

LA INTERVENCION QUIRÚRGICA

EN LOS

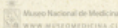
EMBARAZOS EXTRA - UTERINOS

POR

EMILIO A. VICENCIO L.

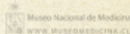
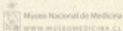
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



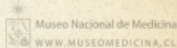
MEMORIA

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA I FARMACIA, DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE



Museo Nacional de Medicina

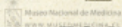
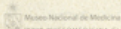
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



VALPARAISO

LITOGRAFIA É IMPRENTA SUD-AMERICANA DE BABRA I CA.

CALLE CORONEL URRIOLA, N.º 121



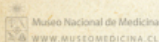
1900



Museo Nacional de Medicina

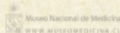
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

LA VIDA EN LA ESCUELA
EMBARAZOS EXTRA-UTERINOS

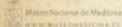
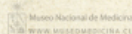
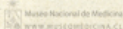


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

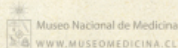
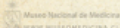


MEMORIA



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

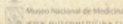


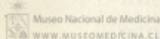
3291-LITOGRAFIA E IMPRENTA SUD-AMERICANA DE BABRA I CA., VALPARAISO



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

LA INTERVENCION QUIRÚRGICA

EN LOS EMBARAZOS EXTRA-UTERINOS



El embarazo extra-uterino ha sido considerado en todo tiempo como una terrible desviacion de las funciones jeneradoras, i ántes que *Werth* hubiese dado a conocer su fórmula "todo embarazo ectópico debe ser considerado como un tumor maligno i estirpado como tal," todos los cirujanos se hallaban de acuerdo para reconocer el gran peligro que acarrea una anomalía de esta especie, y para apreciar los profundos trastornos de una evolución que muchas veces solo venia a concluir con la muerte de la madre. Á pesar de esta unanimidad de opiniones, su estudio se descuidaba porque se la creía una afección mui rara i escepcional, i solo cuando *Lawson Tait* demostró por medio de la anatomía patológica i sin dejar lugar a duda, que muchos hematoceles i hematosalpinx eran debidos a la evolución anomal del huevo fuera del útero, se dió a esta afección la verdadera i real importancia que hoi día tiene, i



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

se trató de prevenir en lo posible, las amenazadoras consecuencias de esta implantacion.

Como era natural, los primeros estudios se dirijieron al tratamiento de la enfermedad; más, éste se hacia lójicamente imposible por faltar todavía un diagnóstico exacto i razonado; al estudiar este último, hubo que atender a las divisiones i sub-divisiones anatomico-patológicas que demandaban por si mismas diversos tratamientos, i desde ese momento se dieron á conocer, por lo que respecta a la terapéutica, innumerables opiniones, casi tantas como variedades de implantacion hai. *Pinard* dió a conocer entónces, por medio de la sencillez de una fórmula,—que en realidad es muy distinta de la de *Werth*,—el punto de partida de todas las discusiones sobre la materia: “todo embarazo extra-uterino DIAGNOSTICADO, impone la intervencion quirúrgica.”

Sobre estas pocas palabras de *Pinard*, que resumen perfectamente la regla jeneral que domina la terapéutica actual de los embarazos ectópicos, todos o casi todos se hallan de acuerdo; pero, al querer fijar cada uno la especie de intervencion que impondrian a la paciente, ya la estirpacion completa como si se tratara de un tumor maligno, (*Werth*), ya la enucleacion, ya la simple incision, se pierde la igualdad de opiniones que existia i entónces comienza la discusion.

Habiendo tenido nosotros oportunidad de observar durante nuestro internado en la Clínica Jinecológica del profesor *Körner*, un cierto número de casos de embarazos ectópicos operados en los primeros meses i fuera de esto, pudiendo presentar algunas observaciones de casos operados en el Hospital de San Borja por los doctores *Sierra* i *Pardo Correa*, i en el Hospital de San Juan de Dios de Valparaiso, hemos podido apreciar, siquiera en parte, el valor terapéutico de los diversos tratamientos puestos en obra, con lo cual, sin pretender de ningun modo sentar reglas fijas e incommovibles, podremos comparar los resultados i decidir la intervencion que a nosotros nos parece mas apropiada, entre las muchas opiniones que hoi se fijan sobre la materia.



No seguiremos adelante sin permitirnos dar las gracias a los doctores señores Deformes i Arnao, por los escelentes servicios que nos han prestado para la confeccion de este trabajo.

Antes de abordar el tratamiento quirúrgico, debemos decir dos palabras sobre el diagnóstico i la oportunidad de la intervencion en los embarazos extra-uterinos. En efecto, sobre estos dos puntos descansa toda la terapéutica de estos embarazos, i sin ellos seria imposible apreciar a cual método o procedimiento hai que dar la preferencia.

Comenzaremos por tratar de esbozar un cuadro diagnóstico de embarazo ectópico que, si bien es fácil en muchos casos, en otros es realmente difícil, sobre todo en los cinco primeros meses de la jestation.

Lo que siempre se descubre en estas enfermas son los signos ordinarios de un embarazo en su principio: amenorrea, hinchamiento de los senos, lijero resblandecimiento del cuello uterino, desórdenes simpáticos en los sistemas dijestivo i nervioso, etc., etc., signos que mui a menudo pasan desapercibidos por el médico, delante de las complicaciones que siempre se producen por causa de la ruptura o del aborto tubario del huevo; haremos notar pues, en primer lugar, que esta afeccion forma parte de aquellas incluidas en el cuadro de embarazos complicados (hidramnios, mola hidatiforme, insercion anormal de la placenta, etc.) i que con ellas se la ha solido confundir.

En efecto, las observaciones nos dan a saber que, por regla jeneral, al fin de la quinta o sesta semana despues de la concepcion, la mujer ha experimentado de súbito fuertes dolores en el hipogastrio, ordinariamente sin ser provocados por causa alguna, otras veces producido por un movimiento brusco o una posicion forzada; este dolor súbito, intenso i con irradiaciones a las nalgas i piernas, es debido probablemente a la distension o dislaceracion de las fibras tubarias. En la mayor parte de los casos, junto con este dolor suelen



aparecer los síntomas de una hemorragia interna, que puede variar desde la pequeña hemorragia que luego se absorbe o se enquista dando lugar al hematocele retro uterino, hasta la llamada inundacion peritoneal. En este último caso tenemos todo el síndrome del "ictus peritoneal:" violento dolor con irradiaciones lumbares, sensibilidad difusa, enfriamiento, palidez del rostro, pequeñez del pulso, dispnea, náuseas, vómitos i por fin tendencia al síncope mortal, agregándose aquí que todo esto coincida algunas veces, ya con una metrorragia abundante, ya con una especie de aborto uterino que no es sino la salida de una caduca; esta espulsion, que cuando se presenta, es de una gran importancia diagnóstica, puede hacerse bien en pequeños trozos sin ser notada o confundiéndola con una dismenorrea pseudo membranosa, o bien en bloc i entónces tomarla por un aborto como hemos dicho; en ambos casos, para precaverse de error, hai que investigar bien los antecedentes, examinar al microscopio el pretendido aborto y constatar si existe o nó un tumor bien limitado en alguna de las trompas. (*Pilliet Ann. de Gynecologie 1895.*)

Hemos trazado a la lijera este cuadro—de un embarazo con sus complicaciones especiales,—porque una vez comprobado en la anamnesia de una enferma, nos daría fuertes presunciones para sentar un diagnóstico de embarazo extrauterino, complicado con aborto tubario o con ruptura, ya que esta es la suerte en los primeros meses de la inmensa mayoría de tales embarazos. Se citan sin embargo muchos casos de embarazos tubarios i abdominales llegados a término o muy cercanos a él, pero hai que tomar en cuenta, que estos embarazos se han producido siempre o casi siempre después de una complicacion—como es su aborto en el abdomen a los dos o tres meses—i además, que por ser casos raros e interesantes se publican todos, mientras que nadie se encarga de dar a la publicidad los innumerables casos de hematocele retro-uterino i salpinjitis hemorrágica (la mayor parte de este orijen), que se presentan a los cirujanos todos los dias.

En cuanto al diagnóstico, éste va haciéndose cada vez mas



fácil a medida que el embarazo va llegando a término, pero en todo caso tendremos que distinguir en él dos variedades: embarazo con feto vivo i embarazo con feto muerto. En la primera suposicion la historia de la mujer llena de incidentes bruscos i mas o menos dramáticos, la existencia de un tumor que contiene un feto cuyo corazon late, la coexistencia al lado de este tumor de otro mas pequeño duro i contráctil, (hecho sobre el cual insiste mucho *Pinard*,) i que no es sino el útero, i por último, la produccion al fin del noveno mes de un *falso trabajo*, nos darian la certidumbre de un embarazo ectópico desarrollado hasta su terminacion. En la segunda variedad, la muerte del feto es anunciada esterionamente por diversos fenómenos simpáticos en la madre: hiperemias, metrorrajas, desplazamientos uterinos, subida de la leche, etc., para seguir despues un periodo de calma i bienestar, que no es sino pasajero, pues con frecuencia se producen alteraciones patológicas del saco (hemorragias, supuraciones, etc.) (*Ott.*)

Vemos, pues, que el diagnóstico de un embarazo extrauterino al principio o fin de su evolucion, no es mui difícil si se han producido las complicaciones que en él son tan comunes; las confusiones posibles con un fibroma del útero, con una retroversion en un útero gravido, (*Budin*) con un hidrosalpinx o con un embarazo en un útero bifido, (casos de *Mundé* i de *J. E. Jandrin*,) se podrán evitar dándose uno bien cuenta de los datos anamnésticos, i haciendo un examen físico lo mas minucioso posible. (Si hai mucho dolor se usará cloroformo). El quiste es ordinariamente unilateral (hacen escepcion nuestra observacion N.º 6 en que el embarazo era doble, uno en cada trompa, i la N.º 8 en que el quiste, arrastrado por la traslacion de la trompa que se habia colocado encima del útero, era de ubicacion mediana); i la otra trompa se halla por lo regular inflamada, (observaciones N.º 1 i 6), el útero está un poco aumentado de volumen i hai lijero resblandecimiento del cuello, etc.; no insistiremos, pues, en una diferenciacion minuciosa que alargaria demasiado este trabajo dedicado mas directamente



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

al tratamiento de la afeccion; solo haremos notar, las posibilidad de confundir una apendicitis con un embarazo extra-uterino, como ahora último se han publicado varios ejemplos, (observ. de *Delaunay*, obs. de *Pinard*), error tanto mas justificado, cuanto que esta lesion coexiste muchas veces con un embarazo ectópico con adherencias múltiples intestinales; aun no estaria contraindicada la laparotomia si únicamente existiera una apendicitis,—que debiera tener sintomas bastante graves para llegar a simular un embarazo extra-uterino: los partidarios del tratamiento médico i con mayor razon los del quirúrgico, se hallan de acuerdo, en que la operacion está indicada en una apendicitis con sintomas graves, despues del fracaso prolongado de un tratamiento puramente médico.

Por fin, en ausencia de esta clase de antecedentes como la produccion de crisis dolorosas i desórdenes menstruales, (que seria mui escepcional) o la falta de espulsion caducial (a causa de hallarse todavia 'en el útero o no ser notada su caida por la paciente), es decir, en una evolucion normal del embarazo tubario, tenemos aun signos de mera presuncion que no hai que desdeñar, tales como una salpinjitis anterior i embarazos anormales o extra-uterinos anteriores. Se ha demostrado que la trompa inflamada obra como causa predisponente para la detencion del huevo, i así se la ha encontrado en la mayor parte de los embarazos tubarios operados. El mismo valor diagnóstico tendria la existencia de embarazos extra-uterinos anteriores.

Quedan en último término varios recursos a que acudir en la imposibilidad de procurarse datos o signos mas reveladores, como la puncion vaginal exploradora, mui recomendada por *Chaput* (Soc. de Chirur) i por *Küstner* (Ann. Gynee. Enero 1900); este último lo hace seguir del cultivo de la sangre estraída para saber si hai infeccion o no, i proceder a la insicion vaginal o a la laparotomia. Tenemos ademas el curetaje explorador, que en la actualidad no es mui recomendado por las consecuencias que suele tener, (ruptura o aborto tubario, infeccion uterina, peritonitis, etc.) i final-



mente i como último recurso la laparatomía exploratriz que resolverá todas las dudas.

En resumen, i para concluir, insistiremos que, para hacer un diagnóstico de embarazo extra-uterino, es necesario ante todo tener muy presentes los síntomas culminantes que son: principio brusco de los dolores, metrorragias frecuentes o salida permanente de líquido por la vagina (*Leonté*, *Congrès de Marseille*, 1898), la coincidencia de estos desórdenes con la aparición de un tumor unilateral i con la espulsion de una caduca, i por fin la sensación al tacto de un tumor blando i fluctuante. Con esto i con la punción exploratriz en los casos aun dudosos, habremos evitado en lo posible, con ayuda de nuestros medios actuales, un error de diagnóstico i sus enojosas consecuencias.

