el tumor es movable; las manifestaciones dolorosas de los grandes miomas suelen quedar reducidas á alg3n dolor vago en la regi3n precordial y cierta sensaci3n indefinida de malestar. Cuando por su volumen producen fenómenos de compresi3n, ó por las adherencias viscerales adquiridas producen cólicos intestinales, las manifestaciones dolorosas son muy variadas.

¿ Existe un mioma doloroso *per se* sin ninguna de las causas que acabo de indicar? Bouilly lo acepta al decir que en la operación se ha convencido de la integridad de todos los elementos que rodean á ciertos miomas dolorosos; Veit habla de cuatro enfermas que tenían un punto doloroso intra-uterino constante y fijo, y acabaron por sufrir miomas. Que en clínica es práctico designar un mioma con el calificativo de *doloroso*, sin desentrañar la causa del dolor, no hay duda; pero un buen análisis nos haría descubrir siempre por qué el mioma es doloroso, ya que debemos aceptar que él de por sí no lo es.

ESTERILIDAD. — Es una de las cuestiones más debatidas la influencia de los miomas en la fertilidad de las mujeres que los sufren. Las estadísticas de Weit, Rohrig, Beigel, Schuhmacher, Scanzoni, Michels, Winkel, Schröder y Hoffmeier, comprenden un total de 1.731 mujeres afectas de mioma, de las que 520, ó sea el 30 por 100, eran estériles. Sin duda que esta cifra de esterilidad es superior á la normal, y ello confirma la opinión, generalmente aceptada, de que los miomas uterinos producen una esterilidad relativa, ó mejor dicho, dificultan el acto de la fecundación.

Sin embargo, Hoffmeier, analizando una serie de casos, llega á la conclusión de que los miomas favorecen la fecundación, porque mantienen por mucho más tiempo del normal la menstruación y la ovulación, aduciendo en su apoyo una serie de embarazos tardíos sobrevenidos en el curso de miomas uterinos. Olshausen, al analizar las apreciaciones de Hoffmeier, dice que teóricamente no se puede negar el hecho, y acepta conclusiones que me parecen muy exactas (1). Realmente no todos los miomas influyen de igual manera en la fecundación. Los pequeños miomas sub-serosos tienen escasa ó ninguna influencia; los grandes miomas sub-serosos dificultan la concepción por las dislocaciones que ocasionan en el útero y los anexos, pero no la impiden en absoluto; los miomas intersticiales son un gran obstáculo, que se convierte casi en absoluto cuando el mioma alcanza el volumen de un embarazo de tercero ó cuarto mes (en estas condiciones he visto dos embarazos llegados á término, de modo que la dificultad no es tan absoluta como pretende Olshausen; una de las enfermas murió de hemorragia por retención placentaria en el acto del parto); los miomas cervicales y pólipos uterinos y vaginales, sin ser una dificultad insuperable, son un serio obstáculo á la fecundación.

FENÓMENOS DE COMPRESIÓN.—Los fenómenos de compresión producidos por un mioma pueden tener lugar en la pelvis ó en la gran cavidad abdominal, según se trate de tumores pequeños de evolución pélvica ó de grandes tumores de evolución abdominal.

En los tumores de desarrollo pélvico, el aparato urinario es el que sin duda ofrece con mayor frecuencia los fenómenos de compresión. Todos los miomas pélvicos, sobre todo los de la pared anterior, tienden á gravitar sobre la vejiga, produciendo micción frecuente y tenesmo que desaparece cuando el tumor se hace abdominal.

Los miomas del cuello, que se desarrollan en la vagina y progresivamente

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, t. II, pág. 824.

aumentan de volumen, distienden la cavidad vaginal y pueden llegar, por compresión directa de la uretra y del cuello de la vejiga, á producir retención de orina de orden mecánico, en la que la vejiga se distiende hasta que la enferma orina por rebosamiento cuando la resistencia de la vejiga distendida vence la del obstáculo mecánico opuesto por el tumor.

Los tumores que con mayor frecuencia producen la retención de orina son los retro-uterinos, nacidos en el fondo del útero, y que por retroflexión caen en el fondo de Douglas, ó los que proceden directamente de la pared posterior del órgano ó de la pared posterior del cuello; el tumor va desarrollándose y empuja el útero hacia arriba y adelante, de modo que el cuello se pierde detrás del pubis; la pared vaginal anterior resulta distendida y la uretra estirada hacia arriba y atrás, hasta que llega un momento en que no permite el paso de la orina y sobreviene la retención aguda, á veces sin precedente ninguno y como primera manifestación de un mioma retro-uterino hasta entonces completamente silencioso. Al estiramiento de la uretra se añade algunas veces la compresión directa de dicho conducto por el tumor, que, desde el fondo de Douglas, forma prominencia en la vagina y alcanza la pared anterior para comprimirla contra el pubis.

No es raro que esta retención de orina se presente en forma intermitente, sobreviniendo en las proximidades del período menstrual cuando el tumor, congestionándose, aumenta de volumen, y desapareciendo espontáneamente cuando la hemorragia disminuye la tensión del mioma descongestionándolo. A veces existe un ataque más ó menos persistente de retención urinaria en la anamnesis de una enferma que sufre un mioma abdominal, que desapareció para no volver, porque el mioma pélvico se hizo abdominal; más de una vez he combatido definitivamente una retención urinaria en casos de esta índole, reduciendo forzosamente hacia el abdomen un tumor retro-uterino, exactamente igual que se hace en el embarazo en retroflexión.

Aunque más raramente, pueden ser comprimidos los uréteres, particularmente cuando se trata de tumores intra-ligamentosos, originando dilataciones uretrales y aun hidronefrosis del lado correspondiente, que fácilmente pueden infectarse y convertirse en pío-nefrosis.

