

EL EMBARAZO EXTRA-UTERINO

Por el doctor *Roberto Serpa*. Bogotá.

INTRODUCCION

El haber tenido ocasión de tratar casos de embarazo extra-uterino desde antes de graduarme y tener entre los que he operado, o visto, algunos de importancia excepcional, me determinaron a escoger este tema para el trabajo reglamentario en el Concurso de Profesores agregados.

He querido presentar un estudio que abarque brevemente toda la materia y para eso he recurrido a buscar en textos consagrados, las nociones de anatomía, fisiología y obstetricia, que sucintamente expongo, y he seguido las enseñanzas clásicas de etiología, patogenia y tratamiento; pero me he apartado de algunas de ellas por no estar de acuerdo con mi modo de pensar. Quizá esté en un error, pero me parece más honrado exponer lo que pienso y juzgo verdadero.

En el año de 1915 fui interno de la clínica de Ginecología; en los años de 1916, 1917, 1918, 1936, 1937 y 1938 ocupé, por concurso, el puesto de Jefe de clínica de ese mismo servicio.

En el curso de esos años se presentaron los siguientes casos cuyas historias figuran en las estadísticas de esa clínica:

En 1915	2	operados.
En 1916	1	operado.
En 1917	3	operados.
En 1918	2	operados.
En 1936	3	2 operados y 1 no operado.
En 1937	3	operados.
En 1938	8	6 operados y 2 no operados.

Además de estos casos y de aquellos acerca de los cuales presente historias, tengo otros varios, otros propios cuyas historias no he podido completar. Así, sólo he querido presentar historias de casos operados por mí.

Como este trabajo no tiene fines didácticos, no entro en él en explicaciones que lo hubieran hecho demasiado extenso y sólo consigno de cada cosa lo esencial.

NOCIONES GENERALES

Antes de hablar del embarazo extra-uterino, es necesario hacer a grandes rasgos la descripción del aparato genital de la mujer, recordar las relaciones de cada uno de los órganos que lo componen, su forma, constitución anatómica y su irrigación. Así como fijar ideas sobre las funciones de cada una de sus partes y definir el embarazo normal.

ANATOMIA

I

Los órganos genitales internos de la mujer en estado normal, están contenidos en el pequeño bacinete y colocados entre la vejiga y el recto.

El peritoneo los cubre casi completamente y les suministra medios de fijación a los órganos vecinos y a las paredes del bacinete.

La serosa peritoneal, bajando de la pared anterior del abdomen, cubre la parte posterior y lateral de la vejiga, descende hasta llegar al borde de este recipiente y, dejando sin tapizar el bajo fondo de la vejiga, se eleva sobre la cara anterior del útero, formando este repliegue el fondo del saco vésico-uterino. Se eleva sobre la cara anterior y fondo del útero y cubre la cara posterior, bajando hasta más allá de la inserción vaginal y formando, al plegarse sobre el recto, el fondo de saco retro-uterino o de Douglas.

Las hojas peritoneales que cubren la cara anterior y la cara posterior de la matriz, se prolongan hacia los lados del útero, adosándose una a otra y formando el ligamento ancho entre cuyos pliegues quedan cobijados las trompas, los ovarios y los ligamentos redondos.

Las asas del intestino delgado se superponen a los órganos genitales internos y el apéndice, en algunas variedades de longitud y de posición, viene a veces hasta la vecindad de la trompa.

La contigüidad de estos órganos hace que el estado de unos refluya sobre el de otros. Así, el útero grávido, aumentado su volumen, arrastra hacia arriba los ovarios y las trompas y comprime la vejiga y el recto.

Consideremos solamente, en lo que nos interesa para el caso que tratamos, cada uno de los órganos del aparato genital de la mujer.

OVARIOS

Los ovarios son dos; colocados, el uno a la derecha, y el otro a la izquierda del útero. Tienen ordinariamente forma ovoidea; pesan de 6 a 8 gramos en la mujer adulta y están colocados en el alerón posterior del ligamento ancho, hacia atrás de la trompa. Están sostenidos en su puesto por el peritoneo y los siguientes ligamentos: el ligamento útero-ovariano, que los sujeta al útero; el ligamento redondo posterior, que los sujeta a la columna vertebral, y el ligamento tubo-ovariano, que los relaciona con la trompa.

De estos ligamentos, el más fuerte e importante es el útero-ovariano. Los otros dos son flojos y laxos y pueden dejarse distender lo suficiente para que el ovario acompañe al útero en su ascensión cuando por la gravidez, aumenta de volumen.

De las relaciones anatómicas del ovario, la más importante es la que tiene con la trompa y, más propiamente, con el pabellón.

En efecto, el ligamento tubo-ovariano no es otra cosa que una de las franjas de la trompa, que se afila y se estira hasta llegar a la extremidad inferior del borde anterior del ovario. Esta franja tiene forma de gotera, y es a esta gotera a donde normalmente cae el óvulo para empezar su marcha hacia el útero.

El ovario es el órgano que contiene el elemento femenino o hembra, el óvulo lo contiene desde que la mujer nace. Los óvulos se hallan en las vescículas de Graaf, que maduran y se rompen en cada período menstrual, poniendo en libertad el óvulo.

El óvulo, puesto en libertad, es recogido por la trompa o anormalmente cae el peritoneo.

No cubriendo la trompa al ovario en toda su extensión y habiendo especies animales en las cuales estos dos órganos están bastante distantes, la explicación de cómo pasa el óvulo de la vescícula de Graaf, cuando ésta se rompe, a la trompa, es asáz difícil y ninguna de las teorías inventadas para explicar ese paso satisface plenamente. El difícil paso del óvulo del folículo a la trompa y el haber hallado óvulos en el perineo, explican cómo en una mujer normal puede verificarse el embarazo extrauterino.

OVIDUCTOS O TROMPAS DE FALOPIO

Las trompas de Falopio son dos conductos, derecho el uno e izquierdo el otro, que se extienden de la extremidad externa del ovario al ángulo superior del útero. Tienen por objeto recoger el óvulo en la superficie del ovario y servir de vía por donde vaya el óvulo al útero e inversamente, servir de camino al espermatozoide en su travesía extrauterina en busca del óvulo.

Ocupan el alerón superior del ligamento ancho, entre el ovario que

está atrás y el ligamento redondo que está hacia adelante, los ligamentos tubo-ovarianos, el peritoneo, que las recubre, y su continuidad con el útero, mantienen las trompas en su lugar, permitiéndoles, sin embargo, ascender con el útero grávido y ocupar las posiciones que determinen la repleción de la vejiga o de las asas intestinales.

Las trompas, que al salir del útero son francamente horizontales, al llegar frente a la mitad del ovario, se encorvan en concavidad dirigida hacia abajo y hacia adentro, abrazando al ovario.

La longitud de cada trompa varía entre 10 y 12 centímetros en la mujer normal y el diámetro que de 0.006 a 0.008 en la extremidad externa, llega sólo a 0.002 ó 0.003 en la extremidad interna.

Se consideran tres regiones distintas en la trompa: 1ª La interna o intersticial, que está toda colocada en la pared interna y que desemboca en el ángulo que forman el borde superior y el lateral, en un orificio circular de 0.001 de diámetro, que se llama ostium uterino. 2ª El cuerpo que se subdivide en región ístmica, que es la parte rectilínea de la trompa; tiene 0.03 de longitud por 0.003 a 0.004 de diámetro y es de paredes relativamente duras; y en la ampolla, mucho más gruesa, de paredes más blandas y delgadas, y de forma más o menos encorvada, y 3ª El pabellón, que tiene forma de embudo, cuya base se dirige hacia abajo, hacia atrás y hacia adentro, a ponerse en relación con el ovario para recoger los óvulos y en cuyo vértice se abre el orificio externo de la trompa: *ostium abdominale*.

El ostium abdominal pone en comunicación el peritoneo, a través de la trompa, del útero y la vagina, con el exterior, y su abertura en pleno peritoneo explica cómo un espermatozoide puede llegar hasta la cavidad peritoneal, en la cual, si halla un óvulo, lo fecunda.

La constitución anatómica y la irrigación sanguínea de las trompas, son muy importantes para el estudio del embarazo extra-uterino.

Los vasos que nutren a las trompas provienen de las arterias uterina y ovárica. La uterina da la tubaria interna y la ovárica la tubaria externa, las que, anastomosándose punta con punta, forman la arcada subtubaria que, a su turno, da los ramales que se ramifican en las trompas.

Tal disposición y el venir estos ramales de arterias tan importantes como la uterina y la ovárica, explican cómo la trompa, en caso de embarazo extra-uterino, puede disponer de sangre para el huevo, aun con el feto llegado a término.

Tres capas distintas componen la trompa: la peritoneal, la musculosa y la mucosa.

