

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Tobler.

LA CIRUGÍA DE LOS MIOMAS EN SUFRIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO

Dr. Guillermo A. Tobler Bottini

Trabajo realizado en la Clínica Ginecotológica, Cátedra del
Prof. Dr. Manuel B. Rodríguez López

Como contribución al tema de "La Cirugía del Mioma en el momento actual" haremos una breve exposición del problema quirúrgico del mioma en sufrimiento en el curso de la gravidez.

En el general el mioma evoluciona de manera silenciosa durante la gravidez, pero existe un pequeño porcentaje de miomas, que en el embarazo presentan un cuadro ruidoso, doloroso, reflejo de serios disturbios que se suceden en el núcleo miomatoso, que pueden repercutir seriamente sobre la vida materna y sobre el embarazo; trastornos que exigen una asistencia inmediata y tratamiento oportuno por parte del ginecotólogo, tratamiento que culmina en ciertas circunstancias en la intervención quirúrgica.

El precisar ese tratamiento quirúrgico es el objetivo fundamental de esta contribución.

Para poder comprender el tratamiento de los miomas en sufrimiento, debemos preguntarnos porque sufre el mioma en la gravidez,

En términos generales, en la génesis del sufrimiento del mioma en el curso de una gestación, predominan las alteraciones de carácter vascular, con sus vicios de nutrición consecutivos.

Se concibe fácilmente la frecuencia de trastornos circulatorios del mioma, si se recuerdan algunas características de la irrigación de estos tumores.

La vascularización del mioma está dada por una red arterial, en conexión con el sistema arterial parietal uterino. De esta red, que asienta por lo común entre los límites de la cápsula y la pared uterina, parten pequeñas y escasas arteriolas, que atravesando la cápsula, penetran más o menos profundamente en la masa tumoral.

A las arteriolas siguen capilares, que se continúan por venas que terminan en los espacios venosos de la cápsula. Espacios que son a veces simples hendiduras y otras veces forman verdaderos lagos sanguíneos, que pueden presentarnos serios problemas de hemostasis en el acto quirúrgico. Por consiguiente el mioma es un tumor poco irrigado, que si bien no puede ser considerado como un tumor avascular, es en general un tumor poco vascular siendo la parte central, la zona crítica de esta vascularización y por consiguiente la más expuesta a las insuficiencias circulatorias.

Por otra parte la circulación del núcleo miomatoso sesil, intraparietal se ve comprometida por la dislocación que el núcleo en su crecimiento progresivo, provoca en los vasos rectos intraparietales uterinos.

A estos hechos debemos agregar, que con frecuencia existen lesiones vasculares de flebitis, de arteritis de los vasos del mioma y de los vasos de la pared uterina que pueden comprometer gravemente la circulación del mioma.

El proceso gravídico, en estos miomas de defectuosa vascularización, puede ser un factor de agravación brusca de la insuficiencia circulatoria, insuficiencia que lleva a la mortificación tisular del núcleo miomatoso.

Es por todos conocido que el mioma, durante el curso del embarazo sufre modificaciones de su volumen; aumentan de tamaño, poniéndose en evidencia tumores que hasta ese momento habían pasado desapercibidos. Modifican su consistencia, adquiriendo a veces las características de tumor quístico. Estas modificaciones son en parte consecuencia de la inhibición gravídica, que pueden condicionar en ciertas circunstancias alteraciones circulatorias del núcleo miomatoso.

Así sucede que en los miomas pediculados, estas alteraciones favorecen la torsión, por las modificaciones del núcleo y de su pedículo. La torsión pedicular condiciona los cambios circulatorios, que pueden establecerse de una manera aguda, subaguda, crónica, total o parcial, y llevan a la congestión, edema y necrobiosis isquémica del tumor.

Si el mioma es sesil, intramural, las modificaciones de su volumen por el proceso gravídico, pueden producir perturbaciones en el calibre de sus vasos, ya por compresión, acodadura; alteraciones que comprometen la irrigación y llevan al disturbio vital tisular. Estos trastornos circulatorios exagenan el volumen del tumor, que en los casos agudos este aumento se establece rápidamente. Su consistencia se modifica haciéndose más blanda o más firme.

Las áreas de tejido necrosado se caracterizan por la pérdida del color blanquecino del mioma y toman un color amarillento verdoso, rosado, rojo más o menos intenso. Este último aspecto, le ha valido el nombre del mioma rojo o carnosos, que representa un aspecto especial del proceso de necrobiosis aséptica.

