

to. Desde que se publicó la primera edición de esta obra, Parry ha dado á la estampa un trabajo muy minucioso sobre el *embarazo extrauterino*, en el que demuestra que los embarazos abandonados á sí mismos hasta que la naturaleza traza la vía de eliminación son muchas menos veces mortales (17,35 por 100 de diferencia) que los que se operan primitivamente. «De aquí deduzco, dice, que nunca se condenará bastante la operación primitiva. No hace más que añadir otro peligro á los que amenazan la vida de la madre, sin ofrecer al niño otra cosa que probabilidades muy inciertas.» Pero justo es recordar que en nuestros días, en que la cirugía abdominal ha hecho grandes progresos, según dice Keller, podemos esperar mejor resultado que en la época en que se hacía la gastrotomía un tanto al azar, antes de aprovecharnos de la experiencia de los ovariomistas. Sin duda alguna se disminuirán mucho los peligros haciendo la operación según las reglas del arte moderno, cuidando mucho de todos sus detalles y evitando en cuanto sea posible el paso de la sangre y del contenido del quiste á la cavidad del peritoneo. Esta conclusión la sostiene Thomas en una Memoria donde describe tres casos de laparotomía en el embarazo abdominal seguidos de curación (1).

Modo de hacer  
la  
operación.

La operación deberá, pues, hacerse con todas las precauciones de que se rodea la ovariomía. La incisión, hecha de preferencia en la línea blanca, no debe ser mayor que lo necesario para la extracción del feto; en caso de necesidad, se agranda. Se ha dicho que si se siente la cabeza por la vagina deben seccionarse las partes intermedias y extraerse el feto con el forceps. Este procedimiento fué adoptado con resultado, en 1876, por el doctor John King de Edisto Island, South Carolina. Si no hay adherencias, se atraen las paredes del quiste al borde de la incisión, de modo que la aíslen tan completamente como sea posible de la cavidad peritoneal. El doctor Braxton Hicks ha insistido mucho sobre este punto, que no debe descuidarse nunca. El peligro no es tanto en herir el peritoneo como en la entrada consecutiva de materia séptica del quiste

(1) *Am. Journ. of Med. Sci.*, 1879, vol. LXXVII, pág. 17.

dentro de su cavidad. Otra regla esencial, lo propio en la gastrotomía primitiva que en la secundaria, es no hacer tentativas para extraer la placenta. Sus inserciones son tan profundas y difusas, que la menor tentativa para arrancarla expone á una hemorragia profusa y grave ó á lesiones serias de los tejidos á que se inserta. Muchos de los accidentes consecutivos á la operación pueden atribuirse al olvido de esta regla. La mejor conducta ulterior que puede seguirse después de extraído el feto y cohibida la hemorragia, ora por la ligadura, ó por el cauterio actual, es limpiar con el mayor cuidado el quiste con una esponja empapada en iodoformo ó en una disolución de partes iguales de tanino y ácido salicílico, según recomienda Freund (1); poner luego en contacto la parte superior de la herida merced á las suturas, y dejar abierta la inferior con el cordón colgando, para asegurar el paso á la placenta después de su eliminación. El tratamiento consecutivo debe tener en cuenta especialmente esta expulsión y los peligros de la septicemia. Las inyecciones de líquidos antisépticos, tales como una solución de ácido fénico ó de líquido diluido de Condy (2), llenarán estas indicaciones, y quizás será útil colocar un tubo de desagüe en el ángulo inferior de la herida. Puede decirse que no hay operación en que pueda ser más útil que en ésta la aplicación escrupulosa del método de Lister.

En tanto que no sale la placenta, es siempre grande el peligro y pueden transcurrir varios días, y aun semanas, antes de su expulsión. Verificada ésta, debemos esperar que se contraiga y hasta que se cierre por completo el saco.

Si el feto está muerto, ó si no estamos decididos á hacer la gastrotomía primitiva, es bueno esperar, vigilando cuidadosamente á la enferma, á que se presenten síntomas generales graves, ó á que alguna indicación positiva del trayecto á través del cual la naturaleza trata de eliminar al feto nos indique que es llegado el momento de obrar. Si el quiste forma una eminencia distinta en la vagina ó en el

Importancia  
de no tocar la  
placenta.

Tratamiento  
cuando el feto  
está muerto.

