

Fig. 283

Sección horizontal de los órganos genitales internos destinada á demostrar las diferentes variedades posibles de inserción del huevo

1, Inserción normal de la pared uterina anterior ó posterior; 2, embarazo tubario ístmico; 3, embarazo intersticial; 4, embarazo ampular; 5, embarazo ovárico; 6, embarazo abdominal (su realidad no ha sido demostrada todavía)

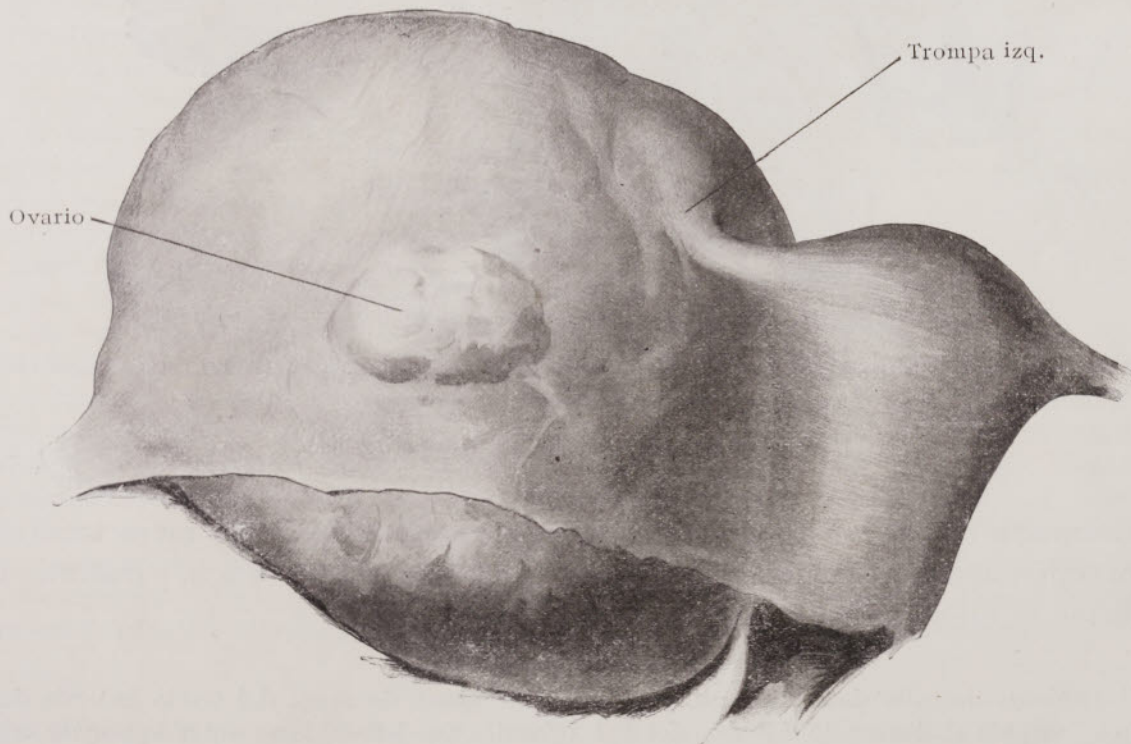


Fig. 284

Preñez intraligamentosa izquierda

El saco fetal tubario se ha desarrollado entre las hojas del ligamento ancho y desciende hasta el fondo del saco vaginal; se ha podido extraer íntegro

Más particularmente, las condiciones anatómicas del saco ovular dependen del lugar de fijación del huevo. Bajo este punto de vista se distinguen tres formas principales del embarazo tubario. Lo más frecuente es que el huevo se inserte en la parte externa más dilatada de la trompa (*embarazo ampular*).

A éste sigue, en orden de frecuencia, el desarrollo en la porción media ó estrecha