Una vez hecho el diagnóstico del embarazo extra-uterino sin duda que hemos adelantado mucho; pero nos queda aun que resolver, si, en el caso que se presenta, está indicada o no la intervención inmediata, si el que se ofrece es el momento oportuno para una operación, en una palabra, saber apreciar si hai o no «invitación operatoria», como lo dice gráficamente *Segond*; esta decisión, de la cual depende muchas veces la vida de la enferma, aunque posee reglas mas o menos precisas i jenerales como veremos mas tarde, necesitan, para ser aplicadas, un conocimiento clinico exacto del caso en cuestion i por lo tanto la determinación del cirujano queda solo a merced del criterio clinico i del sentido práctico que posea.

Pinard, en la fórmula que hemos citado mas arriba: «todo embarazo extra-uterino diagnosticado impone la intervención quirúrgica», no avanza nada sobre la materia en cuestion, pues, como él mismo lo dice, la intervención puede ser ya mediata o ya inmediata (*Academia de Medicina de Paris*; sesión en 6 de Agosto, 1895); por consiguiente, deja solo al criterio propio del cirujano el apreciar cómo i cuándo debe intervenir. Ahora bien, esta apreciación de



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



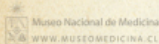
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

la invitacion operatoria ha sido comprendida de mui diversas maneras por los distintos jinecólogos, de tal modo que, donde unos opinan por la intervencion inmediata i necesaria, hai otros que consideran tal intervencion como una operacion detestable. De aquí, que éste haya sido uno de los temas mas socorridos en las innumerables discusiones que sobre el tratamiento del embarazo ectópico se han producido, i, aunque es cierto que hoi dia, la mayoría de los cirujanos opinan por una intervencion razonada, aun quedan sin embargo partidarios de la espectacion pura i simple.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Al estudiar ahora, la terapéutica de los embarazos ectópicos, solo mencionaremos de paso por ser ya tratamientos reconocidamente ineficaces, la puncion simple, las inyecciones tóxicas en el quiste (morfina, atropina, estriquina), la cura consistente en someter a la madre al hambre, a las sangrías repetidas o a la sifilizacion, i en fin el empleo de la electricidad. Esta última, de la cual quedan en la actualidad partidarios entusiastas en Inglaterra i Estados Unidos, parece haber tenido cierto éxito en algunos raros casos (*Brothers, Mac Lean Taft, Blackwood;*) se usa de preferencia la corriente farádica aplicando un polo en el fondo de saco de Douglas i otro en la parte superior del tumor, durante una hora; sin embargo *Greig Smith* (*Traité de Chirurgie abdominale 1894*) que dice haberla usado en repetidas ocasiones, sólo la recomienda en los primeros meses i agrega que aun es siempre peligrosa.

Sería imposible tratar de incluir en una regla jeneral de tratamiento todos los aspectos i modalidades que se presentan en los embarazos ectópicos. En esta denominacion entran, como sabemos, desde el simple hematocele que apenas denota su existencia por leves trastornos, hasta el embarazo abdominal de nueve i mas meses, con un saco imposible de enuclear i una placenta de lo mas sangrienta; no seria pues lógico, aplicar a ambos casos un mismo trata-



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

miento; por lo tanto, tendremos que dividir las distintas modalidades que pueden presentarse ateniéndonos a los caracteres comunes que aparezcan en ellos, (como ser embarazo de los primeros meses, o bien de los últimos meses), i a la marcha (ya sea normal o patológica) que tengan en su evolucion.



Disponiendo estas variedades en un cuadro, tendremos:

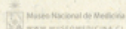


1.º—Embarazo extra-uterino menor de cinco meses.

- a) Con evolucion normal.
- b) Con evolucion complicada (hemorragias, rupturas, etc.)

2.º—Embarazo extra-uterino mayor de cinco meses.

- a) Con evolucion normal. (feto vivo)
- b) Con evolucion complicada (feto muerto, hemorragias, supuraciones, etc.)



I.—EMBARAZO EXTRA-UTERINO MENOR DE CINCO MESES

a) Nos corresponde tratar en primer lugar de aquellos cuya *evolucion es normal*, i que, como antes hemos dicho, se presentan mui rara vez en la práctica; hai dos razones para explicar su rareza: la primera es que la trompa como un órgano débil que es, invadida anormalmente por un huevo, no tarda en romperse en las primeras semanas de la gestacion; i en segundo lugar, que estos embarazos por carecer de signos propios, pasan muchas veces desatendidos; ya hemos visto mas arriba los medios que poseemos para su diferenciacion. De todos modos no es el diagnóstico el que prima en estas ocasiones, sino como ya lo hemos repetido, la invitacion operatoria; en efecto no seria una falta grave la que cometiéramos si confundiésemos éste embarazo



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

con una salpingitis banal, una salpingitis hemorrágica u otra afeccion análoga, puesto que el mismo tratamiento quirúrgico se hallaba tambien en ellas indicado.

Casi todos los autores se hallan de acuerdo,—i el profesor *Körner* opina del mismo modo—en que un embarazo en estas condiciones debe ser estirpado inmediatamente, como medio mejor para precaverse de las terribles complicaciones ulteriores. Tenemos, pues, como tratamiento de eleccion en el embarazo tubario de los primeros meses, la ablacion unilateral de los anexos (*Segond, Bouilly, Reynier, etc.*) Para esta ablacion la mayoría de los cirujanos recurre a la laparotomia, i son mui pocos los que acuden sistemáticamente a la via vaginal; no es posible resolver esta cuestion sin dejar de hacer algunas restricciones.

Es indudable que, en la inmensa mayoría de los casos, la laparotomia es la mas conveniente i la mas racional, por ser la que mejor nos da a conocer la estension de las lesiones, porque nos da mas ancho campo operatorio i por su relativa benignidad gracias a los adelantos de la antisepsia; pero ¿qué procedimiento practicar en el caso de que se haya radicado en el útero algun tumor canceroso o simplemente miomatoso, o que los anexos del lado opuesto esten inflamados o adheridos, o bien en un caso que reclame la estirpacion total de ambos anexos? Entonces es mas lójico recurrir a la via vaginal i hacer la operacion de *Pean*, es decir, la ablacion total por la vagina del útero junto con los anexos de ambos lados, tal como se ejecuta en las supuraciones de la pelvis. Hai otra escepcion aun: si tuviésemos la certeza de que el huevo se hallaba en la porcion de la trompa que atraviesa el útero (embarazo tubo-intersticial), o bien en un cuerno uterino rudimentario, cosas por otra parte mui difíciles de diagnosticar, habríamos tambien de recurrir a la castracion útero-anexial hecha por la via vaginal.

Fuera de estos casos en que está indicada la via vaginal, que por lo demas son bastante raros i especialmente si se toma en cuenta que deben coincidir con un embarazo extrauterino de evolucion normal, se puede sentar como una



regla jeneral que: en todo embarazo ectópico que ha evolucionado normalmente i que ha sido diagnosticado en los primeros meses de la jestacion, debe procederse a su estirpacion inmediata por medio de la laparotomia.

Con respecto a la *técnica operatoria*, bastará decir que es la misma que se sigue para la estirpacion de una salpinjitis banal, i que, fuera de la mayor vascularidad que se encuentra en la trompa, i de algunas adherencias peritoneales débiles que nunca faltan, no hai por lo jeneral mayores obstáculos a la pediculizacion i ablacion del quiste tubario. Hecho esto i despues de haber ejecutado la toilette peritoneal, se cerrará el abdomen sin dejar drenaje.

Algunos cirujanos tratan de prevenir accidentes ulteriores exijiendo como regla constante la estirpacion de ambas trompas cada vez que operan un embarazo tubario; esta es la opinion de *Kirsac* (de Budapesth) (Congrès de Gynecolog. de Marseille, Oct. 1898), de *Jonnesco* (de Bucarest) (id. id.) i de algunos cirujanos ingleses (*Reed, Dorland, Haig, Fergusson*); sin embargo la estadística no les es favorable. *Funk Brentano* (Thèse de Paris 1898) ha podido reunir 127 casos de enfermas operadas por embarazo tubario, que han tenido posteriormente a la operacion 147 partos normales; en cambio se cuentan mui pocos casos de embarazos ectópicos recidivados por decirlo así; no hai, pues, razon ninguna para usar este procedimiento, i dejar estéril a una mujer que se halla en aptitud de volver a tener hijos.

No existe en nuestras observaciones ningun caso de embarazo tubario normal.

b) Los embarazos extra-uterinos menores de cinco meses con *evolucion complicada*, forman la inmensa mayoría de los embarazos ectópicos que se presentan en la práctica, i constituyen, por decirlo así, el tipo clinico de esta afeccion. En efecto, como ya lo hemos repetido en varias ocasiones, la trompa erodada por las vellosidades, adelgazada en su débil estructura, insuficiente en su vascularidad, es incapaz de resistir el producto de la concepcion i entónces o lo espulsa hácia el pabellon (aborto tubario) o bien se rompe



ella misma (ruptura tubaria); ambas complicaciones acarrearán una hemorragia tanto mas abundante cuanto mayor es la ruptura i mas sano se halla el peritoneo; (*Labadie, Lagrave, Legueu*) siendo la hemorragia mínima cuando hai aborto tubario i peritoneo tabicado por adherencias.

Podríamos escalonar estas distintas hemorragias para de este modo comprender mejor el tratamiento que es variable como ellas, i reducir las a tres tipos clínicos muy diversos entre si: el *hematosalpinx* (hemorragia sin ruptura de las membranas ovulares), el *hematocele retro-uterino* (hemorragia mas o menos pequeña bien limitada o enquistada que se situa en el fondo de saco de Douglas) i la hemorragia grave que por lo súbita i abundante se la ha llamado *inundacion peritoneal*.

Con respecto al *hematosalpinx*, nuestra conducta no podrá diferir gran cosa de la que hemos indicado para un embarazo tubario normal; el tumor de sangre es aqui enucleable igual a una salpingitis supurada o a un quiste de embarazo tubario normal, i seguramente que la laparotomía es el mejor medio para dar cuenta de él. Debemos hacer entrar tambien en este grupo como justificable de la laparotomía, los casos en que el tumor ha sufrido ya una pequeña efracción que no ha dado lugar sino a unas cuantas gotas de sangre, tal como aconteció en nuestra enferma de la observacion N.º 2.

A pesar de todo, siempre debemos aqui tener en cuenta las posibles complicaciones de los órganos circunvecinos. Si coexiste una salpingitis en el lado opuesto, o si hai un grueso tumor o bien un cancer en el útero, optaremos por la via vaginal, puesto que, haciéndose necesaria en estas circunstancias la castracion uterina, la laparotomía no nos da tantas seguridades de inocuidad como una operacion vaginal; i procediendo desde luego a la luxacion del útero, por decirlo así, dejamos bastante campo para ir en busca de los anexos, más a cubierto de una peritonitis que por la via abdominal, sobre todo si se tiene cuidado de ejecutar todos los detalles de la operacion de Pean.



Sin embargo, algunos cirujanos (*Martin, Kelly, Howard*) considerando la estirpacion total de los anexos como un procedimiento demasiado radical, han tratado de ser mas conservadores i se han limitado a la abertura de la trompa, al raclaje de ella i despues a su sutura, todo ejecutado por la via abdominal o por la vagina. *Martin* (de Berlin), cita un caso en que por la via vaginal incindió la trompa, sacó de ella una mola tubaria i la volvió a cerrar. A pesar de todo, estos no pasan de ser simples ensayos aplicados en casos excepcionales, i a los cuales falta para jeneralizarse la confirmacion de la esperiencia.

Queda, pues, siempre en pié como una regla jeneral, la opinion cimentada por la práctica de atacar la salpinjitis hemorrájica (la gran mayoría consecutiva a un embarazo tubario), por la via abdominal i así proceder a su estirpacion, en consecuencia diremos que: en los casos de embarazo tubario de los primeros meses, complicados con hidrosalpinx, el tratamiento de eleccion es su estirpacion por laparotomia.

Los *hematoceles* forman un grupo bastante numeroso entre las observaciones de embarazo extra-uterino; i aunque no se haya probado que el orijen absolutamente de todos ellos pueda ser debido única i esclusivamente a un embarazo de la trompa, no es por esto menos cierto que la inmensa mayoría de las colecciones sanguineas retro-uterinas, es orijinada por esta sola causa. De nuestras ocho observaciones solo dos hai de hematocele; uno es hematocele extra-peritoneal (*Pozzi*) pues la coleccion se hallaba entre las dos hojas del ligamento ancho, (observ. N.º 4) i en el otro se trata de un verdadero hematocele retro uterino intra-peritoneal que es lo que constituye la variedad mas comun (observ. N.º 6.)

Estos hematoceles tienen una marcha i evolucion variables segun diversas circunstancias, marcha i evolucion que influyen poderosamente en la eleccion del tratamiento. En efecto, si la ruptura o bien el aborto causa de la hemorragia, da solo lugar a una pequeña cantidad de sangre que viene a



quedar en contacto con un peritoneo sano, esta sangre desaparece o queda de ella mui poca en corto intervalo, gracias a la rapidez de absorcion de la serosa, i por lo tanto poco o nada nos quedaria que hacer en este caso.

