

una sección abdominal, y no sería sin duda ni más difícil ni más peligrosa que la ovariectomía, pues en este período del embarazo extrauterino no hay adherencias que compliquen la operación. Hasta ahora la incertidumbre del diagnóstico ha impedido la adopción de ese método.

Abertura
del saco por el
cuchillo
galvano-cáustico

El doctor Thomas, de Nueva York (1), ha dado á conocer recientemente un caso muy instructivo, en el cual salvó la vida de la mujer por una operación atrevida y juiciosa. El diagnóstico era casi evidente; existían todos los signos arriba descritos; Thomas abrió el quiste por la vagina con un cuchillo de platino hecho incandescente por una batería galvano-cáustica, á fin de prevenir de este modo la hemorragia. A través de esta abertura sacó el feto, pero en el momento en que trataba de extraer la placenta sobrevino una violenta hemorragia, que sólo pudo cohibirse inyectando en el quiste una solución de sulfato de hierro. Los restos de la placenta salieron luego á pedazos, después de un ataque de septicemia que se dominó merced á las lociones en el quiste con una solución antiséptica, y la mujer curó. Si pudiera permitirme criticar esta operación seguida de tan brillante resultado, sería para decir que en otro caso del mismo género sería preferible recurrir á la gastrotomía, cuyas reglas son tan precisas en los embarazos abdominales, y no tocar la placenta, limitándonos á las inyecciones antisépticas y el desque completo del quiste para evitar un accidente.

Medios
de destruir la
vitalidad del feto.

Otro método de tratamiento es destruir el feto deteniendo su desarrollo, en la esperanza de que podrá permanecer inerte y pasivo en el interior del saco. Diversas operaciones se han recomendado y practicado con este objeto. Se han introducido en el tumor agujas, á través de las cuales se hacían pasar corrientes eléctricas, ora continuas, ora, como propuso Duchenne, una chispa de electricidad de Franklin. Hicks, Allen y otros han tratado de destruir el feto pasando una corriente eléctrico-magnética por medio de una aguja. Muchos éxitos han seguido al uso de la corriente faradaica, pasando un polo á través del recto ó de la vagina hasta el sitio del huevo y colocando el otro en

(1) *New-York Med. Journ.*, 1875. vol. XXI, pág. 561.

un punto de la pared abdominal, 3 ó 5 centímetros por encima del ligamento de Poupart, ó puede usarse el electrodo vaginal de Apostoli en el cual ambos polos están combinados. Debe pasarse la corriente diariamente, durante diez minutos lo menos, y continuarse una semana ó dos hasta que el examen del tumor dé satisfactoria evidencia de la muerte del feto. Esta práctica es perfectamente inofensiva, no habiendo objeción racional contra su empleo. Aveling indica racionalmente la idea de que la corriente actúa produciendo contracciones tetánicas en el corazón fetal, debidas á la aplicación repetida de la corriente intermitente de una máquina de inducción (1). La simple punción del quiste puede en algunos casos dar buen resultado, ora con un trócar pequeño y una cánula, ora con una aguja. Un embarazo tubario de dos meses se detuvo de este modo en dos casos muy interesantes, citado uno por Greenhalgh (2) y el otro por Martin, de Berlín (3). Joulin aconseja, no sólo puncionar el quiste, sino inyectar una solución de morfina, que por su efecto tóxico aseguraría la destrucción del feto. Se han propuesto otros medios para alcanzar el mismo objeto: la compresión ó la administración por la boca de remedios tóxicos; pero son demasiado inciertos para poder emplearlos. El medio más sencillo y ventajoso, sería introducir la aguja de un aspirador para extraer el líquido amniótico y detener de este modo el desarrollo ulterior del feto. Parry (4) se opone á esta práctica, y cita algunos casos en que la punción del quiste fué seguida de resultados mortales, ora por hemorragia, ora por septicemia. Pero es probable que dicho señor se haya servido del trócar y cánula ordinarios, y que haya penetrado aire en el saco, pues parece difícil admitir que una aguja aspiradora capilar, empapada previamente en una solución antiséptica de ácido fénico, haya podido producir accidentes. Es un procedimiento inofensivo, aun suponiendo que ha habido error de diagnóstico; es decir, que

(1) *The diagnosis and electrical treatment of early extra-uterine gestation. Brit. Gyn. Journ.*, 1888-89, vol. IV, pág. 24.