La peritoneal no es otra cosa que el peritoneo del ligamento ancho que sube, recubre la cara anterior de la trompa y luégo baja, después de cubrir la cara posterior y se adosa o dobla formando el alerón superior o mesosalpíx.

La túnica muscular está compuesta de dos clases de fibras lisas:

una capa superficial de fibras longitudinales y una capa profunda de fibras circulares.

Estas fibras, tanto las de la capa circular, como las longitudinales, sufren la dilatación y la distensión necesarias para encerrar el huevo, que en el embarazo extra-uterino se desarrolla en la trompa; pero como su dilatación no puede ser indefinida, sostienen algunos que el embarazo tubario no puede llegar a término porque las fibras no alcanzan a contenerlo, se revientan y viene necesariamente el aborto peritoneal. Aseveración ésta contradicha por observaciones indiscutibles en las cuales consta que la trompa ha resistido sin romperse, hasta llegar a término el embarazo tubario.

Creo yo que si la trompa puede resistir sin romperse la formación de colecciones purulentas, tan grandes como se hallan en algunas anexitis purulentas, bien puede también dilatarse hasta contener un huevo a término, ya que este proceso es más lento y menos tóxico y corrosivo.

La túnica mucosa está formada histológicamente por un corión en el cual se implantan, en una sola capa, células cilíndricas provistas de pestañas vibrátiles cuyo movimiento se hace del *ostium peritoneale* hacia el *ostium uterino*; células éstas que son mucíparas; el movimiento de las pestañas hace progresar el óvulo hacia la cavidad uterina; el moco que producen parece que sirve como de lubricante para ayudarle a avanzar, pero cuando llega a impregnar completamente al óvulo, le forma una barrera que el espermatozoide no logra franquear.

La mucosa de la trompa forma en la luz del tubo festones que atraviesan casi completamente su calibre, y a veces solamente dejan pequeñísimos intersticios para el paso del óvulo y del espermatozoide, obligándolos así a encontrarse en su camino y a que la concepción tenga lugar.

UTERO

El útero es un órgano hueco de paredes gruesas y contráctiles, destinado a ser el receptáculo del óvulo después de fecundado; a mantenerlo, alimentarlo y, cuando esté maduro, a expulsarlo.

Colocado entre la vagina, que se inserta en su cuello, y las trompas, que desembocan en la unión de su borde superior y sus bordes externos, está recubierto en su interior por una mucosa cuya capa endotelial está compuesta por células cilíndricas convertidas en poliédricas por las presiones que las unas imprimen a las otras, provistas de pestañas vibrátiles cuyos movimientos van del fondo del útero hacia el cuello, presentando por esta razón obstáculo al avance del espermatozoide, que remonta hacia las trompas en busca del óvulo, y entre los grupos de células se halla la desembocadura de algunas glándulas en tubo.

La constitución de la mucosa uterina es lo único que tiene interés en el caso que nos ocupa. La forma del orificio del cuello y sus dimensiones, que varían con los partos, y las curvaturas anormales del eje del útero,

apenas debemos recordarlos, pues es lógico y natural pensar que un cuello cuyo orificio es estrecho naturalmente como lo es en la nulípara o la luz de la cavidad del cuello estrechada patológicamente, por la oclusión que en ella producen las curvaturas, pondrán obstáculos a la penetración del espermatozoide, y si son causa de esterilidad, a *fortiore* lo serán de impedimento para el embarazo extra-uterino.

VAGINA Y VULVA

La vagina es el conducto músculo-membranoso que se extiende de la vulva al útero y que tiene por principal función servir de receptáculo al pene en el momento del coito. Larga ordinariamente, de 0.06 a 0.07 de la vulva al cuello del útero. Esta distancia aumenta en los fondos de saco, sobre todo en el posterior, que mide comúnmente, $1\frac{1}{2}$ a 2 centímetros.

La longitud de la vagina tiene influencia en la facilidad con que se verifica la fecundación; sobre todo cuando es muy pequeña, porque el pene va a alojarse en el fondo del saco posterior y la eyaculación, en lugar de regarse sobre el orificio uterino, queda atrás de él y los espermatozoides, para coger la vía natural en busca del óvulo, tienen que hacer un recorrido de varios centímetros. La demasiada profundidad vaginal es menos defectuosa porque el impulso con que sale la esperma puede poner los espermatozoides a varios centímetros del meato urinario.

La vulva estrecha y la vulva provista de himen, oponiéndose a la penetración del pene, ponen obstáculo a la concepción normal y, con mayor razón, al embarazo ectópico.

Preñez o embarazo es el estado de una mujer en cuyo organismo se halla un óvulo fecundado.

Es ésta la definición más perfecta del embarazo, porque la definición de Tarnier y Chantreuil: "Preñez o gestación es el estado que comienza en el momento de la unión de los gérmenes macho y hembra y termina con la expulsión del producto de la concepción"—no contempla los casos en que no hay expulsión sino extracción y sólo se refiere a los embarazos uterinos en los cuales puede haber expulsión; y la definición de Pinard. —"La preñez es el estado funcional particular en el cual se encuentra la mujer durante todo el desarrollo del huevo humano"—, es imperfecta, porque según ella la mujer a quien se le ha muerto el feto, no estará embarazada.

Admitiendo cualquiera de estas definiciones, tenemos que todo embarazo es extra-uterino, en su principio, porque la unión del espermatozoide y el óvulo solamente puede verificarse antes de que el óvulo haya atravesado la última porción de la trompa, antes de que el moco secretado por la mucosa del oviducto le haya hecho impermeable.

III

EMBARAZO EXTRA-UTERINO

Embarazo extra-uterino o ectópico es el que se desarrolla fuera de la cavidad uterina.

ETIOLOGIA

La causa de este fenómeno no es perfectamente conocida y para explicarlo se ha recurrido a infinidad de hipótesis, fundadas unas en hechos psíquicos, como el terror en el momento del coito, y, otras, en defectos o anomalías de los órganos genitales de la mujer.

Todas las causas pueden ser invocadas y seguramente algunos casos tienen una causa, y otros, otra muy distinta.

Claro está que "todo obstáculo puesto a la migración del huevo fecundado" puede ser causa del embarazo extra-uterino. Pero es mi opinión que en mujeres absolutamente sanas y normales y fecundadas en coitos tranquilos, o fisiológicos, puede presentarse un embarazo extra-uterino.

Veamos por qué:

El espermatozoide desarrolla, en su marcha hacia el óvulo, una velocidad de 0.0025 por minuto. Es decir, de 0.15 por hora. En dos horas puede estar a 0.30 del orificio interior o vaginal del cuello; distancia mayor que la que hay anatómicamente, del punto de partida al ovario, punto el más lejano en que normalmente puede hallarse el óvulo y en 3 ó 4 horas ir a buscarlo a la cavidad peritoneal. Y la vitalidad del espermatozoide es de varios días.

El óvulo, en el lugar que lo encuentre el espermatozoide, es fecundado, siempre que no haya avanzado más allá del tercio interno de la trompa, porque ya está protegido, o más bien, blindado por capas albuminoideas que no se dejan perforar. Pero si el espermatozoide, en su carrera, no encuentra óvulo en la trompa y lo halla en el ovario o en el peritoneo, allí lo fecunda, y entonces la travesía hasta el útero, si la fecundación se hace en el peritoneo, es imposible; y si es en el ovario, la marcha será tan lenta que el tamaño del huevo llegará a un punto en que ya no podrá progresar, y allí se desarrollará.

El hecho de haberse presentado embarazos extra-uterinos al mismo tiempo que embarazos normales, es una presunción en favor de esta teoría.

Las codaduras de la trompa, la falta de epitelio vibrátil que impide o dificulta la progresión del huevo, la inflamación, las presiones externas ejercidas por tumores de vecindad o simplemente por el intestino cargado de materias en mujeres constipadas, las desviaciones del útero; todo obstáculo a la migración del huevo fecundado, es causa del embarazo ex-

tra-uterino por la sencilla razón de que el embarazo normal siempre empieza siendo extra-uterino.

Podría hacerme interminable si enumerara los hechos que pueden causar esta anómala situación del lugar de desarrollo del huevo.

ANATOMIA PATOLOGICA

Es muy importante el estudio anatomopatológico del embarazo extra-uterino, ya para allegar datos útiles al diagnóstico, ya para guiar la conducta que es necesario seguir en el tratamiento quirúrgico, cargado de dificultades en la mayor parte de los casos, no solamente por el estado, generalmente muy grave, de la paciente que se opera, sino por las adherencias que se encuentran y por la revolución que producen en las relaciones de unos órganos con otros.

