

28-2

~~de libro~~ de Gomez Oceano
~~de Guzman~~ de Lima

81-1A n^o 12

150-1630

ca 2392

(1630)



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313213445

x 533809435

Contribucion al estudio de las indicaciones operatorias
del
embarazo ectópico.

Tesis que para optar al Grado de Doctor
presenta

José Sócrates González Fernández

Septiembre 1902.



Ilustrados Señores:

Antes de comenzar el estudio del tema que tengo el honor de someter a la aprobación de los sabios profesores de la Facultad de Medicina de Madrid, debo cumplir con uno de los deberes más agradables; el de expresar

a mis queridos maestros el testimonio de mi sincero agradecimiento.

Que me permitan pues recordarles la deuda de reconocimiento que con ellos he contraído, especialmente los de mi internado, de la confianza que se han dignado dispensarme siempre, y de sus conversaciones familiares tan agradables y tan útiles, que con la visita diaria de enfermos, hacen tan ventajoso el internado de los hospitales.

Un cariñoso recuerdo a la memoria del que ha sido mi querido maestro el malogrado D^o An-

trade que tan admirablemente ha sabido iniciarme en la practica obstétrica y ginecológica.

Mis afectuosas gracias al Dr. Sans Bombini por los sabios consejos que ha sabido darme durante el año que he pasado en su Clinica, y que tan utiles me han sido.

No podre jamas olvidar al inspirador de mi tesis el Dr. Segond, ni dejare de atestiguar publicamente mi gratitud por la benevola y caritosa acogida que me ha dispensado en su Clinica, lo mismo que a mi querido maestro el Dr. Budon, y a los

Doctores Richelot y Doléris por la amabilidad con que he sido recibido en sus respectivos servicios.

He preferido hacer mi humilde trabajo sobre las indicaciones operatorias del embatazo ectópico, no solo por ser este estudio propio de la especialidad de mi elección, sino porque los colosales progresos realizados en cirugía abdominal de pocos años a esta parte ha hecho de esta materia un asunto completamente nuevo. Si algo hay en él de interesante o instructivo a mis maestros pertenece, no siendo para mí mas que las imperfecciones.

El orden que seguiré en la exposición del tema objeto de estudio será el siguiente:

1. División del embarazo ectópico.
2. Sigetas consideraciones sobre la anatomía patológica del mismo.
3. Reseña histórica de su tratamiento.
4. Indicaciones operativas durante la 1^a y 2^a mitad de su evolución.
5. Conclusiones.



Capítulo 1º

División del embarazo ectópico.

Se han emitido muchas opiniones respecto a las diversas variedades de embarazo ectópico que debían admitirse, y verdaderamente nada tiene de particular, si se considera lo difícil que es reconocer en la

autopsia el punto exacto de la insercion del huevo, en medio de las numerosisimas modificaciones que se producen en los organos, por la presencia del quiste fetal; asi vemos que Deserues habia admitido las diez variedades siguientes: embarazo ovarico sub-peritoneo pelvico, tubo ovarico, utero intersticial, utero tubario, utero-tubo-abdominal, y abdominal (Lowe del Ann medic chirurg 1837) Casseau que admitio al principio esta division, la rechaza en su decima edicion, y cree muy ventajoso simplificarla, no describiendo mas que las cinco variedades siguientes: Embarazo abdominal, tubo

abdominal tubario, tubo-utero-intersticial y utero tubario (Cazeaux y Garnier - Trait de l'art des accouchs dix edit 1874). Por el contrario Lawson Tait (Brit med Jour 1884) y Webster no admiten mas que una forma primitiva de embarazo ectopico, la tubaria, y las demas variedades descritas por los autores, no son para ellos mas que formas secundarias que dependen del sitio en que se fija el quiste, despues de la rotura de la trompa.

Hay dia siguiendo a la mayoria de los autores clasicos no se admiten mas que tres variedades de embarazo extra-uterino, o como dice Barnes con mas

acierto ectópico, para añadir a estas una cuarta variedad que tiene lugar cuando el huevo se desarrolla en un cuerpo uterino rudimentario. Estamos pues muy lejos de admitir la clasificación de Dezemeis en la que no pueden establecerse diferencias anatómicas ni la de Savon Bait, pues no dudamos de la existencia del embarazo abdominal primitivo, una vez que se han encontrado, casos de embarazos abdominales con integridad absoluta de la mucosa tubaria, lo cual prueba que no ha sido allí el lugar donde se ha verificado la inserción primitiva del huevo, ni

tampoco dudamos de la forma ovárica primitiva, porque coincidiendo con la misma integridad de la mucosa tubaria se halla a veces el huevo, completamente envuelto en el tejido ovárico. Estudiaremos pues por orden de frecuencia las variedades de embrazo ectópico siguientes: Tubaria abdominal, ovárica y la que se desarrolla en un cuerno uterino rudimentario. Sin embargo, como la variedad ovárica ha suscitado tantas dudas, la abdominal no es admitida por todos los autores como forma primitiva, y la que se desarrolla en un cuerno uterino rudimenta-

rio excesivamente rara, mientras que por el contrario la forma tubaria ha sido estudiada perfectamente, y su frecuencia con relación a las demás según la estadística de Schrenck es de 83'5%, por estas razones, y por ser esta la variedad de la que hemos visto varios casos insistiremos particularmente sobre ella. Esto no obstante hacemos algunas consideraciones acerca de las demás variedades para hacer el estudio más completo.



Capítulo II.

Anatomía Patológica

Embarazo tubario: Recibe distintas denominaciones segun el punto de la trompa en que se verifica la insercion del huevo, asi cuando esta tiene lugar en la parte media se llama tubaria propriamente di-

cha, y se caracteriza desde el punto de vista anatómico, por que la cubierta ^{de} origen materno está enteramente formada por las paredes de la trompa. Se llama intersticial cuando el huevo se desarrolla en la porción interna de la trompa y el carácter anatómico que la distingue, es que, el quite forma cuerpo con el útero. Por último si el huevo se inserta en la porción externa se llama tubo-abdominal en cuyo caso la cubierta de origen materno no está mas que parcialmente formada por la trompa pues como el huevo hace relieve en la cavidad abdominal, se rodea de fal-

sas membranas adherentes a los organos vecinos.

El embarazo tubario presenta varios puntos de estudio que vamos a indicar sucesivamente: Causa, modificaciones por parte de la trompa, modificaciones por parte del utero y evolución anatómica.

Causa: Respecto a la etiología debemos desde luego que se halla todavía bastante oscura, y las opiniones de los distintos autores muy divididas; así Doleris cree en una mala conformación congénita de la trompa. Lawson Tait atribuye la causa del embarazo tubario a una salpingitis descompositiva con cari-

da de las pestañas vibrátiles del epitelio tubario, en cuyo caso el ovulo no despreciando de sus medios de locomoción quedará detenido en la trompa esperando por decirlo así que el espermatozoide venga a fecundarlo. Por el contrario Paquy deduce de sus recientes estudios que la trompa presenta integridad perfecta macro y microscópicamente considerada. ^Y Barilly fundándose en que el embarazo ectópico es más frecuente en la multipara que en la primipara, trata de buscar la causa en la supresión del peristaltismo tubario.

Esta misma contradicción también existe

cuando se trata de saber en que lado reside con mas frecuencia el embarazo tubario, pues segun la estadística de Martin es el derecho mientras que para Mundé es por el contrario el izquierdo y la de Schrenck mas numeroso que las precedentes (Ueb ectopische graviditat Dorpat 1894) concede igual frecuencia a ambos lados. Son estas cuestiones secundarias resueltas de diferente manera segun las diversas estadísticas y que no nos reportan gran utilidad. Mas importante es saber que el embarazo tubario puede existir en ambos lados a la vez, ser gemelar con dos sacos en el mis-

no oviducto, y reproducirse en la misma trompa y en la del lado opuesto.

Modificaciones por parte de la trompa

Desde que el huevo se fija en un punto cualquiera de la trompa, esta sufre importantes modificaciones, mucho mas marcadas al nivel de la misma insercion ovarica. Toda ella se hipervasculariza, de cuya hipervascularizacion participa el ovario correspondiente. La mucosa toma un aspecto tomentoso, pierde su epitelio y su corion se infiltra de celulas embrionarias. A consecuencia de esta hiperembriacion toda la trompa

se hipertrofia, aunque no de una manera uniforme
 pues es mucho mas voluminosa al nivel de la im-
 plantación del huevo, en donde se destaca una bolsa
 mas o menos redondeada pero bien limitada. El
 huevo presenta sus dos cubiertas de origen fetal corion
 y amnios. Al mismo tiempo aparecen las vellosidades
 coriales que primeramente diseminadas por toda la
 superficie ovular, se encuentran mas tarde hacia la
 sexta semana próximamente en un punto que será
 despues la placenta, formada por la mucosa tubaria
 modificada a ese nivel (placenta materna) y el con

junto de vellosidades coriales (placenta fetal). Como decimos estas modificaciones son mas exageradas al nivel de la inserción ovular, de tal modo, que el corion de la mucosa en ese punto presenta una considerable infiltración de células embrionarias y grandes lagos sanguíneos en comunicación con el sistema vascular de la trompa notablemente desarrollado también. Las vellosidades del corion multiplicándose y ramificándose perforan la mucosa de la trompa y se ponen en comunicación con los lagos sanguíneos, pero mas tarde por consecuencia de la

insuficiencia vascular de la mucosa tubaria, la vello-
sidades se atrofian, sus yemas o brotes laterales desa-
parecen, y su estroma central se hace primero mixo-
matoso y despues fibroso.

Modificaciones por parte del utero.- Este se
hipertrofia durante los primeros meses del embarazo, y
despues conserva el volumen de un utero gravido de dos
o tres meses, el cuello se reblandece si bien no tanto co-
mo en el embarazo normal, aunque Pinard hace ob-
servar que puede ser muy exagerado si se aproxima
a la época de termino. La mucosa se transforma en ca-

duca tanto que el ostium uterino conserve o no su permeabilidad. Un tapón mucoso oblitera el cuello uterino. La mucosa uterina así modificada se cae al cabo de un cierto tiempo que oscila entre seis semanas y tres meses, ya en bloc simulando un aborto ya poco a poco, rehaciéndose después de su caída.

Estas modificaciones comunes a las demás variedades de embarazo ectópico, son tanto más marcadas cuanto más cerca del útero se verifica la inserción ovular.

Evolución anatómica. En el estudio de

esto comenzaremos por la formación del hemato-
salpinx y a continuación el aborto tubario y rotu-
ra de la trompa.

Hemato-salpinx - Habíamos dicho al estudiar
las modificaciones de que era asiento la trompa, que,
a consecuencia de su insuficiencia vascular, las vellosi-
dades coriales se atrofiaban, ahora bien, el resultado in-
mediato de esa atrofia es la abertura de los lagos san-
guíneos que antes obstaban y por consiguiente la pro-
ducción de hemorragias inter-tubo-fetales de mayor ó
menor importancia, que al rechazarse hacia el centro

del oviducto el coagulo constituye el llamado hema-
to-salpinox. El huevo está pues representado por un
coagulo cuyo estudio puede ponernos inmediatamente
sobre el diagnostico, porque si bien es cierto que unas
veces se ve muy pronto el embrión y no quedan
vestigios de él puesto que las mismas vellosidades co-
rales pueden faltar, no es menos cierto que la obser-
vacion atenta del referido coagulo nos permitira re-
conocer la cavidad amniótica, bajo la forma de una
hendidura de paredes lisas, llena o no de liquido, y
ocupando el centro de ese coagulo. Otras veces se reco-

notará el embarazo por la existencia de un pequeño coágulo adherente, no conteniendo vellosidades, pero del que podría sospecharse su origen por la denudación de la mucosa al nivel de su inserción, y la presencia de células migratorias pigmentadas.

Aborto tubario.- Una vez el huevo en el interior de la trompa, puede tener lugar su expulsión ya hacia la cavidad abdominal, ya hacia la uterina, produciéndose una hemorragia de intensidad muy variable. El primero se llama tubo abdominal y se produce ordinariamente cuando concurren estas

circunstancias: inserción anfiblaca del huevo, integridad de la trompa e hipertrofia de su túnica muscular, adherencia mediana de las vellosidades y permeabilidad del fravellon. Por regla general esta expulsión no es completa y solamente cae el embrión en la cavidad del abdomen, quedando la filacenta adherida a la trompa (embarazo abdominal secundario).

El segundo se llama tubo uterino, el que tiene lugar generalmente, cuando la inserción del huevo se hace en la vecindad del útero, y se comprende

facilmente que los signos a que de lugar sean semejantes a los de un aborto uterino; de ahí el que pueda pasar desapercibido como tal aborto.

