II Estados paragrippales	*a*)	cocobacilo hemófilo	productores de una bacteremia, con las siguientes formas clínicas: *cerebral, bulbar* y *paralisis broncopléjica.*
	b)	paratetrágeno zoogleico	
	c)	micrococus catharralis	
	d)	enterococo pseudodiftérico	
	e)	cocobacilo de la pneumoenteritis	
	f)	grupo parameningocócico.	

Embarazo tubárico izquierdo con rotura tubárica a los dos meses. — Constitución del embarazo. — Aborto abdominal a los cuatro meses.—Intervención por hemorragia.—Feto vivo.

DON ALVARO ESQUERDO

(Leída por el doctor Carulla)

El caso que motiva esta nota clínica es por demás interesante para darlo a conocer.

Se trata de una mujer francesa, de 28 años de edad, que había tenido un embarazo regular, con parto bueno, a los 16 años. Reglada desde muy joven, no había tenido nunca irregularidades ni sufrimientos menstruales. Después del parto no tuvo ningún trastorno.

Se presentó a la consulta del Hospital el día 11 de abril pasado, diciendo que había tenido un aborto y que continuaba teniendo dolores y hemorragia; que había expulsado un trozo de carne y no pudo decir lo que era.

Al examinarla encontré que el útero sangraba y estaba ligeramente entreabierto y reblandecido el cuello: pero por el tacto pude apreciar un abultamiento como una mandarina en el ligamento ancho izquierdo. Dicho abultamiento era duro y abollonado, bastante movible.

Admití el diagnóstico de aborto, supuse que quedaban restos de caduca, pero diagnostiqué también ovario quístico izquierdo con saipingitis. Presumí que el aborto había sido provocado por la lesión anexial, pues la enferma no había hecho ni tomado nada para abortar. Propuse a la enferma que se quedase en la sala para practicarle un raspado si lo considerábamos necesario y después proceder a la extirpación de los anexos izquierdos. Se marchó la enferma y no supimos nada de ella hasta que el día seis de este mes volvió a presentarse a la consulta.

No había tenido ningún otro percance, pero notaba que se le abultaba el vientre y tenía dolores de cuando en cuando.

Por la palpación abdominal se notaba un tumor quístico en el hipogastrio hacia el lado izquierdo con abolladuras movibles. Por el tacto vaginal pudimos apreciar que el cuello del útero no ofrecía nada de particular, que el cuerpo estaba en anteflexión y dirigido hacia la derecha y que en el ligamento ancho izquierdo se apreciaba un tumor relacionado directamente con el útero, cuyo tumor era algo movible y correspondía al que se encontraba en el hipogastrio. Por la palpación combinada el tumor tenía el aspecto y daba la sensación de un útero grávido; pero como podíamos apreciar la flexión del cuerpo del útero y podíamos limitar bien el cuerpo por delante y por detrás desechamos tal idea.

No obstante, teniendo en cuenta el diagnóstico hecho en el otro registro y los datos que nos refirió la enferma, pensamos que sí que podía estar embarazada y que podía tratarse de un embarazo que comenzó siendo tubárico, que se había roto la trompa, que el óvulo cayó en la cavidad abdominal y que continuaba el embarazo.

Discurrimos sobre si podría tratarse de un quiste de ovario o de un fibroma subperitoneal, pero las sensaciones eran tales que hubimos de desechar estas sospechas y aferrarnos al diagnóstico de embarazo extrauterino, intraabdominal.

Entonces planteamos y discutimos la cuestión de si debía o no intervenirse.

Era posible que el embarazo continuase evolucionado, porque la enferma no tenía grandes molestias y que el feto adquiriese viabilidad, pero para esto necesitaban transcurrir tres meses más.

Dada la manera como tiene que vivir el feto dentro del vientre, es muy problemático que continúe viviendo y que no venga antes un percance que pueda costar la vida a la enferma: pero como en poco tiempo se han presentado en esta ciudad dos casos, operado uno por el doctor Cardenal y el otro por el doctor Nubiola, en que ha logrado extraerse un feto de término vivo con embarazo intraabdominal y se ha conseguido que el feto viviese después, los Médicos Ayudantes de la visita, doctores Ribas, Soler y Verges, particularmente el doctor Ribas que es Tocólogo, optaban porque se aplazase la operación para ver si podía extraerse el feto viable.

