

27 Set. 1888

351

Memoria

Terminación de los embarazos extra-uterinos
o litopedios

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Memoria de prueba para optar el grado de licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia, leída el 29 de Setiembre de 1888 por Clemente Cifranda.



Santiago Setiembre de 1888.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Señores: El presente trabajo que traigo ante la consideración de vosotros tiene mas interes científico que clínico por la poca frecuencia con que se presenta. En la historia de la escuela médica chilena es el primero que se presenta. En la del viejo mundo son pocos los casos que he podido encontrar.

Definición e historia

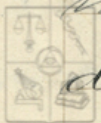
Bajo la influencia de causas diversas, el óvulo fecundado queda fijo en un punto cualquiera del trayecto que debe recorrer el ovario al útero, el óvulo así colocado toma sus elementos de nutrición en los tejidos sobre los cuales se implanta y llega a ser el sitio de una vascularización especial para operar su desenvolvimiento. La historia del embarazo extra-uterino es muy reciente por las pocas incidencias que se poseen antiguamente sobre las fecundaciones.



Después de los trabajos de Roguier y de Graaf sobre el ovario y descubrimientos de las vesículas, el útero llegó a ser comprendido. Se admite el descomovimiento en la trompa en el ovario y en la cavidad abdominal. Bardeleque 1,796 (art. part. p. 449.)
 Laccou admitió cinco: 1.º Abdominal; 2.º Tubaral abdominal; 3.º Tubaral; 4.º Tubaral; 5.º Útero tubaral.

Ruptura del Quiste

Uno de los accidentes mas graves que pueden sobrevenir en el curso del embarazo esta uterino es la ruptura de la bolsa donde esta contenido el feto, que acontece entre el segundo y cuarto mes. Síntomas. La mujer algunas veces en excelente estado de salud ignora que esta en cinta, pero lo mas frecuente es que tiene dichos síntomas de embarazo: dolores en el bajo vientre, (lumbo abdominal); pérdida de sangre, generalmente negra, es pulsión de una caduca uterina muy importante para el diagnóstico; un dolor espontaneo y violento partiendo





de los lados del hypogastrio radian-
do todo el vientro un enfriamiento
general; una palidez, náuseas, y al-
gunas veces vomito (simple) ~~sincope~~
sincope, todos los signos de una he-
morrája

La muerte es algunas veces
instantánea, otras veces es produ-
cida por una hemorrája sucesiva.

Cuando la mujer ha escapa-
do de los peligros de la hemorrája
está espuesta a morir de una perito-
nitis consecutiva, ya sub-aguda, ya
crónica.

Otras veces el pronóstico es menos
sombrio. La mujer resiste al golpe
hemorrájico entonces la sangre se

Curaciones de este genero de em-
barazo extra-uterino han sido publi-
cadas por Krieger 1856, Bertrand 1857,
Hodgen 1874, Mac Callum 1874, Fer-
col 1875, Mosse 1878, Macdonald 1884,
Montgomery 1884, Mawry 1884, Mar-
tinetti 1885, Wiedemann 1886.

En los casos de curación la rup-
tura ha tenido lugar, dos alternativas
se presentan: o bien el feto su-



cumbe inmediatamente y la ruptura va seguida de retención, o bien el feto sobrevive y continúa su evolución en la nueva región que ocupa, que es, ya cavidad abdominal, ya el espesor del ligamento ancho.

En este último caso sumamente raro la trompa se rompe al nivel de su borde inferior, de suerte que la sangre y el huevo no penetran en la cavidad peritoneal sino en el tejido celular del ligamento ancho. La hemorragia que queda limitada, es menor; los síntomas son menos alarmantes y la mujer corre menos peligro por la evolución extra-peritoneal del huevo; y si el feto continúa viviendo, es más favorable para un tratamiento ulterior.

En fin, en los casos estimada mente raros, la ruptura tiene lugar en el útero menor. Esto se observa en los casos de embarazo intersticial. Machha ha dado á conocer una observación en 1885.

Reasumamos las diversas eventualidades que se pueden producir por el hecho de la ruptura de una embarazo extra-uterino.

Por una parte la muerte, ya su-



lita o muy rápida por la hemorragia interna o por una peritonitis sub-aguda; lenta, por anemia profunda, causada por hemorragia excesiva o peritonitis crónica.