La hemorragia será tambien mui pequeña, pero ahora por causa mui diversa, si el peritoneo crónicamente inflamado se halla dividido por tabiques o pseudo-membranas que limitan la cantidad de sangre estravasada.

Pero lo mas comun es que la hemorragia sea de regular abundancia i entonces, gracias a las leyes de la pesantez, la sangre va a situarse en el punto de mayor declive como es el fondo de saco de Douglas; quedando limitada de este modo: por detrás, el recto; por abajo, el fondo de saco de Douglas; por delante, el útero i los ligamentos anchos, i por arriba el intestino i el epiplon adherentes al útero i a las trompas; carece jeneralmente de membrana propia.

Ahora bien, esta coleccion sanguinea colocada detrás del útero, ¿se la podrá dejar abandonada a su propia suerte esperando una mui poco probable reabsorcion i quizás la infeccion de ella, o bien irá el cirujano directamente en su busca para extraerla i prevenir de este modo las terribles eventualidades que podria acarrear? Esta cuestion que antes dejaba tantas dudas por la defectuosa técnica i por los malos éxitos operatorios en jeneral, se ha decidido por la intervencion mas o menos inmediata, sin esperar a que dolores intolerables, un gran aumento del tumor, fenómenos de compresion etc., hagan de esta intervencion el unico i postrer recurso. (*Paul Segond. Traitement des Grossesses extra-uterines Rapport au Congrès de Gynecologie, obstetrique et Pediatrie de Marseille 1898*). *Thevenard* (Contribution a l'etude de l'hematocèle retro-uterine) ha dicho que el hematocele retro-uterino debe ser considerado hoi dia «como una amenaza permanente de peligro, espuesto como se halla en toda época de su evolucion, a la infeccion, la supuracion i todas sus consecuencias.» *Lawson Tait* en Inglaterra, i con él la mayor parte de los cirujanos franceses, *Bouilly* (*Sceances de la Societé de Chirurgie 1896*), *Chaput* (id. id.)



Schwartz (id. id.) *Reynier*. (De l'intervention dans l'hématocèle peri-uterin, Annales de Gynec. 1895) se hallan de acuerdo sobre este punto, fundándose especialmente en el resultado de los cultivos que ha dado la sangre estraida de estas colecciones; i en fin las estadísticas vienen en apoyo de esta opinion: la de *Ross* (Americ. Journal 1893) i la de *Martin* (Central. fur Gynec) que cuenta 265 casos tratados por la expectacion con un 63 % de muertes, i 585 casos operados con 76 % de curaciones, i finalmente la de *Cestan* (Thèse de Paris 1894) que da a conocer 76 casos en que hai hematocele o ruptura grave i que fueron tratados por la expectacion, dando 66 muertes, i 173 casos de las mismas afecciones tratados por laparotomia i que dieron 134 curaciones; es cierto que estas estadísticas no contemplan únicamente los casos de hematocele puro, sino tambien aquellos seguidos de ruptura, pero hai que tener en cuenta, lo difícil que es limitar en una estadística unos i otros, pues ambos pertenecen a la misma categoria.

Sin querer negar de ningun modo que, fuera de los casos en que ha habido reabsorcion rápida de la sangre, hai otros curados esclusivamente gracias a una expectacion razonada, hai que reconocer que estos forman sin duda, la minima parte de los que se presentan en la práctica; la curacion logra obtenerse al fin, pero al cabo de muchas demoras, de mucha paciencia gastada por la enferma i quizá de muchos sacrificios pecuniarios; i aun no son raros los casos en que las molestias persisten mas o menos tiempo, a causa de enquistamientos o adherencias del peritoneo vecino inflamado. (*Reynier*). Ejemplos de estas escepciones de curacion radical, son las dos observaciones citadas por el *Dr. Körner* en un artículo que publicó en el Progreso Médico (Abril 1899, Algunas observaciones sobre embarazo extra-uterino); en la primera se trataba de un embarazo normal que coexistia con uno tubario, en este último se produjo el aborto formándose un tumor en la rejion anexial derecha, que desapareció poco a poco sin ninguna intervencion; en la segunda observacion se trata de un hematocele



que llegaba mui cerca del ombligo, i que va desapareciendo tambien, sin mas que la abstencion vijilante. A pesar de todo, nosotros creemos que estos casos no constituyen la regla jeneral, i que en presencia de un hematocele que en los primeros dias no presente signos de reabsorcion, es racional intervenir: 1.º en algunos casos para detener la hemorragia, 2.º en la mayoria de ellos, para desembarazar la cavidad peritoneal de un derrame sanguineo que puede infestarse, 3.º para suprimir la causa de una nueva hemorragia, 4.º para extirpar algun anexo que probablemente se hallará enfermo, i asegurar de este modo de una manera rápida i radical la curacion definitiva. (*Reynier*, ob. cit.) Con proceder en el comienzo resueltamente a una operacion, que hoi dia da bastantes seguridades a los jinecólogos, habremos evitado una larga espera con sus molestias consiguientes, los dolores mas o menos agudos de los enquistamientos peritoneales, i en fin habremos suprimido radicalmente la causa de una nueva complicacion, en estas circunstancias mucho mas grave.

Mayor urgencia e indicacion operatorias tiene sin duda alguna, la forma de hematoceles por accesos (*poussées*) o intermitencias, que ponen cada vez en mayor peligro de muerte a la enferma, por anemia aguda o choc hemorrájico, siendo impotentes el reposo, el hielo i la ergotina, para impedir que sobrevenga un nuevo accidente.

Una vez decidida la intervencion quirúrgica, lo primero que haremos será optar entre la via abdominal (laparotomia) i la incision vajinal (colpotomia). Tanto en Francia como en los demas paises europeos, las opiniones de los jinecólogos se han dividido francamente en dos bandos, uno i otro tan numeroso como intransijente: *Picqué, Delbet, Segond, Schwartz, Pozzi, Guserow, Fritsch, Kelly, Haggård*, han propuesto la incision por la vagina como el método mas simple para evacuar el derrame sanguineo, i por su parte *Reynier, Lucas-Champpionnière, Terrier, Phocas, Küstner, Sanger, Dührssen, Taylor, Chtraoukh, Duplay* («Revista de Medicina e Higiene» de Valparaiso,



comunicacion del Dr. Sierra, Mayo 1900) han preconizado como método mas seguro i radical la laparotomía, para ir en busca de la hemorragia. Hai que advertir que los primeros autores citados solo se refieren a los casos de hematocèle no habitado, aceptando la laparotomía cuando éste se halla habitado, pero, como es imposible un diagnóstico de esta especie, la discusion queda siempre establecida.

Los partidarios de la incision vaginal achacan a la laparotomía:

1.º Ser mas peligrosa que la colpotomía.

2.º No poder con ella estirpar siempre lo que uno desea, a causa de adherencias múltiples viscerales, peritonitis, etc.

3.º de no aprovecharse de los beneficios de un drenaje, para el caso en que la bolsa fuera de regular tamaño.

Solo aceptan la laparotomía en los hematoceles por accesos, afirmando que en todos los otros casos, por medio de la colpotomía, se consigue siempre la curacion de un hematocèle con menos peligros operatorios i con el minimum de traumatismo.

Si analizáramos ahora estas causas, para el rechazo sistemático de la laparotomía, veríamos que no son tan poderosas como ellas parecen. En primer lugar, gracias a la observancia rigurosa de la antisepsia, que todo médico está en el deber de practicar, tantos peligros puede envolver la laparotomía como la colpotomía, i aun ésta podrá tener mayores riesgos, si los coágulos que siempre deben quedar, como veremos despues, se infestan i supuran. En segundo lugar, si es cierto que no siempre es posible la estirpacion total del quiste, a causa de las adherencias múltiples, o bien porque el útero i los anexos forman una sola masa indivisible, mayor imposibilidad se encuentra operando por la vía vaginal, quedándonos en uno i otro caso el recurso de una castracion útero-anexial total, que se hará mas fácil si se ha empleado la vía abdominal. El no aprovechar un drenaje tan perfecto como el vaginal. (Pozzi Soc. de Chirur.



Juill. 99) seria al fin un grave inconveniente de la laparotomía, si no se tomara en cuenta que, para los embarazos ectópicos de los primeros meses, basta con estirpar el anexo enfermo i hacer la toilette peritoneal sin necesidad de dejar drenaje.

En cambio podemos inculpar a la colpotomía varios inconvenientes:

1.º La primera objecion que puede hacérsela, es no permitir la evacuacion completa de los coágulos i esponerse por lo tanto a la infeccion consecutiva de la bolsa. La técnica operatoria de la colpotomía, prohíbe usar de violencia en la limpieza de la bolsa, a riesgo de levantar algún coágulo que se halle obstruyendo un vaso, por lo tanto, es de rigor que siempre queden en la bolsa coágulos en mayor o menor cantidad; ahora bien, si no se tiene un cuidado mui grande i no se hace una toilette mui minuciosa, este foco hemorrájico que ha estado abierto mas o menos tiempo al exterior, puede infestarse consecutivamente i molestar por esta causa a la paciente.

2.º La colpotomía no alcanza a obrar directamente sobre la fuente de la hemorragia, i por lo tanto, es de temer que ésta se reproduzca otra vez de una manera ofensiva. A esto contestan sus partidarios, que ligar el vaso no es condicion *sine qua non* para la curacion definitiva, como lo pueden dar prueba muchos casos curados por la simple incision vaginal (*P. Segoud*) i que, por otra parte, el método vaginal se aplica únicamente en los casos de hematocele estacionario, cuando no hai signos de que la hemorragia se vuelva a reproducir. Podria contestarse a esto, que el cirujano debe obrar siempre en el terreno en que mas seguridad de éxito posea, i que si es cierto que se pueda curar un hematocele incindiendo por la vagina, se cuentan varios casos en que por no ligar el vaso la operacion fué seguida de muerte (casos de *Isch-Wall*, de *Richelot*, citados por *Reynier*, *Semaine Gynecologique* Marzo 1900) i que, por lo tanto, es preferible laparotomizar, ligar el vaso, hacer la ablacion de la trompa, i de este modo impedir seguramente la repro-



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

duccion de la hemorragia. Con respecto al diagnóstico de hematocele estacionario, es por lo jeneral dificil de hacer; no basta para esto la simple observacion de la enferma en un hospital, porque es mui probable que en él, la hemorragia no se reproduzca a causa del reposo i la inmovilidad que se le prescriben, sin ser por eso hematocele estacionario, i que una vez fuera, al entrar la paciente en sus ocupaciones ordinarias, la menor violencia obraría como causa ocasional para una nueva hemorragia. Por lo tanto, solo se podrá contar con aquellos casos en que se ha observado anteriormente a la enferma, i en que se ha visto que el hematocele no ha sufrido cambio de ninguna especie.

301 Pero el inconveniente mas grave de la colpotomia, consiste en dejar en la cavidad pelviana lesiones anexiales imposibles de reconocer, i consecutivamente adherencias o enclavamientos, que podrán tarde o temprano reclamar una nueva intervencion.

Sin embargo, los partidarios de la incision vaginal, dicen que no siempre es de estricta necesidad tocar los anexos, i *Segond* i *Bouilly*. (Congrès de Marseille 1898.) sin dejar de reconocer que algunos casos de colpotomia deben, por esta razon, ser completados por la laparotomia, presentan tambien casos de curacion completa por la simple incision vaginal, sin dejar rastros de pseudo-membranas o peritonitis crónica, con desaparicion auténtica de los *reliquats* anatomo-patológicos, como ellos mismos han podido comprobarlo, meses despues de la operacion. A pesar de todo, no es por eso menos cierto, que muchas colpotomias no son sino operaciones incompletas, como ha venido a confirmarlo una nueva estadística de *Reynier* (art. cit) ya que en la mayor parte de las veces los anexos se hallan inflamados; como lo hemos dicho mas arriba, *Lawson Tait* solo admite los embarazos extra-uterinos con una inflamacion prévia de la trompa.

Es indudable que si se tratara de un simple hematocele, debido a cualquier causa menos a un embarazo ectópico, la cercanía del foco que se está palpando al traves de los fon-



dos de saco vaginales, la inocuidad de un acto operatorio que no tocaría el peritoneo, i en fin el drenaje perfecto que quedaria despues, nos estarian señalando el camino para ejecutar una intervencion por la vagina. Pero, no hai eso solo, tras del hematocele se oculta una salpinjitis uni o bilateral, una ooforitis i quizá una ruptura tubaria que es urgente alcanzar.

Resulta, pues, que si se comprueba en medio de una operacion de colpotomia, esta inflamacion anexial—que como lo repetimos es lo mas comun,—o si tenemos signos para pensar que el hematocele se halla habitado, nos veremos en la obligacion de, o bien intentar la ablacion del anexo por la vagina (*Condamin, Goullioud*) que es bien dificultosa, o sacrificar el útero por la misma via para tener mas ancho campo, o en fin proceder acto continuo, a una laparotomia que allanará todas las dificultades.