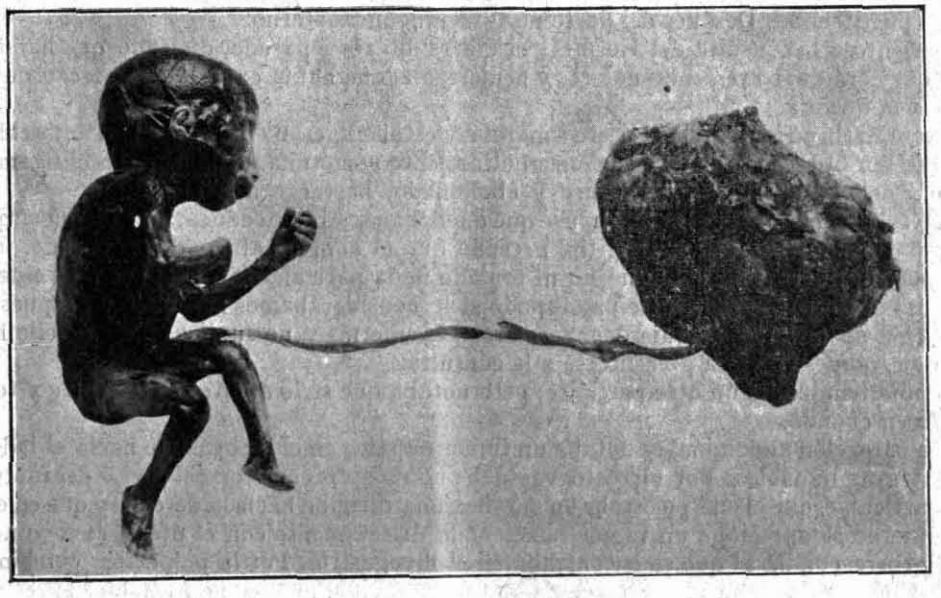
A pesar de que por varios motivos considero muy problemático que el feto llegue vivo a alcanzar suficiente desarrollo y en cambio considero que la paciente ha de estar expuesta durante varios meses a contingencias graves, por hemorragia, por muerte del feto y por supuración, accedí a la contemporización, con tal de que la paciente estuviese vigilada durante todo el tiempo y alojada en el Hospital, para intervenir así que sobreviniese un accidente o estuviésemos seguros de la muerte del feto.

Ingresó la paciente en el Hospital, dudosa entre esperar durante el tiempo necesario o hacerse operar antes; más inclinada a que la operásemos, pues no creía tener paciencia para permanecer tres meses en el Hospital. No obstante, le advertí que si no estaba decidida a permanecer todo este tiempo en el Hospital, era mejor que se decidiera por la operación, pues en cualquier momento podía tener un percance que le costara la vida sin poder llegar a tiempo a la operación.

Afortunadamente ingresó y se quedó en el Hospital; pues el día 9 por la mañana tuvo dolores de vientre, náuseas y malestar muy penoso con desfallecimiento. Así que yo me enteré, decidí practicar la operación al día siguiente. La operación se practicó el día 10 por la mañana.

Así que se abrió el peritoneo se inundó de sangre la herida y apareció la cavidad abdominal llena de sangre flúida y coágulos. Estaba en activa hemorragia.

Precipitadamente busqué el útero y cogí el pedículo de trompa y ovario para aplicar unas pinzas. Procedí a quitar la sangre y me encontré con una masa dura y una bolsa abierta adheridas a este pedículo, pero sin encontrar el feto. Cuando hube limpiado lo suficiente para orientarme, vi un cordón



grisáceo que se dirigía hacia el epigastrio. Siguiendo este cordón encontré el feto detrás del estómago, lo saqué y vi que estaba vivo. Se extirpó toda la masa y se envolvió junto con el feto en un paño. El feto vivió unos diez minutos. De modo que si hubiese sido viable habría podido continuar viviendo

¿Qué había ocurrido en este caso? Pues que primero el embarazo fué tubárioo; a los dos meses se rompió la trompa por la parte libre, quedando la placenta adherida a la parte del ligamento y no se rompieron las membranas. Por lo tanto, hubo las señales de rotura tubárica con desprendimiento de trozos de mucosa uterina, con poca hemorragia intraperitoneal y con pocos dolores. El feto fué viviendo y el huevo desarrollándose en la cavidad abdominal. Ultimamente no teniendo la placenta suficiente punto de apoyo hubo hemorragia o apoplejía placentaria, con desprendimiento de placenta y rotura de la bolsa amniótica. Un verdadero aborto intraabdominal con todas sus consecuencias. Así se desprende

de los hechos y del examen de la pieza patológica. Entre la placenta y la serotina se encontró una colección hemática.