A veces al caer el huevo en la cavidad uterina, puede continuar allí su evolución dando lugar en ese caso, a un embarazo que debemos llamar con mas propiedad uterino secundario y no uterino verdadero como dicen los autores.

Rotura de la trompa = Es uno de los accidentes mas graves que amenazan a la mujer que lleva un embarazo ectópico. De relativa frecuencia

tiene lugar por regla general entre la octava y duodécima semana. La manera de producirse se explica hoy de un modo distinto a lo que se decía no hace mucho tiempo. Se creía que la distensión de la trompa era por sí sola la causa de la rotura, pero los estudios de Kaltenbach, Turie, Delbet y Pilliet la atribuyen a las lesiones que existen al nivel de la placenta, y una prueba de que esto es así la tenemos en que la rotura se verifica por regla general al nivel de la porción superior de la trompa, asiento habitual de la inserción placentaria; allí

en efecto tiene lugar la atrofia de las vellosidades coriales, que trae como consecuencia la hemorragia. En el punto que se hace la inserción ovular las vellosidades de la ecto-placenta destruyen las franjas de la trompa y penetran en el corion en busca de vasos maternos. Una vez destruidas las franjas y el corion remplazado por las vellosidades de la ecto-placenta, la trompa se encuentra fatalmente adelgazada en el punto de inserción del huevo, y su túnica muscular se hipertrofia en los demás puntos para compensar ese ingerto que obra como cuerpo extraño

(Pilliet. Progrès med oct 1893).

La rotura de la trompa es pequeña y fija raras generalmente al principio, no alcanzando mas que una extensión de uno a dos centímetros, en cuyo caso la hemorragia a que puede dar lugar se detiene pronto, pero mas tarde, sobreviene la rotura completa y la hemorragia en ese caso se verifica entre las hojas del ligamento ancho dando origen al hematocèle extra-peritoneal ó en la cavidad peritoneal, y en este ultimo caso dos eventualidades pueden tener lugar: O bien brotes de peritonitis anterior, han provocado la

formación de falsas membranas que reuniendo los órganos vecinos forman por decirlo así una especie de cavidad por encima de la pelvica, deteniéndose la hemorragia y formándose el hematocele verdadero, o bien no existen las falsas membranas, el peritoneo está completamente sano y la sangre derramándose en la cavidad abdominal da origen a la llamada inundación peritoneal.

Vemos pues que es una rareza que el feto llegue a término y por regla general, sucumbe durante los primeros meses pudiendo reabsorberse completamente.

Ahora bien, si a pesar de todos los accidentes que llevamos enumerados continúa viviendo, el embarazo va a término y en ese momento se producen los fenómenos de falso trabajo. Varias eventualidades son entonces posibles que no hacemos más que citar: Una de ellas si bien muy excepcionalmente tiene lugar es la transformación del feto en litopedion, sus partes blandas sufren la degeneración grasosa y se reabsorben en unión del líquido amniótico, quedando solamente las sales de cal que sufren la degeneración calcárea. Otra es la manificación, es decir que el feto

conserva su aspecto exterior envuelto en la misma pared calcarea. Ademas hay la putrefaccion del quiste fetal con todos sus accidentes a causa de la naturaleza y delgadez de la pared quistica, la rotura con peritonitis generalizada o sub-aguda determinando adherencias en los organos vecinos y por fin su abertura en los organos proximos o al exterior a traves de la pared abdominal.

Embarazo abdominal. Ya hemos dicho en que razones nos fundamos para admitir esta variedad como primitiva. Emigrodsky por su parte tam

bien la admite y se funda para ello en que ha visto casos de embarazo abdominal con integridad de la trompa y ausencia de conexiones de este órgano con la placenta, signos que no tienen valor porque ya hemos visto que puede tener lugar el aborto abdominal y si es expulsado el feto en totalidad en contraccemos también la placenta en la cavidad abdominal. Por consiguiente solamente el examen histológico nos servirá de criterio. Esto establecido sin embargo decimos que la mayor parte de las veces sucede a un embarazo tubario u ovarico y en ese caso

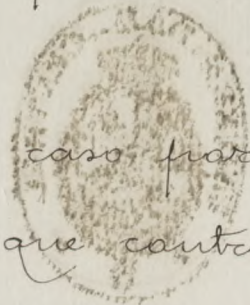
recibe la denominación de secundario

Sea primario o secundario, al caer el huevo en la cavidad abdominal, a consecuencia de la reacción peritoneal que despierta, se rodea de falsas membranas que le forman una cubierta de espesor muy variable, preservándole hasta cierto punto de la rotura. La caduca no existe, los tejidos que están en contacto con el huevo se hipertrofian y las vellosidades coriales comunican con los vasos de origen materno.

Embarazo ovárico. Cuando después de la ro-

lúca de la vesícula de Graaf, el ovulo es fecundado en su interior, tiene lugar el embarazo ovárico. Ahora bien, esta vesícula puede permanecer abierta en cuyo caso el huevo hace relieve en la cavidad abdominal y el embarazo se llama ovárico abdominal u ovárico externo, o bien puede cerrarse aprisionando en su interior el ovulo fecundado que evoluciona a la manera de un quiste (embarazo ovárico propiamente dicho u ovárico interno).

El ovario se encuentra en ese caso por de-
cuido así englobado por el quiste fetal que contrae



adherencias con los organos vecinos y sufre las mismas transformaciones que la variedad tubaria, pero la rotiva es menos frecuente que en esta ultima por encontrar tambien menos obstaculo a su desarrollo. Como hemos dicho para la variedad abdominal, en esta sucede lo mismo que en casos de duda solo el examen histologico puede evidenciarlo.

Embarazo en un cuerno uterino rudimentario: Hasta el año 1842 los tratados de obstetricia no se habrian ocupado de esta variedad de embarazo, pasando sin duda confundida entre las descripciones

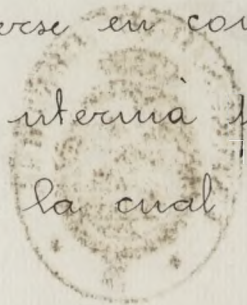
que hacian los autores de las demas variedades.
Es en esa fecha que aparece la primera observación
de ^RRokitansky a consecuencia de una rotura uterina
en una mujer, en la cual se habia diagnosticado em-
barazo extra-uterino, y que la autopsia demostro tra-
tarse de la presente variedad.

Transcurren asi una docena de años sin que
nuevas observaciones vengan a esclarecer la cuestion,
hasta que en 1854 publica una Scauzoni y por fin
en 1859 aparece el tratado de Kussmann sobre las con-
formaciones viciosas del utero, con una serie de obser-

vaciones, haciendo remontar la primera publicada el año 1861 y que la atribuye a L. Disini. Desde la publicación de Kussmanl las observaciones se multiplican y el estudio se hace detalladamente.

Antes de comenzar su estudio, digamos que debemos entender por embarazo en un cuerno uterino rudimentario.

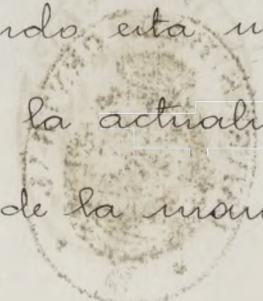
El útero resulta como sabemos de la reunión de los canales de Müller, estos al ponerse en contacto dan origen mas tarde a la cavidad uterina por la desaparición del tabique que las divide, la cual desapa-



rición comienza por su parte inferior. Ahora bien,
 uno de estos canales puede sufrir una atrofia com-
 pleta y el utero quedar reducido a una de sus uni-
 tades (utero uni-corneo) o bien nada de atrofia comple-
 ta fuere si una detencion de su desarrollo, y en este ca-
 so resultara del correspondiente lado un cuerno uteri-
no rudimentario que puede o no comunicar con el
 del lado opuesto. Cuando el nuevo se inserta en ese
 punto se dice que hay embarazo de un cuerno ute-
rio rudimentario y en esas circunstancias dos casos
 muy diferentes pueden observarse, segun haya o no co-

comunicación con el otro cuerno: En el primero el embarazo puede evaluarse normalmente trayendo solamente como consecuencia una presentación más o menos viciosa; en el segundo por el contrario no sucede lo mismo, pues la mujer está expuesta a los accidentes que ya nos son conocidos.

La manera de tener lugar la fecundación es fácil de explicar en el caso de que haya comunicación entre los dos cuernos, pero cuando esta no existe varían las circunstancias si bien en la actualidad la mayoría de los autores interpretan de la manera



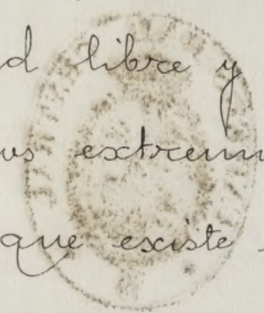
siguiente: El espermatozoide penetra en el cuerno uterino normal atravesando la trompa respectiva y llega a la cavidad abdominal; continúa su migración y accidentalmente penetra en la trompa del lado opuesto en donde puede encontrar un óvulo y fecundarlo. Este óvulo una vez fecundado cae en el cuerno uterino rudimentario y comienza la evolución del embarazo.

Al implantarse así el óvulo en un punto de la mucosa, esta se hipertrofia y desarrolla como lo hace la uterina en un embarazo normal. Las fracs

des del cuerno uterino se hacen mas espesas, y el organo aumenta de volumen hasta que tiene lugar la rotura, proximiamente entre los tres y cinco meses generalmente.

Los caracteres anatomicos que nos permiten reconocer esta variedad de embarazo ectopico, y sobre todo distinguida de la tubaria se fundan en las relaciones existentes entre la trompa el ligamento redondo y el saco fetal. En efecto en la variedad tubaria el ligamento redondo está en relacion con la pared interna del saco fetal, en la que tiene lugar en

un cuerno uterino rudimentario, por el contrario la inserción de la trompa y el ligamento redondo se encuentran en la parte externa. Además en la variedad tubaria la trompa gravida en su porción libre es menor que la trompa normal cuya diferencia es equivalente a la porción de la trompa en la que se desarrolla el embarazo, es decir que si medimos la distancia que separa el punto en que la trompa está en relación con el saco fetal y la extremidad libre y la comparamos con la que separa las dos extremidades de la trompa no gravida vemos que existe una



diferencia notable, mientras que en la variedad que se desarrolla en un cuerno uterino rudimentario, estos órganos conservan sus dimensiones normales.

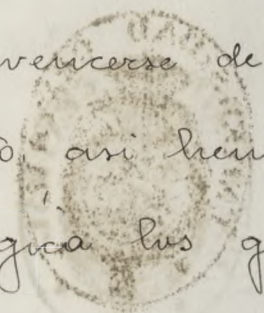
Lo ya expuesto al tratar de la variedad tubaria respecto a las modificaciones que se producen por parte del útero, nos evitara repeticiones inútiles pues ya hemos dicho que mas o menos exageradas eran las mismas para todas las variedades de embarazo ectópico.



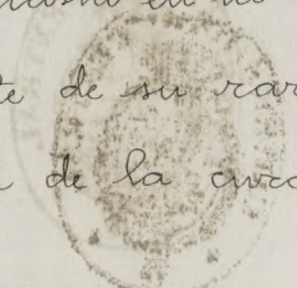
Capítulo III

Tratamiento del embarazo ectópico.

Quenta recorrer a la ligera la evolución anatómica del embarazo ectópico, para convencerse de la capital importancia de su tratamiento, así heemos visto al estudiar la anatomía patológica los gran



visivos peligros a que está expuesta la mujer en todos sus periodos, pues durante los primeros tiempos es la hemorragia y la rotura de la trompa lo que le amenaza especialmente, y como decíamos al estudiar esta última es de relativa frecuencia y sobre cuya gravedad no necesitamos insistir. Si la mujer escapa por decirlo así a estos accidentes, o si teniendo lugar les sobrevive, está todavía expuesta a los que resultan de la retención del feto muerto, pues hasta en la misma terminación por lipedisiu a parte de su rareza no es posible contar con la seguridad de la cura a



pesar de trascorrer varios años sin accidentes.

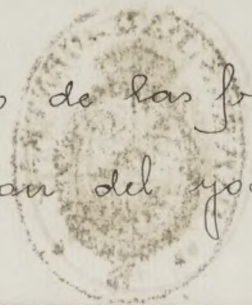
Esto dicho, procedamos al estudio del tratamiento comenzando por citar como recuerdo histórico los medios empleados no hace muchos años todavía, pero desechados completamente de la práctica en la actualidad. Estos se dividen en dos categorías, según que obran de un modo indirecto por intermedio de la madre o directamente sobre el embrión. Entre los primeros citaremos la curea proe el hambre (Ritgen) que consistía en la abstención de alimentos y administración repetida de pinguantes y cornesuelos

de centeno.

