

# MIOMECTOMÍA ABDOMINAL

---

TESIS

PRESENTADA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

POR

**GUILLERMO MARTÍNEZ C.**

(NICARAGÜENSE)

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

**MÉDICO Y CIRUJANO**

  
**MAYO DE 1906**  


**GUATEMALA**

AMÉRICA CENTRAL

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE.

OCTAVA AVENIDA SUR, NÚMERO 24. CASA ESTABLECIDA EN 1898.

# INTRODUCCIÓN

---

*El desarrollo del procedimiento operatorio que constituye mi trabajo de Tesis, lo he emprendido á iniciativa de mi ilustrado maestro Juan J. Ortega. Bajo la dirección de tan renombrado cirujano, no vacilé en aceptar la ardua tarea que impone la exposición de este importantísimo punto de cirugía conservadora.*

*Miomectomía Abdominal se llama el procedimiento operatorio á que vengo refiriéndome. En su estudio me he encontrado con algunas dificultades por no estar tratada esta operación más que de modo somero en los autores clásicos, quizá porque es relativamente nueva.*

*He creído oportuno tratar ligeramente, en la primera parte del trabajo, los puntos de la Anatomía Patológica de los fibromas uterinos, que, de una manera más ó menos directa, se relacionan con la Miomectomía.*

*El Doctor Juan J. Ortega, entusiasta propagandista de la cirugía conservadora, es el único que hasta la fecha ha practicado en Guatemala la Miomectomía Abdominal, haciéndose acreedor al caluroso aplauso que el ilustre profesor Tillaux tributa á los que, como mi maestro, son empujados por la corriente, cada día más fuerte, que encamina hacia este procedimiento operatorio.*

*Para concluir, quiero manifestar las más expresivas gracias á mi maestro el Doctor Salvador Ortega, quien se encargó de la revisión de mi Tesis.*



# MIOMECTOMÍA ABDOMINAL

---

## I

### Ligeras consideraciones sobre la Anatomía Patológica de los Fibromas del útero.

Los fibromas del útero, conocidos también con los nombres de cuerpos fibrosos, tumores fibrosos, fibro-miomas, miomas, fibro-leiomiomas, fibroides (por los autores ingleses) é hysteromas por Broca, son neoplasmas que se desarrollan en el útero durante el período activo de la vida sexual de la mujer y cuya estructura es muy semejante al tejido uterino mismo.

Estos tumores se desarrollan con más frecuencia en el cuerpo que en el cuello del útero; nacen todos en el centro del tejido uterino y, á medida que crecen, rechazan y condensan los elementos constitutivos de dicho órgano, como si trataran de formarse una celda.

En la generalidad de los casos no son directas las relaciones que el tumor afecta con el útero, pues, muy á menudo, aparecen estos tumores rodeados de una capa de tejido celular laxo, especie de bolsa serosa, como decía Verneuil, y en la cual se ramifican los vasos y los nervios. Esta atmósfera celulosa es la que facilita la *enucleación* de los tumores.

No es raro encontrar casos en que el tumor esté atado al útero, pudiéramos decir, por bridas fibrosas ó musculares; pero sí, es raro y muy raro el caso en el cual las relaciones ya mencionadas sean tan íntimas, que no pueda decirse dónde acaba el tejido de neoformación y dónde empieza el uterino. Son estos los casos en que se dice que la matriz ha sufrido la degeneración miomatosa, y se ha visto también que se trata en tales casos de verdaderos leiomiomas, es

decir, de tumores en que predominan las fibras lisas y que presentan, por lo consiguiente, la consistencia blanda. Por eso dicen los ginecólogos, acerca de esto, que mientras menos duro es el tumor, más íntimas son las relaciones con el útero.—En su evolución, los fibromas del útero, no siempre quedan incluidos en el parenquima uterino, sino que tienden y de una manera marcada, á salvar los límites seroso ó mucoso de dicho parenquima, pediculizándose ó no, merced á un trabajo de *enucleación espontánea*.

La situación del tumor relativamente á las diversas capas del útero, ha permitido establecer las variedades siguientes:

1ª Fibro-miomas intersticiales ó intraparietales: el neoplasma queda incluido en el seno del útero.

2ª Fibro-miomas submucosos: el neoplasma está inmediatamente ó casi inmediatamente recubierto por la capa mucosa del útero.

3ª Pólipos fibrosos: el fibro-mioma ha franqueado la capa mucosa y se ha pediculizado del lado de la cavidad del útero.

4ª Fibro-miomas subperitoneales ó subserosos: el neoplasma está inmediatamente ó casi inmediatamente recubierto por la capa serosa del útero.

En esta variedad están comprendidos los fibro-miomas que se pediculizan del lado de la cavidad abdominal y que afectan por lo consiguiente la forma de pólipos; pero que no se llaman así por haber impuesto el uso, dice el profesor Pozzi, que solo se aplique ese epíteto á los fibro-miomas que se pediculizan del lado de la cavidad del útero.

También están comprendidos en la 4ª variedad, los cuerpos fibrosos que nacen en los bordes del útero y se desarrollan en el espesor de los ligamentos anchos, son los tumores conocidos con el nombre de *cuerpos fibrosos intraligamentosos*.

La presencia en la matriz de cualquiera de las variedades de fibro-miomas, provoca una irritación continua, irritación que á su vez es causa de alteraciones del útero, que pueden compararse con las que sufre el órgano gestador en los primeros meses en que se desarrolla el producto de la concepción. A este estado del útero es á lo que el profesor Guyon ha llamado embarazo fibroso.

## II

### Definición é Historia de la Miomectomía abdominal.

No todos los autores están de acuerdo en el significado de la palabra Miomectomía; sin embargo, la mayoría de ellos, atendiendo á la etimología de la palabra, entienden por Miomectomía la ablación ó extirpación de los fibromas, cualquiera que sea su situación con respecto al útero, pero conservando la matriz.

Dicho ésto, podré definir la Miomectomía abdominal, llamada también Miomotomía abdominal, Enucleación intraperitoneal ó subperitoneal y Operación de Martin; podré definirla, decía, de la manera siguiente: *es una operación que tiene por objeto la extirpación ó ablación, por vía abdominal, de los fibromas uterinos con conservación de la matriz.*

Una de las tendencias más curiosas de los tumores fibrosos del útero es la que tienen de salir de su cápsula, es decir, á enuclearse espontáneamente, favorecidos por la laxitud del tejido que los rodea inmediatamente. Por la enucleación espontánea se explica, dije atrás, cómo los fibromas intersticiales todos, en su principio, pueden volverse subserosos, submucosos ó bien se pediculizan. El último modo de evolución de los fibromas uterinos pone de manifiesto la verdadera enucleación espontánea.

Los antiguos Cirujanos, concedores ya de este proceso natural, supieron aprovecharlo y crearon el procedimiento quirúrgico llamado *Enucleación*, y que consiste en lo siguiente: incisar sobre el Mioma la mucosa que lo cubre y la cápsula que lo rodea, libertar el tumor de las adherencias celulosas que lo unen á las paredes de la celda y sacarle en seguida (Labadie, Lagrave y Félix Legueu, Tratado Médico-quirúrgico de Ginecología).

