





## Introducción.

---

Una de las circunstancias que dan mayor importancia al estudio de las enfermedades es sin duda alguna su frecuencia, y como los cuerpos fibrosos uterinos son indistintamente una de las afecciones que más á menudo sufre la mujer, siendo por otra parte un estado tan corriente el del embarazo, es consecuencia natural que han de ser en gran número los casos de coexisten-

cia de ambos estados. El curso de un embarazo puede ser alterado en su modo de ser regular, por las disposiciones que a la estructura y disposición uterina influye la existencia de un fibroma, en un grado variable que oscila entre la mas completa apariencia de normalidad y la aparicion de sintomas tales que produzcan la muerte de la paciente. Recíprocamente, el embarazo determina modificaciones y la estructura y evolución de la neoplasia que tienen tambien su representación sindrómica.

De esta influencia recíproca y de los diferentes medios que podemos oponer a los desordenes a que la coexistencia de embarazo y fibroma puede dar lugar nos o-

organizamos en el presente trabajo conforme a la siguiente división de la materia de estudio:

1.º Influencia del embarazo sobre los tumores fibrosos uterinos.

2.º Influencia de los fibromas sobre la fecundación.

3.º Influencia de los cuerpos fibrosos sobre el embarazo.

4.º Influencia de los fibromas sobre el parto y estado consecutivo al mismo.

5.º Diagnóstico de la coexistencia de embarazo y fibroma.

6.º Conducta del facultativo en los diversos casos que pueden presentarse.

---

## Modificaciones que imprime el embarazo á los cuerpos fibrosos del útero.

---

Fuera del estado de gestacion los fibromiomas uterinos estan constituidos por fibras musculares lisas, fibras conjuntivas, vasos arteriales y venosos en escaso numero, linfaticos y nervios tambien en poca cantidad. Las fibras conjuntivas estan en mayor numero que las musculares, pues estas nunca llegan á la mitad y pueden entrar

unicamente en la proporción de una deci-  
ma parte de la totalidad del tumor. En  
atención a la proporción de ambas clases  
de elementos se han admitido tres variedades  
de cuerpos fibrosos; fibromas, miomas  
y fibromiomas, siendo esta última denomina-  
ción la que mas les conviene por corres-  
ponder con mayor exactitud a su estruc-  
tura anatómica. Estudiando un corte del  
tumor se observan las fibras conjuntivas  
y musculares dispuestas en hacesillos en-  
trecurados a modo de madejas y lleva-  
da al microscopio la preparación se ve  
que el corte al ser perpendicular a unos ele-  
mentos según un plano transversal a su  
eje en otras la reunión es oblicua, ó per-

raldeja con respecto a aquel. En las fibras musculares puede observarse un aspecto fusiforme y el nucleo central en forma de bastoncillo. Uniendo unos hacesillos a otros existen laminas fibrosas que forman la trabazon del tumor. Los vasos arteriales y venosos en numero escaso estan situados entre los hacesillos y en la periferia del tumor, lo mismo que los linfaticos. Finalmente existen fibrillas nerviosas de poca importancia y en escaso numero.

Todo este conjunto de elementos asi combinados, forman un tumor duro, brillante, que reduce al corte con el bisturi obteniendo una superficie lisa y continua y que se halla en la mayoria de

Los casos separados del tejido propio del útero por una capa de tejido celular laxo; en otras ocasiones, establecense bridas fibrosas entre el tumor y el perimetrio uterino y hasta puede desaparecer toda limitación entre uno y otro.

Las modificaciones que imprimen el embarazo a los tumores fibrosos son relativas a su situación o a su estructura. Pero en este capítulo únicamente haremos referencia a las modificaciones estructurales pues revelándose los cambios de situación del tumor por intomas durante el embarazo, habría necesidad de repetir más adelante lo que aquí dijéramos; siendo así, conviene incluir los cam

bros de topografía del tumor en el capítulo de la <sup>2a</sup> Influencia del tumor sobre el embarazo.<sup>7a</sup>

Las alteraciones anatómicas que presentan los fibromiomas uterinos durante el curso del embarazo pueden considerarse como constantes y se traducen principalmente por aumento de volumen y reblandecimiento. El estado de gestación no influye únicamente sobre los fibromiomas uterinos, según parece, sino también sobre aquellos tumores del mismo tipo que asientan en cualquier otro órgano y así lo demuestran las observaciones de Devillor, Monteils, y otros que han observado el accésentamiento subido por fibromas de la pared abdo.

minial durante el embarazo. Sin duda esta influencia, que se ejerce principalmente sobre los cuerpos fibrosos uterinos, se debe al mayor aflujo de jugos vitales que para subvenir algún desarrollo que ha de experimentar el útero se hace necesario y del cual participa el tumor. Y esto es tan cierto, que una vez realizado el parto el fibromioma va involucionando al cuerpo del útero perdiendo su consistencia blanda y pudiendo llegar en algunas ocasiones a desaparecer por completo.

El estudio de diferentes cortes practicados en fibromas procedentes de mujeres embarazadas, realizado por Dolérisis

pose de manifiesto las modificaciones siguientes. El tejido del tumor no es tan denso y nudo como fuera del estado de gestación; de la separación de las malvas o tabiques celulares resulta un aspecto lanudo de todo el neoplasma. Las trabeculas de tejido conjuntivo adquieren gran desarrollo formando gruesos tabiques que separan unos lobulillos de otros; de aquí el diferente aspecto que presenta el tumor según se estudie durante la gestación o fuera de dicho estado pues en este caso como los tabiques conjuntivos son delgados existen una mayor unidad y la cohesión es mas perfecta; en cambio en el curso del embarazo debido al aumento extraordinario

del grosor de los tabiques, el aspecto lobulado del tumor es mucho mas acentuado habiendo mas facilidad para separar unos lobulos de los otros. El examen microscopico demuestra que estos tabiques estan constituidos por fasciculos de tejido conjuntivo adulto abundando las celulas en medio de ellos y en los que se alojan los vasos. Entre las trabeculas celulares encontramos fibras musculares lisas cuyo nucleo aparece granuloso o fragmentado, como se ve los elementos musculares del tumor sufren las mismas modificaciones durante el embarazo que los que son propios del tejido uterino ya que unos y otros tienden a la fragmentar

ción de sus núcleos.

El predominio del elemento conectivo se acentra hacia el centro del tumor -micetas que las fibras lisas se agrupan en la periferia. Esto es prueba de que el desarrollo de la neoplasia es principalmente central ya que los elementos nuevamente formados rechazan a los mas viejos excentricamente.