En fin, no es el menor inconveniente de una colpotomia el dejar adherencias de todas clases alrededor del saco, i enclavamientos de los órganos vecinos atacados de peritonitis crónica por propagacion; todo esto, causa a la enferma molestias sin cuento, que la hacen reclamar ante el cirujano una nueva intervencion (*Phocas, Küstner*.) Por último, la colpotomia hace la curacion mui lenta, i la enferma viene a concluir de mejorar al cabo de semanas enteras pasadas en la cama, en el mayor reposo e inmovilidad.

Completaremos finalmente nuestros argumentos dando a conocer la estadística personal de *Reynier*, que este autor publicó en Marzo de este año (*Semaine Gynecologique* cit.)

17 laparotomias hechas por hematocele no habitado:
16 curaciones.

11 colpotomias	}	en 1 obligado a hacer histerectomia consecutiva.
		en 3 por la hemorragia, tuvo que hacer la laparotomia.
		en 1 no obtuvo mejoria ninguna.
		en 2 obtuvo curacion incompleta.
		en 4 obtuvo curacion completa.



Esto, por lo que respecta a la práctica de un solo individuo, sin contar muchos casos de colpotomía fracasada, como los de *Isch-Wall* i *Richelot*, seguidos de muerte, los de *Potherat*, *Malgaigne*, *Rochet*, etc., seguidos de hemorragia secundaria grave o de infección purulenta, i últimamente el de *Bouilly*, citado por el doctor Sierra. (Revista de Medicina de Valparaíso, Mayo de 1900.)

No se puede decir otro tanto de la laparotomía, que en la jeneralidad de los casos, es seguida de éxito, pues la hemorragia es detenida i los anexos enfermos estirpados, dos motivos por los cuales la colpotomía queda reducida a una operación incompleta, en nuestros dos casos (observaciones núms. 4 i 6) se procedió a la laparotomía, i la curación fué definitiva i radical.

Son pues, los dos inconvenientes mas graves de la vía vaginal: el abandono sistemático de los anexos i la posible vuelta de una hemorragia que puede ser mortal, lo que nos inclina a *preferir la laparotomía en los casos de embarazo extra-uterino con hematocele estacionario*, se halle o no habitado, (ya que este diagnóstico es imposible.) Con respecto a los hematoceles por accesos i a los seguramente habitados, casi no hai diverjencia de opiniones i todos proceden a una laparotomía precoz.

La *colpotomía* adquiere sus derechos i se hace la operación de elección, en los casos de hematocele infestado, pútrido, pues entonces, siendo la vía mas corta para la evacuación del pus, no hai tampoco temor a una nueva hemorragia, ni el peligro de provocar una peritonitis.

En casos escepcionales se podrá recurrir a la *laparotomía sub-peritoneal* propuesta por *Pozzi*, (Tratado de Ginecología) que consiste en practicar una gran incisión paralela a la arcada crural, despegar el peritoneo i penetrar en el foco hemorrájico sin haber entrado en la gran cavidad serosa; se completa la operación con un drenaje por la vagina.

La *histerectomía vaginal* se halla indicada en los casos de bilateralidad de las lesiones, cuando el embarazo no ha



adquirido aun mucho desarrollo i la placenta es poco voluminosa, es decir en los tres primeros meses. En caso contrario, vale mas proceder a la laparotomia i hacer la ablacion útero-anexial total (*Debay*. Tesis de Nancy, 1898.)

Por fin, existen algunos jinecólogos bastante ecléticos que *combinan la laparotomia a la colpotomia*, para confiar el drenaje a la contra-abertura vaginal (*Dolèris*, *Martin*, *Rochet*.) Son estas intervenciones demasiado complejas, i en los casos en que es preciso hacer grandes taponamientos que impiden saturar la herida abdominal, vale mas seguir la conducta de los cirujanos americanos, es decir, hacer la castracion del útero, con esto se obtiene un drenaje vaginal perfecto, un buen pronóstico operatorio i una sutura completa de la herida abdominal, lo cual previene las eventraciones. (*Segond*.)

Resumiremos ahora, la *técnica operatoria* de la laparotomia. En el primer tiempo se procede a la incision de las paredes abdominales, capa por capa, hasta llegar al peritoneo. Una vez abierto éste i colocada la enferma en la posicion de Trendelenburg, se ejecuta la abertura i limpieza del hematocele, que por carecer jeneralmente de paredes aislables, es algo difícil de hacer; luego que se espulsan los coágulos, se hace una ablacion tan completa como sea posible de la bolsa hemática: este es el tiempo mas difícil i engorroso de la operacion. En seguida hai que buscar los anexos enfermos, i una vez encontrados *pediculizarlos i estirparlos*; esta pediculizacion no se hace de ordinario sino despues de haber desgarrado muchas adherencias, ya simplemente con los dedos, ya, prévia una ligadura, con el bisturi o el termocauterio. Cuando es materialmente imposible aislar estos anexos, i todo no es sino una masa adherida por la peritonitis crónica circunvecina, debemos proceder a ejecutar la ablacion útero anexial total. Por fin, hecha la toilette del peritoneo, se hace la sutura abdominal en dos planos: uno perdido, que comprende el peritoneo i las aponeurósis, i otro superficial, comprendiendo los músculos i la piel; en ambos se usa la seda. (*Körner*.)



Por lo que respecta a la colpotomía, ésta es la operación más sencilla: la incisión transversal se hace en uno de los fondos de saco vaginales, donde se sienta más próxima la colección sanguínea, por regla general en el fondo de saco posterior; la incisión debe ser lo más extensa posible, para la mejor evacuación de la bolsa; este fondo de saco es puesto a descubierto, gracias a un separador que se coloca en la pared vaginal posterior, mientras que una pinza de Museux fija el cuello uterino i lo atrae hacia arriba; la incisión puede prolongarse después hacia los lados, desgarrando con los dedos, o bien perpendicularmente hacia atrás, con el bisturí, trasformándola en una incisión en T. La mayor prudencia i suavidad son necesarias para la desocupación de la bolsa, lo cual puede hacerse con una cureta de bordes romos o mejor con una simple cuchara; algunos cirujanos como *Bouilly*, no concluyen la operación sino hasta después de haber extraído todos los coágulos, lo cual es sin duda muy peligroso, de modo que la mayor parte, se limita a extraer los coágulos flojos, dejando que el drenaje se encargue de lo demás; después de lavar con sublimado muy débil, se pone un drain rodeado de gasa yodoforada i se taponan la vagina flojamente con la misma gasa. Los días siguientes se hacen lavados vaginales, dejando que el drain desocupe por sí solo lo que resta en la bolsa; pero, a la menor amenaza de retención o infección, el cirujano se apresurará a hacer además un lavado de la bolsa con la misma solución de sublimado no tóxica. La curación completa demora cuatro semanas.

Llegamos ahora, a la complicación más temible del embarazo tubario de los primeros meses, a la hemorragia súbita abundante, que se ha llamado *inundación peritoneal*; la trompa rota deja salir ondas sanguíneas, que se juntan con la sangre que sale de los vasos ovulares desgarrados i no es raro ver entonces en el interior del vientre, dos (obs. N.º 5) tres i hasta cuatro litros de sangre (*Routier*). Una intervención en estas circunstancias es de carácter urgentísimo, tal como lo reconocen la inmensa mayoría de los ac-



tuales cirujanos, pues lo que se requiere para la terminación de la hemorragia, es la pronta ligadura de la trompa. A pesar de todo, la abstención en estos casos cuenta con algunos partidarios. *Laroyenne* (de Lyon) i su discípulo *Condamin*, (Quelques reflexions sur la grossesse tubaire. Ann. Gynec. 1895) admiten como regla que, «estas hemorragias sobrevenidas a consecuencia de rupturas tubarias en los primeros meses, se detienen espontáneamente» i que, por lo tanto, basta una espectación inteligente i continuada para que la enferma quede fuera de peligro, sin esponerla a una laparotomía hecha en las peores condiciones, operación que ellos no dudan en calificar como detestable. *Condamin* se limita a dejar la enferma en reposo e inmovilidad absolutas, con la cabeza mas baja que el resto del cuerpo, aplicación de hielo en el vientre, i, segun él, consigue: 1.º limitación del derrame por las adherencias; 2.º detención espontánea de la hemorragia por los coágulos, la presión abdominal i la baja de presión circulatoria. Esta posibilidad de una hemostasia espontánea i el peligro de una laparotomía hecha en pleno choc hemorrágico, son las razones que inclinan a *Laroyenne* a no aceptar la intervención inmediata, i a diferir para mas tarde la punción vaginal, si la colección aun no se ha reabsorbido. *Bantock* (de Londres) es del mismo parecer.

No hai una sola estadística formal, por poco numerosa que sea, que venga en apoyo de estas afirmaciones (pues de los pocos casos que cita *Condamin* no es posible sacar conclusión alguna), i por el contrario, las innumerables estadísticas inglesas, francesas i alemanas, dan a la intervención inmediata una superioridad incontestable. *Lawson Tait* el primero, (1888) obtuvo en 42 operaciones, 40 curaciones; *Martin* (Centralb. für Gynec. 1892) cita 585 casos con 445 curaciones (76.6%); *Ross* obtiene el 89%, de éxitos, *Guserow* el 90%, *Küstner* (obr. cit.) en 107 casos, tiene 2 defunciones, *Leopold* (Soc. gynec. de Dresde 1896) *Schulze*, *Vasten* ofrecen los mismos felices resultados, la estadística de *Cestan* que ya hemos citado da tambien 85%



de curaciones frente a la abstencion que da 86% de muertes, i por fin tenemos los interesantes trabajos de *Strauch*, (de Moscou) que lleva 91 operadas de embarazo extra-uterino, sin ninguna defuncion.

Es imposible dejar de reconocer ante estos datos tan halagadores i uniformes, lo razonable que es una intervencion en una ruptura súbita de la trompa, acompañada de sintomas gravísimos, *cataclísmicos* como se les ha llamado, i las razones dadas por los partidarios de la abstencion quirúrgica, quedan ante estas cifras simplemente en el dominio de la teoría. En efecto, ¿cómo dejar de alabar la conducta de un cirujano, que llegado en los momentos mas angustiosos para la enferma que se desangraba por una arteria tubaria rota, ha abierto el abdomen justamente a tiempo para tomar la trompa por donde salian chorros de sangre, (casos de *Verneuil*, de *Demoulin*, de *Tuffier*), ligarla i obtener asi la salvacion verdadera de la mujer? Mas aun, la intervencion precoz es siempre necesaria, porque la demora en operar es la que causa el mayor número de fracasos, en las enfermas en las cuales se ha intervenido, i, como sucedió en nuestra observacion núm. 5, la abstencion forzada que se produjo por la imposibilidad de operar a tiempo, fué la causa de que la mujer perdiera dos litros de sangre i muriera enseguida por choc hemorrájico. La intervencion debe ser pues, precoz, ya que como lo dice *Demoulin*, (Sur un cas de grossesse tubaire avec rupture, Ann. Gyn. 1896) nadie ha encontrado aun un sintoma que nos dé a conocer si la hemorragia va a seguir o va a concluir, enquistándose i reabsorviéndose despues; si este signo existiera, lo mas lójico seria atender a él para intervenir o nó, pero en la duda, es necesario salvar a la enferma por un procedimiento inmediato i radical, como es ir a ligar la fuente que sangra.

La única objecion sería que podría hacerse a una laparotomia precoz, sería la falta de tiempo para hacer un diagnóstico, a lo cual contribuiría la imposibilidad en que se encuentra la mujer para darnos datos mas o menos segu-



ros, pero analizando esta eventualidad, veremos, que no hai una enfermedad análoga de sintomas tan súbitos, que no reclame tambien una intervencion semejante. En efecto, fuera de algunos errores demasiados groseros, como confundir estos sintomas con el principio del cólera, podriamos encontrarnos al abrir el abdómen, en presencia de una apendicitis (como hemos visto a propósito del diagnóstico), de una peritonitis, o en fin, de un quiste ovariano con torsion de su pedículo; mejor aun si hai un estrangulamiento interno o un volvulus, donde la laparotomia inmediata es de rigor.

En nuestras observaciones de embarazo extra-uterino, se cuentan cuatro casos de hemorragia mas o ménos súbita i abundante; de estos cuatro casos, dos fueron seguidos de curacion i dos de muerte (50 % de curaciones); en el primer caso fatal (observacion N.º 1) hubo complicaciones post-operatorias, pero la intervencion fué de lo mas oportuna; en el segundo, (observacion N.º 5) se llegó demasiado tarde, como ya lo dijimos; en los dos casos de curacion, (observaciones Núms. 3 i 7) ésta se obtuvo por la laparotomia.