A Velpeau pertenece, dice el profesor Pozzi, la idea de la enucleación y á Amussat, el honor de haberla realizado, practicando por vez primera, en 1840, la enucleación por vía vaginal de un fibroma uterino.

En Enero de 1863 Spencer Wells hizo, deliberadamente, la primera enucleación por vía abdominal de un fibroma uterino.

Spiegelberg, en 1874, hizo otra tentativa en favor de la cirugía conservadora: enucleó por vía abdominal, también, un fibroma intersticial. En ninguno de los dos casos se hace mención de recidiva, dice el Doctor Morinière en su tesis sobre la Miomectomía abdominal. Se ve, pues, que las dos primeras Miomectomías abdominales fueron practicadas por Spencer Wells y Spiegelberg; pero A. Martin (de Berlín) fué quien vulgarizó ó propagó en Alemania el procedimiento operatorio, fué él quien dictó la técnica y estableció sus indicaciones: por eso se ha llamado «operación de Martin.»

Este Cirujano practicó, desde 1878 hasta 1890, 96 enucleaciones por vía abdominal. En la vía de la cirugía conservadora, Martin fué seguido por otros cirujanos alemanes, tales como Nagel, Hager, Czempin y Freund, obteniendo todos resultados satisfactorios.

Después de 1890 la Miomectomía abdominal, sale de Alemania, se practica en América, con éxito, por los cirujanos Howard, A. Kelly, Polk, Noble, Mann y Dudley.

En Francia la operación de Martin encuentra partidarios y opositores. En el número de los primeros figuran Jaboulay, Vautrin, Bouilly, Chevrier, Temoin, Momprofit, Blanc y Ricard, quienes la han practicado con espléndido resultado; así lo demuestran las observaciones consignadas en las tesis de Morinière y de Ferendinos y referentes á casos de Momprofit, Temoin, Ricard, Duplay y Clado.

Como para confirmar lo anteriormente dicho, copiaré lo de mayor interés que, acerca de esto, dice el profesor Pozzi, en su Tratado de Ginecología (Edición de 1905.) En la pág. 418 del primer tomo de la obra ya mencionada, se lee lo siguiente: «En el Congreso de Ginecología reunido en Amsterdam en Agosto de 1899 se puso á la orden del día la Miomectomía abdominal: H. Treub, Engström, Alexander, Gillet y Sinclair la defendieron con talento apoyándose en estadísticas interesantes. El año siguiente, en la Sociedad de Cirugía de París, Tuffier sostuvo la causa de la Miomectomía abdominal. Algunos meses más tarde, en el Congreso internacional de 1900, Tuffier abrió de nuevo el debate en la sección de Ginecología y fué apoyado por Momprofit (d'Angers), Temoin (de Bourges) y Mac Cullen. Después las intervenciones se han multiplicado y la Miomectomía abdominal aparece como un método bien reglamentado y con indicaciones bien precisas.»

### III

## Manual operatorio.

Antes de describirlo advertiré que los preparativos para la operación serán los de una Histerectomía abdominal, previendo el caso en que haya de practicarse urgente ó indefectiblemente esta operación.

El Manual operatorio varía un poco en algunas de las variedades de fibro-miomas; pero de una manera general, la operación comprende los tres grandes tiempos siguientes:

1º La laparotomía.

2º La investigación del fibroma ó de los fibromas, su ablación ó enucleación y el tratamiento de la herida uterina.

3º La sutura de la pared abdominal.

No describiré el 1º y 3º de estos grandes tiempos por ser de todos conocidos; haré notar simplemente que en la laparotomía, el Cirujano Momprofit hace la incisión, no en la línea media, si no sobre la vaina del músculo recto anterior derecho previendo la eventración post-operatoria.

Me ocuparé, pues, de la descripción del 2º tiempo al aplicarlo á cada una de las variedades de fibro-miomas. Repito que no me ocuparé más que del 2º tiempo de la operación, y que, tanto el Cirujano como la enferma, deben estar preparados como para una Histerectomía abdominal.

*Fibro-miomas intra-parietales ó intersticiales.*—En esta variedad el 2º tiempo se subdivide ó comprende los cuatro tiempos siguientes:

1º Exploración del útero;

2º Incisión del útero;

3º Decorticación del fibroma;

4º Tratamiento de la herida uterina.

1º *Exploración del útero.*—Hecha la laparotomía, el Cirujano, valiéndose de la inspección y de la palpación, cumplirá el primer tiempo, el cual tiene por objeto advertir al cirujano del número, variedad y volumen de los cuerpos fibrosos implantados en el útero. La investigación del Cirujano se llevará también sobre los anexos, porque, en el caso de que ambos anexos estuviesen alterados á tal punto que su función esté abolida ó no pueda ser recobrada, la operación conservadora pierde sus derechos y la Histerectomía se impone; en tanto que si solo uno de ellos fuese el asiento de tales alteraciones, puede hacerse su ablación, sin contrariar en nada la operación con-

servadora. Este primer tiempo lo repetirá el Cirujano cuando haya desocupado el útero de los tumores visibles, siéndole entonces más fácil palpar los pequeños núcleos fibrosos que pudieran estar incluidos en el parenquima uterino y cuya inadvertencia haría incompleta la operación. Fácil es comprender la suma importancia del primer tiempo, de él depende el éxito de la operación conservadora, y se vuelve por lo tanto un precepto que el Cirujano debe cumplir, estricta y concienzudamente, al hacer la Miomectomía abdominal, cualquiera que sea la variedad de fibroma por la cual intervenga.

2º *Incisión uterina.*—Antes de hacer la incisión algunos cirujanos como Martin y otros, aconsejan colocar un lazo elástico al nivel del cuello del útero, ó una fuerte pinza clamp, sobre los ligamentos anchos muy cerca del útero, como lo hace Temoin.

Lo aconsejan así previendo la hemorragia; pero la mayor parte de los cirujanos que practican hoy esta operación, no lo creen necesario; así operan Duplay y Momprofit, y así mismo he visto operar á nuestro Profesor de Clínica quirúrgica, Doctor Juan J. Ortega, sin que hayan tenido que arrepentirse ninguno de estos hábiles cirujanos de haber procedido así.

La práctica de la incisión ha sido un poco discutida: algunos autores dicen que es sobre la línea media del útero donde se debe hacer, porque en este punto hay pocos vasos; verdad es que así debe hacerse siempre que sea posible, es decir, cuando el tumor es mediano ó está poco distante de la parte media para que pueda ser enucleado fácilmente y sin tunelizar la pared del útero; pero la regla no es ésta, sino la siguiente: la incisión debe hacerse en la parte culminante del tumor, porque se ha visto que en este punto, donde la capa muscular del útero está levantada por el fibroma, es donde la incisión sangra muy poco. Otros autores han dicho que la incisión no debe hacerse en sentido opuesto al de las fibras musculares del útero, porque al retraerse éstas abrirían demasiado la herida uterina. En el caso de suceder así, dice Ferendinos, el Cirujano solo aprovecha esta circunstancia, tanto para la enucleación del tumor que será más fácil cuanto para el afrontamiento de los labios de la herida uterina que no habrá que resecaarlos.