De otra parte, la mujer puede resistir a la hemorragia y a la peritonitis. Cura en ruptura, pero queda expuesta a la alternativa o a una hemorragia que puede felizmente terminarse por reabsorción, o a todos los peligros que trae la retención de un feto muerto; o en fin, si ha sobrevivido, tiene las consecuencias de un embarazo extra-uterino secundario.

De la retención del feto muerto en el embarazo extra-uterino

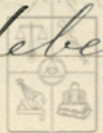
Al partir del momento en que el feto ha sucumbido, el embarazo extra-uterino entra en una fase nueva, que no es menos peligrosa que la que corresponde a la vida del feto. El peligro de una ruptura poco después ha desaparecido completamente, pero la mujer queda expuesta a todas las consecuencias que entra en la presencia de un



cuerpo extraño en el seno de organismo.
Es el período de retención que comien-
sa en las numerosas eventualidades
que debemos pasar sucesivamente en re-
vista.

Cuando el feto muere en el pri-
mer mes, su retención pasará comun-
mente desapercibida o quedará dudo-
sa; pues, no hay aún ningún signo
que permita afirmar el diagnóstico
del embarazo. Si el feto no sucumbe
sino después del cuarto ó quinto mes,
cuando el embarazo ha podido ser es-
tablecido con certidumbre, la reten-
ción llegará á ser evidente; pues, se
verán producir los signos habituales
de la muerte del feto.

Pero es sobretudo cuando el fe-
to ha llegado al término del embara-
zo cuando su retención será precedi-
da de fenómenos los más caracterís-
ticos. El embarazo ha evolucionado has-
ta el fin, algunas veces normalmen-
te, pero más común en medio de una
serie de trastornos y de accidentes par-
ticulares á la gestación extra-uterina.
Pues, en la época cuando el parto
debería producirse, se observan al





quenas veces antes, u otras despues, los fenó-
menos ó sintomas que caracterizan el perio-
do de dilatación de un parto normal; —

El cuello subirá al comienzo del
trabajo y de dilatación, la sangre se es-
capará hacia afuera comunmente acom-
pañada de la expulsión de una cadu-
ca uterina, ya entera ya en bridas membra-
nosas. Despues de un tiempo que puede
durar de algunas horas hasta 2 ó 3 dias,
i aún más, los dolores cesan y todo vuel-
ve á su orden. La evolución del cuello
uterino bajo las formas de un falso tra-
bajo pasa por una serie de fenómenos
análogos a los del trabajo normal. —

En el momento en que se efec-
tua el falso trabajo se puede ocasionar
la ruptura del quistes, y esto es un sín-
toma. Inmediatamente despues de la
conclusión del falso trabajo se consta-
ta la muerte del feto. Los movimien-
tos percibidos hasta entonces cesan a la
auscultación, no se oyen los latidos del
corazón fetal; los senos se hinchan, la
secreción láctea se establece; la retención
del feto está constituida; ¿Qué va á suceder?

Los modos de terminación bien distintos
son posibles.



En el primer caso, despues de un tiempo mas ó menos largo de la muerte del feto sobrevienen accidentes que comprometen gravamente la vida de la mujer. Estos accidentes sobrevienen sino que el quiste se habra por hácia fuera ó al contrario hay eliminación del feto al exterior por vias diversas.

En el segundo caso, la retención queda silenciosa, el feto sufre una regresión particular en el seno de los tejidos.

Tales son las dos categorías de hechos que estudiaremos mas adelante.

Retención con accidentes y sin abertura del quiste.

Habiamos dicho que la retención sin accidentes son raras.

La muerte del feto es lo mas comunmente punto de partida de complicaciones graves que se manifiestan ya inmediatamente ya despues de un tiempo mas ó menos largo despues de meses y años de una salud perfecta cuando la mujer cree estar fuera de todo peligro, los accidentes se declaran





y comprometen de una manera grave la vida.