Véamos las modificaciones que sufre el organismo materno:

En el punto donde se implanta el huevo, los capilares de la región se hipertrofian hasta llegar a convertirse en senos. Esta vascularización exagerada produce dolores y además síntomas objetivos como la tumorcación, que puede hallarse a la palpación, precozmente.

El útero se hipertrofia durante los dos primeros meses y conserva este tamaño todo el tiempo del embarazo; el cuello de la matriz se hace blando, la mucosa se hipertrofia y generalmente es expulsada a los tres meses del embarazo; y, como la expulsión es acompañada de dolores y hemorragias, simula un aborto. (Caso de la señora de Rueda).

En los pechos congestionados y dolorosos se encuentra calostro con la misma frecuencia que en el embarazo normal. Los fenómenos digestivos y simpáticos, como los vómitos de la preñez, y la amenorrea, ayudan a hacer el diagnóstico de embarazo.

Estos fenómenos simpáticos son tanto más acusados cuanto más cerca del útero se halle el sitio del embarazo.

La placenta ofrece grandes diferencias de forma y de espesor, según los órganos en los cuales se inserta; pero como se instala sobre órganos no constituidos para tal función, su extensión es muy grande.

En el único caso que he visto la placenta de huevo a término, se extendía sobre gran número de asas intestinales y sobre el colon transversal, y estos órganos endurecidos y adheridos unos a otros, presentaban una superficie de implantación de firmeza relativa. El líquido amniótico era de cantidad igual a la que se halla en un huevo normal.

Es clásico dividir la preñez extra-uterina en *preñez tubaria*, *preñez ovárica* y *preñez abdominal*, según que se desarrolle en la trompa, en el ovario o en la cavidad abdominal.

La preñez tubaria se divide en intersticial, ístmica, ampular y tubo-abdominal o infundibular, según el segmento de la trompa en que se desarrolle.

En la variedad intersticial, la ruptura prematura del huevo es muy

frecuente y el síntoma dominante es la gran hemorragia que aparece por los órganos genitales externos, y no es raro que el huevo caído al útero, sea expulsado por las vías naturales. En la variedad ampular, la trompa se dilata hasta cierto tamaño, pero parece imposible imaginar que ceda hasta llegar a contener un feto a término. Aun cuando hay autores que aseguran ser esto posible.

En la preñez tuboabdominal el huevo se desarrolla, parte en la trompa y parte en la cavidad abdominal. Y sucede con frecuencia que la trompa se desgarrá parcialmente y falsas mebranas vienen a tapar la herida y a contener la hemorragia.

La preñez ovárica tiene lugar cuando el espermatozoide llega hasta el ovario y fecunda al huevo en el mismo folículo de Graaf.

La preñez abdominal puede ser primitiva, es decir, que la conjunción del espermatozoide y el óvulo puede verificarse en la misma cavidad abdominal, o ser secundaria a una preñez tubaria u ovárica que, rota, deja caer el huevo en la cavidad abdominal, y allí se desarrolla. Esta última es, naturalmente rarísima, porque el feto, privado de envolturas y enmedio de una hemorragia abundante, generalmente sucumbe. Pero cuando puede vencer las primeras fatalidades, el organismo materno le cubre de falsas membranas y le forma una envoltura resistente y capaz de llegar a un completo desarrollo.

En fin, la preñez extra-uterina puede hacerse en un cuerno uterino rudimentario.

En cualquiera que sea el lugar de desarrollo de la preñez extra-uterina, a medida que pasa el tiempo el huevo va creciendo más y más. Si la envoltura maternal puede resistir este crecimiento, la preñez evolucionará hasta llegar a término. Lo que casi exclusivamente puede suceder, es la preñez abdominal o tuboabdominal.

Llegado a término el huevo, a los nueve meses se verifica el falso trabajo. La mujer experimenta los dolores del parto. El feto se mueve más violentamente de lo que ordinariamente lo hacía; el cuello de la matriz se entreabre y viene una pequeña hemorragia. Luégo, todo entra en reposo. La mujer se tranquiliza y el feto se aquieta, y muere.

El huevo llegado a término puede sufrir una de estas contingencias: o es invadido por microbios que atraviesan el intestino, y se putrifica, o los líquidos se absorben, y el feto, penetrado por sales calcáreas, se petrifica. (Caso de Agustina Obando) convirtiéndose en un niño de piedra o litopedión. El cual puede durar años y años en el vientre materno sin producir ninguna novedad.

Cuando el feto es infectado, las partes blandas se convierten en pus y magma; viene una septicemia y, o la madre sucumbe, o el contenido del quiste se abre salida, ya hacia el intestino, ya hacia la vejiga, la vagina o la pared abdominal. (Caso de la señora de Santos).

En la preñez tubaria, la pared de la trompa, no pudiendo distenderse, lo suficiente para contener el huevo, se rompe, y hemorragias más o me-

nos copiosas se producen; hemorragias que desprenden el huevo, lo aprisionan, y con él alterado, forman la masa que se halla en las hematosalpingitis. Si la hemorragia es un poco más importante, la sangre arrastra el huevo produciendo el aborto tubario. Cuando la ruptura de la trompa se hace en el lugar donde están las vellosidades de la placenta, la hemorragia es tan fuerte que puede producir la muerte de la madre por inundación peritoneal, en el espacio de algunos minutos.

SINTOMAS

La preñez extra-uterina tiene una sintomatología muy variada, dependiente del lugar donde se está desarrollando, de la época en que se halle el embarazo y de los accidentes que en su transcurso se presenten.

Hay mujeres que llevan su embarazo extra-uterino con tanta facilidad como llevarían un embarazo común y corriente. Estos más frecuentes en nuestras clases pobres, cuyas mujeres están dotadas de una fortaleza y de una *costumbre* a los sufrimientos, que llegan al final de los nueve meses y sólo consultan al médico porque el falso trabajo las dejó engañadas.

Pero esta es la excepción. La regla general es que el embarazo extra-uterino se presenta desde el principio con dolores y molestias y al cabo de uno o dos meses —a veces antes, otras después— la mujer experimenta un fuerte dolor abdominal acompañado de fenómenos generales graves: lipotimia, desfallecimiento, pulso pequeño y acelerado, vértigo y, en fin, todo lo que caracteriza una fuerte hemorragia interna. Es que el huevo se ha roto y el peritoneo es inundado por el líquido amniótico y por la sangre que acompaña la ruptura de los vasos y senos placentarios, lo que ordinariamente termina con la muerte de la paciente.

Entre estos dos casos extremos se encuentra una gama de signos y de síntomas de los cuales deben considerarse los siguientes: dolores abdominales más marcados del lado en que se halla el embarazo. Estos dolores hacen pensar en anexitis. Irradian a los lomos y a los muslos, y se exacerban en la época que corresponde a las reglas. Las reglas se suprimen en la mayoría de los casos; a veces persisten y casi siempre aparecen hemorragias extemporáneas. Los pechos se inflaman; el cuello del útero pierde su dureza y llega a ser casi tan blando como en el embarazo normal; el cuerpo de la matriz crece hasta medir 12,14 y hasta 16 centímetros de longitud, y no es raro que haya expulsión de la caduca, acompañada de dolores y hemorragia, lo que hace pensar en un aborto.

El tumor fetal produce, por su presencia, síntomas debidos a la compresión que ejerce en los órganos vecinos, como disuria, cuando está vecino a la vejiga, y fenómenos digestivos, diarrea y constipación alternados, por la irritación que produce en el intestino.

El tamaño del huevo puede apreciarse a la palpación, y cuando ésta se hace en un período avanzado del embarazo, se pueden palpar los diversos miembros del feto.

El tacto rectal y el vaginal dan signos precisos: al lado del cuerpo de la matriz se encuentra ordinariamente un tumor blando, semi-móvil y doloroso. Por lo regular, el cuello se encuentra muy alto.

En el segundo período del embarazo es cuando reviste más peligros la ruptura del huevo, porque la hemorragia suele ser tan violenta que la enferma muere en pocos minutos.

En el último período la ruptura es menos grave, y si se hace cuando el feto está aún vivo y el huevo no infectado, la peritonitis que sobreviene, aun cuando grave, no es mortal.

La palpación del abdomen en el último período, da la sensación clara de los miembros del feto, y la auscultación revela los ruidos del corazón fetal después del quinto mes, o el soplo uterino, el que se percibe a veces después de varios días de haber muerto el feto.

MARCHA Y TERMINACION

La marcha y terminación del embarazo extra-uterino dependen, sobre todo, de la resistencia que presente el saco del quiste fetal: si los tejidos que lo forman pueden ir distendiéndose a medida que el feto crece, el embarazo llegará a término, y si en estos momentos no se opera, la enferma experimentará el fenómeno que se ha llamado *falso trabajo*.