Y Barnes propuso el empleo de la estricnina a dosis ligeramente tóxica para la madre y llegó a preguntarse si no sería justificable la sibilización preventiva de la misma.

Sawrin en un caso tratado por él en el cual ha tenido lugar la expulsión del feto por el intestino lo atribuyó a la ergotina que había empleado en inyecciones hipodérmicas.

Schise ha recurrido al empleo de las fricciones mercuriales y a la administración del yodo



de prostaris. Careaux apelo' a las sanguias copiosas y repetidas. Todos estos medios se proponian obrar de un modo perjudicial para la vida del producto de la concepcion, produciendo el agotamiento de la madre, pero hoy dia esta demostrado que ese agotamiento no obra como causa de muerte para el feto, y no hace mas que alterar la salud de la madre.

Como medios llamados directos uno de los mas ineficaces y a la vez muy peligroso era el procedimiento por Mahin, o sea la compresion del tumor con pequenos sacos de arena, a los que se aumentaba gra-

dualmente su peso.

Punción - El primero que ha tenido la idea de practicar la punción del saco ha sido *Bar-sedow* en el año 1836, pero como dice muy bien *Yber-man* debía ser muy difícil hacer penetrar la aguja en un tumor pequeño y móvil, y sobre todo hacerla llegar al punto necesario para vaciar el líquido amniótico, lo cual por otra parte no trae siempre consigo la muerte del feto, y como ejemplo de ello el caso de *Fraenkel* que cita *Ribemant* en el cual aquel ha visto seguir evolucionando el embarazo, después de ha-

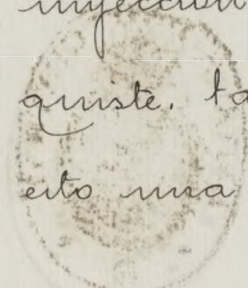
ber hecho una puncion que habia dado salida a 20 gramos de liquido.

Simpson. hizo la puncion en una mujer al sexto mes de su embarazo, y perdió la enferma a consecuencia de una peritonitis que sobrevino (Edinb med news 1864).

Y Braxton Hicks la puso en practica tambien y al quinto dia perdió su enferma por hemorragia interna. A pesar de estas funestas consecuencias algunos autores continúan empleando la puncion indistintamente por diferentes vias; fraced abdominal, vagina o

recto pero siempre con parecido resultado como no podría menos de suceder, pues la consecuencia inmediata temía que sea la peritonitis si antes no era abatida la enferma a una hemorragia aun empleando trocacos bien finos.

Inyección de sustancias narcóticas en el quiste. Fue Poulin en el año 1863 (Thèse d'agregation) el primero que ha propuesto matar el embrión por medio de una punción capilar seguida de la inyección de sustancias narcóticas en el interior del quiste, tales como la atropina o la estruicina. Para esto una vez

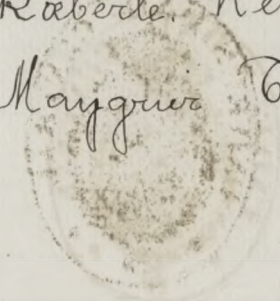


diagnosticado el embarazo se circunscribe el tumor
aproximandole lo mas que sea posible a la pared
abdominal con objeto de hacerlo bien accesible y luego
por medio de un trocar capilar se penetra en su in-
terior haciendo con la jeringa de Travas una inyec-
cion de atropina diluida en algunas gotas de agua.
Ahora bien, dos eventualidades pueden ocurrir segun
Paulin, o el alcaloide penetra en el feto en cuyo caso
la muerte de este es casi instantanea, o penetra en los
liquidos del huevo, y aunque no exista el cambio
muy activo entre el liquido amniótico y el feto, una

debil absorción puede ser suficiente para determinar su muerte. En caso de que la operación fracasase se repite hasta que el trócar alcance el feto.

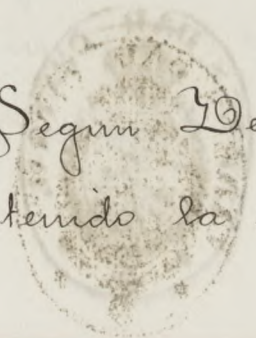
Al año siguiente de la publicación de la tesis de Pouchin, Friedreich hace en practica por vez primera este procedimiento que hasta entonces no habia sido mas que una concepción teorica. (Wichow & Archiv 1864).

Mas tarde es empleado por Koberde, Renuert, Barquier etc con mas o menos éxito (Mayerges, Thes d'agregat 1886).



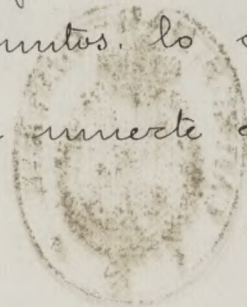
Lo que ya hemos dicho al hablar de la función es también aplicable a este caso. Además, las dificultades del diagnóstico del embarazo ectópico en sus primeros tiempos sobre todo en ciertos casos especiales son grandísimas y con mucho acertado dice Pinard «es preciso preguntarse si en los éxitos que dicen haber obtenido algunos cirujanos con el empleo de los alcaloides, no habrán hecho la inyección en tumores de otra naturaleza que un quiste fetal?»

Empleo de la electricidad - Según Depaul ha sido P Dubois el que primero ha tenido la idea



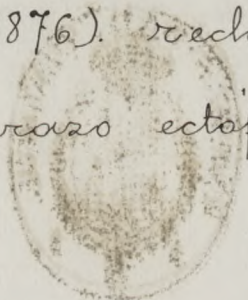
de servirse de la electricidad para matar el feto en aquellos casos de embarazo normal en los cuales accidentes graves amenazaban la vida de la madre y Bachetti la aplicó por primera vez al embarazo ectópico en el año 1857, sirviéndose para ello de la electro-puntura.

Dos largas agujas que estaban en comunicación con una máquina electro-magnética eran introducidas en el saco durante cinco minutos, lo cual bastaba a este autor para producir la muerte del feto.



Dr. Braxton Hicks también empleó por algún tiempo la electricidad pero aplicada al exterior, colocando un resfuerzo en la vagina y otro sobre la pared abdominal.

Dr. Duchenne de Boulogne propuso como el mejor medio para determinar la muerte del feto la descarga de una ~~bata~~ ^{de} Leyde o la de una batería eléctrica pero más tarde este mismo autor según afirma Bernutz (Gaz obst 3 Feb 1876), rechaza todo empleo de electricidad en el embarazo ectópico por considerarle inútil y peligroso.



Así transcurren algunos años sin observaciones relativas a su empleo en Europa, mientras que por el contrario en América es objeto de importantes estudios, hasta que en el año 1883 Parviques publica un total de ocho observaciones una de ellas que le es personal y todas terminadas por la cura (Transact of the Amer Gyn Soc Phil 1883).

En vista de los resultados tan brillantes citados por Parviques el procedimiento se vulgariza y pronto aparecen las observaciones de Sibbald, Boreman, Sandis, Rockwell, Cooks etc. Pero de todos estos autores que emplean

la electricidad ninguno se sirve de la electro-fun-
ta y así mientras que unos como Garrigues mismo
y Sandis prefieren la paralización, otros como Rock-
well dan su preferencia a las corrientes galvánicas.

El modo de aplicación es el siguiente. se cir-
cunscribe el tumor entre los dos polos, colocando el
positivo sobre la pared abdominal a algunos centi-
metros del arco cervical y el negativo en la vagina
o en el recto, y luego se hace pasar una corriente
cuya intensidad se aumenta progresivamente, guian-
dose para ello por la sensibilidad de la enferma. Esta

corriente se hace actuar durante un espacio de tiempo variable segun los diferentes autores, pues Garrigues por ejemplo considera como suficiente diez minutos próximamente, si la corriente es de una intensidad mediana y Sandis por el contrario empleando corrientes de gran intensidad las hace obrar por espacio de una hora. Se deben repetir las sesiones cada día hasta que el tratamiento haya producido el efecto deseado lo cual se reconoce por la disminución progresiva del volumen del quiste.

Mayquet dice que una vez que este tratamiento

no produce los accidentes que teóricamente se habían
sufuesto, puede ensayarse al principio del embarazo
ectópico, pero admitidos como hacer Maygrier que no
produce accidentes de la electro-fractura y veamos si
es posible aplicarle con éxito; en primer lugar, creemos
que se necesita el empleo de corrientes de gran intensi-
dad que frangan en peligro la vida de la madre co-
mo en el caso ya clásico publicado por Matthews. Dum-
can, y en segundo lugar aun siendo de gran inten-
sidad no podemos estar seguros de obtener la muerte
del feto con esa facilidad que dicen algunos autores, á

causa de lo unidiviso que resiste en sus primeros
tiempos como lo prueba un caso referido por nuestro
querido maestro el Dr Budin durante nuestra estau
cia en la Clinica Carnier, en el cual dijo haber oido
los latidos fetales despues de la destruccion del bulbo
y otro no menos notable del Dr Wallich en el cual
habiendo sido llamado a la Clinica de Sarboisieré
para practicar la embriotomia en el vivo; antes de la
ida de Sprinelli a Paris, y de las experiencias de
Pinaud, Tarabaul y Varnier sobre la sinfisiotomia, y
en el cual despues de haber retirado parte de la ma

sa cerebral, extrajo todavía el feto con vida (Wallich
Sesion 3 Mayo 1902).

Estos casos nos demuestran pues que corrien-
tes rezan precisas para obtener la muerte del feto y con-
firman la frase de Budin "Que la vida del producto
de la concepcion en sus primeros tiempos es muy tor-
naz." ^{??}

Deciamos mas arriba que Maygrier admi-
tia que podia ensayarse este tratamiento al principio
del embarazo ectópico. Pero veamos lo que sucede en
la practica, y si es posible hacer siempre un buen

diagnóstico. No ignoramos que así lo afirma Garrigues, y por nuestra parte también recordamos una observación recogida en la Clínica Bancicant en una enferma que se ha dignado presentarnos el D^r Do. Léris, en la cual nos ha sido muy fácil sentar el diagnóstico de embarazo ectópico de tres meses, pero apreciando con toda claridad además de los signos probables del embarazo, la presencia de un tumor tubario derecho como del tamaño de un puño, perfectamente circunscrito, elástico y doloroso al tacto. En efecto, la intervención quirúrgica llevada a cabo al día siguiente

de nuestro reconocimiento, permitió la extracción de un quiste fetal de la trompa derecha.

Ahora bien ¿quiere decir esto que pueda hacerse siempre con esa facilidad el diagnóstico? Por nuestra parte no lo creemos, y en apoyo de ello podría mos citar algunos casos observados en la Salpêtrière en la Clínica del Dr Segond, en los cuales no hemos podido hacer el diagnóstico hasta después de la intervención quirúrgica.

Estas dificultades de diagnóstico en los primeros meses no tienen importancia desde el punto de

vista de la intervención quirúrgica que empleamos en la actualidad, pero hemos insistido sobre este punto, para rechazar los procedimientos puestos en práctica hasta hace poco tiempo, porque los errores de diagnóstico cometidos han costado la vida a muchas enfermas, en las cuales se han funcionado salpingi- tis supuradas, úteros en retro-flexión etc.

Prescindimos pues del valor ilusorio de estos medios de tratamiento, como la función, la inyec- ción de sustancias tóxicas, la electricidad, colocan- dolos al lado de los procedimientos más antiguos ta

les como la circa pro el hambre, sanguías repetidas, etc que con justa razón llama Pozzi accidens fraca aceptar gustosos la fórmula de Tinard que dice: "Todo embarazo extra-uterino diagnosticado pide una intervención quirúrgica" sin indicar por esto ni el momento, ni la especie de intervención.

Bonilly quiere restringir un tanto la fórmula de Tinard cuando dicen que existen un cierto número de embarazos ectópicos que se detienen por sí mismos y sus accidentes se curan espontáneamente. Y

Indudablemente que a veces la naturaleza se encarga del tratamiento de ciertos casos, como sucede por ejemplo cuando tiene lugar una rotura con derrame sanguíneo poco abundante en la cavidad abdominal; sobreviene entonces una crisis que reproduce bajo una forma atenuada el ictus-pelitoneal y al cabo de unos días todo parece entrar en su orden normal. Otras veces sin haber rotura ni efusión sanguínea el producto de la concepción muere y se destruye naturalmente en su desenvolvimiento en el interior mismo de la trompa por ejemplo. Pero estos casos no son

mas que rarísimas excepciones y como dice muy bien nuestro querido maestro el Dr. Segond, suponiendo que en esos casos se hiciese el diagnóstico exacto y que en razon de la poca intensidad de la irritación operatoria, se reconociese el derecho de abstenerse, no sería esto mas que obra de clinico experimentado oportunista, y por consiguiente no entregarse ciegamente a los preceptos absolutos.