Dicho lo anterior y verificado ya el primer tiempo, el Cirujano pasa á practicar el 2º tiempo de la manera siguiente: Con una ó dos pinzas de Museux, tira el útero hacia afuera, lo coloca sobre un lecho de compresas y hace la incisión del útero, sin preocuparse de la dirección de sus fibras, *en la parte culminante del tumor, paralela á su*

*mayor eje y de longitud proporcionada al fibroma que se va á enuclear.* Conforme á esta regla, se harán tantas incisiones cuantos fibromas existan, pues es preferible una incisión para cada tumor, que tunelizar la pared del útero. Kelly ha hecho hasta doce incisiones, dice Morinière, sobre un mismo útero sin ningún mal resultado.

Practicado el 2º tiempo, y habiendo llevado el Cirujano su bisturí hasta reconocer el tejido del neoplasma, pasará al tercer tiempo.

3º *Decorticación del fibroma.*—Todos los operadores están de acuerdo en practicarla con instrumentos romos ó con los dedos, en enuclear el tumor entero ó por despedazamiento (*morcellement*), según que sea bien encapsulado y poco voluminoso, ó muy voluminoso y bastante adherido.

Expondré, pues, el modo cómo ejecuta el tiempo mi ilustrado maestro, el Doctor Juan J. Ortega, en los casos de este género que le he visto operar. Teniendo siempre el útero en su lecho de compresas y llevado el bisturí como he dicho antes, hasta encontrar el tejido de neoformación, se insinúa el dedo entre el tumor y el tejido uterino; para facilitar esta maniobra se toman los labios de la herida uterina con pinzas y se abre dicha herida; se toma, igualmente, el tumor con una pinza de Museux, que el cirujano lleva con una mano, para hacer bascular el tumor á medida que el dedo ó instrumento con que se hace la decorticación avanza hacia el fondo de la cavidad ó celda en que está alojado el tumor. En la maniobra el Cirujano camina sobre la superficie del tumor, trabajando, por decirlo así, en la cápsula de tejido laxo que rodea el tumor y, gracias á la cual el tumor se enuclea con la misma facilidad, dicen los autores, con que se saca la pepita de algunos frutos; así lo ví, en verdad, en uno de los casos á que he hecho referencia. Sigamos, pues, la decorticación: cuando el Cirujano la haya hecho en uno de los lados del tumor, pasa al otro lado haciendo bascular siempre el tumor hacia el lado opuesto á aquel en que se va á decorticar; así continúa hasta completar la decorticación. Réstale entonces tirar el tumor, con lo cual termina el tercer tiempo.

Pero no se crea que el Cirujano encontrará siempre esta facilidad en la decorticación; casos hay, en efecto, en que el tumor está bridado, bridas fibrosas que el Cirujano no puede romper con el dedo ó instrumento con que decortica y tiene que recurrir forzosamente á las tijeras curvas, sin preocuparse de la hemorragia, que es insignificante; pero, si la hemorragia molestara al Cirujano en su

camino, hará uso, por de pronto, de las pinzas hemostáticas, que las arterias se pinchan en este punto con la misma facilidad que en cualquiera otro. Explicaré por qué he dicho que se hace uso por de pronto de las pinzas hemostáticas. Todos los que han hecho la *Enucleación* han visto que tan luego se saca el tumor, la cavidad en que él estaba contenido se reduce notablemente; el hecho se explica por la retracción de la pared muscular del útero, y es la misma retracción de la pared muscular, precisamente, la que realiza la hemostasia primitiva. El útero se conduce, pues, en este caso, como después del alumbramiento (*délivrance*) donde la hemorragia es cohibida por lo que el profesor Pinard ha llamado las «*ligatures vivantes.*»

Como dije al principiar la descripción de este tiempo, que la enucleación del tumor se hacía á veces por despedazamiento, diré aquí lo que hace Momprofit: después que corta el tejido del útero, hace la miomotomía, es decir, corta el tumor por la mitad hasta encontrar el tejido uterino subyacente, y luego, tomando con pinzas de Museux cada pedazo de tumor, los decortica sucesivamente. Morinière que ha visto operar de este modo á su maestro Momprofit, dice que es más rápida y más fácil la decorticación, lo cual es ya una ventaja.

4º *Tratamiento de la herida uterina.*—En la ejecución del tiempo anterior algunos Cirujanos, el profesor Ricard entre ellos, acostumbran y lo aconsejan también, cortar la mucosa del útero, poniendo así, de hecho, en comunicación la celda fibromatosa con la cavidad uterina; se proponen hacer un desagüe por abajo sirviéndose del canal uterino.

Contrariamente á estos cirujanos, tratan otros, la mayor parte quizá, de no abrir la cavidad uterina siempre que sea posible, pues no tiene objeto, dicen ellos, poner en comunicación una cavidad absolutamente aséptica, como es la que deja el tumor ya enucleado, con la del útero, fácilmente infectable; se fundan en la completa asepsia del foco operatorio para obligar á dicha cavidad á cerrar por primera intención. Pero si no pudiera evitarse el abrir la cavidad uterina, como sucede casi indefectiblemente al hacer la enucleación de los tumores submucosos, el Cirujano no se preocupará por este accidente si, como dice el Profesor Pozzi, la cavidad del útero estuviese aséptica. Previendo el accidente, el Doctor Delagénière insiste mucho en la desinfección de la vagina y del cuello del útero al hacer los preparativos de la enferma.

Hechas las consideraciones sobre la abertura y no-abertura de la cavidad uterina, pasemos á la descripción del 4º tiempo, ó sea del modo cómo debe tratarse la herida uterina, y supongamos primeramente el caso en que se haya podido evitar el abrir la cavidad del útero.

Lo primero que hace el Cirujano, al proceder al cierre de la herida uterina, es asegurar la hemostasia, la cual, he dicho antes, se realiza por la sola retracción de la pared muscular del útero; pero si no bastase la retracción y dieran sangre algunos vasos, se ligarán éstos; por la hemorragia en *nappe* no debe preocuparse el Cirujano, porque se cohibe inmediatamente que se hace la sutura de la herida uterina. He dicho también que la retracción de la pared muscular del útero hace, al mismo tiempo que la hemostasia, la reducción de la celda útero-fibromatosa á tal punto, que el Cirujano se evita casi siempre reseca los labios de la herida uterina al hacer el afrontamiento de dichos labios. Asegurada la hemostasia y después de secar muy bien la celda útero-fibromatosa, toma el Cirujano una aguja curva enhebrada con *catgut* ó seda bien asépticos y hace, del fondo hacia la superficie, tres ó cuatro planos de sutura superpuestos, según sea la profundidad de la celda. Si se temiese la hemorragia, dice Pozzi, se pueden colocar de antemano algunos puntos profundos y separados, que se anudarán por último; con este modo de proceder se evitarán los espacios muertos, propios, como se sabe, para los cultivos microbianos y se asegura el buen afrontamiento de las paredes de la cavidad fibromatosa. Supongamos ahora el caso en que se haya abierto, deliberada ó accidentalmente, la cavidad del útero. Por lo que he dicho antes, fácilmente se comprenderá que no todos los autores están de acuerdo en la conducta que debe seguirse en tales casos; en efecto, los cirujanos que evitan abrir la cavidad, pero que accidentalmente lo hacen, la cierran inmediatamente, suturando su mucosa y continúan el cierre de la herida uterina como en el caso anterior, es decir, como si no hubiese sido abierta la cavidad. Estos son los cirujanos que obligan á la cavidad útero-fibromatosa á cerrar por primera intención. En cambio, Ricard y otros que, como él, abren sistemáticamente la cavidad del útero, sistemáticamente también desaguan la celda fibromatosa, sirviéndose, como antes he dicho, del canal uterino. Hay otro grupo de cirujanos que evitan, como los del primer grupo, el abrir la cavidad uterina; pero que una vez abierta, desaguan la celda fibromatosa por el canal uterino.