No está totalmente aclarado el mecanismo de este aspecto particular, para unos sería una necrobiosis aséptica (puesto que en los primeros momentos no se encuentran microbios) con hemólisis local, para otros sería hemorragia intratumoral. Se ha pretendido explicar también esta alteración por procesos de endoarteritis obliterante y de tromboflebitis.

Lo cierto es que en estas circunstancias de penuria circulatoria, los tejidos mueren, lo que se traduce histológicamente por su mala coloración.

Habitualmente estas modificaciones se establecen después del segundo mes y antes del sexto, presentando su máximo de frecuencia entre el tercer y quinto mes.

Clínicamente los procesos de insuficiencia circulatoria tumoral, de necrobiosis aséptica, se traducen por un cuadro doloroso de abdomen. Dolores continuos con crisis, con paroxismos por distensión que se acompañan con rápida y grave alteración del estado general, temperatura, que puede ser elevada. Aumento brusco del volumen tumoral y sensibilidad exquisita. La leucocitosis es alta y la velocidad de sedimentación acelerada. Su pronóstico es grave puesto que dejados evolucionar van a la gangrena, a la supuración, a la perforación.

Por estos motivos deben ser tratados con urgencia. Su tratamiento de elección es el quirúrgico, puesto que es necesario extirpar el tumor en sufrimiento para salvar la vida de la madre. Cuando el mioma en sufrimiento coincide con una gravidez, el tratamiento quirúrgico tiene su indicación precisa, su oportunidad, porque no todos los miomas en sufrimiento deben resolverse operatoriamente.

De manera general, durante la gravidez debemos intentar de resolver el problema del sufrimiento miomatoso por tratamiento médico y observar una conducta expectante, con el doble fin de no exponer la vida materna ni el embarazo.

No siempre es posible solucionar el caso con el tratamiento médico exclusivo, porque hay miomas cuyo sufrimiento es muy importante y no cede a la terapéutica médica habitual realizada con el reposo en cama, bolsa de hielo, sedación uterina (morfina, espalmagina, papaverina, sulfato de magnesio), progesterona y vitamina E), tratamiento antibiótico (penicilina-estreptomina), entonces debemos intervenir quirúrgicamente.

En otras palabras, cuando los cuadros de sufrimiento miomatoso en el curso de la gestación, a pesar del tratamiento médico correctamente realizado, ven agravar sus síntomas, la persistencia y exageración del dolor y la agravación del estado general traducida por el descenso de los índices biológicos de la paciente, en tales circunstancias el tratamiento quirúrgico se impone.

De esta manera queda explicado en qué circunstancias se opera el mioma en sufrimiento, nos queda por explicar cómo se opera.

A este respecto nosotros nos vamos a referir a la conducta quirúrgica que se sigue en la Cátedra a que pertenecemos.

La operación de elección es la "Miomectomía Intragestación", porque se trata en general de mujeres jóvenes, en madurez sexual, en

las cuales debemos conservar al máximo su función sexual. Por otra parte cuando esta operación es oportunamente indicada su mortalidad es baja y los peligros del aborto se ven disminuídos.

Se realiza bajo anestesia general, y la celiotomía puede ser por incisión de Pfannestiel, para embarazos chicos; cuando la gravidez uterina es de cinco o más meses preferimos la laparatomía infraumbilical.

Abierto el peritoneo se debe manejar el útero con cuidado, suavemente y no aconsejamos la exteriorización para evitar toda maniobra excitante, traumática que pueda conducirnos al aborto.

Podemos encontrarnos frente a dos situaciones: el mioma es pediculado o el mioma es sesil, intramural.

En el primer caso la intervención es relativamente sencilla y se reduce a la ligadura y sección a ras de la superficie uterina del pedículo. La ligadura la realizamos con cagout y una segunda ligadura con hilo de lino para asegurar la hemostasis.

Si es posible se realiza la peritonización con punto en bolsa de la zona de implantación pedicular.

En el caso de mioma sesil intramural, se realiza la miomectomía por enucleación. Se incide la pared uterina en la parte más saliente del tumor y se seccionan los planos hasta llegar a la cápsula y es mejor aun seccionar la masa tumoral, porque de esta manera se pone más en evidencia el buen plano de clivaje, para realizar la enucleación. Se pinza el núcleo y haciendo tracción suave y sostenida al mismo tiempo que introducimos el dedo índice derecho en la buena zona de clivaje, vamos rodeando y desprendiendo al núcleo miomatoso. Esta maniobra de enucleación puede hacerse con tijeras curvas, pero nosotros aconsejamos en principio la maniobra digital, por ser menos traumática y porque respecta más el plano de clivaje.