Por el mismo mecanismo que un tumor pélvico retro-uterino ó intra-ligamentoso comprime la uretra, puede comprimir el recto, dificultando la defecación y produciendo la retención crónica de los excrementos, que por fenómenos de reabsorción puede llegar á ocasionar la estercoremia, tan bien descrita por Barnes; raramente, aunque el hecho es posible y se citan casos de ello, llega á producir una obstrucción total que obligue á practicar la laparotomía ó la colotomía de urgencia.

Los fenómenos de compresión se presentan también por la acción del tumor sobre los vasos y nervios. Estas compresiones lo mismo pueden presentarse en los miomas pelvianos que en los abdominales, y se caracterizan por manifestaciones neurálgicas rebeldísimas ó por edemas en las extremidades, generalmente en un solo lado, ó si en los dos, de una manera asimétrica, porque raramente la compresión se ejerce por igual en ambas fosas ilíacas; la aparición de várices en una extremidad inferior está á menudo relacionada con la existencia de un mioma.

En los tumores de evolución abdominal pueden presentarse fenómenos de compresión en todas las vísceras abdominales, y aun en las torácicas cuando el volumen es bastante á empujar y comprimir el diafragma; los fenómenos de estrangulación intestinal que á veces se presentan, son debidos por lo común más bien á adherencias ó bridas que á la compresión del tumor. El hígado funciona á veces difícilmente por el enorme volumen del tumor. Frecuentemente se presentan fenómenos torácicos caracterizados por síntomas dispneicos y asmáticos, con la particularidad de que más bien los ocasionan los miomas medianos que los miomas gigantes, lo que ha hecho pensar que su origen puede más bien ser reflejo ó debido á las alteraciones cardíacas que suelen concomitar con los miomas.

Diagnóstico.—Ninguno de los síntomas indicados es patognomónico del mioma uterino y á veces faltan todos ellos, de modo que siempre precisa para el diagnóstico un examen directo que nos revele la existencia del tumor en una ú otra forma. Cuando la enferma consulta al ginecólogo es porque algún síntoma la llama la atención, y no es difícil sospechar que se trata de una afección ginecológica ó de un mioma, y debe procederse á la exploración; á veces se descubre la existencia de un mioma larvado que no producía síntoma ninguno ó no los producía en el aparato genital, por casualidad, por ejemplo cuando se indaga la causa de una esterilidad ó de una retención de orina.

El diagnóstico se presume antes de la exploración en ciertos casos y resulta confirmado casi siempre; una enferma que se presenta con el sello de la anemia crónica, múltipara, que refiere que hace años sufre menorragias abundantes que van en aumento cada día, que tiene leucorrea y no siente dolor ninguno ni otros síntomas en el resto del organismo, la mayoría de veces sufre un mioma de evolución pélvica.

La que refiere que hace ya años nota en su vientre una induración que ha ido creciendo lentamente, que no le causa dolor ni molestia pero que la preocupa el aumento incesante del abdomen y la dureza del mismo, probablemente tiene un mioma de evolución abdominal.

En la mayoría de casos el diagnóstico se restablece pronta y seguramente con la exploración, que nos permite precisar la existencia del tumor. Conviene diferenciar bajo este punto de vista los miomas de evolución *vaginal, pélvica ó abdominal*.

DIAGNÓSTICO DE LOS MIOMAS DE EVOLUCIÓN VAGINAL.—El tacto vaginal basta casi siempre para precisar el diagnóstico de los miomas del cuello del útero, sean de su porción vaginal ó supra-vaginal, de su cara anterior ó posterior ó bien de los miomas uterinos que se han hecho vaginales. La existencia de un tumor liso, duro, resistente á la presión, más ó menos movable, que tiene su implantación en el cuello ó que presenta un pedículo que se pierde en el conducto cervical, no dejan lugar á dudas. Basta el tacto vaginal para estos casos; el examen visual con el espéculum no sirve de nada, porque estos tumores suelen presentar la misma coloración de la mucosa vaginal: esto me recuerda un caso de mi práctica ocurrido hace unos veinte años: vino á mi consulta una enferma con el sello de la anemia crónica, la historia de grandes metrorragias

y leucorrea, practiqué el tacto vaginal y descubrí un mioma vaginal pediculado del volumen del puño, proponiendo la intervención inmediata; la enferma se resistía á aceptar mi diagnóstico hasta que se atrevió á decirme que la aplicara el espéculum; me negué á su imposición, y entonces me dijo que su insistencia era debida á que hacía pocos días la habían examinado tres médicos, dos de ellos reputados ginecólogos, y que ninguno de ellos la habló de tumor; este caso demuestra bien que el espéculum de nada sirve, en casos parecidos, para el diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DE LOS MIOMAS DE EVOLUCIÓN PÉLVICA.—Son los miomas del cuerpo del útero que han alcanzado poco volumen y permanecen dentro la pelvis cualquiera que sea su variedad.

La exploración combinada permite en la mayoría de casos encontrar fácilmente el tumor que forma parte del útero. Si se trata de un mioma cavitario, el tumor ocupa la línea media y se encuentra por el fondo de saco anterior, pudiendo apreciar entre las dos manos el volumen del órgano; si es intersticial puede ocupar también el órgano la línea media, pero es raro que no esté más inclinado á un lado ó bien hacia adelante ó hacia atrás; si es sub-seroso, casi siempre se encuentra el útero algo desviado, según hacia el lado donde asienta el mioma, y el tumor es asequible por uno de los fondos de saco, pero siempre movable con el útero. Descubierta el tumor en la línea media, algo lateralizado ó hacia uno de los fondos de saco, debemos cerciorarnos de que es uterino imprimiéndole movimientos para ver si el cuello los sigue siempre, y asegurarnos, por tanto, de que se trata de un tumor uterino.