El falso trabajo está caracterizado por dolores abdominales muy fuertes e intermitentes, durante los cuales el cuello uterino se entreabre y por su orificio hay corrimiento de sangre, a veces tan fuerte que es una verdadera hemorragia. En este estado, el cuello de la matriz, blando y entreabierto, conserva su longitud, pues no se borra como en el parto normal.

Palpando el vientre en el momento de los dolores, no se perciben contracciones de la matriz. El quiste no cambia de volumen; los dolores son debidos a contracciones de la matriz, independiente y vacía.

Durante este trabajo, el feto experimenta movimientos convulsivos ráidos y fuertes, y al cabo de algunas horas sucumbe en medio de agudos dolores experimentados por la madre.

El fenómeno del falso trabajo puede repetirse durante varios meses, con intervalos de tiempo de 20 a 30 días, y cada vez menos dramático.

Ha sucedido que, fruto del falso trabajo, el feto es expulsado por la vagina, por el útero o por el recto!

Verificado el falso trabajo y el feto muerto, una de dos cosas puede suceder; o el quiste se infecta por migración de microbios del intestino, o los líquidos se absorben, el feto se calcifica o se convierte en litopedio.

En el primer caso, la madre sufre una septicemia; si no sucumbe a ella, el quiste, como lo haría una colección purulenta, se abre paso hacia el exterior, ya hacia un órgano hueco —intestino, vejiga, vagina, etc.—, ya adhiriéndose a la pared abdominal, por donde se elimina en la forma de pus, magma, y secuestros óseos. El punto más frecuente por donde se

abre, es por el ombligo. Yo, personalmente, he extraído secuestros de ahí. (Caso de la señora de Santos).

Si el feto se convierte en litopedio, queda como cuerpo extraño en la cavidad peritoneal, produciendo en ella todas las molestias y ofreciendo todos los peligros que un cuerpo de tal tamaño produce sobre la circulación abdominal y sobre la función digestiva por la compresión que hace del intestino y sobre el sistema nervioso simpático, al que traumatiza constantemente.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la preñez extra-uterina hay que hacerlo con diversas entidades patológicas, según la época en que se examine a la enferma, y según que el feto se halle vivo o muerto.

En los primeros meses es casi imposible hacer un diagnóstico absolutamente acertado de preñez ectópica: no hay datos suficientes para ello; pero para algunos autores basta una sospecha bien fundada para resolver se haga la operación.

En el primer período se puede confundir con una salpingitis supurada. La hemosalpingitis y el hematocele retro-uterino no son otra cosa en realidad que embarazos extra-uterinos, rotos, y cuya hemorragia ha producido la tumoración.

Para distinguir el embarazo extra-uterino de la anexitis, tenemos como datos los fenómenos de la preñez, que aun cuando no muy claros, juntándolos con los datos que sobre relaciones sexuales dé la enferma, permiten presumirlo, así como la ausencia de flujo vaginal y de fiebre. La fiebre que suele presentarse en el embarazo extra-uterino es poco elevada, y la de la anexitis es siempre muy alta y acompaña a la enferma durante toda la formación de la tumoración.

Con la retroversión del útero grávido es más difícil hacer el diagnóstico, porque en ambos casos se hallan los signos de preñez, aun cuando menos precisos en la extra-uterina. En estos casos el tacto vaginal y el rectal, junto con la palpación bimanual, pueden darnos por resultado el poder palpar, cuando se trata de preñez ectópica, un tumor que, por muy vecino que esté del útero, siempre un surco más o menos grande, lo separa de él.

La posición del cuello en la vagina y el tacto rectal, dan datos casi seguros sobre las curvaturas de la matriz, pues un cuello colocado muy cerca a la pared anterior, revela una matriz retrovertida o retroflejada, y por el tacto rectal el fondo del útero se toca tan cerca del recto que se puede percibir su curvatura. Además, el dato de las reglas dolorosas anteriores está en favor de las desviaciones y flexiones del útero.

Los quistes del ovario y los fibromas pediculares, ofrecen a veces dificultades; pero un examen atento y los datos de hemorragias anteriores,

en el caso de fibroma, y la movilidad del quiste, ayudan a transar el problema.

Cuando el embarazo se halla roto, la confusión puede venir con un aborto: hay veces (caso de la señora del Hospital San José) en que la hemorragia vaginal es muy fuerte, y los dolores y la expulsión de una caduca pueden hacer caer en error en el diagnóstico. Pero el estado del cuello es muy diciente y, además, en el caso de embarazo extra-uterino, roto, los fenómenos de hemorragia interna son bastante marcados y siempre existe una tumoración que se puede palpar, ya por el tacto vaginal, ya por el rectal o por la palpación bimanual.

Después de cinco meses, con feto vivo, el diagnóstico es menos difícil, porque hay sólo una entidad con la cual se puede confundir: el embarazo normal. Pero la superficialidad del feto y el tacto rectal, que muestra el útero vacío separado del quiste fetal, quitan toda duda. Con feto muerto, el diagnóstico debe hacerse con el embarazo normal, con los fibromas y con los quistes dermoides. En estos casos la crepitación de los huesos del cráneo es el elemento esencial del diagnóstico.

Cuando el feto se ha infiltrado de sales calcáreas, en el litopedio se alcanzan a distinguir las partes del feto más o menos transformadas, solamente un fibroma en madrépora o en el que los tumores se hayan repartido en forma más o menos crucial, puede haber confusión. En caso de duda, como ambas lesiones imponen el tratamiento quirúrgico, el determinar la laparotomía no es muy grave; pero si se quiere una conclusión cierta antes de operar, los Rayos X transarán toda duda. Y se me ocurre que solamente en casos de medicina legal sea indispensable tener un diagnóstico así de preciso, antes de intervenir.

PRONOSTICO

El pronóstico de la preñez extra-uterina es siempre muy grave, y más en nuestro medio, en el cual la paciente casi no consulta al médico por novedades de orden genital, y cuando se ve forzada a consultarlo es porque la novedad llega a ser extrema o los dolores verdaderamente insopportables: El hecho de que en la Sala de Ginecología, entre 87 casos de cáncer del útero, que se presentaron en el año de 1938, solamente uno hubiera llegado en estado de operabilidad, es una prueba de esta afirmación.

El embarazo extra-uterino, no operado, tiene únicamente tres maneras de no ser mortal para la madre y ninguna para el feto: que la hemorragia no sea muy copiosa y quede en el estado de quiste hemático, o que el feto, llegado a término, se infiltre de sales calcáreas y que en tal estado permanezca, como cuerpo inerte, o que, supurado, se abra salida a través de un órgano, hueco, como el intestino, la vejiga, etc., o a través de la pared abdominal. (Caso de la señora de Ismael Santos).

Para el feto, el pronóstico es casi siempre fatal en nuestro medio. No conozco ningún caso en el cual se haya salvado el producto de un emba-

razo extra-uterino. Creo que S. R. es el único colombiano que puede exhibir ese título.

En la literatura que al respecto he podido consultar, he encontrado que Orillard ha reunido sesenta y una observaciones de fetos sacados vivos, de los cuales solamente diez sobrevivieron, comprobadamente. Lawson Tait cita tres niños que él salvó por operación en embarazo extra-uterino.

Pinard cita 38 enfermas, y de sus estadísticas pueden sacarse estos porcentajes:

De 11 casos, vistos en el primer período 8 murieron y 3 se salvaron: 72% de mortalidad.

3 casos hallados en el segundo período. Todos murieron: 100% de mortalidad.

Y en 24 casos hallados en el tercer período 13 murieron: 54,16% de mortalidad.

Advirtiendo que de las enfermas halladas en tercer período, *todas* las que rechazaron la intervención quirúrgica, *murieron*. Lo que equivale, en total, a una mortalidad de 63,16%.

Las estadísticas de Pinard son de ya lejana época quirúrgica.

Los progresos de la cirugía han conseguido mejorar notablemente estos porcentajes; y así vemos, para orgullo nuestro, que en la Sala de Ginecología de San Juan de Dios, de 6 casos que se operaron en el año de 1938, todos en el primer período de embarazo, no hubo uno sólo de mortalidad.

Si fuera posible que todas nuestras mujeres acudieran a las clínicas en estado semejante al en que se presentaron estas seis, es decir, cuando apenas empieza la hemorragia, la mortalidad general de esta dolencia sería —resalta a la vista— mucho menor de lo que es actualmente.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la preñez ectópica varía según la época en que se encuentre, y después del quinto mes de embarazo, según que el feto esté vivo o muerto.

En los primeros meses es necesario operar inmediatamente se haya hecho el diagnóstico, aun cuando no se tenga certeza absoluta de él: las confusiones son siempre con entidades que se benefician de la intervención. Aun al embarazo en matriz retroflejada le conviene la operación por medio de la cual se liberta el útero de adherencias y se endereza.