Una vez enucleado el mioma, se hace la ligadura de los vasos grandes que sangran abundantemente, pero debemos destacar que el lecho del mioma, en el útero grávido puede presentar una hemorragia en capa que puede ser muy abundante. Para realizar la hemostasis de este tipo de hemorragia aconsejamos la compresión suave del lecho con una compresa de toalla de esponja empapada en suero fisiológico tibio y mantener esta compresión durante un intervalo de tiempo que oscila entre cinco a diez minutos. Se verá como con esta maniobra es posible detener esta hemorragia, que en un primer momento parecía tan difícil de cohibir.

Dominada la hemorragia se procede a la sutura del lecho del mioma, con un punto continuo, que puede ser en jareta. Este punto debe ser realizado prolijamente porque tiene un doble objetivo de asegurar la hemostasis del lecho y de obtener un buen afrontamiento sin dejar

espacios muertos. Una vez llegado a la superficie, al plano seromuscular puede completarse la sutura con puntos seroseros en X.

Si suturado el lecho, persistiera la hemorragia, es conveniente pasar dos o tres puntos en U con fines hemostáticos. Cerramos la pared abdominal en tres planos sin dejar drenaje.

En el post operatorio inmediato debe continuarse con la medicación sedante uterina y antibiótica, que se mantendrá un tiempo más o menos largo según la evolución del caso.

En cuanto a la repercusión de la intervención sobre la evolución de la gravidez es variable.

En los miomas pediculados la repercusión es menor, es decir, el porcentaje de abortos post operatorios es más bajo que en los casos de miomas sesiles. Por otra parte debemos destacar que esta evolución post operatoria es un tanto caprichosa, puesto que se han realizado enucleaciones de miomas, en las cuales las membranas ovulares hacían hernia en el lecho del tumor y el embarazo continuar su evolución, terminando con un parto de término.

El futuro de las grávidas miomectomizadas con respecto a las nuevas gestaciones y partos es satisfactorio, porque la gran mayoría de los casos evolucionan sin incidentes. Las estadísticas enseñan que la ruptura del útero al nivel de la cicatriz de la miomectomía es un hecho raro.

Si el ginecotocólogo presume que la cicatriz operatoria uterina no le merece mayores garantías es conveniente que en el momento del período expulsivo evitar esfuerzos excesivos y terminar el parto por forceps o por cualquier otra maniobra que crea conveniente.

COMO CONCLUSIONES DIREMOS:

Que el sufrimiento del mioma en el curso de la gestación es poco frecuente.

Que la intervención quirúrgica en el mioma en sufrimiento en la gravidez, tiene indicación precisa y oportuna, que surge cuando el cuadro de sufrimiento no cede o se agrava ante el tratamiento médico correctamente realizado; por estas razones la intervención quirúrgica es poco frecuente en el mioma en sufrimiento en la gestación.

Que la operación de elección es la miomectomía (por ligadura, de pedículo o por enucleación) realizada por vía abdominal porque respecta al máximo las funciones genitales femeninas, y porque conserva la gravidez.

Que el pronóstico para los futuros partos, de las grávidas así tratadas, es bueno.

DISCUSION

Sr. COORDINADOR. — Se va a iniciar la discusión. Tiene la palabra el Dr. Parada.

Dr. RICARDO PARADA. — Voy a presentar algunos documentos histográficos de estudios realizados en el Instituto de Radiología y Centro de Lucha contra el Cáncer del Hospital Pereira Possell, que dirige el Dr. Félix Leborgne.

Estos estudios tienen interés no sólo del punto de vista diagnóstico, sino también nos dan una orientación terapéutica en vista a una cirugía conservadora.

La mayoría de estos casos han sido estudiados por medio del contraste hidro soluble, cuya principal ventaja es evitar los eventuales riesgos.

Este primer caso se trataba de una enferma estudiada por el doctor Achard, que presentaba un útero aumentado de volumen y por sobre todo una imagen lacunar jugosa en su interior, que nos hizo pensar que se trataba de un nódulo sub mucoso. La enferma fué intervenida, realizándose la histerectomía fúndica con resección de ambas tropas, y ovario mostrando la pieza operatoria una sección del útero que presentaba un pólipo sub mucoso, que daba la imagen de obstrucción uterina.