(1) *Edin. Med. Journ.*, vol. 1883-84, pág. 521.

(2) El líquido de Condy es una solución de permanganato de potasa.

fondo de saco recto-vaginal, y sobre todo si hay una abertura, podemos contentarnos con facilitar el paso del feto á través del conducto así indicado y extraer las partes que se presenten á colgajos á medida que llegan, agrandando con precaución la abertura si es necesario. Si el saco se abre en el intestino, la expulsión del feto á través de este conducto es tan penosa y difícil, tan fatal á menudo la extenuación que de ello resulta, y tan grande el peligro de la descomposición del feto durante su paso á través de los gases intestinales, que quizás sería preferible tratar de extraerle por la gastrotomía, sobre todo si su muerte es reciente y se halla aún en gran parte en la cavidad abdominal.

Modo de hacer  
la  
gastrotomía  
secundaria.

Si se forma una abertura en las paredes del abdomen, ó si los síntomas nos deciden á hacer la gastrotomía secundaria antes de que se forme aquélla, debe hacerse la operación de la misma manera y con iguales precauciones que la gastrotomía primitiva. En ambas el resultado de la operación depende en gran parte del número y solidez de las adherencias; pues si el quiste no está completamente aislado de la cavidad peritoneal, los peligros serán algo menores que los de la gastrotomía primitiva. Nuestra decisión y nuestro pronóstico se modificarán, sin duda, si podemos resolver este punto antes de operar. Por desgracia es imposible, como lo prueba la experiencia de los ovariometistas, averiguar con alguna seguridad si hay ó no adherencias. Sin embargo, si las paredes del abdomen no se mueven libremente sobre el quiste y el ombligo está deprimido y fijo, hay grandes presunciones en favor de la existencia de adherencias. Si no las hay, se aplicarán las paredes del quiste á los bordes de la incisión del modo ya indicado antes de extraer su contenido.

Existencia  
de adherencias.

Si el feto hace tiempo que está muerto y muy alterados sus órganos, puede ser difícil extraerle. En la mujer que tuve á mi cargo, y de la que ya he hablado, los tejidos del feto no formaban más que una masa viscosa, de tal naturaleza que creo que hubiese sido imposible vaciar el quiste si se hubiera intentado, lo cual sería en cierto modo otro argumento en favor de la operación primitiva.

La importancia de las adherencias ha inducido á al-

gunos prácticos á recomendar la abertura del quiste por la potasa ó cualquier otro cáustico, en la esperanza de que se desarrollara una flegmasía adhesiva al rededor de las aberturas así hechas. Se citan algunas operaciones llevadas á feliz término por este medio, que convendría emplear si la gran movilidad del quiste nos permitiera sospechar que no había adherencias. Si se trata de un caso en que hay aberturas fistulosas que conducen al quiste, valdrá más dilatarlas que hacer una nueva incisión; pero entonces el cirujano se guiará por la naturaleza, carácter y dirección de estos trayectos.

No es necesario hablar ahora del tratamiento general que conviene en estos casos; la administración de los opiáceos para aliviar los sufrimientos de la enferma, y una alimentación conveniente para levantar sus fuerzas vitales muy agotadas, formarán su parte más importante. Freund insiste especialmente en la regulación de las deposiciones, y en dar leche como base de la alimentación en los casos en que la operación es necesaria.

Diremos algunas palabras sobre la gestación en un cuerno rudimentario de un útero bilobulado; en estos últimos años han llamado la atención sobre esta forma de embarazo Kussmaul y otros autores. Es al parecer cierto que muchos casos de supuesto embarazo tubario deben referirse á esta categoría. Estas variedades ofrecen algún interés patológico, pero apenas exigen discusión bajo el punto de vista práctico, pues su historia es casi idéntica á la del embarazo tubario. La cavidad rudimentaria se distiende á medida que se desarrolla el huevo, y al cabo de cierto tiempo, llegada á su maximum la distensión, se rompe aquélla. Las 13 observaciones reunidas por Kussmaul terminaron todas de este modo, y en el examen cadavérico es á menudo muy difícil distinguirlas del embarazo tubario. El mejor medio de conseguirlo es observar las relaciones de los ligamentos redondos con el tumor; si es un embarazo tubario, estarán insertos en el lado interno ó uterino del quiste; si por el contrario el feto reside en una cavidad rudimentaria del útero, estarán empujados hacia fuera, á la parte externa del saco.