Después del quinto mes, con feto vivo, es prudente esperar a que el feto sea viable, conservando a la enferma en reposo absoluto y teniendo todo listo para intervenir: "La expectativa armada" de que tanto se ha hablado y se habló en la antigüedad y que hoy existe en todas las clínicas de Bogotá.

Cuando el feto es viable, la laparotomía mediana es la vía que debe

usarse. Llegando al quiste, se abre, se extrae el niño, se liga el cordón, se desprende la placenta, para lo cual basta abarcar todo el pedículo en que se inserta para que se desprenda. Si las membranas se hallan adheridas a órganos abdominales, se deshacen éstas rompiendo a tijera, a expensas de las membranas, y se cierra, dejando drenes.

La marsupialización aconsejada por los antiguos no se justifica hoy.

Algunos autores aconsejan, como vía de acceso, la vaginal, cuando el feto está en alguno de los fondos de saco uterinos. A mí, esta vía me parece absurda. Quizá tuvo razón de ser en épocas preasépticas, cuando una laparotomía llevaba todos los peligros de una herida penetrante del abdomen; pero hoy no se justifica el operar a ciegas y a través del túnel vaginal.

HISTORIA Nº 1

(N. de R.)

Esta historia fué presentada por mí, en el año de 1926, a la Sociedad de Cirugía, y por ella fuí nombrado Miembro correspondiente de esa Sociedad.

Como al someter mi trabajo a discusión se creyó que yo había tomado por aborto la expulsión de la caduca y no se me entendió que ironizaba contra quien había hecho el diagnóstico de hernia estrangulada y de aborto y que mandaba a la enferma a operarse a Panamá, por una, que él creía, hernia umbilical, advierto, al presentarla de nuevo, que la señora N. de R. *no tenía hernia alguna* y que lo que tomaron por *aborto*, fué *la expulsión de la caduca*.

Para mayores datos pueden verse los números 202 y 203 del "Repertorio de Medicina y Cirugía".

Acompaño el retrato que me envía desde Girón, en donde vive, S. R. junto con la carta que me escribe.

Roberto Serpa

HISTORIA Nº 1

(Sra. M. de R.)

El día 12 de febrero de 1923, a las 10 de la noche, en la población de Girón, mientras operaba a un herido de gravedad y de urgencia, fuí llamado por el señor E. R. a que viera a su esposa "que tenía desde hacía dos días muy fuertes dolores en una hernia umbilical que ya otras veces se le había estrangulado".

A las 11 p. m., luego que me hube desocupado de mi enfermo, fuí a ver por primera vez a la señora M. de R. Tenía treinta y siete años de edad, había tenido seis partos a término y un aborto (?).

Los seis hijos están vivos y alentados. El aborto databa de cinco meses. No daba antecedentes de endometritis anteriores.

Un día —hacia cinco meses— tuvo fuertes dolores en el bajo vientre y en las caderas, acompañados de hemorragia uterina. Llamado su médico, diagnóstico un aborto. Y, en efecto, él, la señora y el marido vieron una bolsa expulsada que tomaron como el embrión que confirmaba el diagnóstico de aborto, y la señora mejoró.

Dos meses duró la mejoría, y luego se presentaron dolores abdominales bastante fuertes para hacer llamar de nuevo a su médico, quien después de examinarla diagnosticó una hernia umbilical, estrangulada, que redujo(?), y puso un vendaje contensivo, el cual debía usar mientras no fuera a operarse a Panamá.

Estado actual. Cara pálida, grandes ojeras, voz débil y temblorosa, muy fuerte dolor abdominal que se exasperaba a la más suave palpación; vientre balonado con mayor prominencia en la zona umbilical; lengua saburral; pulso pequeño, rápido e intermitente; temperatura axilar, $37\frac{1}{2}$; constipación sólo vencible con purgantes y lavados.

Desde hacía tres días guardaba cama buscando inútilmente en el reposo, en la compresión y en las fomentaciones frías y calientes alivio a sus dolores.

Aplicada una ampolleta de sedol para, en una tregua de tales dolores, poder explorar el abdomen, encontré una tumoración de consistencia heterogénea, de forma muy irregular y que al explorarla producía dolor a pesar del sedol. En la zona umbilical y en los flancos daba a la palpación, la blandura de un quiste ovárico; en los hipogastrios se hallaba dureza de mioma, y en la fosa ilíaca izquierda se palpaba un cuerpo esférico y duro como un coco.

A la palpación bimanual (el índice y el medio de la mano izquierda en la vagina y la mano derecha en el abdomen) se hallaba el cuello desgarrado de múltipara, ligeramente blando, y libre y móvil. Pero, como los fondos de saco, izquierdo y posterior, se palpasen llenos, hice el tacto rectal y por él me di cuenta de que la matriz era independientemente del cuerpo duro que se palpaba en el abdomen.

Todos estos datos me habían dado la idea de un embarazo ectópico; idea que se confirmó cuando un momento después, en un grito de dolor de la enferma, pude sentir un movimiento de tumor.

Las objeciones del esposo, fundadas en el aborto de cinco meses antes y su abstinencia desde esa fecha, me persuadían de que el feto estaba a término y que se debía proceder a la mayor brevedad.

Resolví la operación a pesar de estar la enferma agotada (por los dolores) y de flaquearle el corazón; porque aparte de todas las consideraciones dependientes de un embarazo ectópico a término con feto vivo, había en este caso el elemento dolor, que era punzante, continuo e insoportable: dolía como una hernia estrangulada.

Como al día siguiente por la mañana, se encontrara en la localidad

el doctor Julio Valdivieso, lo hice llamar para que con sus luces me hiciera ver el engaño en que estaba o confirmara mis ideas; y este distinguido colega, que veía por primera vez a la enferma, confirmó en un todo mis puntos de vista.

Se trasladó a la enferma, en parihuela, a Bucaramanga el día 1º de febrero. Se le hizo un nuevo examen en junta con los doctores Luis Ardila Gómez y Salvador Pérez, quienes aprobaron la operación para el día siguiente, como en efecto se hizo.

Operación. Anestesia clorofórmica. Desinfección de la pared con tintura de yodo. Incisión media longitudinal de 18 centímetros.

Abierto el abdomen, apareció el feto envuelto en sus membranas, entre una cantidad normal de líquido amniótico; la cabeza ocupaba el pequeño bacinete y el resto del cuerpo ascendía en el abdomen.

Al sacar el niño hizo un brusco movimiento y con uno de los pies desgarró la placenta.

La situación se hizo difícil: la placenta, de mayor tamaño que el normal, se insertaba sobre el estómago; el colon transversal, el grande epiploon y sobre gran cantidad de asas intestinales botaba sangre con toda la abundancia de una hemorragia puerperal. Taponar era imposible: venas de gran calibre sangraban; entonces agarré con una mano todo el conjunto de vísceras en donde se insertaba la placenta y, estrangulándolas, cesó la hemorragia y se desprendió la placenta con la facilidad con que se desprende normalmente mediante la contracción uterina.

Se hizo ligera presión sobre las superficies de inserción con compresas humedecidas en agua hervida caliente. Luego de rectificar y convencerme de que nada sangraba y de haber enjugado y sacado toda la sangre y el líquido amniótico que había en el abdomen, se cerró la pared en tres planos: el peritoneo y los músculos con catgut y la piel con crin de Florencia, dejando un dren de gasa.

Durante la operación y después de ella la enferma recibió 250 centímetros cúbicos de suero fisiológico, con 25 centigramos de citrato de cafeína.

En la operación intervinieron, como primero y segundo ayudantes, los doctores Julio Valdivieso y Luis Ardila Gómez. La narcosis estuvo a cargo del doctor Salvador Pérez.

El resto del día fué malo. El choque peritoneal había sido demasiado fuerte y la hemorragia muy abundante para una enferma debilitada por cinco meses de sufrimientos y de corazón insuficiente. El pulso se hizo miserable y en la cara se marcó el tipo de faz peritoneal. Se le aplicaron 5 centímetros cúbicos de aceite alcanforado al 10% y 1 centigramo de morfina, que la reanimaron un poco; y se le puso hielo en el abdomen sobre el vendaje. La temperatura axilar a las 8 de la noche era de 37 grados, y el pulso de 120 por minuto.

El día siguiente —21 de febrero— siguió la misma situación. El intestino se movió espontáneamente a las 2 de la tarde; pero apareció tim-

panismo abdominal; la temperatura subió a $38\frac{1}{2}$ y se presentaron vómitos biliosos.

El día 22 de febrero fué cada momento peor, hasta las 4 de la mañana del 23, en que murió.

Los signos peritoneales no se marcaron muy fuertemente, quizá por haber drenado el abdomen.