El caso del doctor Crottogini presentaba un grueso útero, una imagen uterina muy agrandada y en la intervención se comprobó la existencia de un grueso nódulo que fué extraído, haciéndose también una cirugía conservadora.

Aquí está el nódulo visto por su cara externa, y ésta, una vez seccionado; se trataba de un grueso mioma en parte degenerado.

El tercer caso enviado del servicio del doctor Tarigo, también presentaba una imagen lacunar en su interior; aquí tenemos la cavidad uterina algo agrandada y los contornos, todo el relleno irregular provocado por el mioma sub mucoso.

Esta es la fotografía de la pieza operatoria en la cual encontramos un útero de paredes engrosadas y el nódulo que daba la imagen lacunar.

Este caso también enviado por el doctor Achard, mostraba una imagen lacunar sobre el borde izquierdo del útero y en la intervención se comprobó también un nódulo que daba la falta de relleno.

Este otro caso enviado también del Servicio del Profesor Crottogini mostraba la existencia de dos imágenes lacunares: una cerca de la extremidad de polo neutro y otra a nivel del cuello. Esta fotografía de la pieza operatoria de histerectomía sub total, permite comprobar los dos núcleos que daban la imagen lacunar.

Este otro caso también del Servicio del Profesor Crottogini, mioma de cuello. Esto que vemos aquí es la cavidad cervical muy dilatada, mientras que por encima encontramos la cavidad uterina de morfología sensiblemente normal.

La fotografía de la pieza operatoria mostraba lo que dijo anteriormente el Profesor Crottogini: es un útero como una bocha en la parte

inferior, y en la parte superior cabalgando el cuerpo uterino. Aquí tenemos el cuerpo uterino, mientras que éste es el grueso núcleo miomatoso.

En la pieza abierta se comprobó la correlación con el aspecto radiológico.

Este cuarto caso del doctor Caprio nos muestra un útero muy elongado y además desviado hacia la izquierda. La cavidad uterina, presentaba una deformación marcada sobre su borde derecho, provocada posiblemente por un grueso núcleo miomatoso.

La fotografía de la pieza operatoria nos muestra en efecto que se trataba de un mioma. Aquí tenemos la cavidad uterina, el grueso núcleo de la derecha que daba la deformación de la imagen de la cavidad uterina y otros núcleos más chicos sobre el lado izquierdo.

Este otro caso del servicio del Profesor Dr. Rodríguez López mostraba una cavidad aumentada de volumen de un útero en anteversión forzada. En la placa en oblicua, nos encontramos que se trataba de una anteversión. En la intervención se comprobó la existencia de un útero de morfología un poco agrandada, solamente, y sobre todo lo que daba esa anteversión forzada, un grueso núcleo sobre la cara posterior del útero.

Este otro caso del Servicio del Profesor Cottogini mostraba en la radiografía simple dos masas calcificadas: una en la región pelviana y otra en la región sub hepática y los contornos siempre dos masas de sombra de partes blandas que hace pensar que se trataba de dos núcleos miomatosos calcificados y un enorme útero con miomas posiblemente alterados.

Se encuentra en efecto que el nódulo calcificado, deformaba al cuello uterino y la cavidad uterina está muy levantada en el abdomen y enormemente agrandada.

En la fotografía de la pieza encontramos una concordancia con lo que vemos en la histerografía: por este lado el cuello uterino que está desplazado, aquí el nódulo calcificado del cuello y este nódulo que se proyectaba en la región sub hepática. Abierta la pieza encontramos el nódulo calcificado; la cavidad uterina aquí se ve poco, porque está proyectada solamente en el sentido antero-posterior; y la gruesa masa miomatososa se confunde con la otra calcificación.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Cottogini.

Dr. CROTTIGINI. — Brevemente, para no dejar sin comentar el relato del Profesor Rodríguez López. En realidad en Montevideo, estamos casi todos de acuerdo, en la mayor parte de los problemas, salvo en uno que es el que marca la mayor discrepancia, que es el problema del ovario restante.

Con el criterio del Profesor Stajano del ovario tóxico que mucha gente cree equivocadamente que él entiende, por eso solamente algunos de los problemas que crea el ovario restante, cuando el problema del ovario eóxico según lo ha enseñado es mucho más amplio, más complejo que el del ovario restante.