Las células que se encuentran asociadas a los haces conjuntivos, son voluminosas, como nichadas conteniendo muchos núcleos coloreables por el carmuin y por la hematoxilina. El retículo conjuntivo ofrece estas modificaciones a consecuencia de la infiltración mas o menos a

centrada de sustancia mucosa que man-  
rea tanto mas cuanto mas reblandeci-  
do este el punto que se observa. En algu-  
nos casos las celulas se llenan de sustan-  
cia mucosa y asimismo los fasciculos,  
llegando a tal grado que es dificil distin-  
guir el tumor en estas condiciones de un  
nigrama. Presentase igualmente en caso de  
gestacion la infiltracion solida de los ele-  
mentos conjuntivos inmediatos a los vasos  
la cual nos da tambien cuenta del aumen-  
to rapido del volumen del tumor y de  
su reblandecimiento. Ocurre esto princi-  
palmente en las fibras pediculadas  
y en especial en las del cuello siendo me-  
nos marcado en las intersticiales. Observa-

se ademas de esto una abundancia de  
celulas conjuntivas de nueva formacion,  
redondas y mas a menudo fusiformes,  
lo que prueba que en los puntos en que es-  
to ocurre la proliferacion conjuntiva se  
hace de una manera activa, mucho mas  
que la muscular ya que las haces mus-  
culares son mas escasas. Existe asimis-  
mo una gran abundancia de vasos con  
predominio de las venas. Por su parte  
los linfaticos adquieren tambien un desa-  
rrollo extraordinario sufriendo una di-  
latacion excesiva debido a la tension del  
liquido linfatico. Pero ademas, hay forma-  
cion de vasos linfaticos nuevos que se en-  
cuentran numerosos en el seno de un ex-

troma formado de elementos embriona-  
rios y provisto de numerosos capilares  
En los puntos en que esto sucede es don-  
de los linfáticos toman dimensiones ta-  
les que llegan a convertirse en verdade-  
ros quistes ó geodas cuya formación es-  
ta favorecida por la degeneración mió-  
matosa. Los linfáticos en estas condicio-  
nes dejan filtrar el líquido que conducen  
Las venas alojadas en los tabiques in-  
ternodulares, se dilatan adelgazándose  
al mismo tiempo el espesor de sus pare-  
des. Los capilares ceden al exceso de ten-  
sión en los puntos en que el tejido es me-  
nos resistente dando lugar a las hemo-  
rragias coniguientes.

Cornil mediante el examen histológico de fibromas desarrollados en mujeres embarazadas, ha encontrado fascículos musculares reblandecidos con hipertrofia de algunas fibrocelulas, observando en ellas diversas gradaciones de la degeneración granulo grasienta y leucocitos cargados con producto de la desintegración del elemento muscular.

Cornil explica estas alteraciones del modo siguiente: durante el embarazo los fascículos musculares, como la totalidad del útero, sufren una congestión e hipertrofia activa en virtud de las cuales los fascículos aumentados de volumen, comprimen a los inmediatos y esta compresión recíproca

de unos elementos musculares sobre los inmediatos es la que produce su mortificación de los vasos dilatados, en exceso; se escapan en gran número los glóbulos blancos los cuales se encargan de los productos de desintegración muscular.

Como se ve, las alteraciones anatómicas propias a los cuerpos fibrosos por el embarazo son las siguientes: hipertrofia de los elementos que le integran, marcada especialmente en el conjuntivo menos en el elemento muscular que se dispone en la periferia del tumor al paso que el conjuntivo ocupa el centro; vasos numerosos, principalmente las venas; dilatación linfática; y finalmente degeneración mucosa

o coloidia de las celulas y fibras conecti-  
vas y degeneracion gruesa de los elemen-  
tos musculares. Todo lo cual se traduce por  
un gran aumento de volumen y reblande-  
cimiento del tumor.

---



## Influencia de los fibromiomas uterinos sobre la fecundación.

---

Los estudios llevados a cabo por muchos observadores demuestran de una manera evidente que la existencia de fibromiomas uterinos es causa de una esterilidad relativa, siendo lógico deducir por otra parte que así ocurre, puesto que dichos tumores originan frecuentemente estados anormales que oponen dificultades a la fecundación. Según Spencer Well

en las mujeres tomadas en general existe la esterilidad en la proporción del 8 por 100; en cambio de 100 mujeres afectas de miopiofibrosis uterina el número de estériles se eleva a 33, es decir un tercio de la totalidad, y en las 77 restantes, en que el embarazo es posible, el número de los mismos está disminuido.

El hecho de la disminución de la fecundidad se encuentra consignado en todos los autores que se han dedicado a estos estudios y parece que ha sido igualmente observado en Medicina Veterinaria señalando Safford que en muchas hembras estériles, de especies domésticas, se han encontrado fibromas uterinos atribuyéndose

a estos la esterilidad. Una prueba mas de lo que decimos es el hecho repetido de mujeres que se han hecho embarazadas despues de la extirpacion de un fibromioma siendo esteriles antes de la operacion.

Facil es en muchos casos remou-  
tar la causa.

Los cuerpos fibrosos modifican la estructura del utero y de sus anejos ocasionando la congestion de la mucosa uterina y por consiguiente haciendo menos facil la fijacion del ovulo fecundado. Ademas la excitacion que ejerce el tumor sobre las fibras musculares del utero producen en el organo una contraccion espasmodica que es causa de la obliteracion

de la luz del organo impidiendo el acrobato a los espermatozoos.

Por otra parte, en casi todos los casos de cuerpos fibrosos uterinos existen las lesiones propias de la endometritis intersticial o glandular, que son las causantes de la hemorragia o leucorrea que se presentan en las afectas de esta dolencia que tambien se oponen a la concepcion.

De aqui tambien que sea frecuente la endosalpingitis por propagacion a traves de la mucosa dando lugar a la adherencia de las vellosidades y obliteracion de las trompas y esterilidad consiguiente. Otra complicacion frecuente son las lesiones del ovario.

Lopez y Bullisier dicen haber en  
contrado lesionados los ovarios en todos  
los casos de fibromiomas uterinos; el pri-  
mero de ellos hace notar la proliferacion  
de tejido conjuntivo con atrofia de los foli-  
culos de Graaf. Paquet señala los ovarios  
escleroquisticos. Para Pasquali las lesiones  
ovarias son mas a menudo causa de es-  
terilidad que la endometritis. Sea de ello  
lo que quiera lo cierto es que las alteracio-  
nes del ovario influyen oponiendo obstacu-  
los a la fecundacion.

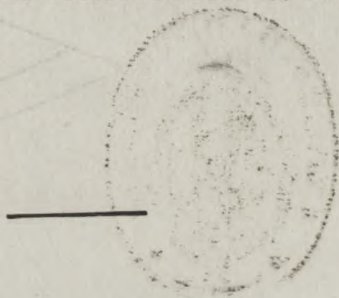
Aparte de las alteraciones men-  
cionadas que son causa de esterilidad en  
muchas ocasiones, existen los cambios de  
situacion que al utero impiden el desa-

desarrollo excéntrico de la neoplasia siendo a-  
 quel rechazado frecuentemente hacia atrás  
 y a veces adelante ó a los lados, en con-  
 diciones de fecundación se encuen-  
 tra dificultada. Cuando desarrollo el  
 tumor puede permanecer en la cavidad  
 pleural ó remontarse hacia la abdomi-  
 nal ó invadir las cavidades uterina y  
 vaginal. En el primer caso comprendese  
 perfectamente que encerrado en la cavi-  
 dad de la pequeña pelvis y siguiendo  
 su crecimiento progresivo ha de llegar un  
 momento en que se presenten los fenome-  
 nos de compresión de los órganos inme-  
 diatos y que estos compriman recíproca-  
 mente al útero obstruyendo su cavidad.