Fundados pues en la gravedad pronóstica de todo embarazo ectópico abandonado a si mismo y hasta fuera de toda complicación, por la sola pre-

sencia del quisté fetal. vemos que debe subsistir íntegra la fórmula de Piniard. Ahora bien al admitir esta fórmula parece que estamos en contradicción con lo que hemos dicho respecto a la importancia de las dificultades de establecer un diagnóstico exacto en los primeros meses, pero por poco que se fije la atención se vea que era contradicción no es más que aparente, porque aunque Piniard para intervenir, exige que el embarazo haya sido diagnosticado, las consecuencias de un error de diagnóstico nunca se van a sentir, y he aquí porque. La transacción a-

rexial que puede imponerse por un embarazo ectópico sería una anexitis inflamatoria, quística el justificable siempre de una intervención quirúrgica, así es que aunque hayamos cometido el aludido error, nos encontraremos en presencia de un tumor que es preciso operar. Por eso más arriba hemos dicho que las dificultades de diagnóstico en los primeros meses no tenían importancia desde el punto de vista del tratamiento actual y el mismo Champagnere afirmó ser imposible basar el tratamiento del embarazo ectópico sobre un diagnóstico preciso (Bull et mens de la Soc


de Chivert Paris Tom. XXIII 1896).

Por consiguiente en presencia de un caso con síntomas de embarazo ectópico, la intervención quirúrgica mas o menos inmediata se impone y al cirujano no le queda mas problema, que la elección de su intervención cuyo estudio vamos a desarrollar.

En este estudio de las indicaciones operatorias hacemos un cuadro adaptando exactamente sus divisiones a las presentadas por el Dr Segond en el Congreso periódico de Ginecología Obstetricia y

Pediatria de Marsella en el año 1898.

Estudiaremos las indicaciones operatorias del embarazo ectópico de menos y de más de cinco meses llamadas primera y segunda mitad respectivamente, considerando en ambos grupos los casos en que la evolución es normal y complicada.



Embarazo ectópico.

Primera
mitad

Evolución normal

Hemato-salpinx.

Hematocele clásico.

Hemorrágicas

Hematocele a brotes he-
morragicos repetidos.

Inundación peritoneal.

Evolución con
complicaciones

Hematocele supurado.

Embarazo ectópico su-
purado sin lesión de los
anexos del lado opuesto.

Sépticas

Embarazo ectópico con
lesión anexial.

Segunda
mitad.

Sin accidentes

Complicaciones
propia-
mente
dichas.

Hemorragias

Inundación
peritoneal.
Hemorragias
lentas o suce-
sivas.

Lesiones peritoneales in-
flamatorias y supurativas.

Con accidentes

Muerto recientemente.

Muerto desde hace al-

Muerte del feto

gun tiempo.

Quiste fetal tolerado sin
accidentes o supurado.

Capítulo IV

Indicaciones operatorias del embarazo ectópico.

Tratamiento del embarazo ectópico de menos de cinco meses evolucionando normalmente. - Una vez diagnosticado el embarazo ectópico en estas circunstancias de una manera mas o menos cierta y decidida la intervención quirúrgica resta por tan solo saber que va a de-

bemos preferir en este caso particular. Unos autores
 son partidarios decididos de la vía abdominal, y o-
 tros por el contrario operan por esta ó por la va-
 ginal según las circunstancias. Veamos cual conducta
 es preferible poniendo mas de relieve la cuestión por
 medio de un ejemplo. Supongamos que se trata de un
 embarazo tubario derecho de dos ó tres meses, y que el
 útero aparte de las modificaciones que le son inhe-
 rentes, no presenta lesión alguna, así como tampoco
 los anexos del lado izquierdo, pues bien, en ese caso
 aunque haya autores que aconsejen la colpotoramía por

terior ó anterior, no dejamos de comprender las inmensas dificultades que que tendra que lucharse, para extraer un quiste por un orificio tan pequeño, las cuales se haran inaccesibles, si este quiste tiene un desarrollo mediano. La histerectomía vaginal con ablación de los anexos del lado opuesto ya se comprenderá que sería una operación detestable en estas circunstancias, porque no tenemos derecho para privar a la mujer de un útero y anexos del otro lado en condiciones perfectamente normales, ni podemos concederle la razón a cirujanos que como Beck y Mackelway

extirpan los anexos del lado opuesto a una trompa
gravida, con el pretexto de evitar una racidiva.

Nos queda pues como operacion de eleccion en
las circunstancias que venimos de señalar, la laparotomía:
mia: Ahora bien estas circunstancias se refieren a los
casos en que no existen lesiones anexiales bilaterales, ni
del utero, pero supongamos en el mismo caso que nos
ha servido de ejemplo hace un momento, que, coinci-
diendo con el embarazo tubario del lado derecho existe
a la vez una salfingitis quística izquierda sin can-
cer del cuello uterino por ejemplo; Por qué nos hemos de

practicar la histerectomía vaginal particularmente cuando el embarazo no tiene mas de dos ó tres meses, época en que el quiste ofrece por regla general dimensiones muy reducidas. ?

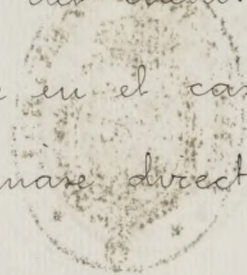
Picqué en la discusión de tres casos de embarazo ectópico comunicados por Potherat a la Sociedad de Cirugía de Paris (Sesión del 15 de Enero de 1896) se expresó diciendo que no sabría admitir la histerectomía vaginal mas que en los casos de embarazo intersticial como la primera observación que habia comunicado el Dr Potherat, lo cual equivale a decir que no la acepta

puesto que para hacer ese diagnóstico como dice muy
brevi Segund solo hay un medio que es "el ver de uno
con sus propios ojos."

Creemos pues que no puede uno proponerse
practicar la histerectomía vaginal en el caso exclusivo de
embarazo intersticial, por no ser diagnosticable la ma-
yor parte de las veces como lo prueba ese mismo caso
de Potherat que al principio había sido diagnosticado
de fibroma.

Por lo que llevamos dicho se deduce que a ex-
cepción de ciertos casos en que existen lesiones bilaterales

o uterinas. La operacion de eleccion es la Laparostomia y si despues de la abertura de la cavidad abdominal, nos encontramos en presencia de un embarazo intersticial, debemos continuar por la misma via terminando por una histerectomia parcial o total, o si se cree mas conveniente practicando la operacion recomendada por Kelly que consiste en la simple abertura intra-uterina del saco, por medio de una sonda rigida introducida en el utero despues de la dilatacion del cuello. Decidimos si se cree mas conveniente porque en el caso de que el eje del saco intersticial se continuase directamente

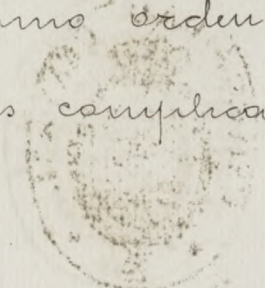


con el de la cavidad uterina, su evacuación por esta vía se hacía en muy buenas circunstancias.

Tratamiento del embarazo ectópico de menos de cinco meses evolucionando con complicaciones - Las complicaciones del embarazo ectópico durante la primera mitad de su evolución son como ya hemos dicho de dos ordenes hemorrágicas y septicas y entre las primeras podemos formar una serie, de la que, los terminos varían según la intensidad de esta misma hemorragia, la cual a su vez depende de varios factores. Sea ya debida al aborto o a la rotura, desde la forma

ción de un hemato-salpinx, grado mínimo. Hasta la inundación peritoneal que representa su grado máximo, hay varios intermedios a cuyo estudio podremos dar cierta precisión relativa, estableciendo reglas generales que sirvan de guía a nuestra terapéutica en las complicaciones hemorrágicas que estudiaremos a continuación, siguiendo para ello el orden establecido en el cuadro anterior.

Después y siguiendo este mismo orden haremos el estudio del tratamiento de las complicaciones répticas.



Tratamiento del hemato-salpinx complicado o
 no de derrame sanguineo intra-peritoneal pero consti-
 tuyendo un tumor enucleable en totalidad = Como en el
 caso anterior, es decir embarazo ectópico evolucionando
 normalmente, el tratamiento apenas si difiere en este
 y lo mismo que hemos dicho mas atras la operacion
 de eleccion la mayor parte de las veces debe ser la la-
parotomia. Esto no quiere decir que rechazemos la hys-
terectomia vaginal, pero la admitimos solamente en
 aquellos casos que existen lesiones bilaterales o uterinas
 como si se tratase de un embarazo ectópico en su frei-

mera mitad ~~evoluciona~~ normalmente, es decir en embarazos de tres o cuatro meses próximamente, teniendo la seguridad de no encontrar una placenta demasiado voluminosa que no pudiésemos extraer completamente, en cuyo caso quedando restos de ella en la cavidad pelvica, pudieran dar origen a una infección. Por consiguiente, siempre que el embarazo sea de una fecha relativamente antigua que pueda hacernos temer este accidente, o que la bilateralidad de las lesiones no esté bien clara, la laparotomía gana todos sus derechos. Según los casos se procederá entonces a la ablación

de los anexos o a la castración utero-anexial total.

En estas circunstancias operaciones de otra índole han sido practicadas especialmente por Martin como la evacuación y raspado de la trompa. Este tratamiento cuya posibilidad está fuera de duda por las observaciones publicadas por Martin interviniendo por la vagina (Monatsch für Geb und Gyn 1897) y las de Kelly por la vía abdominal en las cuales el coágulo se encontraba situado al nivel del orificio abdominal de la trompa, no pueden encontrar aplicaciones muy frecuentes en la práctica no solo a causa de la rareza de

casos como los citados, sino tambien a la presencia de adherencias y a las alteraciones de la misma trompa.

Martin en una interesantissima observacion citada por Muret (Revue de Chirurgie et Gynec 1898) se limitó a incindir la trompa gravida, extraer la mole y cortar otra vez el organo.

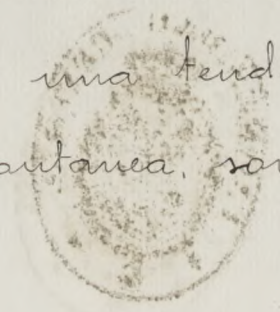
Es interesante el conocer estos hechos, pero el mismo Muret les concede poca importancia porque dice y con mucha razon que este procedimiento es justificable en casos como el presente pero que no dejará

de ser muy excepcional por el mismo hecho de que los casos con molas en estado de regresión son también muy raros y excepcionales.

Se trata pues de extirpar la trompa gravida con su contenido, evacuando a la vez el tumor sangüineo si no puede ser completamente empujado, y en ese caso, excepcion hecha de las circunstancias que ya hemos dicho, la operacion de nuestra preferencia es la Laparotomia.

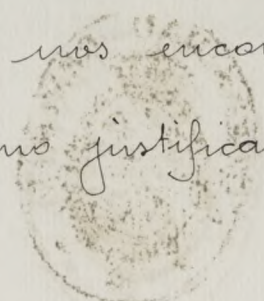
Tratamiento del hematocele clásico o enquistado. No hace mucho tiempo todavía que gran

número de hematoceles no se consideraban justificables de una intervención quirúrgica, reservando solamente ésta para aquellos casos cuya gravedad dependía ya de los fenómenos de compresión y brotes hemorrágicos nuevos, ya de las amenazas de peritonitis y supuración de la bolsa; hoy día gracias a la supresión de las complicaciones sépticas que retentaban a nuestros precedores y a la seguridad de las intervenciones actuales, los casos que respetamos por tener una tendencia muy marcada a la reabsorción espontánea, son en número muy reducido.



Sin especificar pues los fenómenos de compresión ni los signos mas o menos tardios de una supuración; y considerando a que está expuesta la mujer teniendo un hematocle en cualquier época de su evolución, intervenimos desde el primer momento cuando a juzgar por su volumen, vemos que sería incapaz de reabsorberse por si misma.

En caso de error de diagnóstico tampoco será de lamentar nuestra conducta porque nos encontraremos en presencia de un tumor pelviano justificable de nuestra intervención.



Ahora bien si el acuerdo es unánime respecto a que es preciso intervenir, no made ya lo mismo cuando se trata de saber cual debe ser la operación preferible, como lo demuestra la discusión que ha tenido lugar en la Sociedad de Cirujía de París el año 1896, en la que tomaron parte Cervier y Chaput defendiendo la laparotomía y Segond, Bonilly Picqué etc partidarios de la colpotomía.