En este último caso el saco contendrá probablemente

Abertura  
del  
quiste por los  
cáusticos.

Tratamiento  
general.

Gestación  
de un útero  
bilobulado.

una caduca verdadera que no existe en el embarazo tubario. Lo único en que difieren ambos embarazos es que en el de la cavidad rudimentaria puede retardarse más tiempo la rotura que en el de la trompa, á causa de la mayor extensibilidad de aquélla.

**Parto falso.** La denominación de *parto falso* se aplica á ciertos casos excesivamente raros en que al llegar el término del embarazo, ó no se declara el parto ó se suspende después de ocasionar algunos dolores, continuando el feto en el útero durante mucho tiempo.

**Síntomas.** En tales circunstancias ocurre ordinariamente que las membranas se rompen al llegar al término ó poco después, y que la entrada del aire en el útero va seguida de la descomposición del feto, sobreviniendo un flujo pútrido y grave, y expulsándose á veces por la vagina porciones disgregadas del feto. Este flujo puede persistir hasta la expulsión completa y gradual del feto; pero con más frecuencia la mujer es víctima de la septicemia ó de cualquiera otra enfermedad, resultado de la presencia de esa masa descompuesta en el útero.

Así, Mac Clintock (1) refiere un caso en que se presentaron los síntomas del parto en una mujer de cuarenta y cinco años al llegar al término de su embarazo, pero que desaparecieron sin expulsar al niño. Por espacio de sesenta y siete semanas hubo un flujo extremadamente fétido, que arrastró consigo algunos restos óseos, y por fin murió la mujer con los síntomas de la pioemia. Dicho señor cita también otro caso en que la mujer murió del mismo modo después de haber retenido un feto once años.

A veces, después de permanecer largo tiempo el feto en la matriz, se presenta otro peligro, cual es la ulceración ó destrucción de las paredes uterinas, consecutiva probablemente á ineficaces ensayos de eliminación. Esto fué lo que ocurrió en el caso del doctor Oldham (fig. 86), pues la masa contenida en el útero había desgastado casi la pared anterior. Lo propio decimos del que refiere el doctor Jacobo Simpson (2): la mujer murió tres meses después del

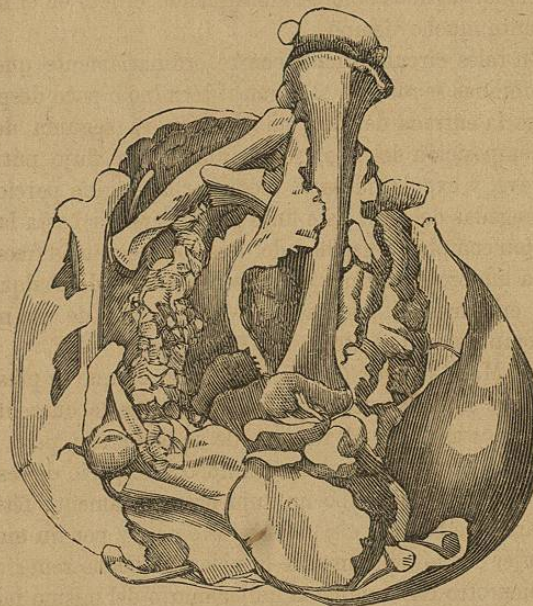
Algunas veces se ulceran las paredes uterinas.

(1) *Dublin Quart. Journ.*, febrero y mayo de 1864.

(2) *Edin. Med. Journ.*, 1865.

término del embarazo; el feto había sufrido una metamorfosis grasosa, y entre el colon transversal y la cavidad uterina existía una abertura del tamaño de media corona (1). Las paredes uterinas eran al parecer tan delgadas como el pergamino. Pero en algunos casos raros, probablemente cuando se ha impedido la entrada del aire, el feto ha per-

Fig. 86.



Contenido del quiste en un caso de parto falso (del doctor Oldham).

manecido largo tiempo en el útero sin descomponerse y sin dar lugar á ningún síntoma grave. El doctor Cheston (2) cita un caso, y dice que el feto fué retenido cincuenta y dos años en la cavidad uterina.