La conclusion que de todo lo dicho se desprende, es pues: en los casos de inundacion peritoneal, existe indicacion formal para la laparotomia, inmediata si se puede, i en todo caso tan precoz como sea posible, (*Lawson-Tait*). Tomando la palabra «inmediata» en toda su amplitud, significaremos con ella el intervenir lo mas rápidamente posible, aun en la casa de la enferma, si hai medios para hacerlo; hai que notar, como lo dice *Strauch*, (Notes a la Mémoire de *Condamin*, Ann. Gyn. 1896) que la traslacion de una paciente a un hospital, ademas del tiempo que reclama, trae el peligro que se desprenda algun coágulo obturador con las sacudidas de la marcha, asi es que él ha operado, en todos los casos que ha podido, sus enfermas a domicilio; sin embargo, tenemos que confesar que son muy raras las ocasiones en que el cirujano mismo presencia los fenómenos de ruptura o de *ictus hemorrájico*, i que por lo tanto, pocas veces se presenta tal eventualidad.



Lo mas comun es llegar al final, o cuando ya ha pasado del todo el periodo dramático de tales accidentes, cuando la hemorragia se ha detenido temporalmente, pero queda todavia amenazante; el cirujano prescribe entónces la inmovilidad i el reposo mas absoluto, dándose tiempo para preparar una operacion, que ha de ejecutar en el mas corto intervalo. Esta operacion consistirá indudablemente en la laparotomía, que es la que nos da mas ancho campo para apreciar la ruptura i tratarla como sea debido. No es ésta tampoco la opinion de *Laroyenne*, que, una vez convencido de que el derrame ha quedado estacionario, procede al cabo de dos o tres semanas a una puncion en el fondo de saco vaginal posterior, por medio de su «metrótomo», i evacúa de este modo toda la coleccion sanguinea, dejando en seguida en el interior una esponja a permanencia. Si hai necesidad, estirpa la trompa i el ovario por esta misma via. Como ventajas de esta intervencion invoca su inocuidad, ya que no toca el peritoneo, la desaparicion de la bolsa preformada, gracias a los movimientos respiratorios i al peso del intestino, i por fin, las ventajas de un drenaje perfecto. No existen observaciones de otros cirujanos con respecto a esta operacion, para poder pronunciarse sobre ella en los casos de intervencion tardia (15 a 20 dias); solo *Strauch* (art. citado) cuenta haber tenido una reproduccion de la hemorragia en una enferma operada por este método.

La laparotomia, es pues, la operacion de eleccion para la casi totalidad de los cirujanos i ginecólogos.

Su *técnica* no difiere mucho de la correspondiente a los casos jenerales. El éter, que ha sido recomendado para la anestesia por sus propiedades estimulantes sobre el corazon, no es mui usado, ya que aumentando la tension circulatoria aumenta tambien la hemorragia; lo mejor es comenzar a usarlo solo despues de haber ligado el vaso que sangra, como es la práctica de *Chtraoukh* (*Wratch* 1898, páj. 549).

La enferma es colocada en la posicion de Trendelenburg i una vez abierta la pared abdominal, lo mas lijero posible,



se va en busca del útero; éste es levantado con una mano junto con los anexos, para darnos cuenta lo mas rápidamente posible del sitio de la ruptura; apenas descubierto el anexo roto es tomado con pinzas de forcipresion, se comienza a pediculizarlo i por fin se estirpa sin grandes inconvenientes, ya que se trata de un embarazo jóven. Una parte de los coágulos son dejados en el peritoneo (*Henrolin*) para beneficiar a la enferma con su reabsorcion; segun *Pozzi* es menester quitarlos todos i aun buscarlos minuciosamente para evitar la accion depresiva que ejercen sobre el peritoneo; lo mejor, es quitar los mas accesibles sin irritar al peritoneo con maniobras mui prolongadas. (*Segond*).

Una vez hecha la «toilette» i suturadas las paredes abdominales, se levantan las fuerzas de la enferma por inyecciones de éter alcanforado, cafeina i por hipodermoclisis abundantes.

2.º—EMBARAZO EXTRA-UTERINO MAYOR DE CINCO MESES

Nos toca tratar ahora sobre la intervencion en embarazos extra-uterinos mas desarrollados, como son los comprendidos entre el quinto mes de la jesticion i la época del falso trabajo, o de mayor duracion aun, pudiendo prolongarse años enteros la existencia del quiste fetal en el interior del abdómen materno (observ. N.º 8).

Ateniéndonos a la misma division que hemos seguido en los embarazos mas jóvenes, trataremos primero de los embarazos normales i despues de los complicados.

a) La primera cuestion que se levanta ante una enferma portadora de un embarazo extra-uterino, cuya *evolucion ha sido normal* hasta el sexto o sétimo mes, es si habremos de intervenir en el acto con objeto de alejar el peligro que amenaza a la madre, o bien si habremos de esperar hasta el octavo mes de la jesticion, cuando el feto sea viable, conservando de este modo la vida del niño i la de la madre.

Esta cuestion, bastante interesante, ha sido mui debati-



da en estos últimos tiempos desde el punto de vista del derecho que puede asistir a un cirujano para disponer de la vida del niño en caso de operacion, o de la vida de la madre, —por los peligros que se la hace correr,—en caso de abstencion. No hai duda que en todo caso, el cirujano debe consultar a la madre sobre su intervencion, haciéndola ver las razones en pro i en contra que pueda tener, es decir los peligros i beneficios que este acto le impondrá; en cuanto al cirujano, debe dirigir su norma de conducta, teniendo en cuenta muchos factores que harian variar un método sistemático de tratamiento, factores que en multitud de ocasiones solo podran ser apreciados por un buen criterio clínico.

Hai que considerar primeramente, las condiciones de salud i robustez que la madre posea: se comprende que con una madre caquéctica i debilitada no pensaremos en que nazca un niño robusto i bien constituido, cuya jstacion se ha hecho tan anormalmente, debiendo ademas tomar en cuenta la poca resistencia que ofrecerá la madre en caso de que se produzca una complicacion; asi pues, para sustraer a la madre de sérios peligros, para aliviar sus sufrimientos físicos actuales, para concluir con una situacion insostenible, se debe esponerla el grave riesgo que corre en el desarrollo de su jstacion, la imposibilidad de que el niño salga por vias normales, la poca o ninguna posibilidad de que pueda vivir si es que llega a término, i en fin la cesacion de su mal por medio de un acto operatorio; i no hai duda que la madre convencida, accederá a un acto en que se va a salvar su vida.

Ahora, dejando a un lado las pérdidas de salario que la hospitalizacion impone, la impresion moral que produce el solo anuncio de tan grave operacion, u otras consideraciones de esta especie, se debe tener en vista para intervenir o no, los dolores o molestias que ocasione a la enferma un embarazo semejante, las perturbaciones viscerales que produzca—obstrucciones del recto, de la vejiga, del uréter—



los fenómenos agudos de una inflamacion concomitante (salpinjitis, apendicitis) motivos todos que harán apresurar nuestra intervencion.

Pero en presencia de una mujer de buena salud, robusta, sin grandes sufrimientos fisicos, que se presenta hácia el sexto o sétimo mes con su embarazo extra-uterino normal, es decir con niño vivo, es conveniente i razonable esperar hasta el octavo mes de la jestion—mínimun en estos casos segun *Pinard*,—haciendo guardar a la enferma un reposo absoluto, manteniendo cerca de ella la vijilancia cuotidiana mas estricta, e interviniendo a la menor indicacion que acarree la sombra de un peligro para la madre. (*Segond, Pinard. Rapport a l'Academie de Medicine, 14 Mars 1899.*)

Esta conducta se halla justificada por los buenos resultados obtenidos en estos últimos años por varios cirujanos eminentes, como *Neugebauer* (Centr. für Gynec 1899), *Gurnska* (id. id. 1898), *Martin* (de Rouen) i *Pinard*; en el primer caso de este último cirujano presentado a la Academia de Medicina de Paris, en Agosto de 1895, se trataba de un embarazo extra-uterino diagnosticado en el sexto mes de la jestion, operado en una época aproximada al término (8 meses), con estracción de un niño vivo, bien conformado i de buena salud, i en fin, de consecuencias felices para la madre. El segundo caso, presentado en Marzo de 1899, es análogo al anterior, (operado a los $8\frac{1}{2}$ meses) i confirma la idea eminentemente conservadora de *Pinard* que, gracias a un cuidado asiduo de la enferma pueden obtenerse en estos casos, la vida de la madre i el nacimiento de un niño vivo i sin grandes deformaciones. En efecto, el mayor inconveniente de una espera prolongada i mas o menos peligrosa para la madre, seria el encontrarse al fin, con niños deformados a tal punto, que su viabilidad se hace imposible; pero, si esto sucede en los embarazos ectópicos algunas veces, no es menos cierto que la mayoría son niños mas o menos normales.



En resumen, debemos dejar a las circunstancias que la madre nos presente, el cuidado de indicarnos el momento para operar; si las circunstancias no nos ayudan debemos proceder a una operacion inmediata, i si todo ha evolucionado normalmente, ejecutar hácia el octavo mes la deliberacion del niño sin esperar mas tiempo.

Una vez decidida la intervencion, optaremos seguramente por la laparotomia, estraeremos el niño, haremos la limpieza del quiste, pero, aquí se alza una nueva cuestion que ha dividido a jinecólogos i obstétricos; ¿se hará la estirpacion completa de este quiste fetal, o bien solo lo esteriorizaremos suturándolo a la herida abdominal, es decir se hará la *marsupialización del saco*, como se la ha llamado? Hai partidarios de uno i otro procedimiento, que cuentan por lo demas con cierto número de éxitos.

La *estirpacion completa del saco* que seria el ideal operatorio, es casi siempre mui difícil por no decir imposible de ejecutar; i un cirujano que procediera sistemáticamente a tratar de estirpar el saco en todos los casos, no conseguiría en la mayor parte de ellos sino provocar estensas desgarraduras, hemorragias placentarias, irritaciones peritoneales i una larga duracion de sus maniobras, que podrian concluir con el choc operatorio de la enferma; para formarse un concepto de las mil dificultades que suelen encontrarse en una estirpacion total, vamos a dar una somera idea de la interesante observacion de *Routier* (Séances de l'Academie de Medicine, 1898) a propósito de un quiste fetal de once meses, cuya ablacion llena de incidentes, tuvo por fin un éxito feliz, gracias a la sangre fria i a la habilidad de tan esperto cirujano: hecha la laparotomia, notó *Routier* que el tumor aparecia como un quiste del ligamento ancho derecho i como no tenia adherencias visibles se propuso hacer la estirpacion total. Entonces comenzaron las dificultades: por debajo del tumor habia fuertes adherencias con el epiplon i con el paquete arterio-venoso, que sangraba mucho; tiene que ligar, romper, desgarrar i en uno de estos desgarramientos rompe tambien la vena iliaca;



después corta el uréter que por suerte se hallaba obstruido por tejido fibroso, en seguida tiene que denudar las arterias en gran estension, desprender la S iliaca que se hallaba adherida a las paredes del quiste, desgarrar otras adherencias intestinales, i por fin, a costa de grandes esfuerzos, logra liberar el tumor, no sin haber cortado con bisturi en pleno útero. Una vez el tumor fuera, ve que la herida del útero sangra mucho i se decide a hacer la histerectomia; al introducir el ayudante la pinza en el fondo de saco vaginal posterior, se equivoca, i la introduce en la vejiga de tal modo, que el cirujano al ir al encuentro de ella, hace una ancha herida en esta viscera; hai que suturarla, i por fin cerrar el peritoneo dejando un drenaje por la vagina; a pesar de tan difíciles maniobras la operacion duró 45 minutos. La enferma obtuvo la curacion completa.

En cambio, la *marsupialización* aunque tiene sus inconvenientes, es en jeneral mas fácil de hacer i, por lo demas, nos libra de ejecutar la descorticacion placentaria (en el caso de *Routier* la placenta se habia ya atrofiado); en efecto, es en la extraccion de este órgano donde se encuentran los mayores peligros, cuando se estirpa el saco en los embarazos cercanos a términos, no solo por el volumen que ha adquirido, sino tambien por su gran vascularidad, sobre todo si el feto se halla vivo, i en fin, porque su insercion suele en ocasiones, hacerse en órganos de paredes bastante delgadas, como la vejiga, el intestino, etc.; una descorticacion trae siempre en estas circunstancias una hemorragia mas o menos abundante i difícil de atacar, a no ser por un taponamiento excesivo; este taponamiento nos impondria un drenaje i perderíamos así una ventaja de la estirpacion completa, como es la sutura de la herida abdominal i la menor probabilidad de eventraciones ulteriores.

Las hemorragias de una desinsercion placentaria son pues las que nos obligan a abandonar la placenta en el interior del quiste, siguiendo en esto la idea de *Pinard*, que dice: hai que temer mas a la hemorragia por extraccion que a la septicemia por retencion, ya que esta última se halla en nues-



tros medios evitarla, circunscribiéndonos a una antisepsia rigurosa i severa. De tal modo que, salvo algunas escepciones que conoceremos mas adelante, la placenta debe quedar en su lugar, dejando a la naturaleza el encargo de eliminarla.