En los demás casos, todos los ginecólogos en Montevideo, procedemos de la misma manera; de modo que no voy a comentar específicamente cada uno de los títulos, pero sí en un sentido general para felicitarlo al doctor Rodríguez López por haber comprobado una vez más que mantiene una inquietud, un afán de progreso y de acción que lo ha llevado a estar entre los que preparan este tema para los cirujanos generales y de gran interés para los ginecólogos. Su relato ha sido tratado con experiencia y dentro de la brevedad del tiempo, con suficiente claridad. Y ha abundado en documentación e información.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Stajano.

Dr. STAJANO. — No quería irme de esta reunión, a pesar de tener que retirarme mucho antes, porque deseaba felicitar al relator por su brillante trabajo, lo mismo que a los autores de comunicaciones sucesivas que aportaron hechos que demuestran el estado de espíritu de los ginecólogos del país. Yo quería destacar, a propósito de las comunicaciones, la obsesión que tienen los ginecólogos, por dejar a la mujer, a la que se le hace extirpación, con cirugía conservadora, en la forma óptima. En el caso de tener que extirparse totalmente la matriz, preocupa el problema consiguiente del desequilibrio de la mujer, el estado psíquico, la repercusión en general y lo que decía el Dr. Crottogini ¿cómo queda esa mujer? Es un problema realmente interesante, y que no es el momento de desarrollar, puesto que no hay tiempo, y considero que los ginecólogos del país tienen que aportar hechos que demuestren algo de lo que no se ha dicho en una forma precisa, y es de **cómo queda la mujer**, como mujer, después de la intervención: la mujer antes de la operación de su fibroma, y después de la operación. Evidentemente, el equilibrio hormonal se perturba, si se extirpa todo, y bajo el punto de vista menstrual debe ser una obsesión el conservar esa función y deben agotarse todas las tendencias quirúrgicas.

La disertación brillantísima del Dr. Belloso manteniendo endometrio para que ese ovario siga funcionando y para que ese circuito no quede interrumpido, es un desiderátum, y para que ese ovario residual no sea nocivo, intenta mantener el circuito endometrio ovario,-endometrial, para mantener el flujo menstrual. Ahora, al no poderse mantener el ciclo menstrual, ese ovario es pernicioso y se hace tóxico. Ese convencimiento que tengo de mucho tiempo atrás, es el resultado de la experiencia que he recogido en la cirugía funcional, conservadora, dado que he tenido muchos pesares al tener que sacar ovarios en mujeres relativamente jóvenes, pero lo tenido que hacer por la experiencia adquirida, de mucho tiempo: esas mujeres quedan mejor y con una menopausia con fenómenos vegetativos más atenuados, mucho menos graves, que con la conservación "a outrance" de ovario post-histerectomía.

Bajo el punto de vista sexual, es otro gran asunto, y que no ha sido tocado; por eso pido a los ginecólogos que tienen experiencia, y tienen casuística, que interroguen a la mujer cómo es sexualmente; cómo es la

mujer fibromatosa bajo el punto de vista sexual, y cómo es la mujer operada, es decir cómo queda la mujer con histerectomía subtotal o total, con anesectomía bilateral.

No es posible que yo hable a priori; tengo documentos que no he podido traer, porque no he venido preparado, pero le pido a los colegas, que hagan casuística y que hagan interrogatorio, y que me contesten dentro de un poco de tiempo sobre ese gran problema que atañe a la cirugía que se ha tratado hoy.

La mujer fibromatosa es muy frecuentemente frígida, en una proporción altísima, y se produce la paradoja, y vuelvo a insistir en este hecho, porque tengo casos de que una mujer frígida toda la vida, fibromatosa, se opera, y después de la intervención total, nace una vida genital normal, como no la había vivido nunca.

Son hechos paradójales, y aparentemente misteriosos, pero de acuerdo a conceptos que tenemos actualmente de la función menstrual, y de la función sexual, que no es una función puramente ovárica, sino que es algo más complejo: Es un engranaje de un vasto sistema hipofiso-cortical, subtalámico, tiroideo, etc., y que hace más comprensible esa paradoja de que la extirpación del ovario transforme a la mujer en sentido sexualmente favorable. Es una pieza nociva dentro del conjunto y del sistema.