Estos accidentes tienen lo mas comunmente por origen: 1.º La putrefaccion del feto; en efecto, contra lo de lo que pasa en el utero donde la retencion no se acompaña jamas de putrefaccion cuando se extraen intactas las membranas. La descomposicion del feto es frecuente en los quistes extrauterinos, y se cree que sea la causa la vecindad del intestino. Cualquiera que sea el motivo de la putrefaccion del feto, ésta determina rapidamente la inflamacion y la supuracion. Dos terminaciones son posibles: la peritonitis y la septicemia. La peritonitis puede desarrollarse ya sobre aguda y rápidamente mortal, ya subaguda ó crónica; la pared del quiste se espesa, se cubre de falsas membranas, que establecen adherencia entre ella y el peritoneo. Esta peritonitis adhesiva puede generalizarse y causar la muerte despues de un tiempo vario.



160 - 12 días en un caso de Fick 1867.
 7 semanas en uno de Guichard - 1877.
 3 meses en uno de D'Arbancell.

La mujer sucumbió presa de una fiebre tífica.

Cuando la peritonitis queda circunscrita, no es tan grave, en contraposición sus consecuencias a

propósito de la eliminación del feto. Puede aún sobrevener una peritonitis mortal a causa de la ruptura brusca de la pared del quiste que vacía su contenido en el peritoneo Wilson, publicó en 1870 una observación en que el quiste fetal supuró y se abrió en el peritoneo y produjo la muerte rápida.

Al mismo tiempo que la peritonitis, no es raro ver declararse síntomas sépticos. Es inútil insistir sobre la gravedad de los accidentes sépticos que produce lenta y seguramente la muerte, si una intervención operatoria no lo impide, i es necesario que esto no se haga de





rads.

En otros casos, el quiste ejerce una
compresión tal que determina ac-
cidentes mecánicos muy graves.
Oclusión intestinal observada por
Chevalier - 1882 - el recto en el espacio
de Douglas, obstruido por un quiste
que contenía en su interior un fo-
eto de tres meses - Peterer 1867 -
ha observado un caso de extra-
nulación interna producida por
un feto de quince meses - Hornung
1838. ha citado un hecho igual
en una mujer cuyo embarazo
se remontaba a diez años - Ottinger -
1883. ha comunicado a la Socie-
dad Anatómica la observación
de una mujer que ha sucumbido
a una obstrucción incompleta
causada por un embarazo de seis
años.

Es aquí el lugar de hablar lo
que hemos dicho a propósito de la
posibilidad de accidentes producidos
por la presencia de quistes extra-
uterinos muy antiguos, aun cuan-
do sean transformados en litopedios.
No es raro ver la salud sin alte-





rar entre las mujeres que llevan
 estos tumores y sin provocar in-
 convenientes de ningún jener,
 que pase de una sensación de
 incomodidad y de pesantes mas
 costumbada en el vientro, pre-
 sentar dolores abdominales algu-
 nas veces muy (~~vivos~~) vivos que
 pueden llegar á ser tan inco-
 modos que reclamen una in-
 terrección quirúrgica.

Retención con abertura del quiste.

Por la influencia del trata-
 do inflamatorio que invade len-
 tamente la serosa peritoneal
 en la superficie del quiste, se
 producen adherencias mas y mas
 sólidas que se establecen entre
 éstos y la parte vecina, ya
 á la pared abdominal ya á
 las diferentes vísceras que le co-
 tocan.

Cuando la supuración se
 declara en el interior del quiste,
 ésta, para al fin de cierto tiempo
 se abre á través de



sus paredes que se adelgazan
 bien pronto en uno o en varios
 puntos. En trabajos **ulcerativo**
 se hace, y finalmente, el quiste
 entra en comunicacion con el es-
 terio, o bien, con la cavidad
 de una viscera vecina; algu-
 nas veces el feto es espulsa-
 do por esta via; lo mas comun-
 mente el contenido del quiste
 se vacia lentamente bajo la
 forma de pus, de colgajos efa-
 celados o de huesos demudados,
 en ciertos casos la abertura que
 da estrecha y fistulosa, insu-
 ficiente para dar pasaje a o-
 tra cosa que al liquido o a pe-
 quenas bridas fetales, y entnces
 es necesario una intervencion
 quirurgica. Esta eliminacion
 no se efectua sin que el esta-
 do general de la madre se al-
 tere por la abundante supura-
 cion, por la reabsorcion putri-
 da, & puede entonces correr peli-
 gro la vida de la mujer.