Parece que ésta sea la mejor conducta, pues, como dice el Profesor Pozzi, la abertura de la cavidad uterina no es grave si dicha

cavidad estuviese aséptica; pero, como no se puede estar seguro de ésto, dice el mismo, será mejor aprovechar la abertura para introducir por allí una gaza yodoformada y hacerla salir por el cuello de la matriz, haciendo así el deságüe de la celda útero-fibromatosa.

También puede hacerse el deságüe como lo practican Duplay y Clado cuando lo creen necesario: cauterizan primeramente con termocauterio la herida de la mucosa uterina y la celda fibromatosa, toman enseguida un tubo de caucho y atraviesan en una de sus extremidades un *catgut*; introducen este tubo de arriba abajo, es decir, de la herida uterina hacia el cuello de la matriz, hasta hacer salir en la vagina la extremidad del tubo que no lleva *catgut*. Suturan en seguida la mucosa uterina, dejando, sí, un divertículo para el tubo; fijan en los bordes del divertículo la extremidad del tubo que lleva el *catgut*, con este mismo *catgut*, que con tal objeto se puso de antemano. Continúan luego el cierre de la herida uterina de la manera que he dicho antes.

Al 8º día poco más ó menos, se quita el tubo, pues, en esta época, el *catgut* que le fija estará ya reabsorbido.

Para concluir este tiempo, diré que, si el Cirujano hubiese abierto la cavidad del útero y teme con suficientes razones la infección por la matriz, la histerectomía abdominal se hará inmediatamente.

*Fibromiomas sub-peritoneales ó sub-serosos.*—El manual operatorio en esta variedad de fibromas es muy sencillo dicen todos los autores, sea sesil ó pediculado el tumor que se va á extirpar: en el primer caso (tumor sesil), basta una ligera incisión que corte la serosa y una delgada capa muscular para hacer la ablación del tumor. La herida uterina, que es poco profunda, se cierra por dos planos de sutura, uno muscular y otro seroso. Se vé que el manual operatorio es casi el mismo que el de la variedad anterior, el Cirujano seguirá las mismas reglas que le guiarían al hacer la operación en dicha variedad. En el segundo caso (tumor pediculado), el manual operatorio es más sencillo aún, en este caso el tiempo importante es la sección del pedículo; he aquí cómo describe este tiempo el Profesor Pozzi: «Si el pedículo es delgado, y el mioma poco voluminoso, basta aplicar una sólida ligadura con *catgut* y seccionar el pedículo á un centímetro, proximamente, por encima de la ligadura: Si el pedículo es espeso ó anchamente implantado, vale más circunscribir su base por una incisión elíptica hecha en pleno tejido uterino, y practicar así una especie de resección cuneiforme de la pared uterina. Se termina la operación reuniendo los labios de la herida por dos pisos de sutura, con *catgut*: uno muscular y otro peritoneal.»

En cuanto á los fibromas *intra-ligamentosos*, he aquí el manual operatorio que el Doctor Delagénière describe como procedimiento clásico: « En estos casos la hemorragia es poco temible. Después de haber abierto anchamente la cavidad abdominal, y estando colocada la enferma en la posición declive, se hace una larga incisión del peritoneo sobre la parte más saliente del tumor; se desprende enseguida el peritoneo del tumor, con el dedo que sirve para hacer la enucleación. Desde que una parte del tumor es accesible, se le toma con pinzas de Museux para ejercer tracciones sobre el tumor mismo. Se llega así á enuclearlo de su celda. Dos casos pueden entonces presentarse: ó bien el fibroma no es pediculado y se enuclea entero, ó bien tiene un pedículo que viene á formarle la trompa del lado correspondiente, que se encuentra como tendida sobre el tumor por el desdoblamiento del ligamento ancho. En este caso se hace una ligadura al pedículo. La ablación de estos tumores, habitualmente muy voluminosos, deja consecutivamente una vasta cavidad. La cavidad no necesita ningún tratamiento particular. Basta en efecto suturar la abertura que se hizo sin preocuparse de la cavidad misma. A. Martín aconseja desaguarla por el fondo de saco posterior de la vagina. Nosotros creemos la precaución inútil. »

Talvez convenga desviarse un poco del procedimiento clásico de Delagénière. Así, en el tratamiento de la celda fibromatosa, es preferible, después de asegurada la hemostasia, cerrarla por *capitonnage*.

En el caso en que se tema mucho por la hemorragia en *nappe*, los Doctores Labadie, Lagrave y Legueu aconsejan *marsupializar* la cavidad fibromatosa por sutura de su bolsa á la pared abdominal y taponar enseguida dicha cavidad con gaza. Los mismos doctores dicen que, cuando las conexiones del tumor con el útero sean tan íntimas que no pueda desprenderse de la matriz, la Histerectomía debe reemplazar á la Miomectomía.

*Fibromiomas sub-mucosos*.—En esta variedad el manual operatorio es exactamente el mismo que el de la variedad intra-parietal, y donde, como he dicho antes, la cavidad uterina se abre casi indefectiblemente.

Los fibromas sub-mucosos pediculados, ó lo que es lo mismo, los *pólipos fibrosos* pueden también ser extirpados por la vía abdominal y, en estos casos, la Miomectomía abdominal se vuelve una verdadera *Operación Cesárea*.

La operación comprende tres tiempos:

- 1.º Histerotomía.
- 2.º Ablación del tumor.
- 3.º Tratamiento de la herida uterina.

1.º *Histerotomía*.—Antes de practicar el primer tiempo, el Cirujano tendrá la misma precaución que se toma, en el tiempo similar, cuando se hace la *Operación Cesárea* verdadera, y que consiste en enderezar el útero para hacer la incisión en la parte media de su cara anterior y nunca sobre sus bordes; la hemorragia, inevitable en este último caso, impondría la Histerectomía. Tomada dicha precaución se corta longitudinal y verticalmente la pared uterina, y, una vez penetrado en su cavidad, se hace el 2.º tiempo como si se tratase de extraer un feto ó de extirpar un pólipo por la vagina. Se hace sufrir al pedículo la torción ó la sección, previa ligadura en este último caso; si el pólipo fuese muy voluminoso, se le fragmentará para facilitar su salida por la herida uterina. Por estos voluminosos pólipos, Freund, Berakowski y Bouilly han practicado la variedad de Miomectomía de que vengo hablando.

