

Facultad de Medicina de Madrid

Besis de doctorado

Conducta que debe seguirse en los embarazos complicados con tumores abdominales.

Por

Don Miguel Martí y Pastor,
Médico agregado al Hospital de la Piedad
de Madrid

·G·

MADRID - 1901



Excmo Sr:

Al comenzar un trabajo, sea éste de la índole que se quiera, hay que cumplir con la fórmula imprescindible del exordio, como preliminar de respetuoso homenaje y como medio para enunciar el tema que se trata de desarrollar.

Siempre estos exordios fueron fatigosos y pesados, y tanto más en aquellos que como yo, están faltos de dotes literarias, para a-

menzarlos con floridas y atinadas frases.

Por lo tanto seré breve y solo he de hacer constar, que poco y muy poco se encontrará de original en mi trabajo, pues poco puede presentar a la respetable consideración del tribunal, el mas inepto de los escolares que há pocos meses abandonó las Aulas, para lanzarse animado de buenos deseos á la honrosa tarea de la profesion médica.

En tan breve plazo, ya se comprendería que es casi imposible el coleccionar datos y formar estadísticas propias, para sacar de ellas pruebas evidentes donde fijar las conclusiones de mi tesis. Así es que inspirado en la sabia experimentacion de autorizados maestros, me he de permitir exponer algunas conclusiones relativas al tema siguiente:

7

Conducta que debe seguirse en los embarazos complicados con tumores abdominales.



El tema aunque de gran trascendencia, es de por sí árido y difícil de desarrollar, pues, de una parte, lo poco que se halla dilucidada la cuestión y el no haberse formado verdadero cuerpo de doctrina; y de otra, la ineptitud del que pretende desarrollarla, son motivos más que suficientes para que existan multitud de humores, que me ponen en el caso de suplicar la indulgencia de vuestro criterio.

Desde el tiempo de los romanos, en que Numa Pompilio, proclama una ley prohibiendo enterrar a una mujer embarazada, sin haber extraído previamente el niño por una abertura practicada en el bajo vientre, hasta el año 1500 en que se sabe con certeza, que por primera vez, el castrador de fierros, Nuffer de Sigershausen abrió a su mujer el vientre luego de cinco días de parto y pudo extraer un niño vivo salvando a la madre de una muerte casi segura; hasta el siglo 18, en que vistos los resultados de la cirugía abdominal, que desde Schek de Grafenberg en 1600 venían practicándose y provoca una reacción en Aulean, Simon, Delamotte, Sebret etc para que apliquen la cirugía a la *ginecología*; hasta nuestros días,

5

en que Bossi, Gardil, Cochobac, Arnot, Peterson, Süsserott etc. etc, la ponen en práctica han sido innumerables las opiniones emitidas y múltiples las discusiones que se han agitado en el campo de la ciencia, para dilucidar las reglas que debieran seguirse en el tratamiento de tumores y embarazos concomitantes.

El calor de las discusiones sobre esta cuestión sube de punto à medida que nos aproximamos à la época actual, pues hace algunos siglos solo se atendia à la vida del hijo cuando ^{en} la de la madre era imposible de evitar un funesto desenlace, à principios del siglo 19 se pretende salvar à la madre y al hijo y se obtiene la conclusion de que las operadas en el campo dan mejores resultados que las operadas en la capital, en 1876. *Livorno*

deja atonitos a los cirujanos de su tiempo cuando ven que no solo practica la incision del intesto, sino la ablacion de la mayor parte del organo. Se llega por fin a nuestros tiempos y con ellos a la asepsia y a la antisepsia, y los cirujanos de hoy dia se esfuerzan en perfeccionar el diagnostico y pronostico para aplicar los valiosos recursos con que cuenta la cirugía. Asi vemos a Bossi, Gutierrez, Spencer, Wells, Cospedal, Gradner etc etc que diagnostican un quiste ovarico que complica un embarazo y se deciden a abrir el vientre y extraer un tumor que ha de provocar trastornos durante la gestacion y dificultar el parto y el embarazo sigue y el parto se efectua felizmente. Gardy, Peterson, Ormbrück, Heberlé etc observan que hay una matriz fibro-

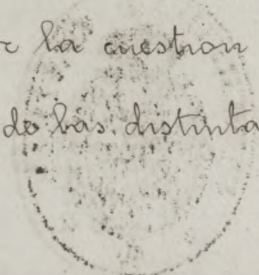
7

matosa que haciendo imposible el parto natural y hasta el completo desarrollo del producto de la concepcion compromete la vida de ambos seres, y en los primeros meses del embarazo estirpan la matriz y con ella el fibroma y el producto de la concepcion. Arnott ve que hay un embarazo al cual acompaña una piosalpingitis doble, que por la compresion de un utero que aumenta de volumen pueden romperse las bolsas de furo y acabar por una infeccion peritoneal que compromete la vida de la madre y la del feto, y Arnott interviene estirpando dichas bolsas y el embarazo sigue y la mujer paze con toda facilidad.

Riescheimer, Kelly, Inosecot etc encuentran que hay un embarazo al cual

acompaña un fibroma que tiene su asiento en el fondo del útero, y permanecen en expectación, y el embarazo sigue, y al llegar á término practican la operación de Forss y extraen el feto con vida, estropan la matriz con el tumor y la madre queda con su hijo y libre de la neoplasia que contenia su matriz, que siguiendo su evolución hubiese terminado con su existencia.

Ahora bien; con lo dicho tenemos mas que suficiente, para ordenar el curso que hemos de seguir en el desarrollo de nuestra tesis. Para ello nos fijaremos en que los tumores abdominales pueden ser diagnosticados durante el embarazo ó durante el parto, y que hay mucha diferencia entre ambos casos; y de ahí que tengamos que estudiar la cuestion bajo estos dos puntos. Ademas, de las distintas ma-



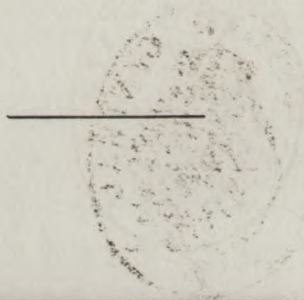
neras como interengamos ó nos abstenamos, han de influir de algun modo sobre la vida de la madre ó del feto y necesitamos establecer comparaciones. Por todo lo cual venimos á dividir el tema en los cuatro puntos siguientes:

1º ; Diagnosticada la neoplasia durante el embarazo debe intervenirse ?

2º ; Diagnosticada la neoplasia durante el parto que conducta hay que seguir ?

3º ; Influencia comparativa de la intervencion ó de la abstencion acerca de la vida de la madre.

4º ; Influencia comparativa de la intervencion ó de la abstencion acerca de la vida del feto.



I

Cuantos hombres de ciencia se han dedicado y se dedican a la práctica de la ginecología conocen casos propios de enfermas que estando embarazadas presentaban en su vientre algún tumor que complicaba su embarazo.