Uno de los inconvenientes que se ha imputado a la marsupializacion, consiste en que, a causa de la friabilidad de las paredes del saco, es mui dificil en ciertas ocasiones llegar a suturarlo con la pared abdominal; se ha dicho tambien que el dejar la placenta puede acarrear hemorragias graves en su eliminacion, i por último, que suelen sobrevenir supuraciones prolongadas con fistulizaciones consecutivas, que debilitarian la cicatriz dejándola apta para una eventracion al menor esfuerzo. Es mui cierto que todas estas son eventualidades posibles de una marsupializacion, pero es de notar que, gracias a los métodos antisepticos, han desaparecido la mayor parte de estos peligros.

Con lo dicho no se trata de rechazar de una manera sistemática la estirpacion completa del saco, tan recomendada por *Breisky* i *Mayo Robson*, (*The British Med. Journ.* 1899); mui por el contrario, constituye la operacion de eleccion siempre que sea posible ejecutarla, es decir, siempre que la enferma posea una resistencia suficiente para semejante traumatismo, siempre que la enucleacion i liberacion del saco puedan ejecutarse con facilidad, i en fin siempre, que haya comenzado ya la desinsercion espontánea de la placenta, i no puede negarse que estos casos forman el minimum de los observados en la práctica.

Fuera de la simplicidad de su ejecucion que la hace mucho mas inofensiva que la estirpacion completa, la esteriorizacion del saco no comporta todas las dificultades i obstáculos que se la han achado. En primer lugar, se evita ordinariamente una tirantéz mui grande de las paredes i por lo tanto su friabilidad, haciendo una simple incision del saco en lugar de reseca una parte de él; i luego si se atacan las adherencias viscerales mas cercanas, se logra tambien tener bordes suturables i libres en cierta estension; si aun



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

fuera imposible la marsupializacion inmediata, hai cirujanos que recomiendan mantener el saco a descubierto durante veinticuatro horas, con objeto de provocar adherencias peritoneales i hacer despues la evacuacion sin los peligros de una infeccion peritoneal; sin embargo, es preferible en estos casos hacer suturas alrededor de la herida que impidan el paso de los liquidos al interior del abdómen.

En cuanto a las eventraciones consecutivas, fuera de que tambien pueden producirse en la estirpacion completa del saco cuando se está obligado a drenar anchamente, son en su mayor parte evitables limitándose a marsupializar en la menor estension posible, i suturando despues los extremos que restan de la herida abdominal. Por último las supuraciones prolongadas han desaparecido gracias a la antisepsia; i las hemorragias no son tan de temer como cuando se estirpa el saco en su totalidad. Así *Pinard* ha contado 16 éxitos en 17 marsupializaciones!

Pero hai ocasiones en que la marsupializacion se hace enteramente imposible como por ejemplo si no existe saco, tal como se ve en los casos de ruptura secundaria del quiste, con feto libre en la cavidad del peritoneo; en esta emergencia solo es posible la ablacion sencilla de la placenta, hacer un taponamiento del quiste i disponer el drenaje lo mejor posible. (*Doléris*. Soc. obst. et gynec de Paris 1898).

Por lo que se ha dicho, llegamos pues a la conclusion de *Pinard*, que es tambien la de la mayoría de los cirujanos (*Mac. Narghton, Olhansen, Greig Smith, Phocas, Routier, Reynier*) que dice: «en todo embarazo extra-uterino mayor de cinco meses, por regla jeneral hai que renunciar a la ablacion del quiste i contentarse con su esteriorizacion, dejando a la naturaleza el cuidado de la eliminacion placentaria.»

Esta regla comporta dos escepciones, en las cuales debe hacerse la estirpacion total o la histerectomia abdominal. En primer lugar, cuando las maniobras de descorticacion no sean mui laboriosas i la enterma se halle en buenas condiciones, haremos la estirpacion total del saco; pero si las



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

maniobras de una descorticacion que se impone como necesaria, son tales que exigen un taponamiento escesivo de las superficies cruentas, vale mas proceder a ejecutar la histerectomia abdominal. (*Segond, Hoffmann*). Esta operacion debe reservarse solo para los casos dificiles, cuando en mitad de la operacion se halla con que no es posible estirpar el saco ni marsupializarlo, cuando se encuentren en el útero otros tumores como fibromas, cáncer, etc.

Vemos, pues, que las indicaciones de una histerectomia son bastante restringidas, porque hai que recordar siempre la posibilidad de un nuevo embarazo uterino normal en estas operadas, fenómeno bastante frecuente como lo ha demostrado la estadística de *Funk Brentano* que hemos citado al principio de este trabajo, y cuya conclusion es; «la evolucion normal de un embarazo es casi la regla en las operadas de embarazo extra-uterino.»

La *técnica* de la estirpacion total del saco, la describiremos en sus rasgos principales: una vez abiertas las paredes abdominales, se hace la incision del saco, su evacuacion i la extraccion del feto, con ligadura i seccion del cordon; entonces se da comienzo a la liberacion del saco de sus adherencias, ya por desgarramientos manuales, ya previa ligadura, por el bisturi o el termo-cauterio; una vez estraído el saco se sutura el abdomen, dejando o no drenaje segun la estension de las superficies cruentas.

Por lo que respecta a la marsupializacion, es igual a la operacion anterior en su primer tiempo. Una vez descubierto el quiste, algunos hacen suturas provisionarias; no hai necesidad de ellas, porque siempre puede vaciarse el quiste sin que el líquido caiga al peritoneo, i si el feto está vivo hai menos peligros todavia, porque el contenido no es séptico. Por lo tanto, apenas descubierto el quiste, se hace en él una incision paralela a la linea blanca, se evacúa el contenido, se estraé el feto, tomándolo por los pies, i despues de haberlo ligado se corta el cordon a dos o tres centímetros de la placenta.

Si al examinar el quiste resultara que la placenta viene



a insertarse en la porcion descubierta de él, precisamente donde va a caer nuestra incision, debemos proceder siempre a ella, tomando los bordes incindidos de la placenta con pinzas en forma de T. Una vez hecho esto, se pasa una serie de puntos separados que comprenden toda la pared del quiste i toda la pared abdominal, se lava el interior con una solucion saturada de naftol, se tapona flojamente con tirillas de gasa iodoformada, i se aplica una curacion seca.

En caso de que el quiste llegara cerca de los fondos de saco vaginales, podria intentarse un drenaje por esta via.

No hablaremos sobre las modificaciones que han hecho a esta operacion *Lawson-Tait* i *Negri*, porque hasta ahora han quedado como procedimientos enteramente personales.

b) Nos queda, por último, que tratar sobre las indicaciones operatorias en los embarazos extra-uterinos mayores de cinco meses, *complicados*.

Estas complicaciones afectan muy diversas categorias; ademas de las hemorragias o rupturas que son por este tiempo mas raras, recordaremos las perturbaciones producidas ya por la muerte del feto, ya por la infeccion que transforma el quiste en un saco purulento, i por fin daremos una ojeada sobre la conducta que hai que guardar, en presencia de aquellos viejos quistes fetales, verdaderos osarios humanos que llevan diez o mas años de existencia.

Las *hemorragias*, que pueden ser lentas o fulminantes, comportan la misma indicacion operatoria que en embarazos ectópicos mas jovenes, es decir, una laparotomia rápida apenas constados todos los signos que revelen una pérdida sanguinea mas o menos considerable; en seguida se procederá a marsupializar el saco sin tocar la placenta, salvo el caso de que la hemorragia haya sido producida por un desprendimiento parcial, i entonces habrá que concluir su descorticacion.

La *muerte del feto* no constituye de ningun modo el final del embarazo ectópico, como antes se creía, i así con objeto de provocarla, se inyectaba una cierta cantidad de sustancias tóxicas en el interior del quiste, o bien se trata-



ba de hacer morir el feto sometiendo a la madre a la inanición prolongada, procedimientos que daban una mortalidad de un 50 %.

Hoy día se procede a hacer la estirpación de cualquier quiste fetal por más antiguo e inofensivo que sea; muchas observaciones han confirmado la idea de que esta inocuidad no es sino aparente, i entre ellas podemos citar la que relatamos bajo el número 8, en la cual un quiste de diez años soportado sin la menor molestia, acarrió por su abertura en el intestino e infección o inflamación de sus paredes, la muerte imprevista de la enferma. Esta infección del contenido del saco es bastante frecuente, como lo afirman muchos autores (*Segond, Reynier*) i su causa ha de ser quizá, ya su proximidad al intestino como lo quiere *Debay*, (Thèse de Nancy 1898) ya la existencia anterior de endometritis o salpingitis; otra terminación que no es rara es la abertura espontánea en las cavidades naturales como el recto (*Lemonnier*, observ. núm. 8), la vagina, o la vejiga, (*Pinard*) dejando en pos de sí fistulas difícilmente curables.

Nuestra intervención puede ser solicitada en presencia de una mujer cuyo feto ha muerto recientemente, o bien esta muerte puede datar de mucho tiempo. En el primer caso si no se presentan síntomas graves, no nos apresuraremos a intervenir, pues aguardando algunos días, es muy probable que obtengamos la ventaja de operar en una placenta con circulación casi estacionaria, i cuya estirpación o eliminación no traerá por lo tanto peligro de hemorragias ulteriores; es lo que recomiendan *Segond, Kaltenbach* i *Fraenkel*, i con arreglo a este principio postergan la operación unas seis semanas después de la muerte del feto, prontos a intervenir apenas se presente cualquier accidente ofensivo; llegada la época prefijada, hacen la laparotomía i esterilización del saco, i en los casos posibles la estirpación total ahora más facilitada.

Pero si la muerte del feto data de antigua fecha no obtendremos ninguna ventaja en esperar, ya que, como hemos



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

visto, no es posible contar con la formacion de un litopendion, espuesto como se halla el quiste a sufrir accidentes mas o menos serios; de suerte que, apenas diagnosticado un embarazo en tales condiciones, procederemos a hacer su estirpacion.

La *elitrotomia*, es decir la abertura de la vagina i la extraccion fetal por esta via, se ha recomendado siempre que el quiste proemine en los fondos de saco o se halle muy próximo a ellos (*Pinard*, 3 casos con 3 curaciones); pero, por regla jeneral, optaremos por la marsupializacion del saco al nivel de la pared abdominal, con eradicacion de la placenta (*Larsson Tait*, 7 operadas 1 muerte); la reabsorcion de las paredes del quiste se hace con rapidez i al cabo de dos meses apenas quedan trazas de ellas (*Picqué*.)

Las dificultades con que se puede tropezar para poner en práctica este procedimiento, son las mismas que hemos señalado a propósito de la marsupializacion como tratamiento de los embarazos extra-uterinos normales; i si ésta se hace imposible lo mismo que la estirpacion del saco, habrá que proceder a la histerectomia total como lo hizo *De Boucaud* en la última observacion que relata (Soc. obst et gyn. de Bordeaux. Decem. 1899.) Sin embargo, hai cirujanos (*Pantalon*, Archíves provinc. de chir. 1898) que prefieren con mayor amplitud recurrir a este último método, i hacen la castracion útero-anexial, siempre que sea imposible hacer la estirpacion total del saco; pero si consideramos que este procedimiento apenas aventaja a la exteriorizacion del saco por su rapidez de ejecucion i por su pronta convalescencia, no se encuentra una razon formal que justifique el sacrificio de un órgano sano, dejando estéril a una mujer capaz de una maternidad ulterior.

Otro accidente que puede producirse en estas enfermas portadoras de quistes de embarazo ectópico, es la produccion de un embarazo uterino normal; sin contar los casos citados de *Lemonnier* i el que relata el *Dr. Körner* seguido de aborto tubario, *Joseph Schuhl* (Tesis de Nancy 1883) reunió 57 observaciones de coexistencia de quiste fetal con emba-



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

razo normal, i *B. Brown* (Gynecological transactions 1882) 24 casos de embarazo gemelar intra i extra-uterino. Pero el caso mas curioso es seguramente el de *Tuffier*, relatado por *Pinard* (Scèances de l'Academie de Medicine, 1898) en el cual se habia diagnosticado una hidronefrosis o una hidropesia de la vesicula biliar, i donde se encontró un quiste inmediato al hígado, con un feto de cinco meses, ambos levantados a este nivel, por un embarazo intercurrente normal que habia tenido la enferma.

Los quistes fetales supurados, son justiciables de una intervencion quirúrgica inmediata apropiada a las circunstancias de su ubicacion, procediendo ya a la laparotomia, ya a una elitrotomia que es siempre preferible; aun en el caso que el quiste se haya abierto en alguna de las vias naturales, es mas recomendable concluir su estraccion por laparotomia i cerrar a toda costa la brecha que ha hecho el quiste en su abertura espontánea, para impedir la fistulizacion consecutiva (*Segond*.)

Por último, tenemos los antiguos quistes, *osarios* como los llama *Pozzy*, tolerados sin molestias desde años atras, como sucedió en nuestra observacion número 8, en que el quiste tuvo diez años de permanencia; la particularidad mas notable de este caso fue la perfecta integridad de los huesos que no habian perdido sus relaciones entre sí, a pesar de haber desaparecido todas las partes blandas que los rodeaban. El accidente espontáneo que en él sobrevino i sus fatales consecuencias, nos indican pues, la conducta que debemos guardar con respecto a ellos, es decir, una intervencion mas o menos rápida. *Stelner* ha operado en condiciones normales un quiste de 40 años; *Currier* (Annales of Gynec and Pediatric 1898) uno de 10.