Vamos a estudiar las diferen-
 tes eliminacion. 1.º A-

Abertura en la pared abdominal;
2.º En el intestino; 3.º En la vagina;
4.º En el útero; 5.º En la vejiga. -
Primero: Por la pared abdominal.
Lo mas frecuente es que el absceso
que se forma se abra al nivel
del ombligo. Casi siempre hay
necesidad de una intervencion
quirúrgica y el feto en la mayor
parte de las veces se presenta
en un estado de putrefacción
muy adelantado. Buzol ha se-
ñalado una complicación: por
la abertura del absceso sale una
ara intestinal y se estrangula
i fué necesario establecer un
ano contra-natura; pero, la mu-
jer salvó. Su frecuencia
en 16,00 para 40,00 y su
mortalidad es de un 25,00 pa-
ra el mismo autor.

Mattei, sobre 21 casos da 4
muertos. Pucck, sobre 28 da 4
tambien. Carvoemberghe, sobre
23, da uno. Deschamps sobre 5
casos da 5 curaciones.

Segundo: - Abertura en el inter-
stino. - La abertura del quiste

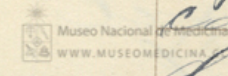


fetal esta uterino en la parte sub-diafragmática del tubo digestivo puede tener lugar en el estomago, pero es muy raro: Parry no ha encontrado sino un caso señalado por Darvy. —

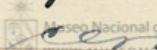
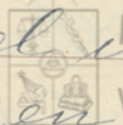
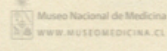
Cuando la abertura se hace en el intestino, es mas comun en el grueso que en el delgado, pero donde se hace la comunicación del quiste, y el recto es el lugar de predilección, puede en algunos casos hacerse diferentes perforaciones a diferentes alturas.

Los sintomas particulares que anuncian la comunicación del quiste con el intestino son: grandes dolores en el vientre, grandes deposiciones en que se espulsa un liquido casi sanguinolento de un olor nauseabundo, repugnante; algunos veces una verdadera hemorragia con salida de un feto en su totalidad ó en parte.

La espulsión total ha sido notada varias veces espontaneamente



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



to; pero, la expulsión parcial es mucho mas frecuente; la enferma tiene deposiciones frecuentes con tenesmos y esfuerzos dolorosos que dan salida a vi-
das fetales mas o menos volumi-
nosas mezcladas con pus y san-
gre y fragmentos de esqueleto.

Esta eliminación tiene una duracion muy variable; pero, en general ella es lenta y du-
ra semanas, meses y años. Hai casos en que ha durado veinte años.

La época en que puede so-
brevir los accidentes des-
pues de la muerte del feto es muy variable, desde algu-
nas semanas hasta meses
y años. En un caso señalado

por Metcalfet sobrevino a los
43 años en una mujer de 68.

Su frecuencia es de 20/100 pa-
ra Pary y de 30/100 para Ma-
ttei: su mortalidad de 34/100
para el primero y de 61/100 pa-
ra el segundo (esta última
cifra es exagerada.)



Magquier da una observación de 18 casos desde el año 1876 al 85 con una mortalidad del 21 por Cero. Abertura en la vagina. Mucho menos frecuente que la anterior aparece en una época indeterminada, algunas veces poco después de la muerte del feto, o ha sido observada hasta doce años después. Los síntomas que anuncian la abertura del quiste en la vagina son: salida de un pus espeso y muy fétido comúnmente con clavo de sangre, membranas y fragmentos de esqueleto fetal. La duración es de semanas meses y años, y se termina casi siempre por la curación.

Es muy raro que la expulsión del feto tenga lugar en su totalidad. Schmitt ha señalado un caso singular que después de un mes de la muerte del feto, la mujer fué presa de dolores espulsivos. Al examen se sintió una ampolla fuerte y ^{se} aumentada que rompió





y dio salida a un líquido fétido
y al mismo tiempo el brazo de
pecho de un feto apareció en
la vagina. La versión fue im-
posible; la mujer muere, y a la
autopsia se encuentra un feto
extra uterino fuertemente en-
clavado en la vagina.