Cuando los cuerpos fibrosos siguen su cre-  
 cimiento sin enclavarse en la pelvis fue-  
 ren dirigirse hacia la cavidad abdomi-  
 nal en cuyo caso ascienden progresivamen-  
 te apoyandose en las fosas iliacas. El  
 tumor en este caso avocutra y estrecha al  
 utero en su ascensio; de aqui que la  
 cavidad del organo se haga mas profun-  
 da y evnosa y estreche dandose considera-  
 blemente su luz o llegue a estrangularse  
 en un punto que nule sea el istmo hacien-  
 dose imposible la concepcion en estas con-  
 diciones. Cuando se trata de prolijos fibro-  
 sos el acrecentamiento del tumor dara por  
 resultado la obliteracion de la cavidad ute-  
 rina primero y mas tarde del canal cervi-

cal fundiendo llegar a ocupar la vagina y aun a salir al exterior. No hay fuerza que decir que en estos casos el camino que han de seguir los espermatozoides se halla dificultado.

A todas estas condiciones creadas por el tumor y que se oponen a la fecundación pueden añadirse algunas otras como son; vulvovaginitis, funitos pelviperitonitis, funitos pelviperitonitis y aun los que haciendo dolerosos y mas o menos difícil el parto se oponen de un modo indirecto a la concepción.



## *Y Influencia de los fibromas sobre el embarazo.*

---

En el capítulo anterior hemos visto que no crea nunca imposibilidad para la fecundación el que exista en el útero cuerpos fibrosos siendo muchas las mujeres en que sobreviene el embarazo durante el desarrollo de la neoplasia. Cuando esto ocurre, en innumerables ocasiones la evolución del embarazo no se modifi-

ca de una manera sensible, pudiendo llegar al parto sin que siquiera haya sospechado la enferma la existencia del tumor; pero no siempre sucede así y en ocasiones la marcha del embarazo se resiente mas ó menos de las condiciones anormales en que es necesario se verifique.

Una vez fecundado el ovulo, lo cual sabemos se realiza en el tercio externo de la trompa, ha de verificarse su progresión hacia el útero en cuyo punto debe desenvolverse. Pero sabemos que como consecuencias del fibrinoma pueden producirse alteraciones tales como lesiones de las células de pestañas vibrátiles

y obstrucción de la luz de la trompa por adherencia de estas pestañas, estrechamientos, coágulos sanguíneos, desviaciones etc, las cuales hacen imposible el acceso al útero de óvulo fecundado el cual se desenvuelve dando lugar al embarazo extra-uterino.

Si no ocurre nada de lo anteriormente expuesto el óvulo llega a la matriz donde puede fijarse y seguir su desenvolvimiento normal, mas la fijación, teniendo en cuenta el estado espasmodico del útero, las alteraciones de su mucosa, hemorragia, flujo leucorreico etc, puede no realizarse o ser seguido en breve plazo de desprendimiento o ex

pulsión, y en otras ocasiones se hace de una manera viciosa principalmente tratándose de fibras submucosas o intersticiales. Pinard rebaja la importancia exagerada que se ha dado a los fibromas como productores de inserción viciosa de la placenta. Algunas veces la inserción de la placenta se hace sobre la superficie misma del tumor lo cual puede acarrear complicaciones graves como luego veremos.

Supongamos que ninguna de las alteraciones citadas tiene lugar y que el ovulo fecundado llega al útero donde se fija en condiciones de normalidad empezando su desenvolvimiento. Este fue-

de ser regular hasta su terminación; más no siempre sucede así, sino que en ocasiones sobrevienen crisis dolorosas y hemorrágicas que son precursoras del aborto o parto prematuro. El aborto es más frecuente en los casos de fibromas del cuerpo que en los del cuello y esto tiene su explicación en que el agrandamiento de la cavidad uterina se hace durante el curso del embarazo a expensas del cuerpo únicamente mientras que el cuello apenas si sufre modificación hasta los últimos tiempos del mismo por lo que el fibroma del cuerpo ha de oponer mayores obstáculos al desenvolvimiento del órgano. Tampoco es indiferente la variedad

de que se trata ya que los submucos son los mas peligrosos siguiendo a etos los intersticiales y por ultimo los subperitoneales los cuales en muchos casos parecen evolucionar con entera independencia del embarazo.

En cuanto a las causas creadas por el tumor que de una manera inmediata producen el aborto son multiples; congestión uterina, endometritis, hidrooocia, insercion viciosa de la placenta, contracciones irregulares y espasmodicas del utero, desviaciones del mismo, salpingitis, enclavamientos etc. Tambien se ha dicho que el aborto era una consecuencia de la falta de extensibilidad del

útero cuyo tejido estaba alterado por la neoplasia aunque se citan en contra observaciones de embarazos gemelares que han llegado a término, en los cuales la distancia ha tenido que ser forzosamente mayor que con un solo feto.

A pesar de lo expuesto debernos decir que no todos los autores están conformes en considerar a los cuerpos fibrosos uterinos como provocadores del aborto, y mientras unos como Hunter, dicen que el aborto es la terminación casi fatal de los embarazos desarrollados en úteros fibromatosos, otros como Osadwick y Hofmeier, piensan por el contrario, que no son mas frecuentes que en los embarazos

en condiciones regulares. Hofmeier combate la opinion corriente de considerar a los cuerpos fibrosos como productores del aborto en numero extraordinario de casos exponiendo una estadística de 20 mujeres embarazadas afectas de fibromioma de las que solamente abortaron dos. Añade, ademas, que es necesario examinar en casos semejantes la participacion que corresponde al tumor y averiguar cuidadosamente si no existen otras causas que sean suficientes para determinar el aborto.

Sin embargo, todos los observadores estan conformes en que el fibromioma puede por si solo producirlo aunque

en realidad las estadísticas no ofrecen en este punto una gran diferencia entre las mujeres afectas de la neoplasia y las sanas. Asi, <sup>Dr.</sup> Briston en 161 casos de aborto en los que se investigaron las causas, encuentra que uno solo es atribuible a un fibroma subinocoso.

Respecto al parto prematuro debemos de indicar que se presenta con mayor frecuencia en los casos de fibromas del cuello por la misma razon que expusimos anteriormente; es decir por que el segmento inferior no participa de la dilatacion uterina sino en los ultimos tiempos del embarazo. Aparte de esto, las causas son las mismas que hemos enunciado co-

no productoras del aborto.

Las hemorragias que es sintoma tan frecuente de los cuerpos fibrosos uterinos fuera de la gestacion puede desaparecer cuando la mujer se hace embarazada; pero mas comunmente adquieren mayor intensidad, alarmando por su intensidad o duracion pudiendo conservar el caracter menorragico o metrorragico que tenian antes del estado de embarazo. La hemorragia como se ve frecuentisima puede explicar en muchos casos el aborto y parto prematuro. En cuanto a las causas de esta hemorragia son ademas de las que pueden producirla de estado de sanidad uterina como congestiones, me

batis, salpingitis etc. otras dependientes del embarazo como insercion viciosa de la placenta, insercion de esta sobre el mismo tumor. Desgarros producidos por las contracciones irregulares del utero que en unas partes se presenta sano mientras que en otras está infiltrado por la neoplasia etc.