La sonda uterina es un gran recurso en el diagnóstico de los miomas. No hay mioma sub-mucoso ó intersticial que no altere la capacidad y la dirección de la cavidad del útero, datos que el histerómetro nos proporciona, sirviéndonos, además, para señalar las circunstancias de cada caso. El histerómetro nos indica el sitio donde se halla la implantación del tumor, y hasta á veces, si su base de implantación es pequeña ó grande, ó si se trata de un tumor pediculado, porque podemos circunscribir la periferia del tumor; en la desviación que sufre el histerómetro á la derecha ó á la izquierda, hacia adelante ó hacia atrás, tenemos un guía seguro para diagnosticar la implantación del mioma, así como en la longitud que ha penetrado tenemos un dato acerca del volumen: no es raro verle entrar 12, 15 y más centímetros.

Con frecuencia es difícil, y aun imposible en estos casos, hacer penetrar el histerómetro rígido porque choca contra la neoplasia que hay que contornear y de aquí que en estos casos tengan aplicación las sondas blandas.

En los miomas sub-serosos el histerómetro no da síntoma ninguno porque la cavidad del útero no está aumentada.

El tacto intra-uterino es un gran recurso para el diagnóstico de los pequeños tumores, que quizás su volumen no sería bastante para encontrarlos por la palpación combinada, y podrían también escapar al histerómetro. Cuando el cuello está dilatado por el mismo mioma, es á veces sumamente fácil ir á tocar con el pulpejo del dedo el mioma que está en el interior del útero; á veces no está dilatado, pero es dilatado á una presión sostenida, y el dedo penetra algo y llega á tocar el tumor. Si no es posible verificarlo de esta manera, no hay

que dudar en aplicar laminarias para dilatarlo y poder verificar el tacto intra-uterino, con lo que puede establecerse un diagnóstico de certeza.

Más de una vez he tenido que recurrir á la anestesia general para poder diagnosticar un mioma pequeño y precisar su topografía en casos de enfermas obesas ó muy sensibles, pudiendo, gracias á este medio, confirmar la existencia de miomas que resultaba muy dudosa ó desechar el diagnóstico de otros cuya existencia parecía cierta.

DIAGNÓSTICO DE LOS MIOMAS DE EVOLUCIÓN ABDOMINAL.—En la mayoría de casos, nada hay tan sencillo como diagnosticar un mioma abdominal. La palpación suele bastar porque descubre un tumor duro, liso unas veces, abollado otras, múltiple en ocasiones, indoloro y movable, que tiene su punto de arranque hacia la pelvis y que lleva mucho tiempo de existencia; casi siempre un tumor abdominal en estas condiciones será un mioma.

Pero á veces el tumor no es tan duro que no puedan haber dudas; los miomas blandos parecen fluctuantes, suelen ser muy lisos, crecen rápidamente, y entonces ya no basta la palpación, sino que por la exploración combinada se buscará si los movimientos del tumor se transmiten al cuello; de estos movimientos los que tienen más importancia son los de elevación, pues si elevando el tumor se eleva el cuello, es señal de que la neoplasia forma parte del útero; los movimientos de lateralidad son también útiles para el diagnóstico de los miomas abdominales. La palpación en el diagnóstico de los miomas de evolución abdominal representa lo que el tacto en los de evolución vaginal.

Los miomas cavitarios é intersticiales transmiten al cuello toda clase de movimientos que se les impriman desde el abdomen. Los sub-serosos, mientras son sesiles y conservan conexión íntima con el útero, también; pero cuando son pediculados, entonces fácilmente puede el útero escapar á su influencia, y por esto los movimientos de elevación del tumor son los más útiles, porque si el pedículo es corto, lo que es la regla general, el útero es estirado y el cuello asciende; si el pedículo es largo, entonces el útero permanece indiferente á los movimientos del tumor, y se comprende, pues en rigor es ya extra-uterino.

Aunque raras veces, el histerómetro podrá servirnos dándonos la medida del útero, y sobre todo precisándonos la dirección del órgano para señalar la topografía del tumor.

En los grandes miomas abdómico-pélvicos que dislocan el útero hasta hacerlo inasequible, no podemos buscar los movimientos del órgano combinados con los del tumor ni el empleo del histerómetro, y en este caso hemos de contentarnos con explorar cómo se transmiten los movimientos del tumor abdominal al pelviano para saber si se trata de un solo y único tumor.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.—Si bien por lo común el diagnóstico de los miomas no ofrece grandes dificultades, en cambio, en ocasiones, el problema diagnóstico es de más difícil solución, dando lugar con cierta frecuencia á errores de trascendencia.

Los *pólipos* fibrosos vaginales, que frecuentemente no ofrecen dificultad, pueden confundirse con la inversión uterina; en ambos casos un tumor esférico y duro se encuentra en la vagina; procede del fondo, y por un pedículo más ó

menos ancho sale al través del anillo que forma el hocico de tenca. Cuando se trata de un mioma, el útero ocupa su sitio, y ya sea por la palpación combinada, ya por medio del histerómetro, podemos establecer una diferenciación exacta. En la inversión, el fondo del útero falta de su sitio y aun puede llegar á apreciarse la depresión que dentro del abdomen forma el útero invertido; si la exploración combinada resulta difícil ú obscura, el histerómetro aclara las dudas, porque en los casos de inversión la punta choca con el sitio de reflexión y no penetra el histerómetro más de dos ó tres centímetros, en tanto que tratándose de un pólipo penetra seis ó más; naturalmente, debe esta exploración, si fracasa al primer intento, ensayarse por los distintos lados, porque podría la sonda tropezar con la inserción baja del pedículo y no penetrar todo lo posible (1).