La *técnica operatoria* es la misma que hemos descrito anteriormente, i solo difiere un poco en los casos de quistes supurados. En estas ocasiones, *Stelner* prefiere fijar el quiste a la pared abdominal i esperar así su abertura espontánea; pero es mas conveniente proceder en la misma sesion a la evacuacion de su contenido. Con este objeto, antes de ha-



cer la incision del quiste, se comienza por hacer una sutura en hilvan con catgut, que comprenda las capas superficiales del quiste i la pared abdominal, cerrando así el peritoneo por encima de la bolsa i adosándolo en todo su contorno; una vez abierto i asepsizado el quiste, se pasa una série de puntos separados, que comprendan todo su espesor i todo el de la pared abdominal, i por fin, se completa la oclusion en los extremos de la abertura abdominal (procedimiento de *Bonnet et Petit*, *Traité pratique de Gynecologie* 1894.)

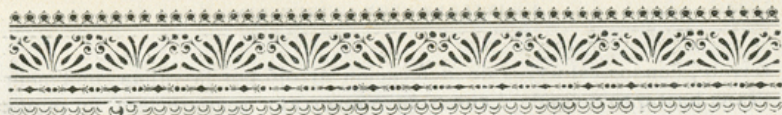
Los restos fetales son estraidos ya con los dedos, ya por medio de pinzas i si se hallan incrustados en el interior del quiste, vale mas abandonarlos para que se desprendan por si solos.

El drenaje se hace con gasa iodoformada o boricada, que se renueva cada dos días.

No es posible entrar en una técnica mas detallada de las operaciones que se ejecutan en los diversos casos de embarazo extra-uterino que pueden presentarse; la diversidad de casos es tan grande i los incidentes en el curso de la operacion tan variados, que una simple reseña de ellos alargaria demasiado este trabajo i no tendria utilidad práctica ninguna. En efecto, es aquí donde el método propio de cada cirujano i su criterio clínico deben resolver las dificultades que se presenten, relegando a segundo término en muchas ocasiones, la técnica operatoria; segun la ubicacion del quiste en vez de una laparotomia mediana (celiotomia) podria necesitarse una laparotomia lateral o bien oblicua, al desprender el quiste habrá talvez que suturar una viscera, desprender una gruesa adherencia, o hacer la ablacion de un órgano importante, etc., etc., cuestiones que solo pueden apreciarse en el campo mismo; bástenos recordar las causas jenerales ya apuntadas, para la intervencion en tal o cual sentido.

Haremos ahora la relacion de las observaciones de embarazo extra-uterino que hemos podido recojer i a las cuales hemos hecho indicacion en el curso de este trabajo.





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

OBSERVACIONES

OBSERVACION N.º 1

SALPINJITIS DOBLE; EMBARAZO TUBARIO DE DOS MESES, LAPAROTOMIA.— MUERTE.

Fecha de entrada.—El 29 de Agosto de 1899 entró al servicio de Jinecología del Dr. Körner.

Nombre.—*Clodomira T...*

Edad.—31 años.

Estado.—Casada.

Nacionalidad.—Chilena, natural de Lampa.

Profesion.—Lavandera.

Antecedentes. Sus antecedentes hereditarios carecen de importancia. Como antecedentes personales, la enferma nos dice que, fuera de la viruela i la alfombrilla que contrajo en su infancia, ha gozado siempre de mui buena salud; sus reglas comenzaron a los 13 años i fueron siempre normales; a los 19 años se casó; solo ha tenido un parto; aborto ninguno.

Desde el mes de Junio de este año, suspension de las reglas y aparición de dolores abdominales, mas marcados al lado derecho, e irradiándose a las estremidades inferiores; coincidiendo con estos dolores notó una hinchazon en el lado izquierdo; vómitos espaciados pero intensos.

Hace dos días cayó a la cama a causa de una exacerbadion de los dolores que fueron acompañados de una fiebre intensa, cefalalja mui viva i una constipacion pertinaz que ha combatido por lavados intestinales. Solo últimamente ha notado pérdidas de sangre por la vajina, pero siempre de escasa cantidad. Por último, mientras se encontraba en el



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

retrete, con los esfuerzos de defecacion arrojó por la vagina una membrana bastante delgada, i como la metrorraja reapareciera en mayor cantidad, la enferma, creyendo en un aborto, se vino al Hospital.

Estado actual. A la inspeccion se encuentra un vientre algo abombado; a la palpacion, que es un poco dolorosa, se siente un tumor en el hipogastrio mas inclinado al lado izquierdo que al derecho i del tamaño de una manzana grande, con su eje mayor transversal. Al tacto vaginal se siente este tumor en el fondo de saco de Douglas, de paredes tensas pero depresibles; hácia el lado derecho el ovario correspondiente está tumefacto. El estado jeneral es bastante regular; temperatura 37° 5; pulsaciones 82 por minuto.

Se hizo el diagnóstico de salpingitis doble, embarazo extra-uterino de dos meses mas o menos, localizado en la trompa izquierda.

Tratamiento.—Reposo absoluto en la cama, compresas frias, hielo; un purgante salino.

Fue operada el 2 de Setiembre. Prévia desinfeccion de la pared abdominal, se practicó una incision de quince centímetros en la linea media del abdomen, por encima del púbis; abierta la cavidad abdominal, se presentó un saco redondo de color rojizo, fluctuante, que ocupaba el fondo de saco i que por arriba se hallaba adherido a los intestinos, los cuales le formaban pared; al tratar de desprenderlo, este saco se rompió saliendo gran cantidad de coágulos negruzcos cuya extraccion se ayudó con la mano; entre los coágulos fué estraido un feto de tres centímetros i medio de largo. Una vez limpiada esta cavidad, se encontró en su fondo la trompa izquierda perforada en su parte media, cerca del ovario i por medio de una pinza de Museux se la sacó al exterior, i luego se la ligó conjuntamente con el ovario del mismo lado por medio de dos suturas de seda gruesa, que comprendian la arteria infundíbulo-pélvica i el istmo de la trompa; de este modo la trompa, i el ovario que estaba tumefacto i agrandado, fueron separados a tijeras i estraidos. En seguida, se estirpó tambien por dos ligaduras la trompa derecha que estaba inflamada, dejando el ovario al parecer sano. Por fin se repasó por medio del Paquelin todas las superficies de seccion, se hizo la toilette peritoneal i se suturó en dos planos la pared abdominal.

Al dia siguiente vómitos abundantes, estado angustioso, pulso pequeño, fiebre poco intensa (38° 2.) Se prescribe inmovilidad absoluta, hielo al vientre, hipodermocclisis de 500 grs. leche, tisana refrescante en pequeñas cantidades.

4 de Setiembre.—Fiebre alta (39° 5), delirio, lengua seca, mui saburral.—Timpanismo, dispnea.—Antitérmicos i la misma terapéutica del dia anterior.

Muerte en la noche del 5 en medio de los fenómenos de una gran esciacion. Como fué inmediatamente reclamado el cadáver por los parientes, nos fué enteramente imposible hacer la autopsia, como hubiéramos deseado.



OBSERVACION N.º 2

EMBARAZO TUBARIO DE TRES MESES, LAPAROTOMÍA.—CURACION.

Nombre—*Rosa V.....*

Estado—Casada.

Profesion—Dueña de casa.

Nacionalidad—Chilena, natural de Santiago.

Fecha de entrada—26 de Agosto de 1899, al servicio ginecológico del Dr. Körner.

Antecedentes.—Su padre murió de tuberculosis laríngea; la madre sufre de tuberculosis pulmonar.

En su infancia tuvo la escarlatina i la alfombrilla; despues ha tenido varios ataques de histeria. Regló a los 12 años; en 1898 un parto normal, de corta duracion; a los 4 meses despues un aborto de mes i dias. En el mes de Junio del presente año, suspension de las reglas, dolores de caderas irradiados a las nalgas, pérdida de un liquido sanguinolento. Luego notó un tumor al lado derecho, indoloro, que solo la molestaba cuando comia en abundancia; estitiquez habitual. Desde el 15 de Agosto, fiebre, curvatura, dolores violentos en el bajo vientre, vómitos frecuentes, metrorrajas, malestar jeneral; llegó al Hospital con estos fenómenos un poco atenuados.

Estado actual.—A la inspeccion nada se nota; a la palpacion, un tumor al lado derecho, del tamaño de un huevo, difícil de limitar del útero. Al tacto vaginal, se siente el útero retroflexionado i hácia el fondo de saco lateral derecho, se encuentra el tumor, que es liso i de consistencia blanda. Se diagnosticó un embarazo extra-uterino de la trompa derecha.

Tratamiento.—Reposo é inmovilidad absoluta.

Cinco dias despues, laparotomia; se encontró un tumor de la trompa derecha que daba por una pequeña fisura un poco de sangre; estirpacion de él junto con el ovario del mismo lado; útero agrandado. Toilette peritoneal, i oclusion del abdomen por dos planos de suturas. La autopsia del tumor dió a conocer un contenido sanguineo, paredes adelgazadas de la trompa; no se encontró embrión. Al microscopio se reconocieron las vellosidades placentarias.

Los dias siguientes estado jeneral bueno de la enferma, vómitos escasos, pequeñas elevaciones de temperatura.

Cicatrizacion de la incision «per primam». Algunos dias despues sale de alta completamente curada.



OBSERVACION N.º 3

EMBARAZO EXTRA-UTERINO DE DOS MESES APROXIMADAMENTE. HEMORRAJIA GRAVE. LAPAROTOMÍA. CURACION.

Nombre—*Susana R.....*

Edad—23 años.

Estado—Casada

Ocupacion—Quehaceres domésticos.

Fecha de entrada—12 de Noviembre de 1899, a la Maternidad.

Antecedentes.—Como antecedentes personales dice haber gozado de buena salud; ha tenido dos partos, el último hace ya nueve meses. Suspensión de la última menstruacion que debió tener lugar hace un mes, fuertes dolores abdominales desde ese tiempo, metrorrajas repetidas.

Estado actual.—Al examen se encuentra un útero grande, poco movable; los anexos no se alcanzan a tocar, el fondo de saco posterior se halla ocupado por una masa crepitante; el cateterismo uterino da al útero un largo de nueve centímetros.

Se diagnosticó embarazo extra-uterino.

La enferma seguía con síntomas dolorosos, así es que fué operada el 15 de Noviembre. Se hizo la laparotomía, encontrándose la pélvis menor llena de coágulos sanguíneos (800 gramos), hemorragia producida indudablemente por la trompa izquierda que se hallaba rota; se hizo la salpingo ooforectomía izquierda; en el interior de la trompa se encontraron coágulos pequeños i algunas delgadas membranas; aunque no se procedió a hacer un examen mas detenido, los síntomas i la ruptura de la trompa, demostraban el embarazo tubario.

Curacion «per primam». Alta el 2 Enero de 1900.

OBSERVACION N.º 4

EMBARAZO TUBARIO DE TRES MESES; HEMORRAJIA INTRA LIGAMENTARIA (HEMATOCELE EXTRA PERITONEAL).—LAPAROTOMIA.—CURACION.

Fecha de entrada—7 de Abril de 1899, al servicio de la Maternidad.

Nombre—*Ema B...*

Edad—23 años.

Estado—Casada.

Antecedentes.—Ha tenido un solo parto; el niño vive i es de buena salud.

Últimamente tuvo fuertes dolores i metrorrajas abundantes al hacer un esfuerzo para subir a un carro. Dice no haber tenido una verdadera



suspension de las reglas, pero que éstas se han hecho irregulares i alternan con las metrorragias; por lo demás, tiene otros síntomas de embarazo: agrandamiento del útero, ligero reblandecimiento del cuello e hinchamiento de los senos.

Se diagnosticó un hematocoele producido por un embarazo extra-uterino, quizás roto.

Se procedió a hacer la laparotomía. Abierta la cavidad abdominal, se encontró un tumor en el ligamento ancho, que se puncionó con la jeringa aspiratriz, dando sangre; se hallaba hácia el lado izquierdo. Se estirpó junto con el anexo izquierdo.—Curacion.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

OBSERVACION N.º 5.

EMBARAZO EXTRA-UTERINO DE CUATRO MESES; INUNDACION PERITONEAL; LAPAROTOMIA.—MUERTE.

Fecha de entrada—12 de Setiembre de 1898, a la Maternidad.

Nombre—*Cármen M...*

Edad—35 años.

Estado—Casada.

Antecedentes.—Ha tenido cuatro partos normales i hace algunos meses, un aborto. Desde hace cuatro meses, suspension de las reglas, metrorragias frecuentes, dolores intensos en el bajo vientre; habiendo recrudescido estos dolores en los últimos días, i siendo las pérdidas de sangre mui abundantes, ella creyó en un parto prematuro i por esta razon vino a la Maternidad. No se la pudo operar inmediatamente, i a los dos días de permanencia en la cama aparecieron de súbito todos los signos de una hemorragia interna grave.