3.º *Tratamiento de la herida uterina*.—Se hace siguiendo las mismas reglas ya formuladas para el tiempo similar en los casos precedentes, por tres planos de sutura: mucoso, muscular y seroso.

---

Las siguientes observaciones ponen de manifiesto la buena aplicación del manual operatorio de una de estas variedades de Miomectomía abdominal.

### Observación A.

(Tomada por el Bachiller cursante Juan Mairena).

Señora N. N., de 39 años de edad, de oficios domésticos, entró á la Casa de Salud del Hospital General el 18 de Mayo de 1905, quejándose de la matriz.

Antecedentes hereditarios: nulos.

Antecedentes personales: un aborto hace cinco años.

Historia de la enfermedad.—Hace dos años, dice la enferma, empezó á molestarle la menstruación haciéndosele muy dolorosa y prolongada, lo cual llamó su atención, porque desde la edad de 12 años, época en que le vino su primera regla, había sido bien reglada. En el intervalo de estas menorragias

notaba, casi siempre, aunque poco abundante, un derrame muco-purulento. En Junio de 1904 le hicieron un raspado uterino regularizándosele después sus reglas; pero como se volviese á descomponer, se hizo examinar por el Doctor Juan J. Ortega, dirigiéndose para ello á la Casa de Salud.

Examen ginecológico.—La inspección no dió nada, la palpación bimanual hizo reconocer un útero aumentado de volumen, inclinado hacia la izquierda, y, bien adherido á él, un tumor pequeño, no doloroso y ocupando el fondo de saco vaginal derecho; este tumor se mueve juntamente con la matriz. El espéculo no dió nada. El cateterismo del útero acusa un ligero aumento de su cavidad. Del lado de los anexos no se encontró nada.

El examen de los otros aparatos de la economía tampoco dió nada anormal.

El Doctor Ortega diagnostica fibroma intersticial, y ordena preparen á la enferma para ser operada. El interno la preparó como para una Histerectomía y el 22 de Mayo de 1905 se encontraba la enferma en la Sala de Operaciones.

Hecha la anestesia clorofórmica, principió el Maestro su operación, diciendo antes á sus discípulos que trataba de hacer Cirugía conservadora si el estado del útero y de sus anexos se lo permitía.

He aquí lo que se hizo: Laparotomía mediana; se penetró en la cavidad abdominal, se tiró el útero con pinzas de Museux hacia fuera, y se le exploró muy bien, para comprobar el diagnóstico y ver si se encontraba algún otro tumor; se exploraron también los anexos y se encontraron completamente sanos. Estaban pues, realizadas las condiciones para la Cirugía conservadora. Se hizo la incisión uterina en la parte culminante del tumor y se enucleó éste con suma facilidad. Hecha la hemostasia, se cerró la herida uterina con seda, por dos planos de sutura. La herida de la pared abdominal se suturó en 8, con hilos de plata.

La enferma no presentó ningún incidente post-operatorio; diez días después de operada, se quitaron los primeros puntos, cuatro días después de esto, los restantes. El 17 de Junio del mismo año salió la enferma enteramente bien. Ultimamente me ha informado el mismo Bachiller Mairena, que la enferma continúa siempre bien.

---

## Observación B.

(Personal).

Señorita X, de 45 años de edad, jabonera, soltera y sin familia, ingresó á la Casa de Salud del Hospital General el 8 de Agosto de 1905 para hacerse operar por el Doctor Juan J. Ortega.

Antecedentes hereditarios y personales: sin importancia.

Historia de la enfermedad.—Refiere la enferma que como de la edad de 20 años, poco más ó menos, notó que sus reglas se le adelantaban, llegándole cada veinte días, en menor cantidad que en épocas anteriores y acompañada de

un ligero dolor; pero hace cuatro años (en 1901) sintió ya un dolor suave y casi continuo, localizado en la parte izquierda del hipogastrio y propagándose hacia la región del pubis; el dolor aumentaba durante las reglas. Poco después de haber empezado á sentir este dolor, empezó también á quejarse de tenesmo vesical y de constipación. Así continuó la enferma hasta 1905 que se vió obligada á consultar al médico, porque, además de que los síntomas ya apuntados se acentuaban lo bastante para impedirle su trabajo, se sintió, al decir de ella, un *bodoquito* en el punto en que se localizaba el dolor. Durante toda la evolución de su enfermedad, la enferma no acusa hemorragias, pero, sí, leucorrea. Como no sintiese la enferma ninguna mejora con los medicamentos que le administró su médico, consultó al Doctor Juan J. Ortega, quien, después de examinarla, le propone operación; la enferma acepta y entra á la Casa de Salud.

Los datos que arrojó el examen ginecológico me fueron suministrados por mi distinguido maestro:

La palpación abdominal le hizo notar que el útero sobrepasaba un poco el pubis y que estaba inclinado hacia la izquierda; la palpación bimanual comprobó lo anterior y le hizo notar, además, que los fondos de saco vaginales posterior y lateral izquierdo, estaban ocupados por un tumor duro, haciendo cuerpo con la matriz, no doloroso y del volumen de un grande huevo de gallina, poco más ó menos. El examen al espéculo no dió nada de anormal y la histerometría dió un ligero aumento de la cavidad del útero. Los anexos buenos.

Los aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo funcionan normalmente.

El Doctor diagnosticó fibroma intersticial y operó el 10 de Agosto de 1905.

Anestesia clorofórmica.—Abierta la cavidad abdominal se exploraron el útero y sus anexos, y se encuentran los últimos completamente sanos; en el útero no se encontró más que un tumor implantado en su cara posterior, que fué enucleado inmediatamente. La cavidad uterina no fué abierta, la hemorragia en *nappe* se cohibió con la sutura de la herida uterina que se hizo con seda por dos planos de sutura: muscular y seroso.

La herida peritoneal se cerró con seda y la de la pared abdominal por la sutura en 8, con hilos de plata.

Ninguna novedad durante la operación ni después de ella, la enferma no se quejó ni de dolor en los días siguientes, dormía bien; empezó á tomar alimentos al tercer día de operada. El quinto día se cambió la curación, la herida abdominal estaba completamente seca. El octavo día se quitaron los primeros puntos; cuatro días después, los otros. Ninguna elevación de temperatura en esta operada. El 30 de Agosto salió de la Casa de Salud enteramente bien.

Hace pocos días me dijo la madre de la operada, que su hija no se quejaba ya del vientre y que le habían vuelto sus reglas.

## Observación C.

(Personal).

Señora Z., de 35 años, casada y sin familia, ingresó á la Casa de Salud del Hospital General el 6 de Noviembre de 1905, para que la tratara el Doctor Juan J. Ortega.

Los antecedentes hereditarios y personales no tienen nada de particular.