A **Gardij** se le presentó el 20 de Octubre de 1893 una enferma que aquejaba abundantísima menorragias. En el mes de Abril de 1894 se le apareció una tumoración abdominal, de consistencia firme y que se elevaba a dos traveses de dedo por debajo del ombligo. El

tacto vaginal demuestra que por delante y por detrás del útero existe una tumoración que se continua con la matriz. El tacto rectal demuestra lo mismo. Se diagnostica de fibromioma del útero y al proponerse la operación se niega. En 1896 se presentó la enferma suplicando la operación, pues el vientre se había abultado de tal manera que llegaba hasta algo más arriba del ombligo; dice la enferma que hacía dos meses que no había tenido las menstruaciones. Los dolores son intensísimos y el estado general haciéndose cada vez peor. Se diagnostica un embarazo además del tumor. En vista del mal estado general y de los intensos dolores que sufre la enferma se decide a operarla. El 11 de Junio se hace la operación, se abre el vientre y aparece un útero completamente fibro-

matoro y de un volumen enorme; en su interior había un feto de ocho ó diez semanas. Se hizo la histerectomía abdominal total por el procedimiento de Doyen. El 26 de Junio quedó la enferma perfectamente curada.

Nonprofit da cuenta de un caso parecido, un útero fibromatoso y un embarazo. El tumor ocupaba el segmento inferior y era bastante voluminoso. Se dejó a la enferma que evolviese el embarazo. Al quinto mes aparece con fuertes dolores y repetidas hemorragias que comprometen su vida. Se la hizo la histerectomía abdominal total. A los diez y siete días abandonó la clínica completamente curada.

El Dr. Gutierrez, entre varios casos, da cuenta de dos embarazos complica-

dos con tumores del útero. Uno de ellos era una matriz con varios fibromas, de los cuales uno ocupaba la excavación fibrica; el otro caso era una enferma que presentaba un fibroma subperitoneal que llenaba la excavación y mitad izquierda de la región hipogástrica rechazando la matriz arriba y a la derecha. Hay que advertir que las dos enfermas no presentaban molestias de ningún género, ni síntomas alarmantes. Se dejó que las enfermas siguieran en el estado que se encontraban hasta que se consideró que el embarazo había llegado a término. Ya en el noveno mes de gestación se abrió el vientre y se sacaron dos niñas con vida y se estirpó la matriz con el tumor. Las enfermas curaron perfectamente.

Osnabrück observó un fibroma

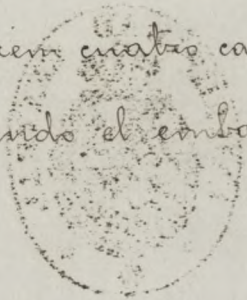
de grandes dimensiones y un embarazo de pocas semanas. En vista del grandísimo volumen y calculando que no podía llegar á término, practicó la histerectomía abdominal total. La enferma curó completamente.

Peterson vió una enferma que además de contener un embarazo de cuatro meses presentaba un fibroma que la producía atroces y continuos dolores. En vista de los sufrimientos y que las funciones de la micción y defecación se habían dificultado fué operada con éxito.

Kannegiesser operó un fibroma subperitoneal del fondo de la matriz en una mujer que presentaba un embarazo de seis semanas. Este continuó, llegó á término y la operada dió á luz perfectamente.

El Dr. Gutierrez, en 20 de Marzo de 1899 reconoció una enferma embarazada de seis meses, cuyo embarazo coincidía con un quiste del ovario izquierdo. Hecho el diagnóstico, decidió practicar la ovariectomía. El 11 de Mayo del mismo año, abrió el vientre estirpando completamente el quiste. Al separar el tumor el útero gravido que estaba comprimido y rechazado por el quiste recobró su posición normal. Se limpió la cavidad abdominal y se suturaron los labios de la herida. Abandonó la clínica completamente curada a los veinte días de operada. El 23 de Agosto, dió á luz un niño con toda felicidad.

Bossi presentó también ^{cuatro} casos de quistes ováricos complicando el embarazo.



1.º S. H.; de 28 años de edad; sin antecedentes: Las últimas reglas datan de últimos de Junio. Notanse progresivamente los síntomas de embarazo. Se nota que el volumen es exagerado y superior al de una gestación y fenómenos de compresión. Se diagnostica embarazo de seis meses, complicado con un quiste del ovario. Se operó el 10 de Diciembre de 1890, extirpando un quiste del volumen de una cabeza de feto de término. La operación duró diez y ocho minutos. Los primeros días que siguieron á la operación se apreciaron ligeras contracciones que cedieron administrando el *viburnum prunifolium* con un poco de lándano. El día 21 abandonó la clínica. Su preñez llegó á término dando á luz un niño.

2.º Se diagnosticó embarazo de cinco meses y quiste en el ovario izquierdo. Se operó el 12 de Mayo de 1898. Abandonó la cama á los catorce dias de operada y la clinica á los veinte. Continuo el embarazo, llegó á término y el parto se verificó normalmente.

Ydénticos á estos casos presenta Bossi dos mas, que no exponemos por la semejanza con los anteriores.

Habiéndose ausentado de Madrid mi distinguido maestro el Dr. Isla, nos dejó encargados de la clinica de pobres de enfermedades de la matriz. A los pocos dias se nos presentó una enferma diagnosticada de hidroamnios. La reconocimos y nos pareció se trataba de un embarazo complicado con

un quiste del ovario.

No abreviándonos por nuestra parte a intervenir, dijimos a la enferma que al día siguiente se presentara en el hospital de la Princesa para que la examinara nuestro distinguido maestro el Dr. Cospedal y reconocida la enferma detenidamente confirmo el diagnostico que habiamos hecho.

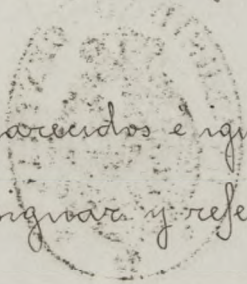
El 6 de Marzo de 1901, previa desformizacion por el Dr. Pelegin, el Dr. Cospedal ayudado por el Dr. Berge opero la enferma, extirpando un voluminoso quiste del ovario derecho. La matriz se encontraba en gestacion. La enferma abortó a los cuatro dias de operada y abandono la clinica perfectamente curada a los 17 dias.

Mundé, Gardner, M'Gonog-

mercy y Passer presentan 38 casos de castración doble durante el embarazo. De estas enfermas 23 presentaban quistes ováricos, 6 pio-salpingitis dobles; 3 de estos casos correspondían a una salpingo-ovaritis crónicas y uno de ellos era un quiste-para-ovarico. Todas estas enfermas fueron operadas y terminaron el embarazo y parieron sin obstáculo ninguno.

Arnott y Burd, practicaron la castración doble en una enferma que estaba embarazada y presentaba dos quistes dermoideos y uno de ellos con pedículo torcido. La enferma terminó el embarazo y parió un niño vivo.

Multitud de casos parecidos e iguales a los citados podríamos consignar y refe-

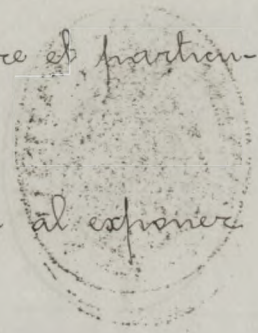


rive si no temieramos hacer una lista dema-
niado larga y sino creyeramos que en los e-
jemplos citados tuvieramos suficientes datos
para deducir la conducta que hay que seguir
en los embarazos complicados con tumores.

Como hemos visto, los tumores ab-
dominales pueden tener su asiento en el inte-
ro ó en los organos vecinos, por lo tanto y
para mas claridad los estudiaremos sepa-
rados, comenzando por los que se localizan
en el intero.

Los fibromiomas son los tumores
nterinos que con mas frecuencia complican
el embarazo, de ahi que comencemos hacien-
do algunas consideraciones sobre el particu-
lar.