Verdaderamente llama la atención que después de tanta discusión no se haya llegado a un acuerdo definitivo que sirviese de línea de conducta pa-

ra el práctico.

Por nuestra parte despues de conocer los argumentos de unos y otros y haber visto operar a los partidarios de ambas escuelas, expondreemos nuestro criterio, y aunque sea adelantando conceptos, sin hacer alarde de intencionalidad interviniendo siempre y de un modo sistemático por la misma via, creemos que la incisión vaginal es la operacion de eleccion

Y dicho esto veamos lo que imparcialmente puede deducirse de la discusion.

Sus partidarios de la laparotomia rechazarán

La incisión vaginal fundándose en varios argum^{en}
tos que vamos a exponer, dejando a un lado la
primera parte de la argumentación en que se in-
spiro el Dr. Ferri en la Academia de Cirugía, el
deve que existirían siempre cirujanos a los que no
les gustará abrir el peritoneo por la vía suprogastri-
ca pro causa...

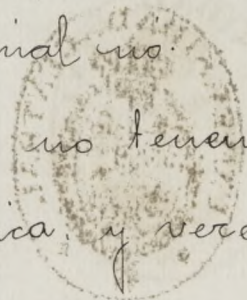
No dudamos de la gran autoridad del sa-
bio maestro de la Facultad de Medicina de París
y por nuestra parte le hemos visto operar de un
modo admirable dos hematoceles enquistados por la

vía abdominal, pero de esto a dudar de la auto-
 ridad de los demás cirujanos hay mucha diferen-
 cia, y como le respondió con notable elocuencia el
 Dr Segond «Ese pro causa...» es lo que hay de su-
 gentivo en el Dr Terrier, así es que puede reservar to-
 dos los derechos de su confianza quirúrgica a sus
 muy raras elecciones pero no dejara de reconocer que
 entre los defensores de la incisión vaginal hay algu-
 nos que no laparotomizan mal de todo. Permi-
 tásenos recordar los principales defensores de la col-
 potomia después de los que ya hemos dicho y vece-

mos que entre otros está la escuela de Lyon con Sarcosyme, Ponce, Gonilland y Condamin a los cuales podíamos añadir una lista innumerable como Tuffier Ricard, Rouvier, Schwartz, Fritsch, Kelly, Haggard, etc. etc.

Ahora veamos cuales son los verdaderos argumentos. Dicen los adversarios de la colpotomía, por medio de la Paprotomía se puede no solo vaciar la sangre sino tambien extirpar la bolsa que la contiene y por la incision vaginal no.

Para rebatir este argumento no tenemos mas que apelar a la anatomia patologica, y vemos que



propriadamente hablando no existe bolsa porque sus paredes estan formadas por el epiploon adherido a los organos de la pelvis o por asas intestinales reunidas por falsas membranas y en los casos excepcionales que existe una bolsa adventicia, esta fusionado a los organos vecinos.

No podemos pues comprender como se discuta una bolsa que no tiene real existencia y en los dos hematoceles que hemos visto operar al Dr. Geraciot no ha extraido mas que coagulos lo mismo que se hubiera podido hacer por la colpotomia o por lo menos

con el mismo éxito aunque no se vaciase completamente.

La incisión vaginal expone a la infección consecutiva de la bolsa además los laparotomías.

Este argumento hace años podría tener algún valor, pero en la actualidad ya sabemos que gracias a los perfeccionamientos de nuestra práctica, nos ofrece la misma garantía de éxito la incisión que hacemos por la vagina para vaciar una bolsa de es- ta naturaleza, que la que practicamos por la pared

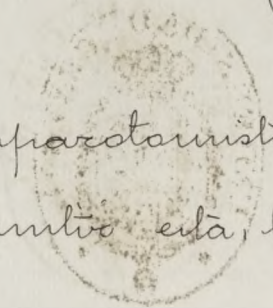
abdominal.

Otro argumento que aducen los laparotomistas es que con la colpotomía no se puede obrar directamente sobre el mismo origen de la hemorragia experimentando por consiguiente las operadas, a la eventualidad de una nueva hemorragia.

Indudablemente que tendrían razón los laparotomistas interpretando las cosas en ese sentido, pero debemos hacer observar que hemos dividido el hematocele en dos variedades que llamamos hematocele clásico y a brotos sucesivos, y el que estudiamos en el

presente caso, es el primero, el hematocele que ya no sangra, que no es por decirlo así mas que vestigio de una hemorragia anexial tardía cuyo origen no nos importa encontrar. Si a pesar de esto llega se a producirse una hemorragia, siempre estariamos a tiempo para terminar por una histerectomía vaginal o una laparotomía aunque existen autores que extirpan los anexos enfermos por la herida vaginal sin tocar el utero.

Otra objeción que hacen los laparotomistas a la incisión vaginal es la de no permitir esta, la eva-



cuación completa de los coágulos.

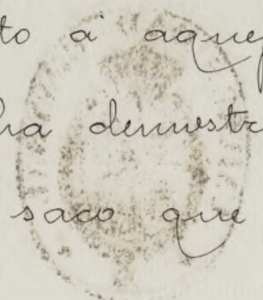
Este argumento si bien es cierto, no tiene el valor real que a primera vista parece, y así como en el caso anterior nada nos importaba encontrar el origen de la pérdida sanguínea porque obrábamos sobre hematoceles que no sangraban, en este caso también podemos decir que nos es completamente indiferente que la bolsa contenga solamente coágulos o feto y placenta a la vez, pues en la inmensa mayoría de los casos, la simple evacuación de lo que puede salir espontáneamente, con abandono voluntario de lo que

no sale con facilidad, es suficiente para obtener la cura.

Por último el argumento de mas valor relativamente, es el de que practicando la incisión vaginal, se pueden dejar en la cavidad pélvica lesiones anesidales que no es posible reconocer bien y que tarde o temprano pueden exigir otra intervención.

Nadie puede dudar en efecto que desde el punto de vista de la exploración, la laparotomía es mas completa que la colpotomía, pero sin que por eso esta última deje de proporcionar al practicante todos los de-

tales precisos, y si bien puede ocurrir que el abandono de los anexos nos haga intervenir mas tarde, no es menos cierto que la mayor parte de las veces, las lesiones anexiales son bastante ligeras para curar por si mismas, como lo prueban los casos publicados por los autores: asi Bonilly dice: « mis primeras operaciones han sido practicadas en mujeres de compañeros o fuera del Hospital y que he tenido ocasion de volver a ver varias veces. Ninguna ha vuelto a aquejar el menor accidente y el examen local ha demostrado una integridad tal de los fondos de saco que era



imposible darse cuenta de las lesiones de que habian sido asueto en otro tiempo.

Por otra parte, si despues de haber hecho la incision vaginal nos encontrasemos con una mera hemorragia o lesiones anexales que reclamasen la ablacion, el tacto practicado en esas circunstancias, seria suficiente para darse cuenta de su estado fundiendo por consiguiente en la misma sesion, cumplio la indicacion es decir la histerectomia vaginal aunque como ya hemos dicho existen autores como Rontier, Banilly, Segond etc que han extirpado los anexos en

Jermos sui tocar al utero si bien el ultimo recono-
ce que estas ablaciones anexiales por la via vaginal
sui histerectomia no son mas que operaciones excep-
cionales pero que no merece la colpotomia la doble
acusacion de los laparotomistas "imperfeccion de la
exploracion y abandono sistemático de los anexos.

Por consiguiente rara vez hemos de apelar
a la laparotomia en estas circunstancias y por el
contrario nuestra operacion de eleccion es la colpoto-
mia.

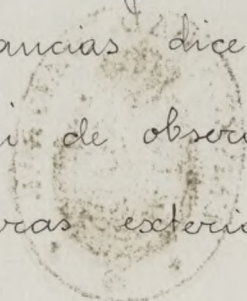
Tratamiento del hematocele en brotes hemo-

rragicos repetidos. - Hemos hecho la division del he
matocel. en enquistado y a brotos sucesivos. no porque
respondan a especies nosologicas distintas puesto que no
son mas que modalidades sintomaticas del hematocele
ordinario, pero colocandolos desde el punto de vista del
tratamiento es completamente diferente en uno y otro
caso.

La extension que hemos dado al capitulo
anterior nos evitara repeticiones inutilis pues ya hemos
dejado entrever cual sera nuestra linea de conducta en
caso de hematocele a brotes hemorragicos sucesivos. Por

consecuente en presencia de un hematocoe constituido, asierto a la vez de brates hemorrágicos nuevos, todo lo que hemos dicho anteriormente a proposito de las indicaciones comparadas de la colpocomia y de la laparotomia se encuentra aqui invertido. y la operacion de nuestra eleccion es la laparotomia.

No ignoramos que este derecho de propiedad no se lo conceden de un modo tan radical cuanyanos como P. Segond que todavia en estas circunstancias dice se puede intentar la colpocomia a condision de observar reglas de prudencia como son las maniobras exteriores de



expresión abdominal vaginal etc. En apoyo de esta manera de proceder presenté varios casos a la Sociedad de Cirugía y entre ellos el de una joven afectada de un hematocele reciente pero cuya evolución era agravada por la aparición de nuevos brotes hemorrágicos: De acuerdo con el Dr. Guard hizo la incisión del fondo de saco posterior en el cual abombaba el tumor y después de haber vaciado cuidadosamente los coágulos colocó una pinza en la trompa enferma resecaudola inmediatamente. La hemostasia fue asegurada con el taponamiento de la cavidad. Vista esta enferma al cabo de tres años no ha

presentado vertigios de ninguna lesión peri-uterina.

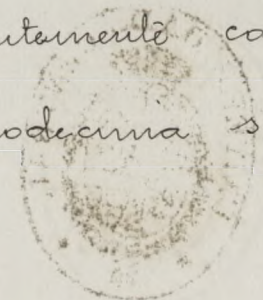
A pesar de estos por el estilo del presente, no dejamos de reconocer que estos casos son muy excepcionales y ese mismo citado por el Dr. Segaud se terminó tan felizmente porque la trampa que daba la hemorragia según el mismo manifiesto, quedaba libremente en medio de la bolsa, pero no siempre ocurre esto así y la escisión por el contrario se hace difícilísima. Otras veces sobreviene bruscamente una hemorragia cuyas consecuencias son siempre de temer, como le ocurrió en la Clinica de Baudelocque

al mismo tiempo en un caso en el cual apenas habia terminado la incision vaginal cuando sobrevinieron inmediatamente los sintomas de una hemorragia interna y a pesar de la rapidisima intervencion por la laparotomia, la desgaradura de la trompa habia dado origen a una hemorragia tan intensa, que la enferma sucumbio el mismo dia.

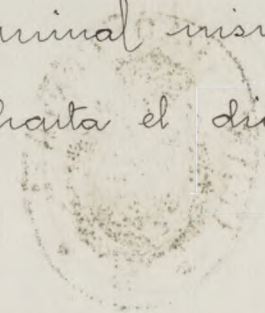
Esta observacion nos demuestra que muy raras veces debemos intervenir por la colpocistomia en circunstancias parecidas y sin rechazarla de una manera

absoluta creemos que sus indicaciones dependen de cada caso particular que el practico experimentado sabrá determinar, pero para las cuales no debemos establecer una línea general de conducta.

Tratamiento de las hemorragias propiamente dichas o inundación peritoneal. Uno de los accidentes mas de temer en el embarazo ectópico, es como ya sabemos la rotiva, que puede tener en cualquier época de su evolución, pero mas frecuentemente como ya hemos dicho entre la octava y duodécima semana.



5 La inundacion peritoneal que es a veces consecuencia del aborto tubo-abdominal, resulta con mayor frecuencia de la rotura, siendo mucho mas profusa la hemorragia en este ultimo caso, porque la sangre procede no solamente de los vasos placentarios sino de las ramas de seccion de la desgaradura tubaria. Sale pues un chorro arterial a oleadas y mientras que los coagulos se acumulan en el fondo, la parte liquida llena toda la cavidad abdominal infiltrandose por entre las visceras y llegando hasta el diafragma.



La gravedad como se ve es enorme y la enferma no muere de un modo súbito, lo hace al cabo de poco tiempo especialmente cuando se interviene.

¿ En presencia pues de un caso como el que venimos de referir, cual será la conducta que debemos observar?

A priori parece que este accidente no debería suscitar dudas, y el acuerdo sea unánime desde el punto de vista de la intervención, y sin embargo como vamos a ver mientras unos autores aconsejan la abs

tencisi, otros por el contrario quieren la intervención
de urgencia.