Historia de la enfermedad.—La enferma había sido siempre bien reglada; 10 años hace, poco más ó menos (en 1895), que empezó á sufrir por su menstruación, que se le había hecho muy dolorosa, por cuyo motivo consultó al médico, y sufrió en 1898 un raspado uterino. Dos meses después del raspado volviéronle sus reglas, muy abundantes y siempre dolorosas; en el intervalo de éstas, se quejaba de leucorrea. El derrame muco-purulento se ha transformado hoy en un líquido sanguinolento y contínuo.

En este estado fué examinada por el Doctor Ortega y he aquí los datos del examen ginecológico, que él me dió:

Por la palpación abdominal se descubre un tumor duro, redondeado, situado en el hipogastrio y remontando hacia el hipocondrio izquierdo. La palpación bimanual hace notar que el tumor hace cuerpo con la matriz y que sigue sus movimientos; no se encuentran ocupados los fondos de saco vaginales.

El espéculo hace ver el cuello edematoso, y el histerómetro acusa aumento de la cavidad de la matriz. Los anexos aparecen en buen estado.—Por el aspecto de la enferma se ve que está un poco anémica.—Los aparatos digestivo, respiratorio y circulatorio cumplen bien sus funciones, sólo que en el examen del último se encontraron ligeros soplos hacia la base del corazón. Diagnóstico: fibroma de la matriz.

El 7 de Noviembre del mismo año fué operada la enferma bajo la anestesia clorofórmica. Se abrió la cavidad abdominal y se vió el útero globuloso y muy aumentado de volúmen; acto contínuo, se exploraron sus anexos, los que no presentaban ninguna alteración; se tira entonces el útero hacia afuera, sirviéndose para ésto de pinzas de Museux, y se le coloca sobre un lecho de compresas. Se hizo la incisión en la parte media del fondo del útero, punto culminante del tumor, y se enucleó con los dedos, ayudándose también con las tijeras, un tumor, del tamaño de una hermosa naranja, el cual pesó 345 gramos. Se hizo la hemostasia de la celda fibromatosa y se la rellenó con gaza para mientras. La exploración del útero se hizo hasta entonces con el objeto de ver si se encontraba algún núcleo fibromatoso y efectivamente, se encontraron dos: uno situado en la parte inferior de la cara anterior del útero, y el otro, en la cara posterior; se enuclearon éstos rápidamente, resultando el primero del tamaño de un huevecito de paloma y el segundo, del de un frijol grande.

Al enuclear el tumor grande, se abrió la cavidad uterina, por lo cual se introdujo por allí, como lo aconseja Pozzi, una gaza yodoformada hasta hacerla salir en la vagina; se procedió en seguida al cierre de la herida uterina por *capitonnage*, sirviéndose para esto de hilo de seda.

Las heridas uterinas hechas para la enucleación de los dos fibromitas que se encontraron después, se cerraron con un sólo plano de sutura. Sutura

con seda para la herida peritoneal; sutura en 8 y con hilos de plata, para la abdominal.

En el resto del día 7 la enferma sólo tomó agua helada, á pocos; la noche de ese día la pasó muy agitada, con dolor de cabeza, náusea y un poco de diarrea.

El día 8, á la hora de la visita, la enferma tiene 38 grados de temperatura, se queja de lo mismo de en la noche anterior, siente además la boca amarga y tiene la lengua saburrosa; pero no siente ningún dolor en la región del hipogastrio. El Doctor ordena 30 gramos de sulfato de soda y dieta hídrica.

Día 9.—38° 5 de temperatura; todo lo demás lo mismo; la enferma orina lo suficiente. Se hace un buen lavado de los órganos genitales externos. El Doctor repite la medicación del día anterior y prescribe además una poción Rivière con cocaína para tomar durante la noche.

Día 10.—38° de temperatura, la enferma se siente casi lo mismo; el Doctor prescribe 20 gramos solamente de sulfato de soda, la poción Rivière para en la noche y siempre la dieta hídrica. La misma curación que el día anterior.

Días 11 y 12.—38° y 37° 8 respectivamente; durante estos dos días la enferma toma 15 gramos de sulfato de soda solamente.

Día 13.—37° de temperatura; los asientos continúan, pero ya no tan amarillos y fétidos como en días anteriores. En este día no toma ninguna medicina, y sí ordena el Doctor cuatro cucharadas de leche con Vichy cada dos horas. En el día el practicante, al cambiar la curación, notó que el punto de sutura de abajo estaba infectado, hizo la debida curación pero dejando siempre el punto.

Día 14.—La enferma no se queja más que de los asientos; no hay temperatura y orina bien. Se le administra cocimiento blanco con salicilato de bismuto. El practicante, al hacer la curación, encuentra siempre un poquito de pus.

Día 15.—El practicante dá cuenta al Doctor del punto infectado y éste ordena que quiten el punto y hagan la curación correspondiente.

Día 16.—El practicante, en presencia del Doctor hace un gran lavado de los órganos genitales externos, extrae por la vagina la gaza yodoformada que, por la herida uterina, se introdujo el día de la operación y hace de nuevo un buen lavado de la vagina. El Doctor quita los puntos extremos de hilo de plata y da un tijeretazo en la extremidad de la herida en que se encontraba el punto que se infectó, el practicante hace enseguida la curación correspondiente.

Días 17 y 18.—La misma curación.

Día 19.—El Doctor quita los puntos restantes; la herida está completamente cicatrizada en sus partes superior y media; la enferma, por lo demás, está muy bien: ya no hay diarrea y digiere bien la leche con Vichy.—Continúa el practicante sus curaciones hasta el día 25, en que estando ya limpia la herida, pone dos puntos de sutura con crin, los que fueron quitados el 2 de Diciembre, con lo cual quedó completada la cicatrización.

La enferma salió de la Casa de Salud el 12 de Diciembre de 1905.—La ví hace pocos días y me dijo que no sentía ninguna novedad, sólo que sus reglas aún no le habían vuelto.

#### IV

### Resultados y Pronóstico.

Los progresos de la asepsia, por una parte, y el perfeccionamiento de la técnica operatoria, por otra, han contribuido eficazmente para disminuir la mortalidad operatoria de la Miomectomía abdominal y presentarla como una operación relativamente benigna. Esto nos lo prueban los números con su lógica irrefutable:

En 1890 publicó Martin los 96 casos de enucleación intra-peritoneal que, desde en 1878, había practicado y en los cuales tuvo 18 muertos, lo que equivale á un 18,75 % de mortalidad. Por la misma época, casi, publicó Chevrier una estadística de 125 casos con una mortalidad de un 16 %.

Ferendinos, en su tesis de Doctorado de 1900 (París), dá una estadística de 290 casos operados desde 1890 hasta 1900, con 9 muertos, ó sea un 3,10 % de mortalidad.

Morinière, en su tesis de Doctorado de 1900 (París), trae una estadística también de 1890 á 1900, compuesta de 261 casos, con 8 muertos ó sea un 3,06 % de mortalidad.