No puede decirse que el accidente fuese debido a traumatismo ni violencia, porque la paciente hacía cuatro días que estaba en el Hospital, apenas se había levantado y no había hecho ningún esfuerzo. Esto indica que en estos embarazos es muy problemático que el feto llegue vivo hasta la época en que puede ser viable fuera del vientre.

He encontrado varias veces fetos muertos y momificados dentro de tumores anexiales, fetos de dos a cinco meses. He encontrado dos veces fetos a término libres en el vientre, la una de ellas de fecha de dos años y medio (1), por supuesto muertos, y he encontrado fetos vivos de dos y de tres meses en casos de rotura tubárica, pero nunca había encontrado un feto vivo que pasase de los cuatro meses.

Lo más probable pues, es que el feto muera al salir de la trompa en las roturas tubáricas. Es poco probable que el embarazo sea directamente peritoneal y es casi seguro que los embarazos peritoneales procedan de embarazos tubáricos en que el huevo fué fecundado en el pabellón o en la trompa. Si en el pabellón, fácilmente puede desviarse el óvulo y extenderse la placenta al peritoneo, porque en el pabellón no hay suficiente sitio para desarrollarse. Si es en la trompa, al romperse ésta puede el huevo ser expulsado íntegramente y contraer adherencias en cualquier parte para formarse allí la placenta. En este caso es evidente que la placenta quedaba adherida a la pared de la trompa.

Tanto en un caso como en otro, dada la manera como tienen que desarrollarse placenta y membrana, es fácil un desprendimiento de placenta con hemorragia consecutiva, como es fácil que, por falta de apoyo, se rompan las membranas a la menor violencia o sin violencia ninguna. Por esto ha de contarse, casi como cosa segura, con la muerte del feto antes de llegar a la época de viabilidad y es muy probable que se presente la hemorragia. Esta puede ser mortal si no se interviene a tiempo como podía haber ocurrido en esta enferma.

Así, cuando llega a diagnosticarse el embarazo intraabdominal, ante las pocas probabilidades de que del feto llegue a término y las muchas de que pueda ocurrir a la enferma un percance, debe aconsejarse la intervención.

Sólo cuando la paciente pone empeño en llevar a cabo el embarazo y se conforme con hacer una vida restringida y pueda estar vigilada por un comadrón operador dispuesto a operar a la primera alarma, puede optarse por la conservación.

No obstante, aunque hay casos afortunados en que han podido salvarse la madre y el feto, no puede negarse que la extirpación de la placenta, en el embarazo intraabdominal, es peligrosa por las dificultades de desprenderle de los intestinos y la hemorragia difusa que es de temer, la cual, a pesar de la pericia del cirujano, no siempre puede cohibirse. Es claro que queda el recurso de practicar un taponamiento hemostático, pero éste además de retardar la curación expone a una hernia abdominal.

Véase pues, a cambio de cuántos cuidados y perjuicios esta mujer habría podido llevar el embarazo a término y dígase sino ese más prudente desembarazarla cuanto antes, una vez hecho el diagnóstico.

En buena hora que si nos encontramos con el embarazo muy adelantado tengamos un poco de paciencia para esperar a que el feto sea viable; pero yo creo que ha de ser difícil encontrar una mujer resignada a estar quieta y esperar tres o cuatro meses para llevar adelante un embarazo tan comprometido y exponerse a una operación que por fuerza ha de ser peligrosa.

En esta enferma ha ocurrido que después de la operación subió la temperatura a 38'5°, para bajar a 37 al segundo día. Esto se explica por la reabsorción de la sangre perdida en el peritoneo, que no es posible retirar en absoluto y que tuvo que reabsorberse porque cerré por completo el peritoneo sin dejar taponamiento ni desagüe, procedimiento que sigo desde hace mucho tiempo cuando opero roturas tubáricas.

También ha ocurrido que al segundo día de operada manaba abundante leche de los pechos como si se hubiese tratado de un parto normal, y hubo trasudación de sangre por la vagina, como si fueran loquios.

(1) **Después de operada esta enferma tuve que operar otra con un tumor del vientre, con peritonitis y altas temperaturas, en la cual fuí a la operación sin diagnóstico previo y sin pensarme lo que encontré. Cuando hube extirpado el tumor, que llegaba desde el hipocondrio siguiendo a la fosa ilíaca, me encontré con que era un embarazo intraperitoneal con feto gangrenado del que se desprendían gases fétidos. A los dos días murió la enferma.**