¿ Cuales son los argumentos de unos y otros?
Los partidarios de la espectación se fundan en la pro-
sibilidad del enquistamiento de las hemorragias más
abundantes, y defienden aquella en casos completamente
opuestos y con razones contrarias; así dicen: Cuando nos
encontramos en presencia de una hemorragia fulmi-
nante, si la mujer está profundamente anemiada, muy
pálida, extremidades frías y pulso incaltable, no debemos
operar porque añadiríamos al shock de la rotura, la

influencia depresiva de una operacion grave: es decir que la laparotomia practicada en estas circunstancias seria una operacion detestable, y por consiguiente segun los abstencionistas con Saroyenne en primera linea la intervencion esta contra-indicada durante el periodo llamado de cataclismo. De esta misma opinion participan tambien otros autores de una autoridad indiscutible como Cöe, Kennmann, Barnes y Canda-
min que dice "es preciso para intervenir, esperar a que el foco este bien enquistado y que el estado general de la enferma se haya refresco un poco."

« La intervención de elección continúa diciendo será entonces la función y el desbridamiento vaginal con o sin ablación de los anexos. »

Byford todavía avanza más, dice que no comprende como una mujer puede morir de hemorragia por rotura fuerte que para él la hemostasia se hace siempre y rápidamente (Ames Journ of obst 1892).

Por otra parte si la enferma se encuentra en un estado relativamente satisfactorio y la hemorragia no ha sido muy considerable, los abstencionistas es preferible siempre el enquistamiento evitando así la inter-

verción al menos momentáneamente. ¿Que sucede pues en realidad? Que si el caso es grave no operan, porque según ellos, su intervención no haría mas que agravar la situación y por consiguiente resultaría peligrosa, y si por el contrario es benigno, tampoco intervienen porque la enferma curará por si sola y la operación resultaría inútil. Es decir que hacen la terapia fatalista dejando las enfermas al azar.

Desde luego no podemos participar de estas ideas y exponeremos las razones aparte del principal y convincente argumento « la estadística. »

Los abstencionistas dicen no hacen la laparotomía en caso de hemorragia fulminante porque al shock ya existente, vendría a sumarse el que resultare de la operación. Ahora bien, el shock no es más que el resultado de la hemorragia como nos lo demuestra el tratamiento, pues para estimular el corazón en esas circunstancias nos valemos de un líquido que como el suero artificial aumentando la presión sanguínea y dilatando las cavidades le haga recobrar la energía perdida; luego si shock es sinónimo de hemorragia espere la desaparición de ese

estado para intervenir, como aconsejan los abstencionistas, es esperar la muerte de la enferma, y siendo esto así resulta tanto o más indicada la intervención que si se tratase de la torsión del pedículo en un quiste ovariico.

Veamos ahora lo que dicen las estadísticas de los partidarios de la intervención. Es desde luego Sawson Bait el que podemos llamar el campeón de los intervencionistas declarando que es preciso abrir el vientre inmediatamente, pues la hemorragia es fatal cuando no se interviene. Dice en (Zeitsch f Geb u Gyn) que ha visto

ochenta casos de embarazo ectópico seguidos de rotura, de los cuales exceptuando dos en que se ha abierto el vientre rápidamente, en todos los demás la muerte sobrevino a los pocos momentos.

No importa la vacilación en el diagnóstico según este autor, pues muchas veces resulta imposible y en ese caso se hace al mismo tiempo de la intervención.

Una de las estadísticas más importantes es la de (Strandb de Mosca) que de setenta y nueve operaciones practicadas en casos de rotura ha obtenido otros

tantos éxitos.

Gusserow intervinio 20 veces con 18 curas por resultado. Price ha obtenido 81 éxitos en 84 intervenciones. Varten el 88 por 100 de éxitos y Rochet ha curado todas sus operadas (Bull de la Soc. bel d'obst et gyn 1893).

Segund cita el caso de una enferma que fue presa subitamente por síntomas de hemorragia intra-uterina: llamado el 10^o Pinard reconoció en ella una rotura tubaria e inmediatamente practicaron la laparotomía. A pesar de la rápida intervención la mujer

contenia ya en su abdomen cinco litros de un liquido sanguinolento. Al ver casos como el presente dice Segond al asi los anexos culpables y al ver brotar todavia la sangre de la desgarradura tubaria, no podemos menos de confesar que acogerios con disden las doctrinas de que Saroyenne y Coudanin se hacen de pensares, pues nadie puede dudar que aquella enferma iba a morir y nosotros la hemos salvado.

Como observaciones todavia mas notables exis ten entre otras varias la de Tuffier, en la cual relata el escito obtenido con la laparotomia de irigencia frac-

licada en una mujer cuya temperatura era de $36^{\circ}4$
y el pulso inapreciable (Soc de Chirurgie 3 Dec. 1893)
y la de Sammiman en la cual dice haber salvado
la vida a una mujer que operó en estado de muerte
aparente (The Lancet 30 Dec. 1893).

Defendiendo la laparotomía de urgencia dice
Lawson Tait en (Sect ou ectopic). Si se hacen obje-
ciones a nuestra manera de proceder en estas circuns-
tancias, apelaremos a la regla quirúrgica que dice:
En presencia de una hemorragia, ligar inmediata-
mente el punto sangrante: Si una de las gomas raras

de la arteria femoral sangrarse. los abstencionistas la ligarian inmediatamente; ¿Por que pues el ligamento de Poupart va a ser una linea de demarcacion mas alla de la cual esta regla quirurgica no deba ya ser aplicada? ¿Porque Bryan tendria el derecho de hacer en la iliaca externa, continua diciendo Sawson Cait lo que a mi me estaria prohibido en una de las ramas de la interna?

Pozzi se expresa en terminos parecidos y dice en la (Semaine Medicale 16 Jul 1890). La cuestion del tratamiento en estas circunstancias no puede ser

discutida hoy día. « Cuando una hemorragia ame-
naza la vida de la enferma es preciso ir en busca
del vaso que la da origen y ligarle inmediatamente,
tanto que se trate de una herida exterior, como de
una interior. » « Contemporalizar en caso de inundación
peritoneal, contando con la hemostasia espontánea, es
en la mayoría de los casos dejar morir a la enfer-
ma para no asumir la responsabilidad de una ope-
ración, cui veces menos grave que la expectación; si la
mujer no sucumbe a la primera hemorragia, lo ha-
rá a una segunda o tercera o bien a las complicacio-

nes del enorme hematocrito constituido de esta manera? " Raras son las hechas en las cuales la curación espontánea haya venido a justificar el exceso de frecuencia del cirujano?"

En resumen vemos que 1º Si la mujer fue de muy buen no sucumbir a una primera crisis fue. de en cambio no resultó a las siguientes que una intervención hubiera evitado.

2º Que la presencia del voluminoso deccame enquistado puede ser peligroso por la compresión que determine sobre la vejiga, ureteres etc aparte de la

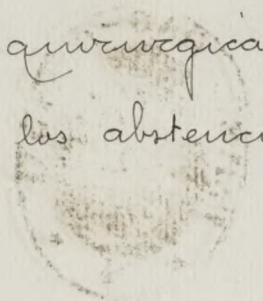
gravedad inherente a toda hemorragia.

3^o Que la laparotomía, tal como se practica en la actualidad es completamente inofensiva hasta en circunstancias como las referidas en las observaciones de Segond, Triard, Tuffier y Samminan como así lo demuestran las estadísticas, pues proporciona el 85 por 100 de curas, mientras que la abstención da por resultado el 86 por 100 de mortalidad.

Fundándonos pues en todo lo que llevamos dicho, concluimos diciendo que "en presencia de signos que nos revelen la existencia de una hemorragia de esta na-

través, debemos intervenir inmediatamente y nuestra operación de elección es la laparotomía, porque solamente con ella en estas circunstancias podemos contar con condiciones de rapidez y seguridad desde el punto de vista hemostático.

Ahora bien, al lado de estas inundaciones mortales hay otras menores que a pesar de su abundancia son susceptibles de enquistarse, y en las cuales el período inicial parece no exigir intervención quirúrgica, por eso algunos autores ceden en este punto a los abstencionistas.



Creemos que ni esta concesión puede existir más que en el dominio de la teoría porque vemos lo que en realidad sucede en la práctica.

Entre los casos en los cuales por su menor gravedad nos fuere permitido esperar, y los de verdadera inundación que exigen la laparotomía de urgencia existen una serie de casos intermedios, de los que no podemos determinar las probabilidades de enquistamiento, por carecer de medios para ello y por consiguiente nuestra conducta debe ser el intervenir.

Tratamiento de las complicaciones sép-

licas o supurativas del embarazo ectópico: Hemos dicho ya que estas complicaciones son el hematocele y embarazo ectópico supurados con o sin lesión de los anexos del lado opuesto. El estudio de su tratamiento en estas circunstancias se confunde por decirlo así con el de las supuraciones pélvicas, por ser lo mismo que en aquellas según la extensión, la uni o bilateralidad de las lesiones, y el volumen de la masa que debemos extirpar, nuestra conducta variará. Diciendo sin embargo dos palabras después de lo ya expuesto al tratar del embarazo ectópico de evolución normal.

Si se trata de un hematocele supurado que es por decirlo así muy accesible por la vía vaginal, y podemos circunscribirlo como se hace con una colección purulenta cualquiera, bien limitada, y unilocular, la operación de elección debe ser la incisión vaginal.

Ahora bien, si se trata de una masa voluminosa y sospechamos la existencia de una placenta relativamente considerable, no existiendo por otra parte lesiones anexas del lado opuesto, la operación de elección es la laparotomía con extirpación del quiste fetal y anexos enfermos, pero si en el curso de la intervención se

encontrase el citriano con un quiste formando una masa rodeada de falsas membranas, adherentes y vascularizadas hasta el punto de hacer su extirpación casi imposible sin correr graves riesgos, por tener que dejar focos sospechosos o superficies abiertas que exigieran taponamientos excesivos y suturas en condiciones detestables, su mejor línea de conducta sería en circunstancias semejantes terminar su intervención por una operación más radical y hacer la castración-útero-anexial-total.

Por el contrario cuando el tumor es de pequeñas dimensiones, y la placenta a juzgar por la época del em-

barazo tampoco ofrece un gran volumen, ni existen lesiones anexas del lado opuesto, la operacion de eleccion es la histerectomia vaginal, de la cual prescindiremos para intervenir por la via abdominal, cuando a pesar de existir las circunstancias ya expresadas, nos encontramos con uteros cuya friabilidad nos obliga a ello.



Tratamiento del embarazo ectópico de más de cinco meses.

En el estudio del tratamiento del embarazo ectópico en la segunda mitad de su evolución, seguiremos el mismo orden que en la primera comenzando por el tratamiento del embarazo ectópico sin accidentes, y luego el que es complicado en su evolución ya sea por com

placaciones propriamente dichas o por la muerte del feto.

Tratamiento del embarazo ectópico de más de cinco meses con feto vivo: Como vamos a ver las intervenciones por la vía abdominal son las más y excepción hecha de algunos quistes la laparotomía debe ser la operación de preferencia en el segundo período del embarazo ectópico. Respecto a este punto todos los autores están conformes y las divergencias que como hemos visto más arriba tenían tan separados a los cirujanos, por lo que se refiere al tratamiento del em-

barazo ectópico en la primera mitad, en esta segunda por el contrario la diversidad de pareceres es solamente respecto a la época de intervención, y a la elección entre la exteriorización del quiste y su ablación total.

Época de intervención: En el transcurso de la segunda mitad del embarazo ectópico con feto vivo, puede ser llamado el cirujano acerca de la enferma en dos circunstancias completamente diferentes por lo que se refiere a la viabilidad, pues o bien el feto es a término o cerca de término en cuyo caso se impone

la intervención, ó bien no reúne todavía las condiciones de viabilidad y en esas circunstancias nos preguntamos si debe ó no intervenir.

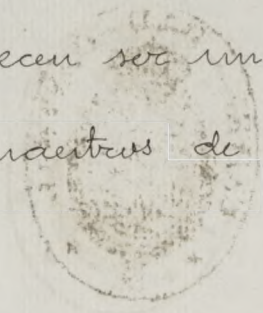
Unos cirujanos son partidarios decididos de la intervención inmediata. Fundando este modo de pensar en que el feto tiene muchas probabilidades de nacer muerto, ó con ciertos vicios de conformación incompatibles con la vida, de la cual prescinden para atender solamente á la de la madre.