El Doctor A. López Hermoza, hablando del pronóstico de la Miomectomía abdominal, en la «Gaceta Médica» de México (15 de Junio de 1902), consigna el importantísimo dato de que Zwifel, en 563 casos de Miomectomía abdominal, tuvo 14 fracasos, es decir, una mortalidad de un 2,48%. Sin embargo, Pozzi, en su Tratado de Ginecología de 1905, trae la siguiente estadística:

Olshausen	.....	38 casos	.....	3 muertos.
Ricard	.....	4	„	0 „
Engström	.....	180	„	8 „
Treub	.....	11	„	0 „
Heinricius	.....	65	„	2 „
Alexander	.....	23	„	0 „
Chrobak	.....	9	„	0 „
Schauta	.....	29	„	5 „
Rein	.....	15	„	1 „
Tuffier	..	34	„	0 „
Schwarzenbach	.	87	„	13 „

Total ... 495 casos ..... 32 muertos.

Según esta estadística resulta un 6,46% de mortalidad.

Creo conveniente hacer notar que en las estadísticas de Ferendinos y Morinière aparece Engström con los mismos 180 casos de la estadística de Pozzi; pero, con 4 muertos solamente, de manera que si hubiese equivocación en Pozzi, la mortalidad total de su estadística sería 28 y no 32 y, por lo tanto, el por ciento sería 5,65 en lugar de 6,46; pero aun aceptando los 6,46%, convendremos en que esta mortalidad es muy inferior á la de la Histerectomía abdominal total y casi la misma que la de la sub-total; en efecto, según Pozzi, la mortalidad de la Histerectomía abdominal total es de 10,28% y la de la sub-total, de 6,33%.

## V

### Discusión.

En el debate entablado sobre la Miomectomía abdominal en el Congreso de Ginecología de Amsterdam, verificado en Agosto de 1899, los adversarios de la cirugía conservadora le hicieron los reproches siguientes: 1º La hemorragia; 2º el gran número de fibromas; 3º la abertura de la cavidad uterina y 4º la posibilidad de dejar algunos núcleos fibromatosos.

De las cuatro objeciones han sido refutadas, puedo decir, las tres primeras al hacer la descripción del manual operatorio; por cuya razón seré muy lacónico al tratar aquí estos puntos.

1º *La hemorragia.*—Siguiendo las reglas que he tratado de establecer para hacer la incisión uterina y la decorticación del tumor, se llega con toda seguridad á evitar la hemorragia durante estos dos tiempos, pues la rápida involución uterina que sigue á la decorticación, se encarga, como dije ya, de la hemostasia primitiva; por último, ninguno de los que han practicado la operación, ha sido alarmado por la hemorragia: el Doctor A. López Hermoza dice no haber observado jamás la hemorragia, no obstante haber operado siempre sin hemostasia preliminar. Los dos casos que yo he visto operar á mi maestro Doctor Ortega, me han convencido de lo dicho. La hemorragia no es, por consiguiente, una contra-indicación para la Miomectomía abdominal.

2º *El gran número de fibromas.*—No pretendo afirmar que la operación conservadora debe practicarse cualquiera que sea el número de fibromas implantados en la matriz; pero sí trato de combatir la opinión bastante exagerada de algunos operadores que ponen como

límite un sólo tumor y no muy voluminoso. En efecto, en la estadística de Ferendinos se encuentran casos en los cuales se enuclearon hasta 9 fibromas; Morinière afirma en su tesis haber visto extraer siete tumores de diversos tamaños, siendo el más grande del volumen de una naranja. Ni en los casos citados por Ferendinos, ni en el presenciado por Morinière se agravó el pronóstico de la operación. El mismo Morinière hace mención, al respecto, de una observación de Kelly en que se enuclearon 12 fibromas intersticiales de un útero: las consecuencias operatorias fueron excelentes.

Siento que mi ilustrado Maestro contribuya con tan poco á corroborar el hecho, puesto que sólo cuenta un caso, referido en la observación C, en el que se enuclearon tres fibromas: uno de volumen de una naranja, otro del de un huevo de paloma y el último del de un frijol.

Casos hay, en verdad; en que el útero está como sembrado de tumores y en los cuales casi es imposible conservar la matriz, y casos hay también en que no obstante de ser uno el tumor implantado en la matriz, está en tan íntimas relaciones con el órgano gestador, que es imposible enuclearlo. Se ve por lo dicho, que la pluralidad de los fibromas no contra-indica la Miomectomía abdominal.

3º—*La abertura de la cavidad uterina.*—La objeción no tiene ningún valor, desde luego que Ricard, notable operador, abría deliberadamente la cavidad, sin ningún mal resultado como lo prueban las estadísticas de Ferendinos, de Morinière y de Pozzi. Duplay, Temoin, Momprofit, el Doctor Ortega y otros cirujanos han abierto accidentalmente la cavidad, y ninguno de ellos ha visto que sea un incidente fatal. Exceptuando el caso en que, por una razón cualquiera, la cavidad del útero esté infectada, su abertura no podrá ser jamás una contra-indicación para la Miomectomía abdominal.

4º—*La posibilidad de dejar algunos núcleos fibro-matosos.*—Esta objeción sí que es de gran valor, porque en el caso de que quedase siquiera un núcleo fibroso en el útero, la recidiva vendría, tarde ó temprano, á anular la operación; por eso dije atrás que la exploración del útero se volvía en la Miomectomía un precepto que el Cirujano debe cumplir hábil y concienzudamente. Natural es esperar que mientras mayores sean los cuidados del Cirujano al hacer la exploración, menores serán las probabilidades de la recidiva.

El pronóstico de la Miomectomía abdominal, desde tal punto de vista es, como el de la mortalidad, bastante favorable: Martín, en sus 96 casos de enucleación, sólo tuvo una recidiva,

Ferendinos, en su estadística de 290 casos, tiene tres recidivas y Morinière, en los 261 casos que componen su estadística, sólo tiene una recidiva.

Según dichos datos resulta que la recidiva se observa una vez sobre cien casos.—¿Es la débil cifra del uno por ciento, razón suficiente para rechazar siempre la operación conservadora y decir con ésto que la Histerectomía es el único medio de tratar radicalmente los fibromas uterinos?—De ninguna manera, responden una pléyade de cirujanos.

No será demás decir aquí que muchos cirujanos que atacan la Miomectomía abdominal, la defienden calurosamente por la vía vaginal. A éstos que proclaman la Miomectomía vaginal sí que se les puede objetar la recidiva, puesto que el útero no puede ser visto ni palpado por el operador.

Al lado de tales objeciones, de las cuales no tienen ninguna fuerza las tres primeras, se colocan las ventajas siguientes: 1º *La conservación del útero*, y 2º *La menor gravedad de la operación*. El útero es un órgano de tal importancia que sólo ante la imposibilidad absoluta de conservarlo, debe el Cirujano sacrificarlo; su conservación permite á la mujer ser madre, la pone al abrigo de los desórdenes nerviosos que aparecen en las histerectomizadas y, por último, no destruye la estática de la pelvis. El embarazo normal no es raro en mujeres que han sufrido la Miomectomía abdominal, puesto que en los 290 casos de la estadística de Ferendinos hubo 14 embarazos consecutivos; Ricard, Temoin y Krönlein refieren casos en los cuales el parto se verificó á término por los sólo esfuerzos de la naturaleza.