(2) *Lancet*, 1867.

(3) *Monat. f. Geburt*, 1868, Bd. XXXII. s. 140.

(4) Parry, *On extra-uterine pregnancy*, pág. 204.

hay un tumor de otra naturaleza tomado por embarazo tubario.

Si el aspirador demuestra que existe un embarazo extrauterino, si el quiste es de gran volumen y cuenta aquél más de dos meses de existencia, nos será fácil recurrir á una operación más radical, tal como la hizo Thomas con buen resultado.

Tratamiento
después
de la rotura.

Pero si no hemos tenido la fortuna de detener el desarrollo del embarazo tubario y no reconocemos su existencia sino después de roto el quiste, y de extenuada la mujer por la hemorragia, ¿qué debemos hacer? Hasta ahora no se ha ensayado más que una cosa: reanimar á la mujer por los estimulantes, y si ha sido bastante afortunada para sobrevivir á los efectos inmediatos de la rotura, luchar contra la peritonitis consecutiva en la esperanza de que puede absorberse la sangre extravasada como en el hematocele pélvico. Triste recuerdo en verdad, pues si ocurre la rotura en el embarazo tubario de más de un mes no puede esperarse otra cosa que la muerte como término. Bernutz supone, y de su opinión participa Barnes, que la rotura no mortal no es probablemente muy rara en los primeros días del embarazo extrauterino, y que es una causa bastante frecuente de ciertas formas de hematocele pélvico. Se ha propuesto más de una vez, cuando ocurre la rotura, hacer la gastrotomía, limpiar la sangre derramada, colocar una ligadura en la trompa y extirparla con su contenido. Sería, sin duda, este un procedimiento atrevido y heroico, pero nadie que esté al corriente de los triunfos de la cirugía abdominal dirá que es imposible y que no da esperanzas de buen resultado. Diariamente, al hacer la ovariectomía, se limpia la sangre derramada en la cavidad abdominal, y no hay ninguna dificultad en ligar y extirpar el quiste del embarazo extrauterino, pues en general no ha contraído adherencias con las partes inmediatas. La muerte no sobreviene sino algunas horas después de la rotura, de tal suerte que hay casi siempre tiempo para operar, deteniendo temporalmente la postración por la transfusión de la sangre. En cuanto lleguemos al lado de la enferma debemos hacer la compresión de la aorta abdominal, que moderará bastante la hemorragia, hasta que se

Gastrotomía.

decida el operar. Debe tenerse presente que la única alternativa es la muerte, y por tanto que está perfectamente justificada toda operación que ofrezca la menor probabilidad de salvación. Lawson Tait y otros han operado varias veces satisfactoriamente en estas condiciones, é indudablemente, cuando el diagnóstico es bien exacto, este procedimiento es no sólo justificable, sino de grandes esperanzas para la enferma.

En la segunda de las dos clases en que he dividido el embarazo extrauterino, bajo el punto de vista práctico, se desarrolla el huevo en la cavidad abdominal. Preciso es discutir si el embarazo es en ocasiones primitivamente abdominal ó no. Barnes cree que no es quizás nunca primitivo, por lo difícil que se le hace admitir que un cuerpo tan pequeño como el huevo pueda fijarse en la superficie peritoneal lisa. Según él, todos los embarazos abdominales son primitivamente ó tubarios ú ováricos, habiendo dado paso el saco al huevo, que ha conservado su vitalidad, continuando inserto en parte al quiste originario. Esta teoría está en desacuerdo con la de la mayoría de los autores, y aunque haga quizás menos difícil de comprender el fenómeno, es puramente hipotética. No hay ninguna prueba de que en la mayor parte de los casos haya habido al principio una rotura del saco tubario ú ovárico. Es cierto que las vellosidades coriales se insertan al peritoneo inmediato, lo cual se observa en todos los embarazos abdominales, y no es difícil imaginar que lo hagan al principio de su desarrollo ó algo más tarde; pues debe admitirse que si se verifica tal rotura, la mayor parte de las veces lo es cuando está muy poco adelantado el embarazo. En suma, es razonable admitir, como se hace ordinariamente, que el óvulo fecundado se escapa del pabellón de la trompa y cae en la cavidad abdominal, en donde se inserta y desarrolla.