Aparte de todas las alteraciones citadas existen otras que aunque menos frecuentes son de extraordinaria gravedad por lo que conviene recordar las aunque solo sea ligeramente.

Entre ellas tenemos los accidentes producidos por la compresion de los organos vecinos los cuales si frecuentes son

en los casos de fibroma ó embarazo ais-  
ladamente con mayor motivo han de  
producirse presentandose aquellos coexis-  
tiendo. Desde luego los síntomas serán dis-  
tintos según los órganos sobre los que recaí-  
ga la compresión. Si sobre el recto se pre-  
sentan flijos, tenemos constipación que á  
veces puede conducir á la obstrucción in-  
testinal la que persistiendo puede llevar  
á un estado particular de estercoraria.  
En otras ocasiones gangrenarse el intesti-  
no. Cuando la compresión recae sobre los  
órganos urinarios según que la uretra  
la vejiga ó los ureteres sean obstruidos  
producere disuria, tenesmo vesical, reten-  
ción vesical, cistocele, uremia, hidronefro-

sis etc.

Si es el nervio nativo, presenta se neuralgia nativa la que puede acompañarse de trastornos troficus; si los lumbares, la compresion da lugar a dolores lumbares con irradiaciones hacia el abdomen y muslos. Recayendo sobre la vena cava inferior presentase edema de las extremidades inferiores, varicis y hemorroides.

La difucia y sofocacion son consecuencia de la compresion realizada sobre el diafragma. La compresion persistente sobre ciertos organos produce una inflamacion, flebitis, cistitis, nefritis, picro-nefritis.

Al lado de los accidentes de compresión tenemos las complicaciones inflamatorias como metritis, salpingitis, ovariitis, pelviparitonitis, perimetrosalpingitis etc. Tambien pueden presentarse la septicemia o furohemia.

Citaremos ademas los cambios de situaciones del utero siendo el mas frecuente la retroversión y siguiendole las lateroversiones, anteversión y torsión del utero sobre un eje cuando el tumor es voluminoso o tiene largo pediculo.

Por ultimo es posible la rotura del utero pues habiendo perdido por una parte sus condiciones de resistencia por las alteraciones ya mencionadas y pueden

do encontrarse además sujeto por adherencias ó enclavado en la pelvis, puede llegar un momento en que bajo la influencia de su desarrollo ó por contracciones espasmódicas intensas ceda su tejido y se desgare.



## Influencia de los cuerpos fibrosos sobre el parto y estado consecutivo.

---

Acabamos de ver las complicaciones que en buen número e implicando muchas veces gravedad manifiesta pueden ocurrir en el embarazo. Otro tanto podemos decir respecto al trabajo del parto, y aun con mayor motivo, pues los accidentes surgen frecuentemente con

caracteres alarmantes haciendo necesario su conocimiento previo para que pueda intervenirse tempestivamente y con precisión.

En primer lugar es necesario tener en cuenta que las contracciones son irregulares lo que aumenta la duración del trabajo pudiendo si el útero está muy reblandecido producir su ruptura.

Como quiera que el tumor deforma el útero las presentaciones anormales son frecuentes ya que el feto no puede acomodarse de un modo regular y de aquí que aparezca de malgas u hombros en gran número de casos.

Cuando el tumor se ha desar

rollado en la parte inferior obstruyen  
do el camino que debe seguir el feto en  
su camino el parto se hace difícil espon-  
táneamente a no ser que la retracción de  
las fibras uterinas eleven el tumor.

En el momento del alumbramiento hay el peligro de las hemorragias que pueden hacerse considerables como el de que el tumor encontrando el útero flaccido produzca el avortamiento de un feto y la inversión consiguiente lo que constituye una complicación de res-  
peto

Y Realizada la fecundación y lo-  
gando salvar el embarazo y parto con  
la posibilidad de alteraciones ya mencionadas

nadas no está todavía la paciente a cubierto de peligros los cuales pueden venir complicando el periodo de post partum; y son muchos los casos en que la hemorragia persistente, la septicemia infecciosa, puerperia, peritonitis etc, viene a sumarse a las complicaciones que en un embarazo en utero fibromatoso pueden presentarse.

Como se puede ver por todo lo anteriormente dicho los cuerpos fibrosos constituyen una verdadera complicación del embarazo, considerado en su total evolución. Pero el peligro que encierra es di

versamente interpretado por los autores,  
y así mientras algunas estadísticas señalan 57% de mortalidad para la madre y 66% para el feto. Hofmeister apoyándose en los casos por él observados dice que "los miomas no causan peligro de consideración sino raramente durante el embarazo, parto y estado de post-partum cuando la dirección de los mismos se hace prudentemente."

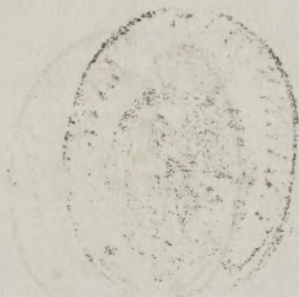
No hay pues un acuerdo sobre el pronóstico que han de merecer los fibromas complicando el embarazo; para unos el pronóstico es muy grave, para otros, benigno. Es necesario pues tomar un término medio aceptando aquellos que

las estadísticas puedan tener de cierto más teniendo en cuenta que en muchas ocasiones los fibromas han podido pasar inadvertidos ni agregar nada de amor mal al estado de gestación.

En general el fibroma lleva aparejado un pronóstico grave tanto para la madre como para el feto. El feto está generalmente más expuesto que la madre corriendo el primero el peligro de morir en el curso del embarazo por aborto ó parto prematuro y durante el trabajo por las dificultades del desprendimiento. La madre está expuesta además de las complicaciones expresadas a los peligros de las operaciones necesarias para

terminar el parto.

El pronóstico varía según el sitio que ocupa el tumor, su volumen, consistencia, movilidad etc. Por esto es necesario hacer un diagnóstico tan preciso como sea posible de todas estas circunstancias para proceder a las intervenciones que sean del caso.



## Diagnóstico de la coexistencia de embarazo y fibroma uterino.

---

Presentase muchas veces este punto bastante oscuro en la práctica, siendo difícil y hasta imposible en ocasiones hacer un diagnóstico exacto.

Muchas veces ha sido cometido el error de ser tomado un cuerpo fibroso reblandecido por el útero gravido y recíprocamente. También es frecuente

que el tumor no sea diagnosticado hasta una época avanzada de la gestación ó hasta el momento mismo del parto. ó que el desarrollo rápido de un fibroma oculte un embarazo incipiente. Se ha pretendido hallar en las primeras semanas del embarazo signos especiales que tuviesen el valor de síntomas patognómicos; pero además de ser muy difícil su investigación pueden faltar, ó existir sin que halla embarazo. Por esto el valor que se les ha concedido ha disminuido rápidamente al poco tiempo de ser presentados por sus descubridores.