Por el contrario otros autores observando que por la laparotomía se pueden obtener á veces fetos vi

vos y viables prefieren para intervenir esperar a que estos alcancen el periodo de viabilidad. Asi la estadística de Harris de 77 embarazos ectápicos con fetos vivos operados en el curso del séptimo al noveno mes ha dado 36 curas y 43 fetos vivos y si bien es cierto que los resultados no han sido muy brillantes por lo que a la madre se refiere, debe tenerse en cuenta que las primeras observaciones remontan al año 1809 en que las deficiencias de la técnica eran muy grandes, pero a medida que esta se perfeccionaba disminuía de un modo notable la mortalidad, tanto que en la primera serie

de operadas de Lo mueren 18 ó sea 90% y en cambio en otra mas posterior de Lo mueren 5 ó sea 25%.

Ahora bien así como ese perfeccionamiento en la técnica ha reducido casi a cero la mortalidad materna en la actualidad, también trae consigo mayores garantías para la vida del feto justificando de ese modo nuestra conducta de esperar la viabilidad. Además los vicios de conformación incompatibles con la vida de los cuales hablan los autores parecen ser un poco exagerados, si tenemos de ~~los~~ crédito a maestros de la competencia de Orillard, Guivard Pozzi etc.



Pinard refiere un caso observado en su clinica y presentado a la Academia de Medicina, en el cual el feto habia nacido con una asimetria de la cara y una depresion del maxilar izquierdo, producida por el union del hombro, por el hecho de haber estado la cabeza apoyada sobre el durante la vida intra-uterina, pero cuya anomalia desaparecio al cabo de poco tiempo sin dejar vestigios (Bull de la Soc de Med 1875).

Orillard fundandose en varios casos por el observados admite como Pinard que, si bien es cierto que los vicios de conformacion son mas frecuentes en los fe-

los ectópicos que no en los otros, no lo es menos que la mayor parte de las veces son compatibles con la vida. (Thèse doct Paris 1894).

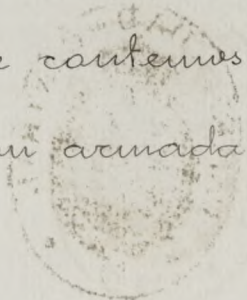
Por eso Pinard en la referida sesión de la academia hizo la siguiente reflexión: ¿Cuándo el feto está vivo y tiene mas de cinco meses pero todavía no es viable, ¿intervinimos sacrificando por consiguiente su vida, lo hacemos en circunstancias mas favorables para la madre que si practicamos esa misma intervención cuando el feto es viable? No, porque a esa época los peligros de hemorragia son sensiblemente los mismos que

al fin del embarazo, fuere que la placenta está ya en gran parte desarrollada. Es por esta razón que no haciendo correr mas peligros a la madre, debemos tratar de salvar la vida del feto y hacer la cirugía obstétrica absolutamente conservadora.

Respecto al tiempo preciso que debemos esperar para intervenir Pizaro aconseja hacerlo en el curso del noveno mes, así en el caso mas arriba citado cuyo feto extrajo con vida ha esperado vigilando la enferma desde el mes de Febrero al de Mayo, época en que se cumplía el termino del embarazo y que el fondo del

quiste se elevaba a 35 centímetros por encima de la sínfisis pubiana.

^y Indudablemente que en una maternidad fue-
de observarse esa conducta, porque inmediatamente se
dispone una operación en caso de urgencia, pero en la
práctica particular no sucede lo mismo, por esto y sin
osar rebatir al sabio maestro de la Clínica de Bandelocque
creemos si que la mejor línea de conducta es de esperar
la viabilidad del feto, pero una vez que contamos con
ella solo nos parece útil una expectación acunada el me-
nor tiempo posible.



Elección de la intervención:- El acuerdo parece ser unánime respecto a este punto, y si bien existen algunos cirujanos que todavía defienden la elitotomía en estas condiciones, son en número tan insignificante que no forman escuela y la operación de elección para todos los demás es la laparotomía. Como decíamos mas arriba el desacuerdo únicamente se refiere a si debe hacerse la ablación completa del quiste o solamente su abertura con exteriorización del saco y sin tocar a la fíbrula centa.

Los partidarios de la ablación completa del

quiste se fundan en que con esta no son de temer los peligros sépticos inherentes a toda supuración prolongada. Además dicen con la marsupialización la friabilidad de las paredes de la bolsa puede complicar mucho supuración y las eventraciones son su consecuencia. Por otra parte una estadística recogida por Pozzi cita once ablaciones totales con otros tantos éxitos mientras que la marsupialización ha dado un 55 por 100 de mortalidad frente que de 20 operadas han sucumbido once.

Después de analizar el valor real de cada uno de estos argumentos, vemos que en general mes-

ta conducta debe ser la de respetar la placenta pero
sini que esta regla sea exclusiva pues existen casos co-
munes. luego veremos en que su extirpacion se impone.

En primer lugar es peligroso de la supuracion
prolongada que dicen los partidarios de la ablacion total
no existen, porque asi lo demuestran las estadisticas, y
la bolsa quistica puede mantenerse en perfectas condi-
ciones asépticas, virgandola hasta su completa desaprari-
cion sin temer las intoxicaciones como hizo Osnard en
un caso en el cual ha empleado hasta el ultimo mo-
mento la solucion de bryoduro al 1 por 4.000 sin nin

que accidente.

«Temo menos la septicemia por retención que la hemorragia por extracción inmediata, y si el esperar todo el quiste es quizá mas quirúrgico es ciertamente menos prudente» (Pinard).

La friabilidad por otra parte escribe Segond no es un argumento serio y para dejar a la exteriorización del quiste el ideal de la simplicidad que produce su valor real, vale mas con frecuencia limitarse a su fuerza y simple incisión

En cuanto a las extracciones es cierto que escis

ten, pero ya sabemos lo frecuentes que son despues de operaciones muy laboriosas dejando anchas superficies abiertas que exigen grandes drenajes, para que impu-temos a la marsupializacion la debilidad de la cicatriz.

Ahora bien la estadistica recogida por Pozzi no tiene mas que un valor relativo, porque sus observaciones se refieren a distintos autores, mientras que la de Pinard, corresponde a 16 casos de marsupializacion que le son personales y sin accidentes, los cuales son muy dificiles de preveer con la extirpacion del saco, porque no

sabemos de antemano cuales seran las adherencias del
quiste donde se inserta la placenta, ni las dificultades
a que nos exponderemos durante la operacion. Es en
efecto la placenta, cari la responsable solamente de los
accidentales que pueden sobrevenir a causa de su vascu-
larizacion y adherencias con el uterino y fraxedes
publicas; por eso Segaud haciendose practico de
Pivard dice: "La necesidad de no tocar a la placen-
ta se impone no solamente como un acto de prudencia,
sino como regla absolutamente imperativa."

Y Deciamos hace un momento que nuestra linea

de conducta de un modo general pero no absoluto, debía ser la de respetar la placenta, pues como vamos a ver a continuación, procederemos de distinta manera en las circunstancias siguientes: Cuando haya rotura secundaria del saco en feto libre en la cavidad abdominal no trataremos de marsupializar una bolsa que no tiene real existencia. Lo mismo podemos decir en otros dos casos que se refieren, el primero a aquellos en que existe una hemorragia por desprendimiento parcial de la placenta la cual debemos reparar completamente para obtener la hemostasia, y segundo

cuando la placenta sea tan fácilmente enucleable, que su extirpación total no hace temer peligro alguno.

Tratamiento del embarazo ectópico de más de cinco meses con accidentes. Estos accidentes como sabemos por el cuadro más atrás expuesto, se refieren á complicaciones frecuentemente dichas como son las hemorragias y lesiones peritoneales inflamatorias y supurativas, ó bien á la muerte más ó menos reciente del feto. Veamos que clase de tratamiento reclaman unos y otros.

Tratamiento del embarazo ectópico de más de

cinco meses complicado de hemorragia.- La hemorragia puede presentarse bajo dos formas que nos son ya conocidas; la inundación peritoneal y las llamadas lentas o sucesivas. De uno y otro caso ya hemos tratado al estudiar el ~~tratamiento~~ del embarazo ectópico en la primera mitad de su evolución para que no necesitemos insistir más, recordando solamente que en ambos se impone allí como aquí la laparotomía de urgencia.

Debe intentarse la extirpación del quiste pero las dificultades de la hemostasia exigen con fre-

cuencia intervenciones mas completas.

Tratamiento de las lesiones peritoneales inflamatorias y supurativas.— En cuanto a las lesiones peritoneales inflamatorias y supurativas que se desarrollan alrededor del quiste, pueden evolucionar de diferente manera. Unas veces se desarrolla una peritonitis lenta sub-aguda o crónica, la pared del quiste se cubre de falsas membranas, y se establecen adherencias entre ella y el peritoneo. Esta peritonitis puede generalizarse y traer en fin de si la muerte de la enferma al cabo de pocos dias como le sucedió a Jude en un caso referido por

Maygrier.

Otras veces sobreviene una peritonitis aguda rápidamente mortal a consecuencia de un traumatismo, que produzca la rotura del quiste como devocame de su contenido en el peritoneo, o simplemente debido a la misma delgadez de la referida pared quística como en el caso de Wilson (Glasgow med jour 1870).

No necesitamos insistir sobre la gravedad de estos accidentes que traen consigo fatalmente la muerte si una intervención operatoria no tiene lugar, y ya sean lesiones inflamatorias o supurativas desenvolvién-

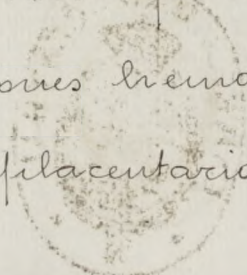
dose alrededor del quiste y rodeandole de falsas membranas, ni otras de mas intensidad resultado de perforaciones y propagaciones, todas ellas no hacen mas que precipitar la intervencion por la gravedad que entrañan.

Por otra parte estas lesiones supuradas implican, casi siempre la muerte del feto, y la operacion de eleccion es la laparotomia.

Tratamiento del embarazo ectópico de mas de cinco meses con feto muerto. - Como ya sabemos la muerte del feto puede tener lugar en cualquier epoca del embarazo y el cirujano se llamado al lado

de la enferma en tres circunstancias diferentes: ó bien el feto acaba de morir, está ya muerto desde hace bastante tiempo, ó por el contrario desde hace ya mucho en cuyo caso se le llama quiste fetal tolerado.

Tratamiento del embarazo ectópico de más de cinco meses con feto muerto recientemente.— En este caso nos hallamos en circunstancias semejantes desde el punto de vista del tratamiento a las que ya hemos tratado de embarazo ectópico con feto vivo porque las dificultades operatorias y complicaciones hemorrágicas dependientes de la vascularización placentaria son



las mismas. ¿ Cual será pues el momento preferible para intervenir? Todos los autores están conformes en rechazar una operación practicada en el momento del falso trabajo, porque aunque el feto no hubiera muerto todavía, sería muy raro extraerle con vida y se harían correr grandes peligros a la madre no estando por otra parte justificada la intervención mas que en interés de ella misma, cuando su estado general sea tan grave que haga temer la muerte, en cuyo caso si bien con pocas probabilidades de éxito debe intervenir de urgencia. Tampoco debe intentarse una opera-

ción en los días que siguen a la muerte del feto, por los peligros de hemorragia a que se expandría la mujer no estando todavía suspendida la circulación placentaria. ¿ Al cabo de cuanto tiempo estará suspendida esta circulación? Sitzmann cree que solamente al cabo de tres o cuatro meses y que por consiguiente esta sería la mejor época para intervenir. Keller por el contrario dice que no hay necesidad de esperar más que el tiempo preciso para que se establezcan adherencias entre el quiste y la pared abdominal. La conducta que nos parece más racional es como aconsejan

Maygrier, Pinard y Kaltenbach esperar algun tiempo despues de la muerte del feto pero como recomienda Pinard especialmente, no prolongar demasiado esta espera, para intervenir antes de la vuelta de las reglas o de que tenga lugar la rotura por laceracion de la que aquellas son un indicio. Nuestra linea de conducta sera pues la misma que si se tratase de un feto vivo, es decir que haremos la laparotomia con extraccion del feto, y exteriorizacion del quiste sin tocar a la placenta, excepto en los casos que haya rotura secundaria del saco con feto libre en la

cavidad abdominal, hemorragia por desprendimiento parcial de la placenta, o que esta sea facilmente enucleable y no ofrezca peligros su extirpacion total.

Tratamiento del embarazo ectópico de mas de cinco meses con feto muerto desde hace ya bastante tiempo. En estas circunstancias, sabiendo como sabemos la rareza del litopedion no debernos contar con esta eventualidad, ni tampoco con las curas por abertura espontanea pues conocidos son ya los accidentes a que puede dar origen el quiste, asi es que con feto muerto despues de algun tiempo debe

nos intervinie.

Las operaciones que se practican en estas circunstancias son mas radicales que en los casos precedentes, pues a medida que la muerte del feto es mas antigua se atenuan los peligros de una intervencion quirurgica debido a las modificaciones anatomicas del quiste fetal que fuerde poco a poco su friabilidad y la vascularizacion que fundieran hacer temer una intervencion practicada en esas circunstancias.