Algunos autores han supuesto que el embarazo abdominal podía verificarse en el caso en que los espermatozoarios, entrando en la cavidad peritoneal, encontraran y fecundaran un óvulo escapado de un folículo de Graaf. Tal hecho parece casi imposible, pero el caso que refiere Kœberlé prueba que ya se ha presentado. No es raro sin duda que los óvulos fecundados caigan en la cavidad abdominal

Embarazo
abdominal.

Algunos
opinan que no
existe de un modo
primario.

Adhencias
del
huevo á las
estructuras cir-
cunvecinas.

y mueran casi todos sin ocasionar accidentes. Si sobrevi-
ven, se desarrollan las vellosidades coriales, se insertan á
las partes inmediatas y constituyen una placenta. No se
ha descrito aún, y podría ser motivo de muy interesantes
investigaciones, el modo cómo se insertan las vellosidades
coriales y la disposición de los vasos sanguíneos maternos.
El punto preciso de la inserción varía, así que se ha en-
contrado adherida la placenta á la mayor parte de las ví-
sceras abdominales, ora á las contenidas en la pelvis menor,
ora á los intestinos ó á las fosas ilíacas; pero, las más ve-

Fig. 84.



El útero y el feto en un caso de embarazo abdominal.

ces, donde se encuentra el huevo es en el fondo de saco
retrouterino.

Formación
de un quiste
alrededor del
huevo.

Las modificaciones ulteriores son muy diversas. En la
gran mayoría de casos el huevo produce una gran irrita-
ción, y se verifica una exudación de materia plástica que
le envuelve y forma un quiste ó una cápsula secundaria,
en la cual se desarrollan extensamente los vasos maternos,
y que se extiende, *pari passu*, á medida que se desarrolla
el huevo (fig. 84). El grosor y resistencia de este quiste
varían en los diferentes casos; á veces forma una envoltura
sólida y completa al huevo; otras es muy delgada y sólo
está parcialmente desarrollada, pero es raro que falte por

completo. Como existe un vasto espacio para el desarrollo
del huevo, y como el quiste secundario se distiende en ge-
neral y se desarrolla al propio tiempo que él, la mayor
parte de los embarazos abdominales progresan sin sínto-
mas extraordinarios, excepto fuertes crisis dolorosas, hasta
el término de la gestación. Sin embargo, á veces se rompe
el quiste y hay un derrame de sangre en la cavidad abdo-
minal, acompañado de más ó menos postración y de col-
lapso, que pueden ser mortales, pero que vence casi siem-
pre la mujer. Muerto el feto permanece en el abdomen,
sufré las mismas modificaciones y produce los mismos re-
sultados que en los embarazos que llegan á término, y de
los que voy á hablar.

Rotura
ocasional del
quiste.

En la mayor parte de los embarazos que llegan á tér-
mino, se produce una extraña serie de fenómenos: un
pseudo-parto con contracciones uterinas más ó menos fre-
cuentes y más ó menos fuertes, un flujo de sangre por la
vagina, la eliminación de la caduca uterina y hasta el es-
tablecimiento de la lactancia. A veces las contracciones de
los músculos abdominales provocadas por este pseudo-
parto han sido bastante fuertes para producir la rotura del
quiste adventicio que envuelve al feto, y un flujo de san-
gre y de líquido amniótico en la cavidad abdominal, se-
guido rápidamente de fatal resultado. Con más frecuencia
no ocurre la rotura, el pseudo-parto y los dolores conti-
núan á intervalos hasta que muere el feto, quizás por com-
presión, pero las más veces á consecuencia de un derrame
sanguíneo en el tejido placentario, y por lo tanto de asfi-
xia. A veces el feto ha vivido mucho tiempo, hasta pasar
varios meses de los límites del embarazo á término.

Algunas
veces se observa
un pseudo-parto.

Muerte del feto.

Después de la muerte del feto principian generalmente
los peligros del embarazo abdominal, que son numerosos.
Las modificaciones que sobrevienen son muy dignas de es-
tudio. A veces permanece el feto largo tiempo en el abdo-
men hasta el final de una larga vida, sin producir serios
trastornos ni impedir los embarazos y partos normales ul-
teriores; pero aun tolerándose el embarazo extrauterino y
prolongándose sin ningún accidente, pueden presentarse
de pronto graves síntomas; no debe, pues, creerse segura
ninguna mujer en tales circunstancias. La condición de

Alteraciones
después
de la
muerte del feto.