A veces un mioma vaginal coexiste con inversión parcial del útero, en cuyo caso el mioma puede estar implantado en el fondo y estar el útero invertido en parte formando como un casquete al tumor, ó está adherido á una de sus caras, la que es arrastrada hacia la vagina, donde forma más ó menos prolapso. El tacto descubrirá siempre, en el punto de unión entre el mioma sesil y la pared del útero, una línea deprimida que marcará el origen del tumor, á la vez que la palpación combinada y el histerómetro denotarán la inversión; además, en tales casos, facilitarán el diagnóstico los antecedentes de la enferma. Yo no creo en la inversión uterina sin que un parto previo de un mioma ó un huevo dilaten el cuello, y las tracciones sobre las paredes del órgano, antes de su retracción, ocasionen la inversión; en la historia de la enferma encontraremos bastantes antecedentes para saber á qué atenernos sobre el particular. Recuerdo un caso de inversión sobrevenido después de un parto normal producida por un mioma implantado en el fondo del útero; sin duda, expulsado el huevo, quiso el útero expulsar el mioma y se produjo la inversión.

Cuando es un gran mioma que sale al través del cuello y llena la vagina, el útero, aunque puede estar invertido, queda fuera del alcance de nuestra exploración, porque los dedos no alcanzan el fondo de la vagina para tocar el cuello, y la exploración combinada sigue encontrando en el hipogastrio el tumor uterino. Entonces resulta imposible diagnosticar esas particularidades, y lo mejor es proceder con cautela, pensando que la inversión total ó parcial puede existir; he visto algunos casos de esta índole en que no puede llegarse á precisar la situación de la cáscara uterina.

Con el *cáncer cervical* sólo puede confundirse un mioma en el caso de que, estrangulado el tumor al través del cuello, se esfacele y disgregue. En estos casos existen metrorragias, leucorrea fétida y dolor, y el ginecólogo encuentra en el fondo de la vagina una masa irregular, blanda, friable, que sangra al tocarla, enteramente parecida á una neoplasia maligna del cuello de forma efflorescente. El diagnóstico sería fácil si el cuello del útero se conservara total ó parcialmente y pudiéramos tocar el rodete saliente del hocico de tenca en el fondo de la vagina estrangulando el tumor; pero á veces el cuello está tan distendido que apenas forma relieve, y queda la duda de si se toca ó no el cuello. Es preciso entonces introducir el dedo que hace la exploración hacia el interior

(1) Véase pág. 227.

del útero hasta tener la certeza de haber penetrado en la cavidad del cuello, la que si es lisa en toda su extensión, y sobre todo si podemos, como ocurre á veces, llegar á tocar cierta estrangulación al nivel del orificio interno, nos indicarán que se trata de un mioma, porque las neoplasias malignas intra-uterinas, con las que únicamente podría confundirse, no ofrecen este fenómeno.

La *metritis hemorrágica* es, sin duda, la enfermedad que mayor número de veces deja en la duda. En presencia de un útero aumentado de volumen á la exploración combinada, cuyo histerómetro penetra 9 ó 10 centímetros, y de una enferma con metrorragias y leucorrea, ¿se trata de una simple metritis sub-involutiva ó esclerósica ó bien existen uno ó varios miomas pequeños? Si la forma del útero no delata la existencia de la neoplasia en una exploración detenida, sólo puede solventar la duda el tacto intra-uterino, porque la sonda sólo nos dice que hay aumento del órgano. Si el mioma es sub-mucoso, fácilmente lo encontrará el dedo, tanto si es sesil como pediculado; pero si él ó los miomas son intersticiales, ni con el tacto intra-uterino podremos adquirir la certeza de que se trata simplemente de una metritis; afortunadamente el error no tiene importancia práctica, pues la conducta del ginecólogo ha de ser la misma. Cuando el mioma alcanza un volumen regular, como un huevo de gallina por ejemplo, ya el diagnóstico suele ser claro, pues por uno ú otro medio llega á tocarse el tumor.

El *embarazo* ofrece á veces grandes dudas para el diagnóstico diferencial en la primera mitad del mismo. Cuando el tumor intersticial ó cavitario ha producido un aumento de volumen simétrico en el órgano uterino, es muy difícil establecer el diagnóstico diferencial. El único síntoma que sería patognomónico de embarazo, cual es la *fluctuación uterina*, puede encontrarse en ciertos miomas, y pierde, por tanto, su valor. Con razón llamó Guyon á esos miomas cavitarios simétricos *embarazos miomatosos*. Si una asimetría en el desarrollo del útero, ó una dislocación del mismo, ó la dureza del tumor no aclaran la duda, la exploración directa no puede resolverla y hay que recurrir á la anamnesis.

Si por parte de las enfermas la anamnesis fuese siempre sincera, la dificultad casi desaparecería; pero hay que contar, de una parte, con el interés que ciertas enfermas puedan tener en ocultar el embarazo, y de otra, con ciertas rarezas clínicas.

Cuando se trata de un mioma que puede ocasionar error, no suele faltar una historia de metrorragias que está reñida con el fenómeno de la concepción; ésta, cuando tiene lugar, produce amenorrea y fenómenos que, si no bastan para diagnosticar, bastan para despertar sospechas, y en estos casos lo esencial es que la sospecha se ocurra; algunas mujeres ocultan intencionadamente su estado, otras lo ignoran ó no lo sospechan de buena fe, de manera que el ginecólogo puede contar poco con la anamnesis, porque hay muchas causas que pueden desfigurarla. Citaré dos casos de mi práctica para que se vea la cautela con que debe proceder el ginecólogo: fuí llamado para asistir á una señora que sufría crisis dolorosas en la fosa ilíaca izquierda hacía mucho tiempo, y se le había propuesto por su médico de cabecera la extirpación de una *salpingitis*. Reconocida detenidamente la enferma, no encontré lesión que justificara una laparotomía, y aconsejé prescindir de la intervención calificando la dolencia de ovaritis quística, y diciendo á la enferma que tan sólo cuando los dolores fueran

intolerables creería justificada la intervención. Fué aceptado mi consejo y se pasaron siete años, durante los que la enferma tuvo tres partos normales: antes había tenido dos. Transcurridos los siete años tuvo otro período doloroso, y me llamó diciéndome que estaba decidida á la intervención; un nuevo reconocimiento tan infructuoso como el primero me hizo aconsejarla que, estando ya en Julio, aplazáramos la intervención para después de las vacaciones del verano; pasaron cuatro meses, y quizás temiendo de mi parte un nuevo aplazamiento ó por otro motivo, llamó á un distinguido cirujano, quien, conocedor de la historia de la enferma y sabiendo que se había indicado una laparotomía por una lesión genital, aunque ignorando mi opinión, procedió á un reconocimiento, encontró un tumor uterino, juzgó plenamente indicada y justificada la intervención en proyecto y procedió á la laparotomía creyendo que se trataba de un tumor; terminada la operación por histerectomía total, al abrir el útero para examinar las condiciones del tumor encontró un embarazo aproximadamente de cuatro meses.