Yegar señala como caracter diferencial, á partir de la cuarta semana

la compresibilidad especial del segmento inferior del útero apreciable del siguiente modo: un dedo de la mano izquierda es introducido en el fondo de saco vaginal posterior mientras la mano derecha define la pared abdominal y busca la punta del dedo vaginal a través del segmento inferior. Procediendo de esta manera en caso de embarazo se encuentra un adelgazamiento pronunciado de dicho segmento, y por el contrario, si existe tumor fibroso el examen mostrará el cuerpo uterino duro e irregularmente desarrollado.

Hacia la sexta semana, ha dicho Vinay, la ante flexión del útero aumenta

disminuyendo en consistencia. Este reblandecimiento es notable sobre todo en la cara anterior y hacia los cuerpos uterinos.

Noble, creyó encontrar la semi fluctuación de la matriz, a partir de la sexta semana después de la fecundación, un carácter distintivo entre el útero gravido y el fibromatoso. Pero esta semi fluctuación puede existir también en los casos de tumor fibroso.

Como se ve es extremadamente difícil el investigar con exactitud algunos de estos signos y una vez obtenidos no tienen un valor absoluto ni mucho menos.

Sin embargo cuando se trata de hacer el diagnóstico de fibroma complican

do el embarazo podemos obtener datos tales que no ofrezca aquel duda alguna.

Si antes del embarazo la mujer ha presentado síntomas de la neoplasia y mayormente si ha sido examinada por nosotros ya sabremos a que atenernos. Si en otras ocasiones, la paciente manifiesta haber sido tratada a consecuencia de un tumor, bastará confirmar la existencia de este por la exploración. Por los datos anamnesticos podemos saber que las reglas en una época determinada se hicieron prolongadas y abundantes tomando el caracter de verdaderas hemorragias persistiendo este estado durante largo tiempo. En otras ocasiones las fécidi-

Las supuradas han sido blancas y acuosas leucorreicas; Pueden haber datos de tenesmo rectal ó vesical, constipación; menstruación dolorosa etc. Cuando esto ha ocurrido el vientre puede haber aumentado de volumen y á la vez presentarse alguno de los síntomas de compresión ya expuestos.

Como puede comprenderse fácilmente los datos anamnesicos pueden ser extremadamente vagos porque los síntomas producidos por el cuerpo fibroso no hayan llamado suficientemente la atención de la mujer ó bien por que se trate de enfermedades negligentes que no se hayan sometido á las observaciones facultativas, ó porque el tumor

sea tan pequeño que no agrave el estado funcional ni general de la enferma.

En estos casos el médico hará un reconocimiento minucioso de la paciente.

En primer lugar, tratándose de individuos en que la gestación está complicada de fibroma, por la inspección notaremos el vientre proporcionalmente más voluminoso que lo que corresponde a un simple embarazo en la época que se observa, a menudo irregular, presentando abolladuras. No obstante en otras ocasiones el abdomen presenta el mismo aspecto que el de un embarazo normal.

Por la palpación observase un

tumor resistente, medianamente duro, situado en el centro del abdomen o desviado hacia uno de los lados, cuya consistencia aumenta en algunos momentos; tratase del utero gravido maxime si se comprueban los signos fetales. Los fibromas se pueden tocar en inmediato contacto con el utero o separados de el por un espacio mayor o menor segun que se trate o no de la variedad pediculada; notase uno o mas tumores lisos o abollados; blandos o duros. En ocasiones la neoplasia que es poco perceptible en el intervalo de las contracciones se hace manifiesta durante ellas, marcandose en la mayor dureza del fibroma y en la mayor irregularidad de su superficie y sobre

todo en la ausencia ó presencia de movimientos fetales.

La percusión no suministra dato importante pues igualmente se ofrece matidez al nivel del útero que al nivel del tumor.

Ouscultando podremos percibir los latidos del corazón del feto y el soplo uterino. A veces al nivel del tumor fibroso percíbese también un soplo.

El tacto puede no suministrar dato alguno sobre el tumor cuando este se encuentra situado en la parte alta del órgano. Si habiéndose desarrollado en la vagina hace inaccesible el cuello a la exploración por el tacto, debemos confiar nos mi

comenté a los datos que obtengamos por la palpación y auscultación, para averiguar el estado de embarazo. Si el fibroma asienta en el segmento inferior se notase por el tacto en ~~su~~ de los fondos de saco vaginales, un tumor mas o menos redondeado, y circunscrito que rechara frecuentemente al cuello detras del pubis por tener un punto comunmente de implantación en la parte inferior y posterior del órgano. Los fibromiomas del cuello seran facilmente diagnosticables por el tacto ya que son accesibles al dedo. Cuando son voluminosos elevan el utero y llenan la escavacion fibroiana; en este caso se percibirán los latidos fetales por encima del

embargo y por debajo del mismo un solo intento.

En los casos difíciles podrá recurrirse al tacto rectal para allegar mayor numero de datos al diagnostico y hacerlo mas preciso.

Y vemos, pues, que a veces es difícil diagnosticar si se trata de cuerpo fibroso ó embarazo exclusivamente, ó se trata de la existencia de ambos estados. En estos casos es cuando nos hemos de servir de todos los medios de investigación experimentales, haciendo un examen cuidadoso de la enferma para hacer el diagnostico en el cual descansa el pronóstico y el tratamiento consiguiente. Los errores de diag-

nostico en los casos a que nos referimos  
han sido cometidos no solamente por me-  
dicos que no se han dedicado a estos es-  
tudios de un modo especial sino por es-  
pecialistas experimentados.

Asi pues tengamos en cuenta  
cuando pretendamos obtener el diagnos-  
tico de fibromas y de embarazo en los pri-  
meros meses, que es cuando la ausencia  
de signos característicos le hacen mas di-  
ficil, las hemorragias que suelen acompa-  
nar a los cuerpos fibrosos, el desarollo  
anormal del abdomen, y la mayor du-  
resa del tumor, en ciertas regiones. Ten la  
segunda mitad de la gestacion sera mas  
facilmente reconocida atendiendo a los mo-

vinientos activos del feto, al pelotico abdominal y a los latidos fetales. No olvida remos el tacto cambiado en la palpación que suministrará datos preciosos. Estas exploraciones se repetirán cuantas veces sean posibles para confirmar los datos encontrados en los primeros exámenes y buscar otros nuevos.

En los casos muy urgentes podemos recurrir a la incisión exploradora que fija el diagnóstico y puede convertirse en el primer tiempo de una operación, sin que gracias a las precauciones antisépticas implique una gran gravedad.

Es necesario saber diferenciar el

tumor fibroso de aquellos que pueden confundirse con él para evitar las causas de error. Los quistes del ovario se presentan en muchas ocasiones con caracteres tales que hacen pensar en un fibromioma; para distinguirlos atenderemos a la fluctuación al desarrollo lateral del quiste, a la ausencia de hemorragias y por consiguiente al mejor estado de la paciente etc. Podemos recurrir también en los casos inciertos a la función exploradora realizada con todas las condiciones de asepsia necesarias.

A pesar de todo ello son numerosos los casos en que un tumor fibroso ha sido tomado por un quiste del ovario, Mayor posibilidad de confusión existe toda-

na cuando se trata de un tumor salido del ovario.