Hemos visto tambien al exponer



las notas anteriores que ha sido distinto el tratamiento de los fibromiomas durante la gestación: unos han operado durante el embarazo estirpando tumor, matriz y producto de la concepción; otros han estirpado el tumor abandonando la matriz con su contenido, y por fin, otros han dejado las cosas como las vieron y al final de la época de gestación abrieron resueltamente el vientre para estirpar la matriz, el tumor y extraer vivo el feto.

Ninguno de los cirujanos de que antes hemos hecho mención y que diagnosticaron un fibromioma en el periodo de gestación abandonó el embarazo para que al llegar á término se verificase la expulsión por las vías naturales. Esa es la destrucción que

se saca de los casos citados y de otros muchos conocidos.

¿ Por ventura, en los fibromiomas complicados con embarazo, que conducta hay que seguir? ²

Nosotros opinamos y como nosotros, creo opinarian la mayor parte, que diagnosticado un fibromioma en el periodo de la gestacion debe abandonarse, sin intervencion de ningun genero, para que el producto de la concepcion se desarrolle y llegue a termino.

Esto es la regla general y lo que debe hacerse; pero hay casos en que precisa la intervencion y muchas veces de una manera urgente porque viene a llenar una indicacion vital.

Esta manera de proceder, se apar-

ta de lo que consideramos conducta general en el tratamiento de los miomas en la gestacion; pero se presentan complicaciones tales que obligan desde luego à intervenir antes que el producto de la concepcion llegue à su termino.

Las complicaciones que pueden presentarse y que obligan al ginecologo à apartarse de la linea de conducta trazada para tratar estos embarazos, son varias y se nos presenta en primer termino la hemorragia. Estas son sintomáticas de los fibromas uterinos, pero durante la gestacion suelen desaparecer con alguna frecuencia. No obstante hay casos en que se presentan en cualquier época del embarazo y entonces cuando ya están agotados todos los recursos

de la terapéutica médica, no queda otro tratamiento que el quirúrgico, es decir la extirpación del tumor y con él, la matriz y el feto. Esta manera de intervenir, está perfectamente indicada y es sobradamente racional, pues por una parte existe una hemorragia que continuada o exacerbada puede terminar con la vida de la enferma; por otra el producto de la concepción no puede llegar a término, pues estas hemorragias han de provocar el aborto, como demuestra perfectamente Tinay, apoyado en estadísticas

Y si tenemos una hemorragia que hace peligrosa la vida de la enferma; si tenemos casi la seguridad de que el producto de la concepción no ha de llegar a término, y si a esto añadimos, que existe un tumor que solo pue-

de encairse con el filo del bisturí; ¿no sería lógico y racional que optemos en este caso por la extirpación?

Existe otro género de complicaciones que exigen durante el curso del embarazo una intervención quirúrgica. Los fenómenos de compresión, más o menos graves, y siempre difíciles de soportar, que resultan del desarrollo simultáneo del tumor y del huevo, son más frecuentes en ciertos tumores intersticiales y subserosos y debe intervenir pronto. Se observa estreñimiento, retenciones de orina, disuria, dolores en el hipogástrico, riñones y muslos; estos dolores obran por vía refleja sobre el estómago y el corazón, produciendo vómitos, palpitaciones, aritmia y disnea. Hay mujeres que no pueden soportar el decúbito dorsal, para

las cuales el sueño se hace imposible y han quedado incapacitadas para ejecutar el menor esfuerzos. Todo esto pues que cuando se inician los fenómenos de complicaciones, se acentua cada día mas y mas, produce un estado de perturbación tal, que obliga de una manera indiscutible a intervenir de un modo radical, como ya he citado al consignar los casos tratados por Gardil y Monprofit, es decir: la ablación del tumor y la matriz. La histerectomía abdominal total. salvó la situación.

Hay también casos en los cuales se necesita una intervención, y esta indicación es hija de la influencia del tumor sobre el estado general. La neoplasia antigua que por espacio de años ha tenido su asiento

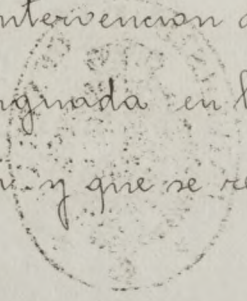
en el útero camina hacia la *coagresia fibromiomasosa* que se hace mas rápida, cuando el útero ha tenido la desgracia de prestar asiento al óvulo fecundante. En tales casos la operación se hace precisa, la vida de la madre camina rápidamente a la consumición, al agotamiento y a la muerte y ante caso semejante hay que oponer un dique y terminar con la causa productora de esos trastornos, aun a costa del producto de la concepción, que de todas maneras habria de sucumbir, por faltas de energía, de una parte, del órgano que le contiene, y de otra del ser que la proporciona los medios para que viva.

Hoyavia hay otro caso en el cual creemos debe intervenirse durante el embarazo; pero aqui ya no se análoga el producto de

la concepcion, en esta clase de intervencion es solo para quitar obstaculos y se verifique en condiciones normales el embarazo y el parto.

Esta manera de intervenir se refiere a los fibromiomas con pediculo que se implantan o en el canal cervical, o en el fondo del utero (sub-peritoneal). En el primer caso es accesible por la vagina, en el segundo caso se abre el vientre y se extirpa el tumor y el embarazo sigue su curso normal y el parto puede verificarse por la via natural como fudiese realizarse en condiciones normales.

Ya citando referir los casos recogidos sobre estas cuestiones, la intervencion de Hannegiessen descrita y consignada en la Revista ginecologica de Pozzi y que se re-



seria à un fibromioma pediculado que tomaba asiento en la cara postero superior del útero, terminando el embarazo y verificándose el parto en condiciones normales.

Richelot describe recientemente un caso parecido al anterior, solamente que presentaba además un polipo fibroso en el cuello.

Por fortuna esos casos no son los más frecuentes y estas complicaciones no se presentan, ó si se presentan pueden corregirse (cuando se trata de hemorragias) ó son tolerables (compresion). En ese caso hay que fijar la atención en la enferma, estar à la expectativa, sujetar à la enferma à un régimen higiénico y permitir que el feto ducto de la concepcion llegue à su término.

¿Quiere significar esto que debe abandonarse el embarazo hasta llegar a término para que el parto ^{se} por la vía natural y con los esfuerzos de la naturaleza?

De ningún modo. Ya hemos visto como se conduce el Dr. Gutierrez en los fibromiomas que se le presentaron complicando un embarazo, cuando no presentaron ningún fenómeno que comprometiera dicho estado, pues dicho doctor a semejanza de Pozzi, Duplay y Trosthan, esperaron que el embarazo llegase a término para intervenir, no aventurándose a esperar que se presentaran fenómenos de parto; que la dilatación se insinuara y mucho menos que las contracciones uterinas comenzaran a pretender desalojar de la cavidad uterina

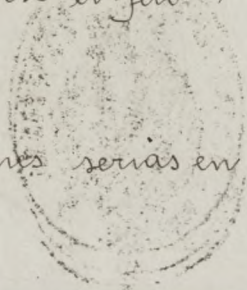
el producto de la concepcion en condiciones de viabilidad.

Nuestra opinion es la de los que creen que en los fibromiomas diagnosticados durante el embarazo debe intervenir, cuando nos hayamos convencido de que dicho embarazo llegó a término.

¿Es que no puede verificarse el parto en matrices fibromatosas?