Vino un día á mi consulta una enferma muy azorada para que le practicara una laparotomía por un tumor abdominal diagnosticado por dos distinguidos colegas; el tumor realmente existía, pero á pesar de la negativa de la enferma y á pesar de decirme que no había dejado de menstruar, puse en práctica la única regla que me sirve en estos casos: *sospechar y esperar*. Al cabo de un mes confirmaba un embarazo de cinco meses; la enferma, aparte de las pérdidas sanguíneas que ella creía reglas, se apoyaba, para no sospechar el embarazo, en la eficacia indiscutible, según ella, de ciertos fraudes que ponía en práctica para evitar la concepción.

En estos casos y muchos otros que podría referir, no había, como se ve, mala fe por parte de las enfermas; añádase á estas circunstancias el interés de algunas en despistar al ginecólogo y se comprenderá la poca confianza que la anamnesis pueda inspirar. Si á esto añadimos que puede haber miomas que por su volumen y situación simulan el embarazo, y van acompañadas de amenorrea, se comprenderá mejor el escaso valor de los antecedentes. Hace seis años hubo en la clínica de la Facultad una enferma con un tumor hipogástrico y amenorrea completa; todos los signos físicos hacían creer en un mioma; pero la amenorrea, á pesar de las protestas de la enferma (de las que debe siempre desconfiarse, pues son muchos los casos en que, á pesar del estado social y protestas de las interesadas, se ha encontrado en la operación un verdadero embarazo en vez de un embarazo miomatoso) me hizo sospechar un embarazo, que no se confirmó, pues en la operación practicada al cabo de dos meses, encontré un mioma sub-peritoneal de la cara posterior con torsión del pedículo y adherido al fondo del útero y órganos vecinos por la flogosis que la torsión había originado: sin duda la amenorrea era de orden trófico y debida á las alteraciones de los anexos englobados en la zona flogística; parece que la torsión había tenido lugar hacía seis meses.

Los muchos casos que he visto de diagnóstico difícil ó imposible, y otros que conozco de errores de diagnóstico que han producido fatales consecuencias, me obligan á aconsejar la siguiente norma de conducta, que pongo siempre en práctica para evitar errores lamentables.

Cuando las condiciones anatómicas de un tumor uterino pelviano puedan

hacerlo confundir con un embarazo, el ginecólogo debe siempre sospechar que existe la concepción. Ya con esta sospecha se ve imposibilitado de emplear los dos medios que podrían aclarar el diagnóstico, cuales son la son-la uterina y la dilatación del cuello y tacto intra-uterino. Entonces, para aclarar el diagnóstico, no hay más que poner en práctica la siguiente regla: *esperar el tiempo necesario para que, si es embarazo, dé señales positivas de su existencia.* En general, para alejar todo error, bastan uno ó dos meses, que el ginecólogo puede emplear en una medicación indiferente si no quiere comunicar á la enferma sus dudas, que ella traduciría la mayoría de veces en ignorancia. Por fortuna, en estos casos discutibles no hay nunca urgencia para tomar indicaciones trascendentales: la urgencia está tan sólo en la impaciencia de la enferma y del ginecólogo.

El *aborto* con retención de secundina y sub-involución del órgano se distingue del mioma intra-uterino porque las pérdidas en el aborto son continuas y generalmente algo fétidas, y en la mayoría de casos hay fenómenos generales de infección; la anamnesis es de gran utilidad cuando no hay motivos para sospechar que pueda dejar de ser sincera. Si el dedo puede atravesar el cuello, como ocurre casi siempre en la retención *post-abortum*, aunque sea de larga fecha, la naturaleza del cuerpo retenido en el útero será revelada por su blandura y friabilidad cuando se trata de restos placentarios. El diagnóstico diferencial entre una retención de secundinas con infección y un mioma pequeño en vías de esfacelo, es generalmente imposible por los solos signos físicos, y hay que conceder valor á los antecedentes de la enferma ó prescindir de la naturaleza del cuerpo extraño retenido en el útero y obrar en consecuencia, ya que en ambos casos la conducta del ginecólogo ha de ser la misma.

Las *neoplasias malignas* intra-uterinas podrán algunas veces confundirse con un mioma cuando van acompañadas de hipertrofia del útero y ellas en sí ofrecen cierto volumen. Los caracteres de las hemorragias, y sobre todo la palpación combinada bien practicada, demostrando para el mioma una consistencia determinada y la presencia de un tumor circunscrito, podrán servir para el diagnóstico. En bastantes casos el diagnóstico debe hacerse por medio del tacto intra-uterino ó del empleo de la cucharilla y examen histológico: un sarcoma globular intra-uterino y con nódulo único, no puede distinguirse físicamente de un mioma sub-mucoso. El adenoma y el cáncer los distingue perfectamente el tacto intra-uterino, al apreciar su superficie irregular y friable comparada con la superficie lisa y consistente de los miomas.

Los miomas retro-uterinos pueden confundirse con el embarazo en retro-flexión, con un tumor ovárico retro-uterino, con el hematocele retro-uterino ó con una pelvi-peritonitis crónica del fondo de Douglas.