El niño, producto de este embarazo anormal, que fué bautizado con el paradójico nombre de *Salvador*, era perfectamente sano y pesaba 3.500 gramos.

Fué adoptado por don Luis F. Piña y su señora, quienes lo cuidan y quieren como propios padres. Los cinco primeros días lo alimentó una nodriza; luego, teniendo que trasladarlo a Girón, fué sometido a alimentación artificial; pero como se presentara una diarrea verde, cambiaron los teteros por leche de burra, lo que no lo alivió. Resolvieron entonces darle por nodriza a una oveja, la que llegó a domesticarse tan completamente que a las horas de las comidas del niño, balando iba a buscarlo. Desde entonces se alentó por entero de sus novedades intestinales, siendo al año, el más hermoso niño de aquellos contornos.

Roberto Serpa

HISTORIA Nº 1

(AGUSTINA OBANDO)

El 10 de abril de 1915, siendo yo interno de la clínica de Ginecología, recibí en el servicio a Agustina Obando, de 30 años de edad, natural de La Palma y jornalera de profesión, a quien se refiere la historia Nº 705 de la Sala de Ginecología, la cual presento debidamente autenticada por el actual jefe de esa Clínica, doctor Arturo Aparicio.

Al examinarla encontré en sus antecedentes la historia de un falso trabajo; a la palpación, partes endurecidas de un cuerpo que, remotamente, daban la sensación de un feto, pero de una dureza franca: a la palpación bimanual, se constaba que el útero no hacía parte del tumor, y por el tacto rectal se podía tocar el fondo de la matriz.

Hice el diagnóstico de litopedión, y con tal diagnóstico presenté la enferma al profesor, doctor Rafael Ucrós, quien la examinó, confirmó el diagnóstico, dió una conferencia sobre embarazo extra-uterino y fijó el día de la intervención para el 15 de abril.

Es apenas oportuno recordar que en 1915 no había en San Juan de Dios servicio de Rayos X, los que hubieran dado al diagnóstico certeza definitiva.

El día de la operación, cuando íbamos a empezarla, el Profesor Ucrós dijo a los alumnos de la Clínica: "Se trata de un diagnóstico de nuestro interno, de un caso muy importante y es justo que él sea quien lo opere. Yo le serviré de ayudante".

Y así, el primer caso de embarazo extra-uterino que vi, fué operado por mí teniendo como ayudante a quien es considerado, con justa razón, como el primer ginecólogo del país, y, por quienes tuvimos la fortuna de ser sus discípulos, como el Maestro que, con talento insuperable, nos enseñó la cirugía que aprendimos en el Hospital de San Juan de Dios.

Un artista, amigo del doctor Ucrós, dibujó a pluma, el litopedión de la Historia, y el mismo Profesor Ucrós me lo proporcionó para acompañarlo a este trabajo.

Roberto Serpa

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

CLINICA DE GINECOLOGIA

Cama Nº 15. — Observación Nº 705.

Entró el 10 de abril de 1915. — Salió el 2 de mayo de 1915.

Antecedentes generales:

Agustina Obando, de 30 años de edad, natural de La Palma y jornalera de profesión. Entró a esta sala en la fecha ya citada, después de tres años de enfermedad. La cual le empezó y le evolucionó en los nueve primeros meses como un embarazo. Se suspendieron las reglas, el abdomen creció progresivamente y en él la enferma sentía los movimientos fetales. Los senos se hipertrofiaron. Cumplidos los nueve meses, tuvo un falso parto, y desde entonces conserva en su mismo estado la tumefacción que encontramos en el abdomen.

Partos: Ha tenido 7 hijos.

Abortos: Ninguno.

Blenorragia: sí.

Reglas: Normales.

Flujo: Hace un año tuvo uno durante 2 meses.

Dolores: En el flanco derecho, en la zona umbilical y la fosa ilíaca derecha, siente un dolor sordo y continuo que la exaspera al caminar o al tocarse dichas partes.

Palpación abdominal: Es un poco dolorosa y se encuentra: en el flanco derecho y en la parte superior de la zona umbilical, un cuerpo de consistencia dura y que se desaloja ligeramente al imprimirle movimiento. En el resto de la zona umbilical y parte superior de la zona derecha, cuerpos más pequeños e igualmente duros.

Tacto vaginal: Se encuentra el cuello móvil y el orificio del cuello convertido en hendidura transversal.

Palpación binanal: Se percibe que los movimientos imprimidos al tumor no se transmiten al útero, que se encuentra alojado hacia la parte izquierda.

Estado general, sistema nervioso, aparato circulatorio, aparato respiratorio, aparato digestivo, aparato urinario: Normales.

Diagnóstico: Embarazo extrauterino (Litopedión).

Tratamiento médico: Ninguno.

Intervención quirúrgica: Narcosis clorofórmica. Incisión longitudinal desde la parte inferior del ombligo hasta el pubis. Abierta la cavidad abdominal, se apercibió, cubierto por el gran epiplón, un cuerpo de color blanco-nacarado, prendido por un pedículo óseo a un cuerpo ovoideo que, a su vez, estaba ligado a la trompa izquierda y adherido al recto y a la fosa ilíaca. Siendo imposible la disección del epiplón, se cortó después de haberle ligado sus vasos entre cuatro ansas de catgut. Se desprendieron los cuerpos, que no eran otra cosa que el feto y su placenta, de las adherencias al intestino y al recto y, cortada la trompa, se extrajo el litopedión y su placenta. El ovario derecho tenía un quiste sanguíneo del que se hizo la inipuntura al termocauterio.

La operación duró veinte minutos.

La enferma se levantó al cuarto día de haber sido operada.

Examen microscópico y bacteriológico: No se hizo.

Causa de salida: Curación.

Cuadro de temperatura: Abril 15, operación: Mañana, 37. Pulso, 88. Tarde, 37,5. Pulso, 88.

Abril 16: Mañana T. 37. Pulso, 82. Tarde: 36,4. Pulso, 88.

Abril 17: Mañana T. 36,4. Pulso 88. Tarde: T. 37. Pulso, 88.

Abril 18: Mañana, T. 37. Pulso 72. Tarde: T. 36,4. Pulso, 80.

Abril 19: Mañana, T. 37. Pulso, 72. Tarde: T. 36,5. Pulso, 80.

Abril 20: Mañana, T. 37. Pulso, 86. Tarde: T. 36,5. Pulso, 86.

Abril 21: Mañana, T. 36,5.

Bogotá, marzo 16 de 1939.

El Profesor,

Rafael Ucrós

El Interno,

Roberto Serpa

El Alumno,

Marzo, 17—39—.

Ramón Jesurón P.

Es auténtica. El Jefe de Clínica,

Arturo Aparicio

HISTORIA Nº 3

(B. de V.)

El día 25 de febrero del año 1936 fui llamado de urgencia a la Casa de salud de Marly para ver a la señora B. de V., en junta médica con los

doctores Alfredo Izquierdo, Jorge Uribe Olarte y Abel Echeverri Marulanda.

Se trataba de una señora de 36 a 38 años de edad, muy gorda, que había tenido tres hijos: la mayor, de unos siete años ya, y el menor, apenas de año y medio.

Hacia veinte días estaba temperando en la Estación de San Javier. Mujer bien reglada siempre, como notara un retardo de un mes en la presentación del período, resolvió tomarse unas cápsulas de quinina como emenagogo. Al cabo de tres o cuatro días de estar tomando la droga, al levantarse una mañana sufrió un vértigo tan fuerte que la hizo caer sobre la cama, y dicen quienes la vieron, que se puso intensamente pálida.

Seis horas después fué vista y examinada por el doctor Alfredo Izquierdo, quien halló lo siguiente: cien pulsaciones por minuto; temperatura, 36,5; náuseas y vómito; fisonomía angustiosa y la frente cubierta de gotitas de sudor.

A la inspección del abdomen se percibía una pequeña hernia hepigástrica. Había fuerte dolor en el hepigastrio, dolor que se irradiaba a la espalda y que se exacerbaba a la palpación. En los hipocondrios, hipogastrio y fosas ilíacas no había dolor, ni espontáneo ni a la palpación.

La primera impresión del doctor Izquierdo fué la de que se trataba de una hernia estrangulada. Pero hallándose que la hernia se reducía, cambió de opinión sin hacer diagnóstico preciso, y resolvió trasladarse con la enferma a Bogotá y someter el caso a una junta médica con el diagnóstico de un "Abdomen agudo".

Ya en el tren, le dijo la señora haber tomado la quinina y que con ella le había venido "un poquito de flujo menstrual".