Si por cierto; el parto puede verificarse, como vemos al desarrollar el segundo punto de nuestra tesis y tanto mas en los fibromas pequeños y que no ocupan la excavacion pélvica; pero no obstante, continuaremos afirmando que debe extraerse el feto por la via abdominal.

Una de las complicaciones serias en



el parto, cuando existen fibromas en el útero, es, el que estos fibromas de volumen bastante grande ocupan la excavación pélvica. Fournier ha dicho en la Sociedad de Cirujía que « Los fibromiomas que ocupan la excavación son complicaciones serias y gravísimas ». Efectivamente; un tumor que ocupe la excavación ha de modificar la dimensión del conducto pélvico y ha de motivar una *distocia*.

Las inserciones viciajas de la placenta son frecuentes en los embarazos complicados con miomas uterinos, tanto que de las estadísticas de Taves y Seforo hemos podido sacar como resultado que es 42 veces más frecuente que en estado normal.

Las presentaciones de tránsito son

mucha más frecuentes que en estado normal y lo demuestran perfectísimamente los datos siguientes: *Folozzinox* en 48 casos observó 10 presentaciones de tronco. *Diiscroft* en 68 casos encontró 12 presentaciones de tronco y *Seslowe* en 102 encontró 17 presentaciones de tronco.

Más frecuentes son todavía las presentaciones de malgas y se explica perfectamente si se piensa en la ley de acomodación formulada por *Pajot* de la manera siguiente: « cuando un cuerpo sólido está contenido en otro, si el continente experimenta alternativas de movimiento y reposo, si las superficies son poco angulosas y resbaladizas el contenido tenderá incesantemente a acomodarse su forma y sus dimensiones a las formas y di-

mensiones del continente » La presencia de un tumor en el estrecho superior, disminuye el espacio por el cual el feto puede encajarse, y como este último toma siempre la situación que le es mas cómoda, se insinuará por la mas pequeña de sus extremidades, es decir, por la pelvis.

Esta condicion que impide al feto que se acomode á su continente, le deja largo tiempo una gran movilidad, y durante el embarazo y hasta en el parto, se observan mutaciones de posicion, que resultan de la estrechez de la hilerá pélvica.

He ahí los fenómenos y complicaciones que para el parto preparan durante el embarazo los niños internos. Todas esas complicaciones pueden salvarse

operando á tiempo; es decir esperar que el producto de la concepcion haya llegado al final de su desarrollo y practicar la operacion de *Forceps*.

Trante á aquellos que nos objetan diciendo que hay muchos casos de fibromiomas que han complicado un embarazo y no obstante el parto se ha verificado por la via natural, presentaremos todo este numero de complicaciones; que desde las mecánicas por reduccion de diámetros, hasta las de vicios de insercion de la placenta y hasta malas presentaciones todavia mas dificiles que cuando el utero se encuentra en las condiciones normales, para ver si pudiendo salvar todos estos accidentes con menos detrimento para la madre y el hi-

jo, se ouza de brazos y se lanza al azar esperándolo todo y teniendo que recurrir a un tratamiento que era el mismo que debiera haberse implantado antes de llegar a ese extremo.

Hemos dicho con menos detrimento para la madre y para el feto, porque así es en realidad, pues Sisserott de 147 casos observados en partos efectuados por la vía natural, registra 53 por 100 de mortalidad para la madre y 56 por 100 de mortalidad para el feto; Mas recientemente Kirshimmer presenta una estadística relatada por Kelly en la Revista de ginecología en la que Forzi acusa una mortalidad para la madre del 40 por 100.

De los resultados obtenidos en el

tratamiento quirúrgico de estos casos.

Felstedt cuenta con un 20 por 100 de mortalidad, Kirchner 26 por 100, Olshansen 19 por 100 y por fin Chrobak 6 por 100.

Como se ve hay menos mortalidad con la intervención que dejando al embarazo a que se resuelva por el parto.

Ahora bien; si para el hijo y la madre las estadísticas son favorables y la madre para evitar la neoplasia de su útero no puede prescindir de una operación; ¿no será más lógico que se verifique cuando el embarazo sea término y a la vez que evitamos una lesión, se previenen complicaciones que pueden ser fatales para la madre o el hijo o para los dos?

Los quistes ováricos son tumores que también se presentan en el curso del embarazo y que complican el mismo. Esta clase de tumores, por cuanto se refieren al parto no tienen tanta influencia como los fibromas uterinos.

¿Quiere decir esto que dichos tumores quísticos abdominales no influyen de modo alguno sobre la duración del trabajo y jamás hacen imposible el parto espontáneo?

Estos quistes producen de ordinario una distocia ligera rechazando el útero a uno de los lados del abdomen y produciendo una oblicuidad mayor o menor, lo que favorece la presentación viciosa y modifica la fuerza y regularidad de las contracciones uterinas.

Los quistes, mas ó menos esclavados en la excavacion febriana, no oponen siempre un obstáculo insuperable al parto; si son poco voluminosos y ocupan el saco posterior, permiten á un feto pequeño atravesar una pelvis grande. Ademas si no tienen adherencias y su pediculo es bastante largo, suben algunas veces mas arriba del estrecho superior y pueden ser rechazados á este punto en los últimos meses de la gestacion ó en el momento del parto. Pero en la mayor parte de los casos, estos quistes de consistencia dura, son á la vez adherentes y cuando al fin de la gestacion ó principio del parto tiende á encajarse la parte fetal, rechaza por delante el quiste, el que bajo la influencia de este traumatismo puede rom-

perse y producir hemorragias.

Si como hemos visto, en muchos de los casos el parto espontaneo se verifica en condiciones normales, debemos por ello abandonar el quiste en el vientre, cuando lo diagnosticuemos en el embarazo, para que el parto se verifique espontaneamente?

Nuestra opinion es de que no debemos aventurarnos a que se inicie el parto conteniendo el abdomen el quiste y que exija un tratamiento en el curso del embarazo y que este tratamiento debe ser la *ovariotomia*.

Las razones que tenemos para opinar de este modo son varias. Aunque hemos dicho que el parto puede verificarse en buenas condiciones, no por eso

dejan de presentarse complicaciones graves, aun cuando desde luego, hemos de pensar que un quiste ovarico durante el parto siempre es una complicacion. Ribemont da cuenta de algunos casos en que la fuesion del feto sobre el tumor fue tal, que este rompió el suelo perineal, la pared posterior de la vagina, una parte del tabique recto-perineal y salió luego por el ano.

Gardien y Spencer Wells citan casos de rotura del quiste en el momento de la expulsion. Sitzman ha comprobado 24 defunciones en el momento del parto de 54 casos observados. Heiberg cita en la Revista de ginecologia de Pozzi una estadística que nos parece algo exagerada y dice, que de 291 partos observados ha comprobado

el 25 por 100 de mortalidad para la madre y el 75 por 100 para el feto.

Vinay copia de Remy la siguiente estadística referente a la terminación del parto en 116 casos:

Expulsión espontánea	27	veces
Separación del tumor	21	"
Linción	17	"
Incisión	7	"
Forceps	20	"
Version	3	"
Cranectomía	14	"
Operación cesarea	4	"
	<hr/>	
	116	"

De esta estadística sacamos en consecuencia que el parto natural no se ha verificado, mas que^{en} la proporción del 30

por 100.

Hay todavía mas que nos inclina a extirpar el tumor durante el embarazo. Antes de dejar que la gestacion llegue a termino y durante el curso de la misma pueden presentarse complicaciones graves y de mayor trascendencia que las que presentan durante el parto y que como hemos visto no estan exentas de gravedad.