El *embarazo en retroflexión* presenta algunas dificultades, sobre todo cuando ambas enfermedades se descubren por el síndrome común de retención de orina. El síntoma más característico es la blandura del tumor retro-uterino, que en ambos casos llena y distiende el fondo de saco posterior; cuando se trata de embarazo percibimos claramente la llamada fluctuación uterina, el tumor es depresible, cosa que no ocurre con el mioma, á no ser que éste sea edematoso, hecho posible, pero sumamente raro, porque cuando es muy blando el mioma difícilmente produce la compresión. Aunque con dificultad, por ser difícilmente

asequible, el cuello del útero se presenta distinto en uno y en otro caso, presentando la blandura propia en los casos de embarazo. La anamnesis tiene también su valor en tales circunstancias, pues no es fácil que frente á una complicación seria como la retención de orina, falte la sinceridad por parte de la enferma. Si no hay retención y el ginecólogo tiene dudas, con poner de por medio un período de espera se solventa bien la dificultad, ya que no hay urgencia para tomar indicaciones como la hay cuando los sufrimientos de la retención aguda obligan á una decisión.

Los *tumores ováricos* retro-uterinos pueden confundirse fácilmente con un mioma retro-uterino, pues su forma y situación topográfica es la misma y sus efectos de compresión sobre los órganos pelvianos también. El tumor ovárico suele ser blando y fluctuante, ya que casi siempre se trata de quistes; empero los quistes dermoideos y reticulados ofrecen á veces una consistencia muy parecida á la del mioma, y entonces no es fácil, ni aun por el tacto vaginal y rectal combinados, apreciar el carácter quístico del tumor. En tal caso se hace, por lo común, muy fácil el diagnóstico con el índice en la vagina, sobre el cuello del útero y el medio en el recto, sobre el tumor; se imprimen movimientos de lateralidad y de ascenso sobre el tumor con el dedo rectal, y el índice aprecia si el cuello sigue ó no exactamente los movimientos del tumor, pues, en los casos de tumor ovárico, el cuello no se mueve ó lo hace poco y el diagnóstico diferencial queda establecido con certeza.

El *hematocele retro-uterino* y la *pelvi-peritonitis*, aunque forman un tumor más ó menos globuloso en el fondo de saco posterior no es difícil distinguirlos del mioma retro-uterino, fijándonos sobre todo en la consistencia, forma y movilidad del tumor. Generalmente son más blandos los tumores procedentes del hematocele y pelvi-peritonitis que el mioma, pero sobre todo el mioma se presenta bien circunscrito, globular y de contornos bien dibujados, tanto al tacto vaginal como al rectal, mientras que en el hematocele y exudados peritoníticos los límites de la tumoración son difusos y se pierden hacia los lados, notándose fácilmente que en estos casos las mucosas rectal y vaginal están adheridas á la tumoración, mientras que deslizan fácilmente sobre un mioma. Finalmente, en aquéllos, la tumoración no goza de movilidad por las adherencias que tiene á todos los órganos, mientras que el mioma se disloca y mueve más ó menos fácilmente.

Los miomas ligamentosos que forman tumor hacia el fondo de saco lateral y fosa ilíaca, pueden confundirse con los *tumores ováricos intra-ligamentosos*, con los *tumores anexiales*, con el *hematocele extra-peritoneal*, con los *exudados paramétricos* y aun con el *embarazo extra-uterino*. Como estos tumores suelen ser extra-uterinos, el útero no suele estar aumentado de volumen, pero aun así conserva con el tumor bastantes conexiones para que los movimientos de uno se transmitan al otro, siendo estos movimientos una gran base para el diagnóstico, pues en ninguno de los casos antedichos puede llegar á demostrarse la coincidencia completa de movimientos entre el tumor y el útero. Por otra parte, la consistencia es síntoma de gran valor, pues cuando el tumor es duro y movable no hemos de pensar en tumor ovárico, anexial ni en embarazo extra-uterino; los exudados paramétricos y hematocele extra-peritoneal que pueden presentar cierta dureza son inmóviles. La difusión de las lesiones es otro sín-

toma de gran valor, pues el mioma se limita y dibuja bien á la exploración, mientras que los exudados, hematoceles y aun el embarazo extra-uterino, no suelen presentarse tan limitados.

Cuando se trata de grandes miomas de evolución abdominal el problema diagnóstico suele ser más sencillo y de más fácil solución, pues, una vez establecido que el tumor es de origen genital, cosa fácil con buscar tan sólo las zonas sonoras en la parte alta y la correspondencia del tumor con los órganos genitales por la palpación y percusión de las fosas ilíacas é hipogastrio, que demuestran que no se hallan libres, sólo pueden confundirse dichos miomas con un embarazo ó un quiste del ovario.

El *embarazo* puede confundirse con los grandes miomas intersticiales ó submucosos que tienen un desarrollo simétrico y no son muy duros. El diagnóstico debe fundarse tan sólo en los síntomas ciertos de embarazo, cuales son: los latidos del corazón fetal y los movimientos activos del feto. El soplo materno de nada sirve, pues es muy común en los miomas percibir, por la auscultación, un soplo enteramente igual al soplo materno hacia una de las fosas ilíacas; el peloteo tampoco tiene valor, porque puede encontrarse un peloteo igual en los miomas complicados con ascitis. Los movimientos activos del feto observados por el ginecólogo mismo, tienen un valor absoluto y confirman el diagnóstico de embarazo. La auscultación, revelando los latidos del corazón fetal, es el síntoma más importante y decisivo. Cuando el ginecólogo puede observar contracciones uterinas que revelan el endurecimiento del útero mientras aquéllas persisten y su reblandecimiento cuando cesan, tienen también un valor absoluto. El examen vaginal, demostrando las alteraciones del cuello propias del embarazo, ó tocando una parte fetal al través del segmento inferior del útero, ó demostrándonos peloteo en el fondo de saco anterior que indica ser intra-uterino, sirven de mucho para el diagnóstico, pues el peloteo del fondo de saco anterior puede asegurarse que es intra-uterino, y el peloteo que se puede asegurar que es intra-uterino indica ciertamente el embarazo, pues solamente él puede producir el fenómeno.