El embarazo extrauterino es uno de los estados que se confunden con mayor frecuencia con los fibromas dando lugar a errores de diagnostico; sin embargo tengamos en cuenta que encontraremos en el caso dicho muchos de los signos del embarazo. Por la exploracion hallaremos un tumor transversalmente situado de ordinario, irregular, mate, doloroso. Sera raro que alcance dicho tumor mas de cuatro meses ya que lo mas corriente es que antes de ese tiempo se presente la ruptura tubarica y hematocele retro uterino.

Mas raramente se presentan otros

tumores dando lugar a errores diagnosti-  
 cos y a los que no haremos mas que men-  
 cionar estableciendose en cada caso la dis-  
 tinción por los caracteres particulares  
 del mismo. Tales son: el embarazo gene-  
 ral, los tumores de la pelvis; gomas de los  
 huesos, osteosarcoma del iliaco; retrodesia-  
 ción del utero gravido, tumores quísticos  
 subperitoneales, quistes hidatídicos ute-  
 rinos, tumores de las paredes abdomina-  
 les, hematocele retrouterino, la luxectrofia  
 parcial del segmento inferior, inserción vi-  
 ciosa de la placenta, el cancer del cuello,  
 la mola hidatídica, el alargamiento del  
 cuello uterino, la distensión de la vejiga de  
 la orina, retención de materias fecales etc.

Una vez sentado el diagnóstico de embarazo en un útero fibromatoso es necesario perfeccionar aquel inquirendo si el feto está vivo ó muerto, cuales la posición en que se presenta, variedad del fibroma, si interesa el cuerpo ó el cuello.

Para ello debemos no olvidar ninguno de los medios de investigación, pero como ocurre á veces que á causa del estado de gestación se hace difícil la exploración directa, debemos recoger todos los datos anamnesicos sobre todo los que se refieren á embarazos y partos anteriores.

---

## *Conducta del facultativo en los diversos casos que pueden presentarse.*

---

puede reconocerse la existencia de un fibroma uterino antes de que la mujer haya sido fecundada o durante el embarazo y aun en el momento mismo del parto. En cada una de estas circunstancias pueden presentarse cuestiones distintas que es necesario resolver ateniéndose a las condiciones que ocurran en las mis-

mas.

Y Reconocida la presencia de un fibroma uterino antes de la fecundación debe el médico autorizar o no el matrimonio. Es esta una cuestión delicada que ha sido diversamente interpretada por los autores y así, mientras Blanchi, Doyle y Depaul opinan que debe aconsejarse la abstención absoluta, en todos los casos, Chahbarian se declara en contra pues si bien es verdad que las mujeres que se hacen embarazadas en esas condiciones se exponen a los peligros del aborto y demás complicaciones citadas son muchos los casos en que nada de ello ocurre y en los que apenas se originan trastornos.

tochos en la evolución gravídica y por lo tanto la prohibición del matrimonio de un modo absoluto implicaría la amblación de la maternidad en un número considerable de mujeres que fuesen tener hijos a cambio de ligeras molestias. Y no es solo el inconveniente del número extraordinario de mujeres que se hallan en ese caso sino que contrariando en ellas el deseo natural de ser madres originarse verdaderos trastornos neuropáticos que pueden conducir a estados lastimosos.

Esta cuestión no puede resolverse por la afirmativa ni por la negativa de un modo terminante. Antes de formular

un consejo es necesario pensar cada una de las condiciones inherentes al hecho particular, y las circunstancias de volumen, situación, número, variedad, evolución del tumor, asimismo como el estado general del organismo, estado de la pelvis etc, deben tenerse muy en cuenta. Además, será prudente prevenir a la enferma o a sus allegados de los peligros que pueden sobrevenir dado caso que se licoria embarazada, como también de la probabilidad de que sea estéril por consecuencia del fibroma.

La cuestión tiene una resolución más satisfactoria cuando la enferma es joven y el tumor presenta condi-

ciones para ser extirpado, ya pues aceptada la operacion, tiene esta la doble ventaja de librar a la paciente de una neoplasia, que aunque benigna puede originar peligros aun fuera del estado gravido, y la de permitir una concepcion mas facil seguida de un embarazo normal.

Tengase en cuenta que son raros los casos en que el médico es consultado preventivamente. La mayoría de las enfermas no se deciden a consultarle hasta que se ha declarado alguno de los accidentes del embarazo.

Observado el tumor durante el embarazo, lo mas frecuente es que nuestros

cuidados se limiten á combatir las ame-  
 nazas de aborto aconsejando á la enfer-  
 ma durante los periodos menstruales que  
 son los mas peligrosos el reposo en po-  
 sición horizontal, las bebidas frías, las  
 comidas ligeras, laxativas blandas  
 evitando igualmente en todo tiempo aque-  
 llo que pueda producirle fatiga ó cansa-  
 cio exagerado. Si se presenta alguna  
 afección que predisponga al aborto se  
 cuidará de ella oponiéndose nos inmedia-  
 ta y energicamente á la misma. Se evi-  
 tarán aquellas medicaciones que ni bien  
 como ocurre con el carmesueto de centeno,  
 el sulfato de quina, la ruda, sabina  
 etc llenan indicaciones en los casos de

simples fibromas, por su acción sobre el útero que pudiera ser causa de aborto, deben prescribirse, como así mismo prescribiremos los purgantes energicos por la congestión que en los organos contenidos en la pelvis, llevan consigo.

Las complicaciones que puedan presentarse seran minuciosamente cuidadas vigilando la vejiga para practicar el cateterismo si la retención lo requiere necesario, administrando un purgante ligero cuando la evacuación intestinal este entorpecida. Las hemorragias requeriran los medios habitualmente usados; reposo, inyecciones vaginales calientes taponamiento etc. Las presentaciones vicio

sas así como las desviaciones uterinas, fenómenos inflamatorios etc, exijan los medios adecuados al caso.

Es importante comprobar frecuentemente durante el curso de un embarazo complicado de fibroma lo riguroso que suministra el feto vivo para, que en caso de muerte del mismo proceder inmediatamente a vaciar el útero ya que, por las condiciones que crea el tumor el aborto espontáneo puede retardarse mucho exponiéndose la madre a accidentes sépticos.

Con lo arriba indicado basta en muchas ocasiones para llevar el embarazo a su término; pero puede llegar

un momento en que los diversos accidentes de compresión sobre los órganos vecinos, las hemorragias abundantes y repetidas obliguen a una intervención activa.

El sitio que ocupa el fibroma, su volumen y evolución, nudo al caracter de las complicaciones que origina seran las principales condiciones que habrá de tener en cuenta el médico para decidirse a intervenir. Veamos cuales son las indicaciones mas frecuentes en la practica que nos permiten formar juicio acerca de la conducta que podemos seguir en un caso concreto.