Una de las complicaciones que puede presentarse y que reviste mucha gravedad es la *rotura del quiste*. El liquido comprimido con demasiada fuerza hace estallar su cubierta y se vierte en la cavidad peritoneal; de lo que resulta a menudo una peritonitis sobreaguda y la muerte rapida. Estos accidentes se producen lo mismo duran-

te los primeros meses que durante el periodo terminal y parece frecuente como ya he citado durante el parto. Cuando sobreviene al principio del embarazo, resulta, como lo ha notado Owen, de que los dos tumores, utero y quiste, se estorban el uno al otro, en la estrecha hilerca pélvica, y « cosa notable, dice, siempre es en esta época y cuando el útero está confinado, como el quiste, en la pequeña pelvis, cuando se verifica la rotura. En dos casos, la rotura ocurrida en las primeras semanas de la gestacion produjo la muerte ».

Puede ocurrir, que habiendo contraído adherencias con órganos vecinos ó con la piel, se verifique la rotura al exterior ó en la cavidad de la vejiga ó del intestino, el peligro inmediato en estos casos se encuentra no-

tablemente disminuido por esta circunstancia; pero el interior del saco quede expuesto à una supuración interminable.

La gravedad de estas roturas es grande; Rémy de 257 observaciones de quistes complicando embarazo observó 51 rotura de quiste, de las cuales hubo 23 curaciones, 24 muertes y 2 resultados desconocidos, lo cual dá una mortalidad del 50 por 100.

Otras complicaciones pueden presentarse como la *torsion del pediculo* y la *inflamacion del quiste*.

La primera trae como consecuencia la gangrena de su pared, la segunda determina adherencias que pueden inmovilizar el tumor y hacer mas difícil la operacion de la ovariectomia.

La degeneracion maligna del tumor es obra de las complicaciones que se presentan y de las discusiones de Letter, Olshansen, Mosler, Jacobbi y Ruge de si son provocadas por el embarazo o ya existen en parte antes de la gestacion, y solo me permito citar que estas degeneraciones se presentan con mas frecuencia cuando el utero se encuentra en estado gravido que cuando permanece en estado de vacuidad.

Todas estas complicaciones se presentan durante el embarazo concomitante con los quistes ovaricos; durante el parto se presentan tambien complicaciones graves y todo ello es lo que nos induce a que se practique la operacion radical, que es la unica que puede garantizarnos que dichas com-

plicaciones no han de presentarse.

Respecto a los resultados del tratamiento radical de los quistes ovaricos durante el embarazo por la ovariostomia, ya los hemos visto al principio de nuestro trabajo al citar los casos de Bossi, Gutierrez, Cospedal, M_unde, Gardner, Montgomery y Poffer; en ellos hemos observado que dicho tratamiento ha respondido a los deseos apetecidos y que ademas tal tratamiento creativo para la enferma y de preveer las complicaciones que pudieran sobrevenir durante el embarazo o el momento del parto, las operadas llegaron a termino y dieron a luz felizmente. Solo en el caso del Dr. Cospedal hemos visto que la enferma abortó, esto no contradice una operacion, pues aunque no lo hemos indi-

cado antes, el aborto es uno de los resultados que con frecuencia se presenta en el curso de estas afecciones y tanto mas en la enferma à que me refiero, de lo cual podemos proporcionar datos por haber contribuido à dilucidar el diagnóstico y que además de onímicia, con antecedentes tuberculosos, llegó à la clínica en un estado general deplorabile, y nada de extraño fue que à los cuatro días de operada sobreviniese el aborto, que vemos fuera provocado mas que por la operacion, por la influencia del estado general y por faltas de energías de la enferma.

De todo lo dicho deducimos que en los embarazos complicados de quistes ováricos, la ovariectomia es el ~~tratamiento~~ ^{tratamiento} que se impone nada más hecho el diagnóstico y

además que no solo en los quistes ovarios si-
no tambien en todos aquellos tumores o le-
siones que de alguna manera pudiesen com-
plicar el embarazo o el parto y siempre que
dicha complicación sea de alguna trascen-
dencia para la madre, para el feto o pa-
ra ambos; y teniendo en cuenta que la lapar-
otomía durante la gestación no ofrece me-
nos probabilidades de éxito que fuera de
dicho periodo. Arnott y Bowd extirpan-
do piosalpingitis durante la preñez y el
parto llegó a efectuarse a término; Bowee
diagnostico una rotura de bazo duran-
te el embarazo y abrió el vientre, hizo la
ligadura del pedículo, practicó la esplenec-
tómia, lavó la cavidad abdominal para
desalojar los coágulos y suturó. El emba-

cazo siguió su curso y el parto se efectuó
normalmente.



II

En los embarazos complicados con tumores abdominales, puede muy bien darse el caso que llegado á término y comienzen los fenómenos de parto.

En estos casos el tocólogo cuenta con pocos medios para evitar las complicaciones que pudieran sobrevenir, pues una vez ante la enferma, en la que ya las contracciones han tenido su comienzo ha de pensar seriamente la conducta que ha de

seguir, la que debe adaptarse al diagnóstico de la neoplasia, de su implantación, volumen, etc.

Puede encontrarse ante una matriz fibromiomatosa y lo primero que hay que averiguar es el punto donde está implantado el tumor.

Las neoplasias pueden haber tomado su asiento en el fondo del útero, (es el caso más favorable; y el de menos complicaciones); aquí que los resultados, además de poderse vencer con relativa facilidad, puede peligrar menos por la madre y por el feto.

En este caso las contracciones uterinas son algo menos energicas, menos eficaces. No obstante la marcha del parto se

modifica poco y la expulsión puede verificarse bien, y solo (y esto con mucha frecuencia) cuando la inercia uterina se acentua se hacen imprescindibles las aplicaciones del forceps.

¿ Sucede lo mismo en los fibromas del segmento inferior? No por cierto. Los miomas implantados en el cuello son un obstáculo grande á la marcha del parto, pues la presencia del tumor impide el encajamiento del feto, la dilatacion y desaparicion del cuello se hace lenta por la influencia del tumor que invade todo el segmento inferior y de ahí tambien las contracciones irregulares y la rigidez del cuello.

En este caso la situacion es comprometida, pues la neoplasia, por una parte

como ya hemos dicho modifica el cuello en su dilatacion, modifica el cuerpo en cuanto a las contracciones y modifica los diámetros por donde ha de pasar el feto. Efectivamente, el fibroma que ocupa el segmento inferior, se encuentra en la excavacion, que está formada por partes duras, fuertes, resistentes e inextensibles y esto ha de hacer que los diámetros de la pelvis tengan la fuerza que reducirse.

La mision del tocólogo es salvar la vida de la madre y la del hijo cuantas veces pueda apurando hasta el último recurso con que cuenta la ciencia; por lo tanto aun en estos fibromas de la excavacion hay que pretender e intentar extraer el feto con vida por el conducto natural y la posibilidad depende del volumen del tumor y del

grado de reblandecimiento del mismo.