En cuanto a la comunicación del útero fibromatoso en la menopausia, es un problema que lo he definido en una conversación que tuvimos en la Sociedad de Cirugía hace pocos días. Una cosa es el fibroma antes de la menopausia, y otra cosa es el fibroma de la paramenopausia y de la menopausia; en este fibroma yo creo que no hay problema, no hay conflicto. Hay indicaciones netas de la histerectomía profiláctica del cáncer endometrial.

Yo he contemplado fibromas 10, 12, 15 años sin hacerles nada, pero ha llegado la menopausia, y a pesar de no tener metrorragia, ni síntomas rojos, los he operado, y los he operado porque la experiencia que he recogido en la época en que se hacía conservación "a outrance", en que se hacía radioterapia para silenciar las hemorragias de los fibromas, y se decían enfermas curadas, esas enfermas, a los 5 ó 6 años, 7 años, hacían el cáncer endometrial. Los 80 casos que presentamos en el año 1930 con el Profesor Pouey, hablan de un porcentaje del 25 % de coincidencia de fibromas de menopausia con cáncer endometrial. El cáncer endometrial, en la menopausia, inicia su aparición. Sin embargo, tengo dos cánceres de 40 años, pero esto no es la regla corriente.

Y por último quiero decir algo más, ya que se trata de cirugía conservadora. Yo hago conservación siempre que es posible, y todo lo que se ha dicho aquí es una cosa bien enseñada por nuestros maestros, que nos inculcaron la cirugía conservadora, hasta en casos en que sacábamos una palangana de fibromas, y conservábamos un útero todo remendado, operando hasta fibromas con embarazo y conservamos el embarazo hasta su término, de manera que esas adquisiciones muy corrientes nos evocan las enseñanzas de aquellos grandes e inolvidables maestros de nuestra juventud. Además creo que en toda cirugía conservadora debe hacerse algo

que no se ha dicho hoy, y es lo que yo hago sistemáticamente con convencimiento, pero claro que no quiero establecerlo como dogma para los demás. Me refiero a la **ooforectomía parcial bilateral en cuña** en ambos ovarios, dejando ovario residual suficiente y sacando todo ese enorme ovejón que constituye el ovario de la fibromatosa. Esos grandes y gruesos ovarios son evidentemente hipercrínicos. En la mujer joven yo hago sistemáticamente esa operación, y me ha dado satisfacción, dado que he seguido enfermas muchos años, con resultados favorables y sin recidivas, y no quiero hablar más porque es abusar. Sólo dos palabras para decir las reservas que tengo respecto al bloqueo vascular del útero, que es una cosa muy bonita, es una cosa perfecta, que permite operar sin sangre, pero que es un medio que de cuando en cuando va a dar trastornos y dolores de cabeza. Yo conozco además del caso citado de shock histamínico, posiblemente post restablecimiento circulatorio, otros con trastornos de tromboflebitis pelviana grave, uno de los cuales se operó en nuestro Servicio el otro día, ingresada de otra Sala.

Son hechos aislados para tener presente, y para que no sorprendan por ignorancia de su posibilidad. Es útil mostrar lo bueno que tiene el procedimiento y los peligros posibles, aunque no frecuentes, que tiene también.

Señor Presidente, muchas gracias.

Sr. COORDINADOR. — A continuación corresponde proceder al cierre de la discusión. Tiene la palabra el relator.

PROF. DR. RODRIGUEZ LOPEZ. — Dado lo avanzado de la hora, voy a referirme solamente a algunos aspectos de los problemas planteados. Pero antes quiero agradecer la atención y el comentario favorable que ha tenido mi relato.

Ante la imposibilidad de darle lectura total al mismo, expuse sólo los puntos que me parecieron más importantes y esenciales. Por ello fué que se han omitido algunas cosas que en la discusión luego se comentaron.

En nuestra estadística hemos mostrado que sobre 1.972 operaciones efectuadas durante cinco años en la Clínica Ginecotológica en su departamento de Ginecología, sólo se han operado 340 miomatosis por vía abdominal, descartando algunas que se han hecho por vía vaginal.

El número de asiladas en estos cinco años en el Servicio de Ginecología, fué inmenso y las operaciones que hemos efectuado marcan nada más que un 4 % del número de internadas. Esto marca bien definidamente el concepto actual de la Ginecología, en donde la acción médica va desplazando lentamente al concepto anatómico quirúrgico que antes imponía, lo que es un real avance.