Por regla general, el diagnóstico entre un mioma y un embarazo en la segunda mitad del mismo (diagnóstico de suma importancia en los casos de grandes miomas), no ofrece dificultad en tanto se trata de un embarazo con feto vivo. Cuando el feto ha muerto, el diagnóstico es muy difícil y aun á veces imposible; recuérdese el caso de Velpeau de una mujer que ingresó en su clínica diciendo que había tenido dolores de parto, y después de un examen detenido diagnosticó un mioma; al día siguiente fué advertido por los internos de que dicha mujer había tenido durante la noche dolores de parto; volvió á examinarla y dió una de las mejores lecciones de diagnóstico diferencial entre miomas y embarazo, insistiendo en que se trataba de un mioma: el mismo día por la tarde paría la mujer un feto muerto. En estos casos, el único medio diagnóstico es la observación durante ocho ó diez días; si es embarazo, el tumor disminuye y se endurece sensiblemente por la reabsorción del líquido amniótico y retracción del útero; si es mioma, los cambios son inapreciables, si es que los hay.

Los *quistes del ovario* presentan los mismos síntomas que los miomas del útero por lo que respecta á signos físicos de tumor abdominal, con sus zonas mates en el hipogastrio, fosas ilíacas y zona umbilical; pero la palpación denota

la diferencia entre un tumor duro como el mioma y un tumor blando y fluctuante como un quiste. No obstante, á veces el quiste del ovario es multilocular ó reticulado y ofrece más resistencia y menos fluctuación, y por otra parte, un mioma blando ó edematoso puede ser renitente ó casi fluctuante y aun verdaderamente fluctuante en los casos en que es asiento de degeneración fibro-quística; en este último caso, los signos físicos son enteramente iguales á los del quiste del ovario en lo que se refiere á la exploración abdominal.

Para establecer el diagnóstico diferencial en tales circunstancias, debe recurrirse á la exploración combinada, buscando por la vagina el cuello del útero é imprimiendo movimientos al tumor abdominal, los que se transmitirán al cuello si se trata de un tumor uterino; estos movimientos deben ser de lateralidad, debiendo el cuello inclinarse asimismo hacia ambos lados, pues si tan sólo lo hace hacia uno puede ser debido á que el tumor ovárico, perteneciendo al lado opuesto, obre por depresión; de modo que, por ejemplo, si un tumor abdominal dudoso se le mueve de derecha á izquierda y el cuello sigue los movimientos, y no los sigue cuando se le mueve de izquierda á derecha, es señal de tumor ovárico derecho. La compresión del tumor hacia abajo haciendo descender el útero, carece de valor, porque lo hace por presión todo tumor movable que alcanza la pelvis; en cambio, si levantamos hacia lo alto del abdomen el tumor abdominal, y el cuello asciende, el tumor es uterino ó tiene tantas conexiones con dicho órgano que no puede diferenciarse; los tumores uterinos pediculados con largo pedículo también se mueven sin arrastrar el útero. Así se comprende que el diagnóstico diferencial entre un tumor fibro-quístico pediculado del útero y un quistoma ovárico llegue á ser imposible; en estos casos sólo cabe un diagnóstico de probabilidad fundado en los antecedentes y curso de la dolencia, ya que los tumores fibro-quísticos del útero, cuando han adquirido este carácter, tienen evolución tan rápida como los quistes ováricos; cuando el examen vaginal ó combinado demuestra que el cuerpo del útero tiene otros núcleos miomatosos, podemos suponer que el tumor abdominal es también de la misma procedencia. Estos diagnósticos no siempre tienen importancia práctica, porque las indicaciones son en todo caso las mismas; por otra parte, no es raro la asociación de quistomas ováricos con miomas uterinos, y se comprende que fácilmente podría haber confusión.

Con la *peritonitis enquistada* no cabe confusión, porque siempre es fluctuante, y en la exploración combinada no se encuentra relación ninguna entre la colección abdominal y el útero.

Los miomas complicados con *ascitis* se diagnostican de igual manera que los demás, prescindiendo de la ascitis y practicando, á pesar de ella, todas las exploraciones abdominales y vaginales que deben hacerse para llegar al diagnóstico de un mioma. A veces la ascitis es tan considerable que invalida por completo toda exploración abdominal ó combinada, y en estos casos se hace preciso á veces recurrir á una paracentesis previa para hacer un diagnóstico; así ocurrió en un caso que tuve en la clínica oficial, en el que había abundante ascitis, un tumor retro-uterino y sospechas de un embarazo adelantado; con la paracentesis pudo hacerse una exploración directa y combinada del útero, confirmando el diagnóstico de embarazo al quinto mes; la ascitis era producida por un sarcoma retro-uterino del ovario izquierdo del volumen del puño.

Puede verse que concedo toda la importancia al examen directo del tumor para el diagnóstico y poco á la anamnesis, porque realmente creo que ésta puede desviar fácilmente en la interpretación diagnóstica, y en cambio los signos físicos proporcionados por la exploración, recogidos por un ginecólogo bien adiestrado y con hábito suficiente, y agrupados é interpretados luego debidamente, dan una seguridad y fijeza en el diagnóstico casi completas.