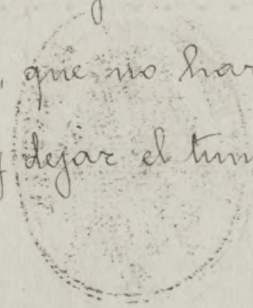
Los mismos de la excavación pueden ser reducidos, y esto es una garantía. Además, en los últimos días de la gestación, cuando el cuello llega al grado casi máximo de reblandecimiento, los mismos se ha comprobado, que también se reblandecen y ese reblandecimiento cuando el tumor es de pequeñas dimensiones, hace, que mediante una aplicación de forceps y operando con rapidez, pueda salvarse la vida del niño.

Por desgracia sucede que no siempre las cosas ocurren de este modo, y nos encontramos con masas voluminosas que ocupan la excavación, que no solo impiden que el útero se dilate, sino que comprime mas y mas el órgano de la gestación.

¿ Que ha de suceder cuando el producto de la concepcion ~~impulsado~~ por las contracciones uterinas pretenda pasar en el momento de la expulsión? Pues desgraciadamente la tumoracion ha de impedir su paso y ha de hacer imposible de todo punto que el parto se verifique, no quedando en ese caso mas que dos medios o la muerte del feto por mutilacion del mismo o la extraccion por la via abdominal.

¿ Cual de estas dos intervenciones debemos elegir?

Nosotros opinamos que la operacion de *Pouco* es la indicada y debemos prescindir de la mutilacion, que no haria mas que destrozar el feto y dejar el tumor implantado en la matriz.



El deber del tocólogo es salvar ambas vidas y en la operación de Porro existen probabilidades de éxito, cosa que no ocurre en la mutilación que indefectiblemente el producto de la concepción ha de sucumbir. Coincidimos pues en el tratamiento que sentamos como insustituible en los embarazos complicados con fibromas; allí dejamos expuesto que el embarazo ~~sea~~ a término para practicar la histerectomía antes de iniciarse el parto; aquí pretendemos llevar al convencimiento de los animos que antes de mutilar el feto se intente la extracción por la vía abdominal.

La operación es impensable para el tratamiento del fibromioma y por lo tanto ¿no será mas lógico y racional que

se extirpe el tumor y procuremos de ese modo salvar la vida de un feto cuya existencia es imposible y que por una intervención podamos conseguir a la vez la curación de la madre?

En cuanto a los resultados de la operación no son mas graves que los que resultan en las estadísticas de histerectomía abdominal sin embarazo y practicada fuera del parto; de ahí razón de más para que pretendamos afirmar que debe aplicarse en los casos indicados este valioso recurso con que cuenta la cirugía moderna.

Prescindiendo de los resultados obtenidos por Tanuzzi discípulo de Porro que cuenta con un 39 por ciento de mortalidad, citaremos a Breisky que de 11 histerectomías

practicadas cuando el parto se habia iniciado ya, no cuenta ninguna defuncion; Leopold de 7 ningun resultado contrario á su deseo, y por fin Piskacek afirma que luego de formar estadística saca un promedio de mortalidad del 12 por 100.

Los quistes ováricos son tambien tumores que ademas de complicar un embarazo complica el parto.

La conducta que hay que seguir en este género de neoplasias es muy delicada.

Los obstaculos que pueden presentar los quistes ováricos para complicar el parto se deducen del *volúmen* por una parte. El volumen exagerado puede impedir que las contracciones se efectuen con regularidad y ademas (y esto es lo mas grave) cuando por este

volumen exagerado hay mas compresiones, como en estos quistes voluminosos, las paredes del quiste estan adelgazadas bastante, hay un peligro inminente, cual es la *rotura del quiste*. De aqui nace una indicacion y es que en estos casos se practique la *seccion* del quiste para disminuir ^{por una parte} la presion que ejercia y por otra el peligro inminente de que se verificase la *ruptura* de un quiste que habia de complicar mucho el parto y comprometer la vida de la madre.

El quiste puede tambien ocupar la excavacion fibrica y en ese caso tenemos el mismo que espusimos al hablar de los mismos que se desarrollan en el segmento inferior. En efecto, los quistes que ocupan la excavacion son una grave complicacion, por

una parte porque dificultan el fraso del feto por el obstaculo que representan disminuyendo los diámetros de la pelvis y en segundo lugar, por que cada contraccion uterina y movimiento de avance del feto ha de comprimir las paredes quísticas y su contenido contra los planos fuertes y resistentes que forman la pelvis osea y esas compresiones, pueden con mucha facilidad motivar la rotura del quiste.

En estos casos hay que intervenir de algun modo es decir, reduciendo el tumor, y pretendiendo desalojarlo de la excavacion pélvica; y una vez conseguido rechazarlo a las partes altas. Esto se consigue ordinariamente por maniobras manuales ayudadas del cloroformo que facilite estas manio-

bras por la relajacion que produce en las paredes abdominales.

Ademas, indicaremos una idea ingeniosa de Hesselbak que ignoramos si habria llegado a noticia de todos; pero confesamos con ingenuidad que no la conociamos hasta hace poco. Hesselbak procede en los quistes ovaricos durante el parto de la siguiente manera: cloroformiza a la enferma, una vez cloroformizada la coloca en la posicion de *Fredelemburg*, rechaza el tumor todo cuanto puede, si el cuello no está completamente dilatado, practica la dilatacion forzada y termina con una aplicacion de forceps.

Dicho autor cuenta 21 casos con exito completo, y Bossi lo ha puesto en

práctica dos veces, con resultado satisfactorio.

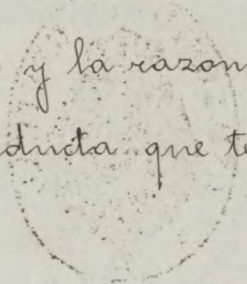
Es cosa muy racional, que no hay que dudar para ponerla en práctica si se nos presenta algún caso en el cual esté indicado dicho procedimiento.

Hay también quistes ovarianos que se encuentran enclavados en la excavación, pero no hay procedimientos para poderlos reducir, pues como ya sabemos, los quistes quedan adherirse a los órganos próximos y estas adherencias pueden también existir en la excavación pélvica y en ese caso el quiste ovárico complica el parto además de lo que por sí dificulta, por el motivo de ser imposible el poderse reducir y dejar expedito el canal pélvico.

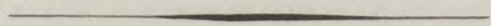
En este caso la complicación es gra-

ve y no hay mas remedio que recurrir á practicar la abertura del vientre y segundamente la ovariotomia con despegamiento de adherencias y todo esto seguido de la operacion cesarea, pues por mas que hayamos quitado el obstaculo, no por eso hay que abandonar el utero á que expulse su contenido. De ahi que la incision del utero para sacar de dentro el feto sea la operacion indicada y que mejores resultados puede darnos á pesar de la gravedad que eniciera.

Respecto á los demas tumores que pueden complicar el embarazo ademas de su poca frecuencia se conducen de manera parecida á los indicados y la razon es la que ha de decidir la conducta que tengamos que aceptar.



Y con esto queda expuesta concisa-
mente, la conducta que hay que adoptar en
los fractos complicados con tumores.



III

Deberíamos haber terminado nuestra tesis con lo dicho, pues con ello quedaba desarrollada; pero no obstante y para hacer mas solidarias nuestras conclusiones y para desvanecer del animo de algun tocólogo el horror a la lafarcotomía en el embarazo, hemos creído conveniente el hacer un brevisimo estudio comparativo de la intervencion y de la abstencion en aquellos casos en que pe-

ligue la vida de la madre.