Si se trata de un fibromioma

suberoso, semi ó pediculado, pequeño; situado en el fondo del útero. es muy probable no aparezca ningún peligro; y por lo tanto será de rigor la expectación. Si el tumor siendo las demás condiciones las mismas que el caso anterior es mas voluminoso é implica peligro por sus complicaciones podremos recurrir á la metemnia. Mientras sea posible el esfuerzo del médico se dirigirá á estirpar la neoplasia respetando el útero puesto que sabemos que el embarazo es un estado fisiológico que no contraindica la intervención operatoria y que ésta practicada sobre el útero gravido no interrumpe fatalmente el embarazo. Las observaciones

en este punto citan bastante acordes pues  
to que en mas de la mitad de los casos  
se obtiene la curacion radical continuando  
en bastantes de ellos el embarazo has-  
ta su termino. La mortalidad de la in-  
tervencion' 35% no es considerable en aten-  
cion a que la operacion' se lleva a cabo  
en vista de la gravedad de los acciden-  
tes a los cuales hay que oponerse bajo pe-  
na de que succumban los enfermas de un  
modo casi fatal.

La miometomia se ha hecho  
extensiva por algunos cirujanos no sola-  
mente a los tumores fibrosos sesiles o pe-  
diculados en las condiciones antes expues-  
tas sino tambien a los intersticiales cuan-

do se presentan bien limitados; el reblandecimiento del tejido uterino favorece la embleación haciendo accesibles al mismo tiempo ciertas zonas del segmento inferior que no lo son fuera del estado gravido.

Quando el tumor ocupa el cuello del útero es generalmente fácil extraerle embleándolo si es resil o escindiendo el pedículo cuando pediculado; la ruptura del pedículo ocurre a veces espontáneamente por ser empujado el tumor en el momento del parto por delante de la cabeza fetal sin que haya necesidad de escindirle. Estas operaciones generalmente fáciles deben realizarse pre-

ferentemente en los últimos tiempos del em-  
barazo, porque a pesar de su benignidad  
relativa pueden interrumpir la gestación  
y si esto ocurre la viabilidad del feto es-  
tá tanto mas asegurada cuando mas  
cercana esté la época del parto.

Las fibromas pelvicos revisten  
una mayor gravedad que los anterio-  
res. Sin embargo puede ocurrir que tu-  
mores voluminosos pertenecientes a esta  
variedad se ablanden o se resorban a  
la cavidad abdominal en el momento  
del parto, bien de una manera esponta-  
nea o empujado por la mano del ope-  
rador realizandose el trabajo sin peligro  
de consideración. Pero cuando existe el pre-

cedente de que el tumor en fractas anteriores a ocasionado dificultades excesivas siendo los fenómenos de obstrucción muy acentuados podria ser necesario recurrir al aborto provocado o a la histerectomía.

En estas condiciones o cuando los tumores son intersticiales o se desarrollan en la cavidad abdominal invadiendo mas tarde la pelvica, es decir en todos aquellos casos que no puede resolverse por los medios marcados para los indicados precedentemente, la conducta del cirujano sera muy distinta segun las particularidades del hecho pudiendo permanecer en expectativa o intervenir provocando el parto pre-

maturo ó llevando á cabo la operacion cesaria ó la histerectomia. Este como otros muchos puntos del Cirujano lo resuelven los practicos diversamente con arreglo á la mayor seguridad que les ofrece una operacion, á la mayor precision que alcanzan en su tecnica, á su valor quirurgico, á los resultados estadisticos etc, pero es necesario razonar las condiciones en que pueden presentarse las enfermas para decidirse por una u otra intervencion, caso de intervenir.

Lo mas prudente, á menos de un accidente grave que obligue á intervenir, sera estar á la expectativa ni hacer nada. La naturaleza posee recursos mil

tipos misperados, y si muchas veces el parto es lento y laborioso exponiendo gravemente la vida de la madre o del hijo, en otros casos se termina, si no espontáneamente, al menos por operaciones obstétricas benignas, sin necesidad de exponer a ambos veces a intervenciones que constituyen recursos peligrosos. Además sabemos que a medida que avanza la gestación aumenta el reblandecimiento del tumor, lo cual hace fácil su aplastamiento comprimiéndose de esta manera el aumento de volumen.

Cuando se vea que es imposible conducir el embarazo a término por oponerse a ello las hemorragias, accidentes de

compresión etc se haría necesaria la intervención. Stratz dice que de los resultados obtenidos comparando la intervención durante el embarazo con la expectación fue de deducirse que <sup>es</sup> la expectación hasta el momento del parto agrava el pronóstico para la madre y aumenta las probabilidades de vida del feto. Parece debemos deducir de esto que siendo mas estimable la vida de la madre deba recurrirse a la intervención. Sin embargo los peligros que lleva consigo la intervención en muchas ocasiones hacen imposible resolver la cuestión de un modo terminante en uno u otro sentido.

Decididos por la intervención

podemos recurrir al aborto o al parto pre-  
maturo si es posible llegar a una época  
en que el feto sea viable. Pehling se mani-  
fiesta en contra de esta intervención por  
exponer la vida del feto que a menudo no  
se halla en condiciones de viabilidad, ade-  
mas de no disminuir en muchas ocasio-  
nes los peligros del parto en una pro-  
porción apreciable con respecto al espon-  
táneo. Sawyer aconseja abstenerse de pro-  
vocar el aborto puesto que expone a serios  
peligros, no libra a la enferma del tumor  
que mas adelante puede hacer necesaria  
una nueva intervención y hace imposi-  
ble la salvación del feto. Sandow, rechaza  
igualmente el aborto y parto prema-

tivo a causa de los accidentes infecciosos a que exponen dejando el tumor que aun cuando en ocasiones experimenta un trabajo de regresión en otras obliga a una intervencion inmediata exponiendo dos veces la vida de la madre y sacrificando la del feto sin gran ventaja.

Como los mencionados la mayoria de los tocólogos rechazan el aborto prematuro, que produce un 20 % de mortalidad materna sin salvar al feto, como asi mismo el parto prematuro; a lo sumo estara indicado cuando el estado general de la paciente se oponga a una intervencion mas grave bajo el punto de vista del *Solus operatorio*.

Actualmente se da la preferencia a la lusterectomía abdominal sobre el parto provocado aunque las estadísticas bajo el punto de vista de la mortalidad son extremadamente variables, pero gracias a los procedimientos antisépticos y el mayor adelantamiento del manual operatorio la lusterectomía es hoy la operación de elección. Conviene operar algunos días antes de la época presunta del parto sin dejarnos sorprender por él, para dar mayor garantía a la viabilidad del feto.

Los procedimientos recomendados para la lusterectomía abdominal son muy diversos pero todos ellos podemos agruparlos alrededor de dos métodos; lusterec-

toma sui pediculo o amputación supra-  
vaginal (Operación de Porro) e histerecto-  
mia sui pediculo o histerectomía total.  
Del primero de estos métodos es todavía el  
que impera decidiéndose los operadores, bajo  
el doble punto de vista de la hemorragia  
y de la septicemia terribles en alto grado  
cuando se opera en estado de embarazo  
por el tratamiento extraperitoneal del pedi-  
culo (Fossi, Ybega, Murphy, Gausser) del tra-  
tamiento intraperitoneal se hace necesario  
cuando por la topografía del tumor es im-  
posible pediculizado y sujetado al ángulo  
inferior de la herida. Sus inconvenientes del  
primer método en sus dos modalidades se  
resuelven suprimiendo el pedículo, es decir

empleando el método de histerectomía total como quiera que acudiendo a la amputación supravaginal únicamente se conserva el cuello uterino que ninguna función desempeña después de la operación al encontrar un método que como el de histerectomía total suprime los males del tratamiento extraperitoneal y los peligros del intraperitoneal represente un adelanto importantísimo. Sin embargo la histerectomía total durante el embarazo es muy reciente para ofrecer bases sólidas de juicio.