Los desórdenes nerviosos consecutivos á la Histerectomía total han llamado la atención de algunos cirujanos. M. Jayle, dice Morinière, ha demostrado la depresión nerviosa en que caen las mujeres histerectomizadas, estudiando los resultados post-operatorios en enfermas que han sufrido esta operación en el servicio del Doctor Pozzi; poder evitar en lo posible los accidentes psíquicos, es una ventaja que corresponde á la Miomectomía.

La conservación del útero no destruye, dije, la estática de la pelvis; efectivamente, la matriz forma con sus ligamentos anchos un plano sólido que reforza el periné de la mujer y contribuye á sostener los intestinos. La matriz sirve, además, para la fijación directa de la vagina é indirecta de la vejiga y del recto; quitando el útero se quitan los medios de fijeza, la caída de los intestinos se hace más fácil y con ésto, sus consecuencias correspondientes.

La menor gravedad de la Miomectomía abdominal es otra de sus ventajas sobre la Histerectomía; ventaja que se adivina ya recordando que «mientras menos se quite de un órgano, menos grave es la operación.» Las estadísticas de 1890 á 1900, consignadas en las tesis de Morinière y Ferendinos, que arrojan el 3 % de mortalidad, y aun la consignada en el Tratado de Ginecología de Pozzi con un 6,46 %, demuestran la benignidad relativa de la Miomectomía abdominal.

No hay que olvidar que la mortalidad de la Histerectomía abdominal es de un 6,33 % para la subtotal y de un 10,28 % para la total.

## VI

### Indicaciones y Contraindicaciones.

Las indicaciones de la operación no son bien precisas y no todos los autores están de perfecto acuerdo sobre el punto; tiene en cambio contraindicaciones muy formales y sobre las cuales sí están de acuerdo los autores.

La benignidad relativa de la operación y su fácil ejecución, obligan hasta cierto punto, á los partidarios de la cirugía conservadora, á indicar la Miomectomía abdominal como tratamiento radical de los fibromiomas uterinos, siempre que no esté formalmente contraindicada. Las contraindicaciones absolutas de la Miomectomía abdominal son el *estado del útero y sus anexos*. En efecto, si la matriz ha contraído relaciones muy íntimas con el tumor ó los tumores, á extremo de poder decir que ha sufrido ó empieza á sufrir la degeneración miomatosa, si estuviese también muy deformada, ó que su eje ó su canal hayan perdido la dirección habitual, la operación conservadora debe darle el paso á la Histerectomía.

Si la matriz no ha sufrido ni empezado á sufrir la degeneración miomatosa, si no estuviese deformada y su eje y su canal conservan la dirección normal; pero que, en cambio el ovario y trompa de ambos lados no están en estado de funcionar normalmente, por ser el asiento de una afección de cualquiera naturaleza, la operación conservadora no tiene objeto, y la Histerectomía está muy indicada. Pero no es urgente que ambos anexos estén buenos, basta que uno de ellos lo esté, para que no haya contraindicación para la Miomectomía abdominal.

También será preferible la Histerectomía, si, como dije atrás, el Cirujano temiese con justas razones la infección del útero y no pudiese evitar el abrir su cavidad.

La pluralidad de los fibromas no es una contra-indicación, porque, como se dijo atrás, se han extirpado hasta 12 fibromas de volúmenes variados, de un mismo útero; sin embargo, si el número de estos tumores fuese muy crecido, y, si sobre todo, son tan voluminosos que no sea fácil reconstituir el útero, el Cirujano se verá obligado á desechár la operación conservadora.

La edad de la mujer no constituye contra-indicación: si como dicen algunos autores que en la que está próxima la menopausia no tiene objeto conservar la matriz, dicen otros que se la debe conservar, si es posible, para la estática de la pelvis y para impedir los desórdenes nerviosos que, de golpe, se establecen después de la Histerectomía.

El enclavamiento en la pelvis de los tumores fibrosos, tampoco es una contra-indicación para la Miomectomía abdominal: el Doctor Temoin afirma que se pueden enuclear estos tumores por demasiado enclavados que estén (Tillaux, Tratado de Cirugía Clínica, tomo II.)

El embarazo no es una contra-indicación para la Miomectomía abdominal; se registran varios casos de esta naturaleza y en los cuales el embarazo ha continuado hasta llegar á término.

En resumen: en presencia de un caso de fibroma de la matriz, creo que el Cirujano debe intentar siempre la Miomectomía abdominal; pero que, *en la generalidad de los casos, sólo después de haber explorado el útero y sus anexos, puede él decir si está ó no está indicada la operación conservadora.*

Claro está que, antes de decidir tal ó cual intervención, el Cirujano hará un examen completo de su enferma para ver si está ó nó en condiciones de operabilidad.

## VII

### Conclusiones.

#### I

La Miomectomía abdominal, siendo una operación mucho menos grave que la Histerectomía, es la que debe ser preferida, siempre que sea posible, cuando se trate de hacer la cura radical de los fibromiomas de la matriz.

II

La Miomectomía abdominal tiene además sobre la Histerectomía, la insuperable ventaja de conservar la matriz y de asegurar, por consiguiente, la menstruación y la posibilidad de la fecundación; evita también á la mujer los desórdenes nerviosos, tan inquietantes á veces, que siguen á la Histerectomía.

III

Por último, la Miomectomía abdominal permite practicar, en su curso, la Histerectomía total ó sub-total, si el Cirujano lo juzga necesario, sin que se agrave por esto el pronóstico de esta última operación.

*G. Martínez C.*

Vº Bº,

*Salvador Ortega.*

Imprimase,

*J. J. Ortega.*

# PROPOSICIONES

---

ANATOMÍA .....	Canal crural.
FÍSICA MÉDICA.....	Facómetro de Badal.
BOTÁNICA MÉDICA.....	<i>Nicotiana tabacum.</i>
ZOOLOGÍA MÉDICA.....	<i>Bilharzia haematobia.</i>
FISIOLOGÍA .....	Glicogenia hepática.
HISTOLOGÍA.....	Tejido óseo.
QUÍMICA INORGÁNICA.....	Cloruro de sodio.
QUÍMICA ORGÁNICA.....	Leche.
PATOLOGÍA GENERAL.....	Coma.
PATOLOGÍA EXTERNA.....	Glaucoma.
PATOLOGÍA INTERNA .....	Pericarditis aguda.
CLÍNICA QUIRÚRGICA.....	Cateterismo del hombre.
CLÍNICA MÉDICA .....	Palpación de la región precordial.
GINECOLOGÍA.....	Estiomene de la vulva.
OBSTETRICIA .....	Maniobra de Mauriceau.
TERAPÉUTICA .....	<i>Cannabis indica.</i>
MEDICINA LEGAL.....	Autopsia médico-legal.
MEDICINA OPERATORIA .....	Laparotomía mediana.
BACTERIOLOGÍA.....	Bacilo de Ducrey.
TOXICOLOGÍA.....	Cicuta.
ANATOMÍA PATOLÓGICA .....	De la Vaginalitis crónica.
HIGIENE .....	De la boca.
FARMACIA .....	Glicerolados.