Si hacemos un estudio comparativo de los distintos casos en que el embarazo y el parto se abandonaron a las leyes naturales, y si al mismo tiempo observamos el número de casos en los cuales se ha intervenido para modificar el obstáculo que presenta un tumor abdominal durante el embarazo, veremos que los resultados de la intervención arrojan un contingente más favorable para la madre que la abstención.

La muerte de aquella puede sobrevenir durante el embarazo, pues Spencer - Wells ha observado 23 rupturas de quistes durante el embarazo.

Heiberij hablando en general, dice que en los tumores complicados con embarazos, si estos se abandonan a los esfuerzos de la naturaleza hay un contingente de mortalidad para la madre, representado por un 31 por 100. Ferruzzi, en Italia, cita casos de muerte de la madre durante el embarazo, por hemorragias, peritonitis, torceduras del pedículo, y termina diciendo que estas complicaciones son mas frecuentes que lo que vulgarmente se cree. Fictor de Kasan en 1848 publicó una memoria sobre metrorragias y afirma que en los embarazos complicados con fibromas ha podido verse 16 casos de muerte de la madre antes del quinto mes.

Hegar en su obra de Ginecología Operatoria cita dos casos de muerte por hidracion dolorosa durante el embarazo con fibromas, perfectamente descritos por Cyreni.

Durante el parto son todavia mas frecuentes los casos en los cuales la madre ha fallecido, siempre que el trabajo se ha abandonado a los esfuerzos de las contracciones uterinas.

Sitzman da cuenta de 24 defunciones en el momento del parto de 56 quistes observados.

Susserot de 147 fibromas observados en el momento del parto, deduce un 53 por 100 de mortalidad.

Krischeimer presenta un 40

por 100 de mortalidad para la madre.

Como vemos las cifras son bastante crecidas y arrojan un contingente de mortalidad respetable; el cual es ocasionado durante el embarazo, por las complicaciones que ya citamos al principio (hemorragias, infecciones, rupturas etc). Las complicaciones que modifican el parto y que influyen para que la vida de la madre termine por la muerte, estan reducidas a alguna de las citadas y a la dificultad que ofrece el tumor al paso de la cabeza por el conducto pelvico.

Ahora bien, la operacion dijimos que era el unico remedio con que contabamos para vencer todas las di-

fielidades que pueden presentarse y para prevenir todas las complicaciones que pudieran agravar la marcha de los embarazos complicados con tumores.

¿Acaso, la operación intervi- niendo en este género de lesiones da resultados mas halagüeños? Concretemos nos a las estadísticas recajidas y ellas de por si nos daran la respuesta que deseamos.

Yo nos ocuparemos aqui de cuando debemos intervenir, ni en que casos, pues eso ya lo hemos discutido anteriormente. Aqui solo hacemos referencia a los resultados operatorios.

Al hablar de los fibromas, ya citamos los casos de Songer, Abelstedt, Gu-

tiempos, Krichheimer etc y al ocuparnos de los quistes ováricos expusimos los resultados obtenidos por Arnott, Bued, Munde, Garner, Montgomery y Loffer.

Bore da noticia de 10 casos de quistes ováricos operados durante la gestación y no cuenta ninguna defunción.

Stowetz saca un promedio de mortalidad del 17 por 100, en los casos propios.

Olshausen presentó varias estadísticas de histerectomías practicadas durante la gestación, habiendo operado la mayor parte de las veces cuando el feto era viable, salvándole con vida, y en cuanto a las consecuencias presenta los siguientes datos:

28	operadas	...	4	defunciones.
33	id	3	id
22	id	1	id
<u>83</u>	id		<u>8</u>	id

Estos datos recogidos de la Revista de Ginecología de Pozzi y de la obra de Hegar no son exagerados y los resultados de Olshausen concuerdan perfectamente con los aportados por los Ginecólogos modernos, pues aparte de los datos que resultan de las estadísticas que en el año 1880 presentó Philipps que cuenta un 70 por 100 de mortalidad para la histerectomía total en los embarazos, presentanse datos por Wücker que de 28 operadas cuenta 6 defunciones, Sanges de 31 casos 5, Allstedt afirma que de todos los casos

operados por él y agregando los que conoce puede obtenerse un promedio del 20 por 100 de mortalidad para la madre y Kirschner el 27 por 100.

Lamberg y Mannheim han operado 53 casos y han perdido 11 enfermas, y Sokoloff de 75 operadas entre quistes, pisoralpingitis y fibromas cuenta con una mortalidad de 14 enfermas, haciendo constar que dos de ellas fueron rupturas de quiste y 4 en malísimas condiciones, dependientes del estado general.

Para terminar, y por no cargar de números y estadísticas, pues con los referidos hay ya lo suficiente para establecer un paralelo entre la abstención e intervención, terminaremos diciendo que Chrobach

de 101 mujeres operadas en gestacion cuenta solo 6 defunciones, cuatro pertenecientes a las 50 primeras y 2 a las 50 restantes.

Como hemos visto no cabe duda que debemos aconsejar la intervencion y no confiar a la naturaleza la marcha del parto, pues aunque nada mas por el hecho de salvar a la madre, las estadisticas citadas nos demuestran que mueren mas mujeres cuando no se opera que cuando se ponen en practica los valiosos recursos con que cuenta la cirujia.

Ademas, en la mayor parte de las operaciones que para extirpacion del tumor se practican no solo salvan a la madre, sino tambien salvan al hijo, como demostraremos mas adelante y que aho-

ra citamos como un dato mas para incli-
nar los animos a pensar en la cirugía,
ante los casos semejantes a los citados, que se
presenten en la práctica de la profesión mé-
dica.

¿No es grave de por si la ope-
ración?

Es la única objecion que se nos
puede hacer; pero contestaremos con la si-
guiente pregunta. ¿Existe otro tratamien-
to, a parte de la operacion, que pueda cu-
rar las neoplasias abdominales? Podemos
contestar desde ahora que no hay otra co-
sa mas eficaz que la extirpacion del tumor,
y que por lo tanto para salvar la vida de
la enferma debe practicarse; y si para cu-
rar la lesion es preciso operar, y para sal-

var complicaciones y vidas de madre y feto, cuando se presentan los tumores en el curso de un embarazo, no hay otra solución que intervenir; ¿por qué no hemos de practicar la *laparotomía* en el curso de un embarazo?

¿Por ventura las operaciones de *vientre*, son más mortíferas en el curso de un embarazo, que cuando se practican con la ausencia de éste?

No por cierto; y para demostrarlo citaremos brevemente algunos resultados obtenidos por los principales ginecólogos en las *histerectomías* y *ovariotomías* practicadas.

Las *ovariotomías* desde 1809 en que Mac-Dowell en América las practicó por

primera vez, hasta el momento, han sido incalculables los resultados y las discusiones que sobre los mismos se han entablado.

Spencer Wells practicó la primera operación en 1858, practicando su milésima operación en 11 de Junio de 1880. En las 800 primeras operaciones cuenta con una mortalidad del 26 por 100 y en las 200 últimas del 17 por 100.

Keith de 250 ovariostomias presenta los siguientes resultados: los 50 primeros casos murieron 11; los 100 siguientes 16 y en los 100 últimos solo 10.

Para terminar diremos que Smith, Clay, King y West presentan estadísticas cuya mortalidad oscila entre el 14 y 21 de mortalidad por cada 100 operadas de ova-

histomía y posteriormente ó sea en la actualidad Richelot en 91 casos solo cuenta 2 muertos y Gevico de 14 curaron todas las operadas.