Se diagnosticó embarazo extra-uterino con ruptura grave.

Se hizo la laparotomía i al abrir el peritoneo, salió un feto de diez centímetros de largo, flotando entre los coágulos i cerca de dos litros de sangre líquida; en el anexo izquierdo habia un tumor que representaba un embarazo de cuatro meses, perforado anchamente. Estirpacion del tumor i del anexo correspondiente; limpieza peritoneal, oclusion del abdomen.

Muerte por choc hemorrájico (anemia aguda), seis horas despues de la operacion.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

OBSERVACION N.º 6.

EMBARAZO EXTRA-UTERINO DOBLE; HEMATOCELE RETRO-UTERINO; LAPAROTOMIA.—CURACION.

Fecha de entrada—18 de Agosto de 1899, al Hospital de San Borja.

Nombre—*Eduvijas A...*

Edad—26 años

Estado—Casada.

Antecedentes.—Nulipara. Entró al hospital con síntomas de perimetritis, vientre doloroso, aumento del volumen del útero, gran sensibilidad en los fondos de saco, mas marcada en el lado derecho. Se prescribió hielo al vientre. Tres dias despues se procedió a un nuevo examen, practicándose una puncion exploradora en el fondo de saco lateral derecho, que dió sangre.

Se diagnosticó embarazo extra-uterino derecho.

La laparotomia dió a conocer ademas de una coleccion sanguinea por detras i a la derecha del útero, un embarazo en cada trompa, mas o menos de la misma edad, dos meses, i casi intactos. Estirpacion de ambos anexos.

Curacion 1.º de Octubre de 1899.

OBSERVACION N.º 7.

EMBARAZO EXTRA-UTERINO DERECHO; LAPAROTOMIA; HEMORRAJIA GRAVE, EN TRATAMIENTO.

Fecha de entrada—26 de Noviembre de 1899, al servicio de la Maternidad.

Nombre—*Beatriz T...*

Edad—28 años.

Estado—Casada.

Antecedentes.—Nulipara. Frecuencia de dolores abdominales en los dos últimos meses, con irradiaciones a las piernas; en un esfuerzo que hizo al agacharse, el dolor fué tan grande que casi perdió el conocimiento; metrorrajias. Al examen manual se puede sentir al lado derecho un tumor bastante grande.

Se hizo el diagnóstico de embarazo extra-uterino derecho.

Fué operada el 28 de Noviembre de 1899. Se practicó la laparotomia, i se encontró una gran hemorragia proveniente de la trompa derecha rota, ausencia de feto, a pesar de buscarlo minuciosamente; estirpacion del anexo derecho. Drenaje i taponamiento por el método de Mikulicz.



Después han supurado los hilos de la sutura cutánea i por eso se ha retardado su curacion definitiva; en Enero de 1900 aun quedaba en tratamiento a consecuencia de esta supuracion.

OBSERVACION N.º 8.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

EMBARAZO EXTRA-UTERINO DE DIEZ AÑOS; RUPTURA ESPONTÁNEA EN EL INTESTINO; INFECCION CONSECUTIVA DEL SACO.—MUERTE.

Fecha de entrada—Entró a la sala de la Purísima del Hospital de San Juan de Dios, (Valparaíso), en el mes de Agosto de 1898.

Nombre—*Marta N.*
Edad—40 años.

Profesión—*Serviente de mano.*

Antecedentes hereditarios sin importancia.

La enferma se encontraba en un estado de postracion bastante marcado, con una sensibilidad mui grande de la pared abdominal; se quejaba ademas, de fuertes dolores en el bajo vientre, i de sentir en la misma rejion una hinchazon que la molestaba mucho.

Antecedentes. La enferma decia haber tenido casi constantemente mui buena salud; pero que hace ya 8 o 10 años, notó todos los sintomas de un embarazo a la vez que un desarrollo progresivo del vientre; las personas que consultó, ya confirmaban el diagnóstico de embarazo, ya diferian de él por completo; tuvo tambien suspension de la menstruacion durante algunos meses. Por fin, la enferma notó que ya habian pasado los nueve meses i que el parto no se realizaba, a pesar de haber sentido a su tiempo los movimientos fetales; no hubo ni asomo de falso trabajo; quedó pues mui sorprendida de su situacion, pero como el tumor, que ella tomaba como embarazo normal, no la molestaba i las reglas, que se habian suspendido, volvieron a reaparecer, dejó pasar el tiempo y poco a poco se olvidó del todo de su falsa maternidad.

Solo dias antes de presentarse en el Hospital, a consecuencia de un movimiento forzado, se sintió acometida de agudos dolores abdominales, con vómitos, escalofrios, postracion i ansiedad por intervalos. En este estado se presentó al Hospital.

Estado actual. Como las paredes abdominales eran de poco espesor, fué posible hacer un pequeño examen a pesar de la exajeracion de su sensibilidad; se sintió un tumor que ocupaba todo el bajo vientre i que sobrepasaba la linea umbilical.

Se dejó para mas tarde un examen mas detenido, a causa de la depression profunda de la enferma; i se puso mientras tanto en práctica, un tratamiento sintomático que le levantara las fuerzas.

Al dia siguiente, debido a la medicacion i al reposo, se pudo hacer



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Profesión—*Serviente de mano.*

Antecedentes hereditarios sin importancia.

La enferma se encontraba en un estado de postracion bastante marcado, con una sensibilidad mui grande de la pared abdominal; se quejaba ademas, de fuertes dolores en el bajo vientre, i de sentir en la misma rejion una hinchazon que la molestaba mucho.

Antecedentes. La enferma decia haber tenido casi constantemente mui buena salud; pero que hace ya 8 o 10 años, notó todos los sintomas de un embarazo a la vez que un desarrollo progresivo del vientre; las personas que consultó, ya confirmaban el diagnóstico de embarazo, ya diferian de él por completo; tuvo tambien suspension de la menstruacion durante algunos meses. Por fin, la enferma notó que ya habian pasado los nueve meses i que el parto no se realizaba, a pesar de haber sentido a su tiempo los movimientos fetales; no hubo ni asomo de falso trabajo; quedó pues mui sorprendida de su situacion, pero como el tumor, que ella tomaba como embarazo normal, no la molestaba i las reglas, que se habian suspendido, volvieron a reaparecer, dejó pasar el tiempo y poco a poco se olvidó del todo de su falsa maternidad.

Solo dias antes de presentarse en el Hospital, a consecuencia de un movimiento forzado, se sintió acometida de agudos dolores abdominales, con vómitos, escalofrios, postracion i ansiedad por intervalos. En este estado se presentó al Hospital.

Estado actual. Como las paredes abdominales eran de poco espesor, fué posible hacer un pequeño examen a pesar de la exajeracion de su sensibilidad; se sintió un tumor que ocupaba todo el bajo vientre i que sobrepasaba la linea umbilical.

Se dejó para mas tarde un examen mas detenido, a causa de la depression profunda de la enferma; i se puso mientras tanto en práctica, un tratamiento sintomático que le levantara las fuerzas.

Al dia siguiente, debido a la medicacion i al reposo, se pudo hacer



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

un examen mas detenido constatándose que el tumor se hallaba situado en la parte media, era duro, abollado i afectaba la misma disposicion como si se hubiera tratado de un útero mui desarrollado, es decir con una base superior i una parte inferior mas angosta; por sí solo era inmóvil, solo se movia en masa con los intestinos. El tacto vaginal no dió ningun otro dato complementario.

Tres dias permaneció en observacion, durante los cuales persistieron los vómitos i el estado de colapso i hasta tuvo cianosis i enfriamiento de las estremidades. Las evacuaciones eran diarreas, fétidas i seropurulentas. Ya que no se obtenia resultado con un tratamiento puramente médico, se procedió a hacer la narcosis con objeto de practicar una exploracion mas completa, teniendo todo pronto para intervenir quirúrgicamente en caso necesario.

La enferma se hallaba mui mal i mui poco predispuesta a una cloroformizacion, a tal punto que las primeras gotas de cloroformo le produjeron un síncope mortal; no fué posible volverla a la vida, a pesar de cuantos medios se emplearon para conseguirlo.

Cinco horas despues se procedió a la autopsia. Abierto el vientre, se descubrió el tumor que era un saco de paredes flácidas i vasculares, de contenido duro, con bordes i aristas irregulares, i, en fin, adherente al intestino i al útero; con un exámen mas prolijo, se vió que el saco estaba constituido por la trompa izquierda doblada hácia arriba i echada sobre el fondo del útero. El ovario izquierdo se hallaba perdido en las paredes del saco i dejenado. La trompa i el ovario derecho, normales. El útero, en estado normal, se encontraba sirviendo de soporte al tumor.

Abierto este saco, se encontró lleno de una sustancia de aspecto grueso, sucio (como una mezcla de pus i excrementos) i de un olor sumamente fétido. En medio de esta masa se hallaba el esqueleto completo de un feto a término, completamente osificado, de color amarillento i cuya disposicion i relaciones eran enteramente iguales a un esqueleto normal; ésta era una particularidad mui curiosa, pues no existian tejidos ni partes blandas que mantuviesen esta disposicion; apenas habia un pequeño desgaste. La situacion del feto era sacra anterior izquierda transversal.

Se limpió el saco del líquido siruposo que contenia i fué posible ver las comunicaciones con el intestino en las partes adherentes por una peritonitis adhesiva; eran dos, i no presentaban trazas de abertura en la gran cavidad peritoneal.

La muerte de la enferma, fué indudablemente debida a estas comunicaciones intestinales, que infestaron el saco, lo inflamaron, propagándose en seguida esta inflamacion, con mas o menos rapidez, en el peritoneo que lo rodeaba.



CONCLUSIONES

Resumiendo todas las indicaciones que hemos señalado en el curso de este trabajo, para una intervencion quirúrgica en los embarazos extra-uterinos, llegamos a adoptar las siguientes conclusiones:

1.º Todo embarazo extra-uterino dignosticado, impone la intervencion quirúrgica (*Pinard*).

2.º Para esta intervencion quirúrgica hai que tomar en cuenta el diagnóstico, i además el grado de oportunidad o invitacion operatoria factores que se completan entre si: porque si bien esta última decide el momento en que hai que intervenir, el diagnóstico nos señala, por regla jeneral, el método mas apropiado.

3.º En un embarazo ectópico jóven de evolucion normal, debe intervenirse inmediatamente, haciendo su estirpacion por laparotomia (Obs. N.º 2).

4.º La misma conducta se ha de practicar si hai hemorragia en el interior de la trompa (*hidrosalpinx*).

5.º En el caso de hematocele retro-uterino que no presente fenómenos inmediatos de reabsorcion (3 o 4 dias), debe practicarse la intervencion quirúrgica:

a). Para prevenir una complicacion del hematocele (se ha demostrado su constante tendencia a la septicidad);

b). Para hacer la ablacion del quiste i de los anexos que se hallen inflamados.

Esta intervencion en la jeneralidad de los casos, no puede ser otra que la laparotomia, para que llegue a ser intervencion completa i para concluir radicalmente con ultteriores complicaciones (Obs. núms. 4 i 6). Si el hematocele es septico, se hará la colpotomia.

6.º En los casos de hemorragia súbita i abundante (inundacion peritoneal), debe procederse a la laparotomia precoz, sin esperar a que la hemorragia se detenga por sí misma. Una vez abierto el peritoneo, se reseca la trompa prévia



ligadura, se limpia el peritoneo i se administran estimulantes difusibles, (éter, cafeina) e hipodermoclasia abundantes (Obs. núms. 1, 3, 5 i 7).

7.º En los casos avanzados de embarazo extra-uterino que ha evolucionado normalmente (6.º o 7.º mes), se podrá esperar la época de viabilidad del niño para intervenir; pero se optará por un proceder inmediato, si por circunstancias especiales, no es posible una constante espectacion armada sobre la enferma.

8.º La operacion de eleccion en los últimos meses, consiste en la laparotomia con estirpacion del saco, si es posible hacerlo *con facilidad*; por regla jeneral hai que acudir a la esteriorizacion de él (marsupializacion), con abandono de la placenta.

9.º Las complicaciones (hemorragia, ruptura) de los embarazos ectópicos, cerca de término, imponen la intervencion inmediata.

10.º La muerte reciente del feto, nos hará retardar cinco o seis semanas la operacion, manteniendo a la enferma en continua vijilancia; si su muerte es antigua (Obs. N.º 8), intervendremos apenas hecho el diagnóstico. En ambos casos, procederemos a una laparotomia con esteriorizacion del saco i abandono de la placenta (en algunas puede ser posible su estirpacion). La supuracion del quiste nos inclinará a preferir la via vajinal.

11.º En los antiguos quistes fetales, bien tolerados, se procederá a estirparlos, escojiendo para ello la via mas espedita (laparotomia lateral, mediana, elitrotomia), pero sin aprovecharse de las fistulas en los casos de ruptura espontánea.