Las pacientes están siempre expuestas á peligros mientras el feto esté aprisionado.

Alteraciones á que da lugar el feto aprisionado.

estos fetos así aprisionados varía mucho. Lo más común es que el líquido amniótico se reabsorba, que el feto se retraiga y muera; toda sustancia blanda se transforma en una masa grasosa, y los huesos son los únicos que permanecen intactos. A veces se verifican con gran rapidez estas modificaciones. En otra parte ⁽¹⁾ he referido un caso de embarazo extrauterino, en el cual estaba vivo el feto al término de la gestación; la mujer murió antes de un año. En la autopsia se encontró el feto completamente transformado en una masa grasosa pegada á los huesos fetales, y en la

Fig. 85.



Litopedión (de una preparación existente en el Museo del Colegio de Cirujanos).

cual no pudo encontrarse el menor vestigio de las partes blandas. Por otro lado, el feto puede permanecer intacto; en el Museo del Colegio de Cirujanos hay uno que permaneció en el abdomen por espacio de cincuenta y dos años, y que se encontró tan fresco y completo como un niño recién nacido. En otros casos, el saco y su contenido se atrofian y retraen, y se deposita en ellos una materia calcárea, de tal suerte que el todo se convierte en una masa sólida conocida con el nombre de *litopedión* (fig. 85). Pero es muy

⁽¹⁾ *Obst. trans.*, tomo VII, pág. 1.

excepcional que la retención del feto no ocasione ningún accidente. En general se pudre y puede producir inmediatamente una peritonitis mortal ó la septicemia, ó bien, como ocurre con más frecuencia, una inflamación secundaria y la supuración del saco. Bajo la influencia de esta supuración se abre el saco al exterior, ora directamente en un punto cualquiera de las paredes abdominales, ora indirectamente á través de la vagina, los intestinos y la vejiga. A través de la abertura ó aberturas así formadas (pues hay á menudo varios trayectos fistulosos) salen el pus, los huesos y otras partes del feto por espacio de meses y aun años, hasta que por último, si lo permiten las fuerzas de la mujer, es expulsado el contenido del quiste y se verifica la curación. De diversas estadísticas se deduce que las probabilidades de curación son mayores cuando el quiste se abre á través de las paredes abdominales; después á través de la vagina y la vejiga, y que el feto es expulsado con mayores dificultades y peligros si la abertura se verifica en el intestino. Pero en los casos más favorables el curso es largo, penoso y lleno de peligros, y la enferma muere con demasiada frecuencia antes de que se termine, por la irritación y extenuación que produce esta supuración abundante é inagotable.

El diagnóstico del embarazo abdominal dista mucho de ser tan fácil como pudiera creerse, y los prácticos más consumados han cometido errores. El síntoma más característico, aunque no sea tan común como en el embarazo tubario, es la metrorragia unida á los signos generales del embarazo. Las crisis de dolores abdominales muy vivos y repetidos con frecuencia rara vez faltan, y pueden hacernos sospechar algo, sobre todo si van asociados á la hemorragia. Dependen, al parecer, de ataques intercurrentes de peritonitis, que contribuye á formar el quiste fetal. Por la palpación abdominal se nota que la forma del abdomen es diferente de la del embarazo normal; está generalmente más desarrollado en sentido transversal, y es imposible reconocer el tumor redondeado del útero grávido. Si el embarazo está próximo á su término, la claridad con que se tocan los miembros del feto dará lugar á sospechas. Por la vagina se toca el orificio y el cuello reblandecido como

Generalmente el feto sale á pedazos.

Diagnóstico.

en el embarazo normal; pero dislocados á menudo por la presión del quiste y sujetos en ocasiones por adherencias periuterinas, todos estos signos tienen gran valor diagnóstico.