Curso y complicaciones.—Los miomas uterinos se desarrollan en multitud de casos con extremada lentitud, y son perfectamente tolerados por el organismo. En 1885 diagnosticué en una enferma un mioma como una cabeza de adulto, que al decir de la interesada hacía ya tiempo que existía: tenía á la sazón 38 años. En 1892 apliqué una serie de sesiones de electrolisis con las que se dominaron en gran parte unas menorragias bastante profusas. En 1897 sobrevino la menopausia, y en 1901 reaparecieron metrorragias periódicas y el volumen del tumor era el de un embarazo de nueve meses. El tumor fué creciendo, las metrorragias persistieron y fué acentuándose un estado caquéctico, falleciendo en 1907 á causa de una complicación pulmonar y cuando el tumor había triplicado su volumen é impedía la deambulacion, habiendo alcanzado la enferma la edad de 60 años. Nunca quiso aceptar la intervencion.

Tipos parecidos al que acabo de citar abundan, para demostrar que el mioma del útero en sí es una afección perfectamente tolerada. No hay práctico que alguna vez no haya descubierto por casualidad un gran mioma con motivo de practicar la palpación abdominal con otro objeto, y del que la enferma no tenía la menor idea.

A pesar de esta lentitud en el crecimiento, el mioma debe calificarse de enfermedad progresiva y persistente, aunque tolerada por el organismo en algunos casos indefinidamente; en otros, la mayoría, por un período de tiempo más ó menos largo, lo que permite establecer en el curso de los miomas un período de *tolerancia* y otro de *intolerancia* por parte del organismo.

PERÍODO DE TOLERANCIA.—Durante este período, variable según lo que tardan en presentarse los acciéntes y complicaciones, que lo convierten de proceso indiferente en enfermedad sensible y á veces gravísima, puede observarse cuál es el curso espontáneo del mioma y la influencia que ciertas funciones ejercen sobre el mismo. Está demostrado que el mioma vive de la vida genital, aparece más pronto ó más tarde con la menstruación, pero es raro que se inicie su desarrollo después de la menopausia. Las congestiones menstruales son, sin duda, un elemento de vida para los miomas uterinos, y así se observa que cuanto más íntimamente forma el tomar parte del útero, más pronto se desenvuelve; por eso los miomas sub-serosos, y de éstos los pediculados, son los que más lentamente se desarrollan y tienen un curso más largo, haciéndose á veces estacionarios, sin que se note su crecimiento en lapsos de tiempo bastante largos, de dos ó tres años, por ejemplo. En cambio, los intersticiales y sub-mucosos, más identificados con el útero, crecen con mayor rapidez y están más fácilmente sujetos á las complicaciones propias de estos casos. Esto mismo nos dará á comprender la influencia que ciertos fenómenos naturales ejercen sobre los miomas del útero, como son la *menopausia* y el *embarazo*.

Menopausia.—Es una opinión clásica entre los autores que la menopausia ejerce una acción favorable sobre la evolución de los miomas del útero. Sin duda que hay un gran número de pequeños miomas favorablemente modificados por la menopausia; muchas de esas mujeres que tienen una menopausia tardía y accidentada por menorragias, sufren pequeños miomas, á veces inasequibles á la exploración; sobreviene la menopausia y desaparece toda manifestación, sin que el mioma ó miomas se desarrollen. A veces algunos miomas de tamaño bastante grande para ser diagnosticados físicamente, quedan completamente silenciosos después de la menopausia, que siempre es tardía en tales casos, de modo que lo que sí puede asegurarse es que la menopausia resulta retardada por la existencia de miomas.

Pero los casos precedentes no son los que tienen verdadera importancia práctica, pues como no tienen indicación quirúrgica, no hemos de preocuparnos por si algún fenómeno natural la hace innecesaria; no ocurre lo mismo con los grandes miomas diagnosticados y que preocupen á la enferma y al ginecólogo. Se trata de saber la influencia que sobre los grandes miomas, ya abdominales, ya pélvicos, puede ejercer la menopausia; muchos ginecólogos han dicho que sobreviene la atrofia de los mismos, que las metrorragias cesaban y que la curación era la regla. Los ginecólogos de antaño, de los que todavía sobreviven algunos, poco adiestrados en la laparotomía, creían curados por la menopausia grandes miomas, que ignoraban habían sido operados por otro colega. Lo positivo es que los ginecólogos cirujanos y los cirujanos generales, poseemos un gran número de observaciones en las que se demuestra claramente el fracaso de la acción atrofiante de la menopausia, y hasta hay quien opina, como Lawson-Tait, que al llegar la menopausia los miomas uterinos están más expuestos á complicaciones. Richelot, Peau, Doyen, Veit, Chrobak, Olshausen, Noble, Kelly y muchos otros, han ido demostrando con cuanta frecuencia las enfermas de miomas uterinos dejan de beneficiar de la menopausia, presentando ejemplos de mujeres en que la operación se ha hecho precisa de cincuenta años para arriba.

Negar en absoluto la influencia de la menopausia sería también exagerado, y si he de atenerme á la opinión de muchos autores y á mis observaciones personales, bastante numerosas, he de decir que, tratándose de miomas que han adquirido ya cierto volumen, la acción de la menopausia es absolutamente nula en los miomas sub-serosos pediculados y en los sesiles que han alcanzado ya cierto tamaño, en los afectos de degeneración quística, sea cual sea su topografía, y en los sub-mucosos, sean pediculados ó sesiles. Los únicos que benefician de la menopausia y aun no de una manera constante ni mucho menos, son los intersticiales y los sub-peritoneales pequeños y sesiles. Este hecho de observación concuerda perfectamente con lo antes dicho, de que los miomas benefician de la congestión menstrual. Al venir la atrofia menopáusica del útero, el mioma intersticial sufre una regresión y puede quedar estacionado por transformación fibrosa, aunque no llegue á desaparecer. Esta influencia bienhechora sufre múltiples excepciones, ya porque por la acción misma del tumor la regla se prolonga indefinidamente, ya porque éste tiende á hacerse independiente del útero ó sufre alteraciones incompatibles con su tolerancia.