Cuando fuí llamado y examiné a la señora, la encontré con una fisonomía muy angustiosa. Se quejaba constantemente de dolor en todo el abdomen. Pulso filiforme y muy acelerado. Había recibido un lavado que no había devuelto. Apenas se dejaba palpar y percutir. Temperatura: 35,5. Pulso: 160.

Ante este cuadro, la junta resolvió hacer una laparotomía, inmediatamente; laparotomía que era exploradora y que debía hacerse supra-umbilical por haber empezado los dolores en la región hepigástrica.

Operación: A las nueve de la noche y con anestesia por gases, se procedió a hacer la laparotomía. Incisión longitudinal de dos dedos abajo de la apéndice xifoide al ombligo. Abierto el peritoneo, apareció la cavidad abdominal llena de sangre. Se exploraron rápidamente el estómago, el hígado y los intestinos. No hallando nada anormal en los órganos contenidos en la región alta, el doctor Echeverri Marulanda, que era el cirujano principal, exploró las trompas y, hallando rota la izquierda, prolongó la incisión hacia abajo y fué colocada la enferma en la posición de Trendelenbourg. La trompa estaba rota en la región ampular, se ligó y se extrajo.

No tenía adherencia a ningún órgano; se cerró la pared en dos pla-

nos después de haber extraído la mayor parte de la sangre regada en el abdomen y se dejaron dos drenes de caucho.

La operación duró treinta minutos y en ella intervinimos: el doctor Abel Echeverri Marulanda, como principal, el doctor Alfredo Izquierdo y yo, como ayudantes.

La enferma quedó muy agotada y débil después de la intervención. Se la calentó artificialmente, se le aplicaron tónicos cardíacos, suero fisiológico y 500 c. c., y suero glucosado, 250 c. c.

Día 26: T. 37. P. 160.

Se le aplicaron en el curso del día 1000 c. c. de suero fisiológico y 250 de suero glucosado, esparteína y aceite alcanforado.

La temperatura no volvió a la normal. Se presentaron vómitos y el pulso se hizo incontable.

A las 3 de la mañana del día 27, murió de anemia aguda.

Bogotá, marzo 1939.

Roberto Serpa

A. S. Izquierdo

Es auténtica,

CLINICA DE MARLY

Bogotá, 25 de febrero de 1936

Pabellón, Sagrado Corazón. Pieza N° 16.

Nombre del enfermo, Bertilda de Villamil.

Edad 37 años. Natural de Bogotá. Departamento de Cundinamarca. Estado casada.

Personas a quienes la Clínica puede dirigirse en caso necesario.

Día de entrada 25 de febrero. Día de salida. Defunción el 27 a las

3 a. m.

Operada el día 25 de febrero.

Cirujano doctor Roberto Serpa.

Médico Ayudante doctor Abel Echeverri y doctor Izquierdo.

Anestesista Practicante Hernán Gómez.

Anestesia Gases.

Operación. Al abrir el peritoneo lleno de sangre y coágulos. Se pensó en un embarazo extra-uterino el cual se encontró en la trompa izquierda que estaba reventada al nivel del pabellón. Se extirpó.

La enferma fué operada con 160 pulsaciones.

Se le dejaron dos drenes de caucho y se cerró la pared en dos planos.

Operada de urgencia.

HISTORIA Nº 4

Del caso de la señora de Ismael Santos

En el mes de mayo de 1919 fui llamado por el señor Ismael Santos para recetar a su señora, quien estaba enferma desde hacía varios meses.

A las 10 de la mañana del mismo día llegué a la casa de habitación del señor Santos y hallé sentada a su esposa en una silla mecedora.

Se trataba de una señora de unos 38 años de edad, muy enflaquecida, con tinte icterico de la cara, voz débil y lánguida.

Examinándola hallé:

Antecedentes: Había tenido cinco hijos de los cuales solamente vivían tres. El menor, de unos cuatro años.

Los partos habían sido normales, y sólo en dos de ellos había sufrido ligeras elevaciones térmicas que atribuía a la "bajada de la leche".

No había habido abortos.

Estado actual: La señora. había tenido un embarazo más o menos normal, con algunos dolores; pero no había ocurrido al médico porque creía que tales novedades se debían a que estando ya algo vieja, los achaques del embarazo le impresionaban más que antes. Ella fué mujer vigorosa y fuerte, no como ahora se encontraba, después de haber estado al borde de la tumba, víctima de una fiebre altísima y larga.

Pasaron los nueve meses de preñez, y el día en que se presentaron los dolores vino la comadrona, alistó todo y esperaron el advenimiento del niño. Pero el niño no vino: apenas una pequeña hemorragia acompañó al aparato del parto.

Este percance le sucedió en Tona, a nueve leguas de Bucaramanga, en donde no había médico.

Con la muy oportuna interpretación de que algún maleficio había sido el culpable de la desaparición del niño que ella había sentido moverse en su vientre, quedaron todos calmados y no se llamó médico, lo que, además, les hubiera costado \$ 100.00, cantidad cinco veces mayor que el sueldo mensual del marido.

Hechos el silencio y la quietud en el vientre, la señora siguió su vida normal por espacio de cinco o seis meses, hasta que un día se sintió muy enferma: dolores abdominales, calofrío y fiebre estallaron, y durante más de un mes estuvo entre la vida y la muerte. Un mes antes de llamarme, la tumoración que tanto le dolía, se abrió por el ombligo y por ahí botó gran cantidad de pus, con lo que se alivió y pudo ser trasladada Bucaramanga. Entonces fui llevado a verla.

La enferma, extraordinariamente enflaquecida, con pulso débil y muy acelerado que batía en la radial, detrás de una piel apergaminada y seca, presentaba una tumoración difusa que a la palpación producía chocar de huesos, en tanto que un pus delgado y moreno salía por un orificio de las dimensiones de la cabeza de un alfiler, abierto en la cima del ombligo.

Los antecedentes de la preñez, del falso trabajo, de la fiebre prolongada y grave, de la abertura por el ombligo y el crepitar óseo del tumor, me llevaron fácilmente al diagnóstico de feto macerado e infectado, con abertura del quiste a la pared abdominal.

Como la enferma estaba tan agotada, propuse como tratamiento la abertura con cocaína de la pared o, más bien, el agrandamiento del orificio de la fístula.

Como ni la enferma ni sus familiares accedieran al tratamiento, prescribí suero fisiológico y un vino tónico, e hice llamar en consulta al doctor Salvador Pérez.

La enferma se repuso un poco, pero no fué posible que se operara.

Días después, fui llamado de urgencia, y hallé que, por el orificio de la fístula aparecía un hueso. Lo agarré con una pinza de kocher y, tirando suave y lentamente, apareció una clavícula. (En otra ocasión el doctor Pérez extrajo un fémur). Y, así fueron saliendo algunos huesos largos, y la enferma misma se los sacaba tirándolos: ya no necesitaba médico para estas extracciones. Perdí de vista a la enferma durante algunos meses al cabo de los cuales la hallé en la calle. Estaba bastante repuesta. Le pregunté cómo seguía y me contó lo de las extracciones y me dijo que estaba esperando le salieran todos los huesos para enterrarlos en "tierra santa".

Luégo de esto, vivió vario años. Pero yo no volví a recetarla.

Roberto Serpa

Bucaramanga, marzo, 1939.

Es auténtica.

Salvador Pérez

HISTORIA Nº 5

Florinda Díaz

Florinda Díaz, de 27 años de edad, natural de La Paz, Cundinamarca.

Ha vivido desde hace dos años en Colorados, K 185 del ferrocarril de Cundinamarca, cerca de Puerto Salgar, lugar densamente palúdico.

Además de las enfermedades comunes de la infancia: tos ferina y sarampión, ha sufrido de paludismo y anemia tropical, para los cuales ha tenido tratamientos apropiados, pero la acción constante del clima y del terreno, fuertemente infestados de anofeles y de larvas de anquilostomos, uncinaria y tricocéfalos, la han convertido en una palúdica crónica, con la flacura y la tez de quien tiene su sangre parasitada de plasmodios y su intestino de anquilostomos y tricocéfalos.

Las reglas muy irregulares, le duran cinco, seis y hasta ocho días, y a veces pasan varios meses sin venirle el período.

Su pasado genésico comprende cuatro partos. Los dos primeros niños, que nacieron en buen clima, viven: el mayor tiene 14 años y el segundo, 12. Los otros dos partos fueron dos niñas. La una murió a los cuatro meses, de "vómito y daño del estómago" y la otra nació a los siete meses, muerta. La última niña, la que nació muerta, fué del marido actual de Florinda.