De un modo general podemos decir que muestra linea de conducta en la mayor parte de los casos. pro

sus resultados, y por su simplicidad debe ser la Laparotomia con exteriorización del saco y extirpación de la placenta, desapareciendo de esta manera los inconvenientes que fudiesen adherirse a su eliminación tardía. Según Segond son suficientes quince o veinte días, para la desaparición de la bolsa y las paredes quísticas «reabsorben de tal manera que al cabo de dos meses no quedan ni vestigios de su existencia.

Esta es como decíamos mas arriba nuestra línea de conducta de un modo general pero ahora veamos los casos particulares.

Unas veces nos encontramos en presencia de quistes fetales asentados francamente en la escavacion y si la placenta no corresponde por su insercion a la parte inferior del quiste, en este caso, preferimos a la laparotomia, la elitrotomia. Otras veces puede hacerse la ablacion completa del quiste cuando las manobras que escija no sean muy laboriosas y a la vez lo permita el estado general de la enferma, circunstancias que debe saber apreciar el cirujano, pues como dice con mucho acierto y gran elocuencia el D^r Segond, es una locura arriesgarse a tal operacion cuando se hace de ella una especie de prepa-

ración anatómica como en aquellos casos que se fre-
cisa la demudación de la aorta y sus ramas termi-
nales. Por último dos palabras, sobre las indicaciones
de la contracción utero-anexial-total

Pantaloni dice que si bien pudiera creerse a
priori que esta intervención fuera mas grave que la abla-
ción y mucho mas que la marsupialización, no su-
cede así en realidad, y por consiguiente no solo está
indicada como complemento para terminar mejor la
operación cuando la extirpación del saco es demasiado
laboriosa, sino que en gran número de casos debe pre-

servise a la exteriorización del quiste.

Creemos mucho más limitadas las indicaciones de la castración utero-anexial-total, pues aparte de los accidentes a que algunos autores apenas conceden importancia como la sección de un vterer o de la vejiga, existen consideraciones de otra índole como la posibilidad de un embarazo normal en mujeres operadas anteriormente de un embarazo ectópico.

La conducta que nos parece más prudente es la de aquellos cirujanos que reservan la referida castración utero-anexial-total para los casos en que des-

Después de haber comenzado la ablación del quiste fetal se juzga que será imposible terminarla sin maniobras tan laboriosas que comprometan la vida de la enferma, o también cuando, sin el concurso de estas circunstancias, se halla el cirujano en presencia de un embarazo tubo-intersticial o de un neoplasma uterino concomitante.

Tratamiento del embarazo ectópico con quiste fetal tolerado.- En el tratamiento del embarazo ectópico con quiste fetal tolerado, sin accidentes o supurado nada más variable que nuestra conducta.

Como en toda coleccion quística simple o con lesiones peritoneales supurativas mas o menos complejas producidas por propagacion infecciosa o por desarrollo espontaneo, la intervencion inmediata se impone, y en estas circunstancias la laparotomia con ablaciones mas o menos totales debe ser nuestra operacion de preferencia, pero como ya hemos dicho la manera de proceder es muy variable segun los casos, y descartando aquellos en que la gravedad depende de las lesiones peritoneales supurativas en general el mal radica en el mismo quiste fetal, el cual puede presentar


se móvil como un tumor anexial cualquiera, y ser tratado como tal siguiendo la misma línea de conducta que nos hemos trazado en el caso anterior exteriorización, ablación ó castración utero-anexial total según las mismas circunstancias, ó por el contrario puede ofrecerse como un flastrón abdominal ó hacer relieve en uno de los fondos de saco vaginales. Ahora bien según el punto por el cual sea más accesible haremos ya la incisión abdominal, ó la vaginal abandonando al drenaje su eliminación cuando hay verdaderas incrustaciones viscerales como sucede algunas

veces.

Puede tambien el quiste abruirse espontaneamente al nivel de la vagina o del abdomen como de ello hemos visto un caso durante nuestro internado en el Hospital de Santiago en la Clinica de nuestro inolvidable maestro el Dr Andrade y estas circunstancias como la conducta seguida por este cirujano, debe agrandarse la abertura por medio de una larga incision. Otras veces la referida abertura se produce en el recto, la cual no debemos utilizar para la extraccion del quiste mas que en circunstancias muy excepcionales, hacien

do por el contrario todo lo posible por obtener la cicatrización de esa fistula, e incidir extensamente la bolsa por el abdomen o por la vagina.

Hacemos por fin mención de aquellos casos si bien bastante raros en que los quistes se abren en la vejiga los cuales pueden evacuarse por simple dilatación uretral o exigir operaciones mas complejas como la cistotomía o la laparotomía.



Capítulo V.

Tratamiento del embarazo ectópico

Conclusiones

- I. El embarazo ectópico en cualquier periodo de su evolución constituye un grave peligro.
- II. Todo embarazo ectópico diagnosticado o sola

mente supuesto reclama una intervención quirúrgica.

Tratamiento del embarazo ectópico de menos de cinco meses

III. Indicaciones operatorias del embarazo ectópico de menos de cinco meses evolucionando normalmente.— La ablación total del quiste fetal y anexos interesados por la laparotomía es la operación de elección de un modo general. Si existen lesiones de los anexos del lado opuesto, o un tumor uterino y la placenta no ofrece un desarrollo considerable a juzgar por la edad del embarazo, debemos preferir la operación de Péan, pero pasados los

primeros meses vuelve a estar indicada la Laparotomía

Si bien podrá practicarse ventajosamente la histerectomía vaginal en caso de embarazo intersticial, como el diagnóstico de la variedad es imposible tenemos que recurrir a la laparotomía o a la operación conservadora de Kelly, evacuación del quiste por la vía uterina.

Indicaciones operatorias del embarazo ectópico de menos de cinco meses complicado.

Complicaciones hemorrágicas.

IV *Hemato-salpinx.*— En todo hemato-salpinx

complicado ó no de efraccion sanguinea intra-peritoneal pero constituyendo un tumor enucleable está indicada la laparotomia, y lo mismo que en el caso anterior si existen á la vez lesiones anexiales del lado opuesto ó uterinas, y el embarazo no tiene mas de tres ó cuatro meses debe hacerse la histerectomia vaginal. Pasado este tiempo la laparotomia gana sus derechos y se procederá segun los casos ya á la ablacion de anexos solamente ó á la castracion utero-anexial total.

V Hematocèle enquistado.-

Con caso de hematocèle enquistado, la operacion de eleccion debe ser la

colpotomía porque ella proporciona la mayor parte de las veces la cura completa con desaparición de todo vertigio anatómo-patológico-ansial. Si en el curso de la operación nos encontramos con la aparición de un brote hemorrágico nuevo ó en presencia de lesiones ansiales que reclamasen otra intervención terminariamos por una histerectomía vaginal.

La laparotomía solo excepcionalmente, cuando no sea posible cumplir la indicación por la vía vaginal.

VI Hematocèle a brotes hemorrágicos sucesi-

vos.- La operacion de eleccion en este caso es casi de un modo absoluto la Laparotomia, pues solamente en circunstancias muy excepcionales que rara vez se presentan en la practica podria intentarse la incision vaginal.

VII. Inundacion peritoneal.- En presencia de sintomas indicando la presencia de inundacion peritoneal de mas o menos intensidad, debemos intervenir lo mas rapidamente posible, y la operacion de eleccion es la Laparotomia. pues segun las verdaderas estadísticas proporciona el 85 por 100 de exitos y es la

única operación que permite hacer la histerectomía con seguridad y rapidez.

Complicaciones sépticas.

VIII. *Hematocèle supurada.*— Como en toda colección purulenta bien limitada y accesible por la vagina, la operación de elección en caso de hematocèle supurada es la laparotomía.

IX. *Embarazo ectópico supurado sin lesiones*

anexiales bilaterales.- Cuando no existen lesiones anexiales del lado opuesto al del quiste, y la masa que tenemos que extirpar es muy voluminosa nuestra operacion de eleccion debe ser la laparotomia con extirpacion del quiste fetal y anexos enfermos, pero si en el curso de esta intervencion se encuentra el cuinjo no en presencia de una masa rodeada de falsas membranas adherentes y vascularizadas que hagan muy peligrosa la extirpacion del quiste, debera proceder a la castracion utero-anexial-total.

X. Embarazo ectópico con lesiones anexiales

bilaterales.— En este caso cuando a juzgar por la fecha del embarazo, la masa que tengamos necesidad de extirpar no sea voluminosa y haya a la vez lesiones anexiales del lado opuesto al del quiste, la operación de elección debe ser la histerectomía vaginal, la cual no practicáremos, interviniendo por el contrario por la vía abdominal cuando ciertas circunstancias como la friabilidad uterina nos obliguen a ello.

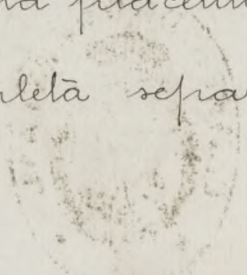


Tratamiento del embarazo ectópico de más de
cinco meses

Indicaciones operatorias del embarazo ectópico
de más de cinco meses sin accidentes.

XI. *Embarazo ectópico con feto vivo.* Si el feto es a término o cerca de término, la intervención inme-

diata por la laparotomía se impone, y si no es viable todavía, debemos esperar siempre que esta espera no traiga consigo peligro alguno para la madre, Una vez que reuna las condiciones de viabilidad se hace la laparotomía con extracción del feto, exteriorización del quiste, y abandono de la placenta, excepto en los casos que haya rotura secundaria del saco con feto libre en la cavidad abdominal, hemorragia por desprendimiento parcial de la placenta o placenta fácilmente enucleable cuya completa separación no ofrece peligro alguno.



Indicaciones operatorias del embarazo ectópico con accidentes

Complicaciones hemorrágicas.

XII. *Inundación peritoneal y hemorragias lentas o sucesivas.* En estos dos casos la operación de elección es la laparotomía de urgencia con exteriorización del quiste, intentando la ablación completa de la placenta cuando sea precisa para obtener la hemostasia.

Complicaciones sépticas.

XIII. *Lesiones peritoneales inflamatorias y supurativas.* Estas lesiones no hacen mas que precipitar la laparotomía de urgencia que es la operacion de eleccion en estas circunstancias.

Indicaciones operatorias del embarazo ectópico de mas de cinco meses con feto vivo.

XIV. *Feto muerto recientemente.* La conducta que

debemos observar en este caso es semejante a la que se observa con feto vivo.

Después de especificar la disminución de la circulación inter-quisto-placentaria, se interviene antes de la vuelta de las reglas al cabo de unas seis semanas próximamente. La operación de elección es la laparotomía con extracción del feto exteriorización del quiste y abandono de la placenta excepto en los mismos casos que si se tratase de feto vivo.

XV. Feto muerto desde hace ya algún tiempo.

La operación de elección de un modo general es la lapa

rotomía con exteriorización del saco y extirpación de la placenta; pero si el quiste asienta francamente en la escavación, y la placenta no se inserta en la cara inferior, puede hacerse ventajosamente la elitrotomía.

La extirpación total del quiste por la laparotomía solo la intentaremos cuando no oponiéndose a ello las adherencias, podamos realizarla sin maniobras laboriosas que comprometan la vida de la enferma, y la castración utero-anexial-total queda reservada como operación de elección, para aquellos casos en que después de haber comenzado la ablación del quiste, no puede

terminarse sin arriesgar la vida de la enferma, lo mismo que para la variedad tubo-intersticial, y cuando nos encontremos en presencia de un tumor uterino concomitante.

XVI. Quiste fetal tolerado sin accidentes ó supurado. Si el quiste es móvil y se presenta como un tumor anexial cualquiera, procederemos como en el caso anterior y según las mismas circunstancias exteriorización, ablación ó contracción utero-anexial total y cuando existen a la vez lesiones peritoneales supurativas está indicada la laparotomía de urgencia

terminando según las circunstancias por una extirpación total ó ablación incompleta y drenaje consecutivo. Si el quiste se presenta como un filarstom abdominal ó hace relieve en uno de los fondos de saco vaginales, hacemos una incisión por el abdomen ó por la vagina respectivamente, y si se abre espontáneamente, la mejor conducta sería la de agrandar la abertura. Cuando el quiste se abre al nivel del recto, debe iniciarse generalmente por la vagina ó por el abdomen y si lo hace en la vejiga, puede eva-

cuarse por dilatacion uretral, cistotomia o laparotomia segun las circunstancias.

Yedicho.

Jose Socrates Gonzalez Fernandez