Sobre la denominación de miomatosis que tanto ha insistido R. Mayer, evidentemente desde el punto de vista biológico y endocrinológico, sería aceptable la misma. Pero de acuerdo a la práctica y ya que los textos latinos, especialmente los franceses, denominan a estos tumores fibromiomas, el uso de esta denominación prima en casi todos los textos.

Que hay miomas puros desde el punto de vista histológico, aunque raros, es una realidad; lo mismo diremos de los fibromas puros; mientras que las tumoraciones corrientes a las que nos referimos tienen una estructura fibrosa y muscular que histológicamente autorizan a denominarlos fibromiomas.

El mioma, más que un tumor, es una enfermedad hiperestrogénica, donde él es el término de una verdadera desindocrinea en la mujer.

Pero frente a la clínica quirúrgica, el cirujano debe encararlo como una tumoración que exige muchas veces el tratamiento de excéresis; es por ello que yo en el relato lo encaré desde el punto de vista general quirúrgico estricto, dando directivas quirúrgicas que pueden resultar novedosas y prácticas para los cirujanos generales.

En cuanto al problema del ovario residual soy eclético y no creo que se debe extirpar sistemáticamente cuando hay que extirpar el útero, sino que como lo dice el Dr. Crottogini y lo digo también en mi trabajo, la conservación de ovarios sanos, mantiene un equilibrio hormonal interesante a no perder de vista y solamente se deben extirpar cuando están ostensiblemente alterados. Sobre ese problema habría mucho que discutir, pero el límite imperioso del tiempo obliga nada más que a esbozarlo.

Felicito al Dr. Crottogini por los films que ha proyectado y que tan bien ha obtenido y realizado. Esto es un índice más del interés que existe en nuestro ambiente, desde el punto de vista docente, para buscar el ponernos a tono con el concepto pedagógico más usado actualmente.

El material gráfico, y en especial el film, muestra a los alumnos de manera nítida, operaciones y problemas que de otra manera no sería posible darlos o mostrarlos a la totalidad de los alumnos.

Agradezco a todos el aporte de sus observaciones en la discusión que originó mi relato, lamentando una vez más en la exigencia del tiempo que con su tiranía evita que pueda entrarse en la discusión y en los detalles de tanta importancia que sobre el tema hemos expuesto.

SR. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Isidro Boguña Porta.

Dr. ISIDRO BOGUÑA PORTA (España). — Mis palabras ante todo son para agradecer la atención que han tenido conmigo al invitarme a sentarme en esta mesa presidencial del Congreso y además para adherirme a todo lo que se ha dicho aquí sobre los conceptos actuales que deben regir la cirugía de la fibromiomatosis.

Debo declarar complacido que me he encontrado en un ambiente familiar y sobre todo que me reconforta y me halaga la base del bloqueo vascular para las operaciones parciales del útero que yo empleo y tal vez sea el único médico que lo practica en mi país, pero que desgraciadamente todavía no se ha difundido en el mismo, cosa lamentable por el valor y la eficacia que esta táctica operatoria tiene. Yo tengo algunas publicaciones sobre el tema tratado en el relato y en especial en concordancia con alguna comunicación en lo que respecta a los miomas en el estado gravídico puerperal.

Yo en España la he practicado con éxito absoluto y tengo cuatro casos que fueron todo un éxito, llegando a sorprender la técnica.

Con los rosarinos, con los cuales tenemos frecuentes relaciones, y que Borrás, que fué propulsor del bloqueo, lo ha llevado en sus conferencias a España, hemos estado de acuerdo en que sorprende que todavía no se haya practicado en nuestro país.

Estoy agradecido a que se me haya invitado a esta reunión, donde en el relato oficial, en las comunicaciones y en las demostraciones de los flims hemos visto fundamentados con perfecta exactitud, el valor que tienen la tácticas operatorias en la cirugía funcional uterina. Hay que destacar una vez más el valor del bloqueo vascular que Uds. practican con simplicidad, y que dan un terreno exagüe en la operación, haciendo posible la extirpación de grandes masas miomatosas sin pérdida de sangre y sin choc.

Termino agradeciendo una vez más en mi nombre y en nombre de la Ginecología española, la cordial acogida que se me ha dispensado en este Congreso.

Sr. COORDINADOR. — Si nadie más hace uso de la palabra, se procederá a exhibir una película del Dr. Crottogini, titulada "Cirugía del mioma uterino".