Desde el 8 de noviembre de 1938 no le ha venido la regla. El 18 de enero de 1939, al hacer un esfuerzo, se sintió con hemorragia vaginal; creyó que fuera la regla que le llegaba, porque no experimentó ningún dolor y no sabía que estuviera encinta, pues en ella no era raro pasar dos y tres meses sin que se le presentara el período. Siguió trabajando. Su oficio era muy fuerte: "cocinar para 26 peones sin quien le ayudara ni a lavar los platos y las ollas, pelando plátanos y yucas y teniendo que alzar, al fogón, esos ollones tan grandes y pesados".

Así duró ocho días. Como la hemorragia, en lugar de contenerse, le aumentara, y le empezara a doler mucho la fosa ilíaca derecha, fué a consultar al médico, quien le dió hemostáticos y calmantes.

Como con ésto no se calmara y los dolores y la hemorragia le aumentaran, volvió a consulta, y el médico, doctor Fidel Bahamón, viendo el caso grave, la mandó a esta ciudad.

El 30 de enero fué embarcada en el tren, en Colorados, y transportada hasta Bogotá (185 kilómetros). Venía con fuerte hemorragia y dolores muy agudos en la fosa ilíaca derecha y en la vagina.

El día 31 de enero, en la tarde, fué examinada por el doctor Alfredo Izquierdo Izquierdo y por mí, en el Hospital de San José, pabellón de Santa Teresita. Estaba muy anémica y enflaquecida. Pulso 180. Temperatura, 37½. Fuertes dolores en la fosa ilíaca derecha y en la vagina. La sensibilidad era tal, que no aguantaba las cobijas sobre el vientre. La hemorragia era muy abundante: daba la impresión de hemorragia por aborto de tres meses.

Al tacto, se hallaba un cuello doloroso, ligeramente blando y poco móvil. Los fondos de saco anterior y lateral izquierdo, libres; el derecho estaba abombado por una masa blanda, inmóvil y dolorosa; en el posterior se tocaba una masa blanda.

Puesto el especulum, se veía salir por el orificio del cuello un hilo de sangre roja.

Diagnosticamos embarazo extra-uterino roto. Prescribimos coaguleño, suero fisiológico y hielo sobre el vientre. Y determinamos operarla al día siguiente.

No habiendo podido conseguir turno para el 1º de febrero, se operó el día 2, a las 7½ de la mañana.

Operación: Narcosis, mezcla de Schleich. Insición de Phanestiel. Abierta la cavidad abdominal, se encontró en la fosa ilíaca derecha una

masa negruzca, del tamaño de una naranja, cubierta por el grande epiplón y adherida a algunas asas del intestino delgado y al recto. Se ligó el epiplón arriba de sus adherencias y se cortó; se rompieron con los dedos forrados de una compresa, las adherencias a los intestinos delgados y al recto; se desprendió la masa de las paredes; se ligaron las arterias ováricas y del ligamento redondo y se ligó la trompa cerca al cation uterino: se extrajo el quiste con el ovario derecho y los pocos coágulos que había en el pequeño basinete. Se peritonizó cuanto fué posible, tapando las superficies cruentas se vertió éter en el pequeño vasinete y se cerró la pared.

El post-operatorio fué muy bueno y sólo vino a ser turbado por una diarrea con pujo y tenesmo, que se le conjuró con emetina y carbarzón.

Los tres primeros días se le aplicó suero glucosado, 250; suero fisiológico, 500; estricnina, 0,001; y aceite alcanforado, 5 c. c.; hielo sobre el abdomen.

Las temperaturas fueron:

Día 2 de febrero, mañana, 37 $\frac{1}{2}$. P. 180. Tarde: T. 38. P. 180.

Día 3 de febrero M. 39. P. 186. Tar.: T. 39. P. 180.

Día 4 de febrero: M. T. 38. P. 160. T.: T. 37. P. 160.

Día 5 de febrero: M. T. 37. P. 100. T.: T. 37. P. 142.

Día 6 de febrero: M. T. 37. P. 140. T.: T. 37. P. 130.

Día 7 de febrero: M. T. 37. P. 140. T.: T. 37. P. 140.

Día 8 de febrero: M. T. 37. P. 140. T.: T. 37. P. 120.

Día 9 de febrero: M. T. 36,5. P. 120. T.: T. 36,8. P. 120.

Día 10 de febrero: M. T. 36,5. P. 120. T.: T. 36,5. P. 120.

Día 11 de febrero: M. T. 36,5. P. 112. T.: T. 36,5. P. 120.

El día 12 de febrero se levantó, pero en vez de quedarse sentada en su silla, quiso salir al patio y sufrió un vértigo tan fuerte que se cayó, afortunadamente sobre la cama de su compañera.

El día 25 salió del Hospital y se fué a Colorados en donde hoy se halla trabajando.

Observaciones a este caso: En la enferma, Florinda Díaz, se halla digna de observar su resistencia excepcional, porque la ruptura del quiste del embarazo fué el día 18 de enero y estuvo trabajando en tareas muy fuertes durante diez días, a pesar de la hemorragia. Luégo hizo un viaje de 185 kilómetros en ferrocarril y llegó con vida a Bogotá.

Viviendo en región muy palúdica, no tuvo ataque alguno de esta enfermedad con el chochi operatorio, y si un ataque agudo de colitis, enfermedad crónica en todos los habitantes de esas regiones.

La hemorragia de la ruptura se hizo casi exclusivamente por la trompa hacia el útero y de ahí a la vagina y al exterior: el primer día en que la vimos, las cobijas y el colchón están inundados de sangre, lo que contrasta con la cantidad de coágulos que había en el peritoneo, que era muy pequeño.

A esta enferma, agotada por efecto de los climas en que tiene que vivir, que tuvo su último parto prematuro, con niño muerto, y el fruto de la última concepción fué un embarazo extra uterino, era lógico y era humano ligarle la trompa izquierda; pero ella pidió que la operación fuera lo más conservadora posible, porque "deseaba tener un hijo de su último marido".

Roberto Serpa

Es auténtica.

Alfredo Izquierdo

HISTORIA N° 6

(N. N.)

N. N., de 40 años, natural de Zapatoca, llegó al Hospital de Bucaramanga en el mes de diciembre del año de 1917.

Tenía un tumor abdominal.

Antecedentes: Había vivido desde su niñez en una pequeña hacienda en el vecindario de Zapatoca. Se ocupaba en los oficios de la casa y ayudaba a su marido en las faenas del campo.

Había tenido cinco hijos a término, y ella y sus hijos habían sido siempre sanos.

Unos siete años atrás quedó embarazada por sexta vez. Pasaron los nueve meses de preñez. Una noche tuvo dolores tan fuertes como los del parto; pero no dió a luz. A los dos días estaba otra vez dedicada a sus oficios y esperando el alumbramiento. El niño no se movía, y más bien que crecerle a ella el vientre, "como que se le achicaba".

Al fin se acostumbró a la molestia que tenía y el trabajo lo hacía como antes de enfermarse.

Así pasó cinco o seis años, hasta que alguna amiga le dijo que eso que tenía era un tumor y que debía trasladarse a Bucaramanga para que se lo extranjeran. Por eso se hospitalizó.

Una vez sometida a examen, presenta todos los órganos sanos, y sus funciones digestivas, normales.

A la palpación abdominal se hallan, a través de la pared abdominal, miembros duros e inmóviles de un feto cuya cabeza parece estar en la fosa iliaca izquierda.

Se diagnostica un embarazo extra-uterino con feto momificado (lito-pedio) y se decide la operación para tres días después.

(El médico del Hospital era el doctor Salvador Pérez: y yo, que había acabado estudios, que había sido interno de la clínica de Ginecología y que, siendo Jefe de la misma clínica, pasaba mis asuetos en Bucaramanga, trabajaba con él. Don Lázaro F. Soto, farmacéutico, dueño de la mejor Botica de la ciudad, dado a estudios médicos y literarios, y quien

frecuentaba el Hospital y gustaba de ver operar, fué invitado a presenciar esta operación).

Operación: Narcosis clorofórmica. Laparatomía mediana desde cuatro dedos arriba de la sínfisis pubiana, hasta cinco dedos arriba del ombligo.

Abierta la cavidad abdominal, se halló un feto casi completamente impregnado de sales calcáreas, y cerca de él la placenta convertida en una masa ovoidea y negruzca, unida al feto por el cordón umbilical endurecido.

Ni el feto ni la placenta tenían adherencias a ningún órgano. Sólo una parte del gran epiplón cobijaba y se adhería a una extensión del feto.

Se ligó el pedacito de epiplón, se cortó, y se extrajo el litopedio. Se cerró la pared en tres planos.

La herida cerró por primera intención, y la mujer salió a los diez días, alentada, para su campo o hacienda.

El señor Soto —previo permiso de la operada— exhibió el feto en su botica, durante varios años.

Roberto Serpa

Es auténtica.

Firmado,

Salvador Pérez

Lázaro F. Soto