Las causas de tan extraño fenómeno son aún desconocidas. En general muere, al parecer, el feto algún tiempo antes del término del embarazo, lo cual influye en cierto

Sus causas son desconocidas

(1) Moneda de plata.

(2) *Med. Chir. Trans.*, 1814.

modo en el carácter de los dolores. Las mujeres de constitución débil están probablemente más predispuestas á él que otras, sobre todo si hay algún obstáculo á la dilatación del cuello que no pueden vencer los dolores. Barnes (1) cree que algunos supuestos casos de parto falso «eran en realidad embarazos intersticiales ó embarazos en un cuerno de un útero bilobulado, y Macdonald (2) recientemente refiere un caso muy interesante en el cual hizo la laparotomía creyendo que había un fibroide uterino, encontrándose con un feto que estaba retenido en un cuerno de un útero bilobulado hacia más de un año, creyendo que la mayoría si no todos los casos de partos falsos eran de esta clase, siendo imposible el parto á término á causa de la estrecha conexión entre el cuerno impregnado y el cuello. Müller, de Nancy, ha tratado de probar, publicando un examen crítico de los casos observados, que la mayoría de los llamados partos falsos no han sido más que casos de preñez extrauterina en los cuales tuvo lugar un intento de parto, quedando detenido el feto consecutivamente.

Algunas veces se confunden con el embarazo extrauterino.

Sus peligros son graves.

De todo lo dicho resulta que ese estado patológico ofrece grandes peligros, y una vez pasado con seguridad el término del embarazo es urgente vaciar el útero tan luego como sea posible, sobre todo si hay flujo fétido que haga sospechar la descomposición del feto. Pero no hay que proceder de ligero para asegurar que ha pasado realmente el término del embarazo y es indispensable dejar transcurrir suficiente tiempo para tener la seguridad de que se trata de un caso de esta naturaleza, á menos que se presenten signos inequívocos de la muerte del feto y de alteración de la salud de la madre. Siuviésemos que intervenir en este caso antes de la descomposición del feto, encontraríamos probablemente pocas dificultades en el tratamiento; habría que dilatar el cuello con los dilatadores de Barnes y extraer el feto por la versión, pero antes de obrar así se procurará excitar las contracciones uterinas por la compresión y el cornezuelo. Sin embargo, si se nos llama des-

Tratamiento

(1) *Diseases of Women*, pág. 445.

(2) *Edin. Med. Journ.*, vol. 1884-85, pág. 873.

pués que haya principiado la descomposición del feto, será más difícil la intervención. Si el feto está destruido hasta el punto de ser expulsado á pedazos, el doctor Mac Clintock dice que el tratamiento se reducirá á medidas paliativas: á los baños de asiento para moderar la irritación uterina, á las inyecciones vaginales para sostener la limpieza y prevenir las excoriaciones; de vez en cuando á un examen digital para coger los fragmentos óseos que pueden presentarse en el orificio del cuello y facilitar su extracción. Son todos medios muy racionales, y quizás no podrían justificarse otros; sin embargo, en ciertas circunstancias no titubearía en dilatar el orificio del cuello para tratar de examinar el interior de la matriz y extraer algunos fragmentos óseos fácilmente accesibles; pero á menos que no se cojan y extraigan bien, el procedimiento más seguro es la contemporización (1).

En presencia de las temibles consecuencias de este accidente, creo que podemos preguntar si sería más razonable hacer una tentativa seria, con el cloroformo, para extraer todo lo posible del contenido putrefacto del útero después de dilatado extensamente el orificio. Este procedimiento irritaría menos que las tentativas repetidas con frecuencia para extraer las porciones desprendidas del feto á medida que se presentan en el orificio del cuello. Si el orificio está dilatado, podrán hacerse con toda seguridad y con ventaja inyecciones intrauterinas antisépticas con el líquido diluido de Condy. Sin duda da mejor resultado el intervenir y vaciar el útero tan luego como tenemos seguridad de la naturaleza del accidente que esperar á que el feto se disgregue. Macdonald cree que lo mejor es practicar la sección abdominal, ya sea extirpando todo el saco ó haciendo la operación de Porro. Este consejo está basado en la creencia de que el parto falso no es más que la retención del feto en un cuerno del útero bilobulado, teoría cuya veracidad aun no está demostrada.

(1) *Dublin Quart. Journ.*, vol. XXXVII, pág. 314.