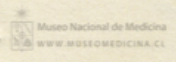


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En frecuencia es de 5 por para
Pary, su mortalidad es de
41/100 para el mismo autor. Ma-
ttei, da la misma frecuencia pero
28 por de mortalidad. Deschamps,
la misma frecuencia pero 33/100
de mortalidad.



Cuarto. — Abertura por el útero.
Es muy rara. Se ha señalado
un caso señalado por la mu-
te. Tiene un pronóstico muy gra-
ve.



Quinto. — Abertura por la vejiga.

Es raro. Pary ha observado
nueve casos con cinco muertes.
Pacch, diez y siete con tres muertes.

Abertura del quiste por varias partes.

Puede ser: la vagina y el recto; el
abdomen y la vejiga, el recto y la
vejiga, el abdomen y el intestino;



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



el abdomen, las iliacas y el recto.
Una de las consecuencias mas
raras y la mas curiosa de una
abertura múltiple del quiste
fetal en las vísceras vecinas
es la comunicacion de la vaji-
na con el intestino por interme-
dio de la cavidad quística. En
estos casos se forma una fistu-
la intestino-quisto-vajinal se-
gun la expresion del doctor Ge-
sit.

Este doctor no ha encontrado
sino dos observaciones de este
género, la una de Colman y la
otra de Müller. En la del
primero la abertura se hizo
por inflamacion espontanea
en la vagina algunos meses
despues del termino del embara-
zo que dio salida a un feto
espeso, caroso, mesclado con
todas las partes de un feto
en putrefaccion. La comuni-
cacion con el intestino se efec-
tuó al quinto dia. La enferma
En el segundo, el
quiste quedó indiferente du-





ante tres años despues del término normal del embarazo. Al la verificación de un embarazo intra-uterino terminado por aborto en el cuarto mes, el quise se inflamó y se abrió en el fondo de saco posterior de la vagina por donde es expelido el contenido; dos dias despues las materias fecales salen por esta via i la mujer muere. —

Resumen. De las diferentes vias de eliminación. La mas frecuente es el intestino. Viene en seguida la pared abdominal.

La eliminación por la vagina i la vejiga es poco frecuente, i su curación es de 7 a 8 por 100. —

En cuanto al pronóstico el que ofrece menos peligro, es la abertura por la pared abdominal. Por el intestino o la vagina es mas grave.

En fin, la eliminación por la vejiga es la mas grave de todas. —



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Observación

María H. Ortiz de 85 años de edad, buena salud anterior, temperamento bilioso, casada de 21 años; catorce partos a término, todos normales: dos de mellizos: todos vivos. Después del último parto que fue a la edad de 40 años más o menos siente que queda un niño dentro de la cavidad materna sin que le produzca ningún trastorno en la salud general, pues, se levantó a los 4 días de la cama, y como a los 6 meses sus reglas vuelven a aparecer (a pesar de amamantar) sin ninguna perturbación hasta que concluyeron hasta por haber llegado a la edad crítica.

El 21 de junio de 1884 llegó al Hospital de San Borge a ocupar la cama número 35 de la sala de San Andrés del doctor Dr. Damian Miquel.

La enfermedad que la obliga a solicitar el auxilio del Hospi-





tal es una afección hepática i de tres meses de data de origen alcohólico.

El 22 se constató la afección hepática y se la administró un colomiel y un ricino; en la noche la mujer murió.

A la autopsia se constató lo siguiente: una degeneración amiloidea del hígado que fué la causa que produjo la muerte; además, en la fosa iliaca derecha un tumor duro consistente, con pequeñas adherencias que lo sostienen en este lugar, lo que se ve en el presente litopedio de 45 años de data que no habia perturbado en nada la salud y que habia permanecido indolente y que mide 0.50 mts en la dirección longitudinal y treinta y cinco en la transversal que pesaba en el momento de extracción 1258 gramos y 680 en la actualidad; en el cual se ve que los miembros superiores e inferiores están desarrollados





lo mismo que el cráneo en el cual se puede ver el desarrollo de pelo, lo que indica que es un lithopedio de un feto a término y que pertenece a la división de Küchenmeister en que las membranas y el feto se han calcificado.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El hermano gemelo del presente lithopedio se encuentra hasta la fecha vivo, casado, con 6 hijos y en completo estado de salud.

Santiago setiembre de 1888.

Lorenzo Novoa



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