En la histerectomía sucede cosa parecida pues el contingente de mortalidad va disminuyendo á medida que nos aproximamos á nuestros dias pues Spencer Wells de 24 operadas solo sobrevivieron 9; Koberlé de 19 histerectomías 9 curaciones;

Felly de 26 cuenta 7 defunciones.

Segond de 46 solo cuenta 14 fracasos y cifras parecidas presentan Castman, Folk, Jacobs, Bouilly y por fin Dalbet de 8 operadas presenta 8 curaciones. Doyen de 34 salvó á las 34 y presenta esta último, una estadística de 147 histerectomías, en las ma-

los solo cuenta 7 defunciones, es decir, el 4 por 100.

Como vemos los resultados operativos no discrepan notablemente, pues está directamente proporcional la mortalidad en ambos casos a la antigüedad de los tiempos y épocas que se comparan. En la actualidad podemos afirmar que la mortalidad en la laparotomía viene a oscilar entre un 5 ó 6 por 100 y este es también el número de proporción de la mortalidad en las laparotomías practicadas en el curso del embarazo.

Ahora bien, si la operación es la indicada para curar la neoplasia, si la operación es la indicada para salvar la vida de la madre y del feto en muchos casos, si

esta operacion no presenta mas gravedad en el embarazo que fuera del periodo de la gestacion, y si el contingente de mortalidad es menor cuando se interviene que cuando no se recurre a la operacion podemos sacar como conclusion que la operacion es preferible siempre que se nos presente un tumor acompañando un embarazo y tanto mas en los casos que dudamos del éxito del resultado de la espontaneidad del parto.



IV

Y hemos llegado al fin de nuestra tarea y en ella hemos de estudiar la influencia comparativa de la intervención y de la abstención para la vida del feto.

Y incidentalmente en el punto anterior ya hemos dilucidado esta cuestión, pues del mismo modo que para la vida de la madre la operación es el tratamiento más indicado, para el feto lo es también.

Sentada la conclusión de que la

operación durante el embarazo no es mas grave que en las condiciones de vacuidad del utero no queda más que recordar algo de lo dicho para que resalte á la vista que la intervención es tan conveniente para el feto como para la madre.

En las estadísticas que citamos al hacer el estudio de la manera como debiamos portarnos en el parto, cuando este estaba complicado con algun tumor abdominal, hicimos mención de las complicaciones que representa el obstáculo mecánico que para la salida del feto presenta la neoplasia, citamos algunas modificaciones que se presentaban en la posición del feto para la presentación y modificaciones para la inserción de la placenta.

Si el aborto es una de las complicaciones que durante el embarazo normal puede presentarse, cuando en el abdomen se aloja un tumor que comprime el útero, se presenta con mas frecuencia.

Múltitud pues de circunstancias influyen para que el producto de la concepción se malogre durante el embarazo y que al ser el huevo expulsado de la cavidad uterina, no por eso deja de haber sido curado la lesión que motivó el aborto, sino que permanecerá indefinidamente hasta que el cirujano termine con ella o ella termine con la vida de la enferma.

El embarazo sigue su curso y al llegar a término y comenzadas las contracciones del útero y los fenómenos de dila-

tacion; en una palabra se inicia el parto, se entabla una lucha entre las energias de un utero que se contrae (y que muchas veces ni esfuerzos para ello le quedan porque la degeneracion miomatosa lo invade todo) para expulsar su contenido que por ley fisiologica no debe permanecer mas tiempo en el claustro materno y un tumor que con su volumen presenta muchas veces barrera infranqueable para que el producto de la concepcion pueda ser expulsado felizmente.

Resultando de las influencias del tumor durante el embarazo, el feto adopta generalmente (como ya dijimos) presentaciones viciosas y esto motiva que todavia sea mas dificil el parto.

De esta lucha resulta casi siempre (por no decir siempre) la muerte del feto y alguna vez la de la madre. Esto pues parece que tenga que suceder pocas veces, es por desgracia mas frecuente de lo que ordinariamente parece; pues sin contar los abortos y solo contando los fetos que perecen en los embarazos a termino y en el parto Susserot presenta una estadística del 66 de mortalidad por cada 100 partos observados; Heiberg el 75 por 100; Vinay el 53 y Wückerl el 71.

Con lo expuesto tenemos lo suficiente para horrorizarnos y procurar poner remedio, no permitiendo que un embarazo complicado con un tumor puerperal en el abdomen operándole enseguida de diag-

notificado si no tiene su asiento en el útero y si el tumor es un fibroma no pediculado esperar á que el feto haya llegado á término para practicar la operacion de Lovv y no aventurarnos á que el parto se verifique por la via natural.

La mortalidad conduciendonos de este modo (operando oportunamente) es muchisimo menor, pues al citar las historias, que encabezan nuestro trabajo vemos los resultados satisfactorios que respecto al feto se consiguieron.

Una cosa hay que hacer constar y es; que la operacion suele ser alguna vez seguida del aborto, pero esto depende de condiciones de resistencia de la enferma y de su estado general y no como se ha creido de las

manipulaciones en la operacion.

El Dr. Gutierrez dice muy bien, que para comprobar si un tumor es tejido uterino o es neoplásico, no hay mas que frotarle y el utero se contrae un tanto. Esto lo ha puesto en practica dicho doctor y no ha sobrevenido el aborto con esta especie de amasamiento.

Por otra parte la neoplasia de continuar en el utero, hubiese provocado con mucha facilidad el aborto, de donde sacamos en conclusion que el aborto consecutivo à una operacion no contraindica la misma.

Con todo lo dicho afirmamos que la intervencion respecto al feto, es igual que para la madre, pues la intervencion, nos

proporcionará siempre mas éxitos que las abstención y los fracasos que puedan sobrevenir no hemos de colocarlos nada mas que entre las estadísticas que se forman para sacar consecuencias de los resultados de las operaciones de vientre y contarlos como una ovariectomía y una histerectomía ordinaria.





Conclusiones

Resumiendo cuanto hemos tenido el honor de exponer ante la consideracion de tan respetable tribunal diremos:

1.^o Los tumores abdominales, que toman su asiento en los organos vecinos al utero, deben operarse en el curso de la gestacion.

2.^o Los tumores implantados en el utero, deben abandonarse hasta que el embarazo llegue a termino y entonces

abrir el vientre, extrayendo el feto y practicando à continuacion la extirpacion del tumor.

3.º Cuando ^{en} el curso de un embarazo complicado con un tumor, se ha abandonado la gestacion para que ésta llegue à termino, ~~si~~ se presentan complicaciones que pongan en peligro la vida de la madre debe intervenir, aun à trueque del producto de la concepcion.

4.º Siempre que iniciado el parto se diagnostique un tumor abdominal, el tocólogo deberá capacitarse de las complicaciones que pueda presentar, à la marcha del mismo y en caso que el tumor presente obstaculos serios que comprometan la vida de la madre ó del feto

debe intervenirse practicando la Zeparotomía.

5º De los resultados obtenidos de la intervencion y de la abstencion quirurgica en los casos de tumores abdominales concomitantes con embarazos, resulta una estadística más favorable para la madre y para el hijo en los casos en que se ha intervenido.

Yhe dicho.

Madrid 13 Junio 1901

[Signature]

[Signature]
[Signature]



Realizó el ejercicio
de doctor y obtuvo la
calificación de sobresaliente

Mayor Rodrigo
Fernandez

Enrrique Leon
Luisa Colijn

Cajal

Manuel de la Cruz