Por el examen bimanual puede ser posible reconocer que el útero no está muy desarrollado y que está distintamente separado de la masa del tumor, cuyo hecho de apreciarse, indica que no hay embarazo uterino. La sonda uterina facilitará en algunos casos el diagnóstico demostrando la vacuidad y el poco desarrollo del útero, en tanto que se descubrirán los miembros fetales y se percibirán los ruidos cardíacos. Pero no debemos recurrir demasiado á este medio, á menos que haya seguridad completa de que no existe embarazo uterino. Cuando el diagnóstico no es ya dudoso, podremos servirnos de ella para la elección del procedimiento operatorio.

Ultimamente he observado un caso muy notable que corrobora la importancia de esta regla. Este caso fué diagnosticado de embarazo abdominal por seis prácticos notables, disponiéndose todo para practicar la laparotomía. Como precaución, teniendo alguna duda sobre el diagnóstico, propuse la introducción de una sonda que fué pasada dentro del útero grávido, con la que probé se trataba de un pequeño tumor ovárico situado en la parte inferior del espacio de Douglas, que desviaba el cuello uterino hacia adelante. Sin dicha precaución nunca se hubiera podido averiguar su verdadera naturaleza.

Tratamiento.

No se debe intervenir en el embarazo abdominal hasta que el feto esté completamente desarrollado.

El tratamiento del embarazo abdominal deberá discutirse siempre con seria atención, pues los cirujanos difieren mucho respecto al que debe adoptarse. La mayoría admite que es inútil tomar ninguna medida activa hasta el completo desarrollo del embarazo. Se ha hecho la punción del quiste para destruir el feto y detener su desarrollo; pero hay muchas razones para rechazarla, pues los peligros de muerte inminente por rotura del quiste no son tantos como en el embarazo tubario, y aun obtenida la muerte del feto quedarían aún los formidables peligros de su eliminación ulterior ó de una hemorragia interna.

Llegado el término del embarazo y vivo aún el niño, según indica la auscultación, debemos estudiar si sería oportuno

hacer la gastrotomía antes que pereciera el feto y salvar al menos su vida. Pero hay cuestiones más importantes y difíciles de resolver. Velpeau, Kiwisch, Kœberlé, Schroeder y otros varios autores, cuya opinión tiene naturalmente gran peso, se inclinan más bien en favor de la operación inmediata, que ofrece la casi seguridad de salvar al niño, y los peligros que corre la madre, aunque siempre grandes, no son mayores que á los que está expuesta por la temporización. Debemos tener en cuenta que el quiste puede romperse durante los esfuerzos inútiles del parto y la muerte será su consecuencia, ó bien, si no sobreviene, hay otros peligros que no puede prever y que amenazan siempre á la enferma, que puede ser víctima de una peritonitis ó morir extenuada á causa de los esfuerzos de eliminación que sobrevienen tarde ó temprano en la gran mayoría de casos, de tal suerte que Barnes dice con razón lo siguiente: «La vida de la mujer está expuesta siempre á accidentes que no nos es posible evitar». Por otra parte, si temporizamos, mientras perdemos toda esperanza de salvar al niño dejamos á la madre la probabilidad al menos de que continúe su embarazo sin accidente durante mucho tiempo, como ocurre con frecuencia. Así, Campbell ha reunido 62 casos de curación definitiva después de un embarazo abdominal; en 21 se retuvo el feto sin provocar desórdenes por espacio de algunos años. Pero entonces surgió la cuestión de la gastrotomía secundaria, que consiste en operar después de muerto el feto cuando se manifiestan síntomas urgentes. Es el procedimiento preconizado por Hutchinson. Se espera á que la temporización permita desarrollar la flegmasia en derredor del quiste, aumentando de este modo las probabilidades de encontrar entre él y las paredes del abdomen adherencias que aislen su contenido de la cavidad del peritoneo. Cuanto más sólidas sean estas adherencias, mayores probabilidades tendrá de curar la mujer. Si el feto está muerto ha tiempo, la vascularidad del quiste es menor, la circulación placentaria ha cesado y son mucho menos de temer los peligros de la hemorragia.

Vese, pues, que hay argumentos en favor de las dos opiniones. Los resultados de la operación primitiva son mucho menos satisfactorios de lo que *à priori* se había supues-

Cuestión de si se debe ó no practicar la gastrotomía.

Argumentos en favor de la operación.

Ventajas de esperar.

Argumentos en favor de la gastrotomía secundaria.