La operación cesaria empleada en las mismas condiciones que las anteriores ha dado resultados desfavora-

bles que en la estadística de Sanger se eleva la mortalidad materna a un 83,7%. La operación cesaria se limita a salvar al feto dejando al útero con la neoflaxia expuesto a nuevas complicaciones aun cuando se cuente con la evolución uterina, para producir la reabsorción de los fibromas cosa rara de verificarse de un modo completo.

Decidiéndonos por la extirpación uterina no nos exponemos a las radicales posibles y solamente tratándose de una mujer joven cuyo útero no está muy atacado y con deseos de una nueva maternidad podemos inclinarnos a la intervención conservadora del órgano.


No hay para que decir que cuando al proceder a una de estas grandes intervenciones, despues de una exacta determinación del sitio, volumen y demas condiciones, veamos probabilidad de que el embarazo pueda seguir su evolución tras una sencilla miósectomía nos limitaremos a esta operación.

Fortunadamente a estas grandes intervenciones señalados no hay necesidad de recurrir en la mayoría de los casos, pues, como dice Hofmeier, los fibromas complicando el embarazo no dan generalmente lugar a grandes peligros no estando justificada la manía, cada día mayor, de operar durante el em

barazo, sin negar por esto que los fenóme-  
nos graves manifiestarse a veces obligando  
a las intervenciones antecitadas. Además te-  
nemos la probabilidad de que el tumor  
siga la evolución del tejido uterino normal  
evolucionando el embarazo sin presentar  
se accidentes graves hasta el parto o enan-  
do menos hasta que el feto sea viable, po-  
demos oponernos a la hemorragia con  
los medios habituales, acudir a la versión  
o a la extrocesión instrumental en otros  
casos o hacer una extracción por la  
vía abdominal o vaginal de los fibromas  
etc. Cuando la operación se lleva a ca-  
bo en los primeros tiempos es cierto que  
evitamos los accidentes ulteriores pero me

diante la perdida del organo, no siem-  
pre justificable.

---



## Conducta del parto.

---

En este momento crítico del embarazo es necesario dejar a la naturaleza toda la parte posible en la resolución del caso limitándonos a la expectación e interviniendo solamente cuando los accidentes adquieren un peligro tal que es manifiesto la ventaja de la intervención, para la madre o el feto.

Obtendremos primero sobre el tumor disminuyendo o haciendo desaparecer el obstáculo que oponga el despen-

luniento fetal; si esto no diera resultado la intervencion recaera' sobre el feto y finalmente podremos terminar el parto con una operacion sobre la madre. Asi se expresa **Sejour** y al cirujano corresponde en cada caso decidirse por el proceder mas facil y menos peligroso a su juicio ni que puedan señalarse reglas estrictas.

A veces es posible rechazar los mionas y desobstruir el camino uterovaginal que ha de recorrer el feto. Si esto no es realizable aguardaremos a ver el sesgo que toma el parto.

El parto espontaneo es el que produce mejores resultados marcando

Tener un solo caso de muerte matér-  
 na en 7 partos espontaneos de los que  
 4 niños nacieron vivos. Si el parto  
 espontaneo es imposible y el trabajo se  
 detiene representando un peligro para  
 la madre o el feto, recurriremos al for-  
 ceps, a la version, si esto no resuelve la  
 situacion podemos recurrir a la abla-  
 cion del tumor o a la embriotomia y  
 en ultimo resultado la operacion cesaria  
 o la listorectomia.

La ablacion de los fibromas que  
 se presentan en la vagina puede hacerse  
 facilmente por el extractador, el ara-  
 galvano caustica o la torsion del pediculo.

Cuando el feto esta muerto y

los instrumentos pueden hacerse penetrar  
cosa no siempre factible, recurriremos  
a la embriotomía.

Finalmente es necesario no olvi-  
dar que durante el alumbramiento y es-  
tado subsiguiente son complicaciones fre-  
cuentes la inversión uterina, la hemorra-  
gia y la septicemia que combatiremos  
por los medios ordinarios de tratamiento.



## Conclusiones.

---

De todo lo expuesto podemos entresacar algunas ideas de mayor generalidad que resumen la totalidad de este trabajo en las siguientes conclusiones.

1<sup>a</sup> El embarazo influye sobre los cuerpos fibrosos uterinos produciendo un aumento de volumen y reblandecimiento de los mismos y lesiones histológicas consistentes en hipertrofia e hiperplasia de

todos sus elementos, degeneraciones mucosa y coloidia de los elementos conjuntivos así como degeneración grasienta de las fibras musculares.

**2ª** Los tumores fibromatosos son causa de una esterilidad relativa que depende de la metritis, lesiones anexiales, ovaritis, estados congestivos y espasmo dco del útero, cambios de forma del órgano, vulvovaginitis etc.

**3ª** Cuando el embarazo se verifica es a menudo influido de una manera desfavorable por los cuerpos fibrosos influencia que se manifiesta por diversos accidentes: (embarazo extrauterino, inserción viciosa de la placenta, hemorragia

y crisis dolorosas, aborto y parto prematuro, accidentes de compresión, cambios de situación del útero, ruptura uterina, accidentes sepsis e inflamatorios etc.) Sin embargo en otras ocasiones nada de esto ocurre y hasta puede pasar desapercibida la existencia de la neoplasia por ausencia de accidentes.

4.<sup>a</sup> Los fibromas pueden influir desfavorablemente en el trabajo del parto y sobre el estado consecutivo al mismo dando lugar a presentaciones anormales, obstruyendo el camino que ha de seguir el feto, haciendo el trabajo más largo, las contracciones irregulares y las hemorragias más abundantes así como también origi-

mando fenómenos sépticos, infección purulenta etc.

**5ª** El diagnóstico es a menudo difícil

**6ª** El pronóstico abarcando en conjunto todas las fases de la evolución gravídica es grave tanto para la madre como para el feto, por lo que es necesario advertir a una mujer portadora de un fibromioma de los peligros a que está expuesta.

**7ª** En presencia de un embarazo confirmado, complicado con fibroma todos los esfuerzos tenderán a conducirlo a término o cuando menos a una época en que el feto sea viable.

Si esto no fuera posible se interpondrá según las condiciones particulares del caso.



*Hedicho.*

Admisible

Admisible  
Collyje

José Dorcel

Admisible.

A. Monsalvo

Señor D. de San Real  
Ninguno en diez días el examen  
del grado de Doctor y obtener  
la calificación de aprobados

Curian Collyje

Capitán

J. de San  
Real

Secundario

A. Monsalvo

19