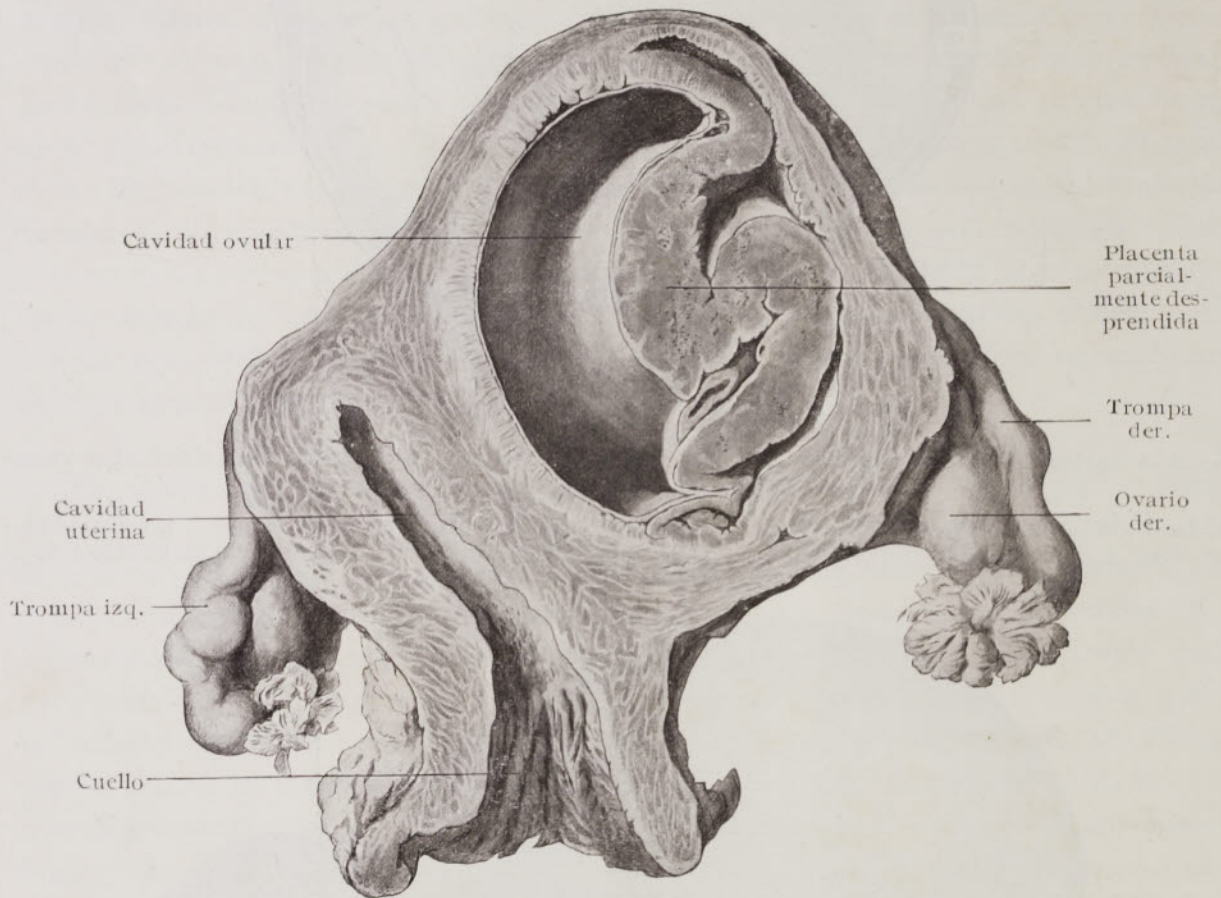


Fig. 285

Embarazo intersticial derecho en el cuarto mes. Extirpación por la vía vaginal del saco fetal junto con el útero

Preparación de la Clínica obstétrica de Basilea

de la trompa (*embarazo ístmico ó tubario propiamente dicho*). Sólo raras veces, por el contrario, se fija el huevo en la porción de trompa que recorre la pared uterina, de donde se origina el *embarazo intersticial*.

El *embarazo ampular* determina una dilatación en forma de maza del tercio externo de la trompa. Durante el desarrollo del saco fetal, las franjas pueden soldarse entre sí por su superficie peritoneal; así es que se produce la oclusión completa del extremo abdominal de la trompa. Otras veces, las franjas se disponen en forma de roseta, al rededor de una delgadísima abertura que conduce al interior de la trompa, hasta el punto en que se encuentra el huevo. Si este último se inserta en el pabellón, muy cerca del orificio abdominal de la trompa, por su crecimiento

progresivo hace salida hacia la cavidad del abdomen, soldándose, por medio de exudados fibrinosos, con las partes inmediatas del peritoneo pélvico, con el epiplón ó con el intestino. Esta subvariedad de la preñez ampular, en virtud de la cual el óvulo viene á encontrarse parte en la trompa y parte en la cavidad abdominal, se denomina *embarazo tubo-abdominal*.

En la *preñez istmica*, el quiste abdominal forma una expansión fusiforme ó redondeada de la trompa y crece, de ordinario, hacia arriba, en el sentido de la cavidad abdominal libre. Como consecuencia de esto, el ligamento ancho es estirado y resulta una intumescencia pedunculada y movable, que ofrece condiciones muy favorables para la ablación operatoria. Las figuras 295-297 representan muy bien esta forma frecuente de desarrollo. Condiciones menos favorables existen cuando el saco fetal se extiende hacia abajo, en el espesor del ligamento ancho. En este caso, las dos hojas de éste se desplegan y la trompa dilatada se hunde en el tejido conjuntivo pélvico (*preñez intra-ligamentosa*—figura 284). Si se rompe la pared muscular adelgazada de la trompa, el óvulo, en su totalidad ó solamente el feto, va á encontrarse libre entre las hojas del ligamento ancho.

Mientras que en las formas de embarazo tubario que acabamos de mencionar, el saco fetal se encuentra en el trayecto libre del conducto tubario y hacia el lado externo de la inserción uterina del ligamento redondo, en el *intersticial*, por el contrario, se forma una intumescencia sobre uno de los lados del fondo del útero, que tiene toda la apariencia de tumor uterino, más bien que tubario, sobre el centro de la cual viene á insertarse el ligamento redondo. La musculatura de la pared uterina, que se encuentra todo al rededor del trayecto intersticial de la trompa, ha de tomar parte necesariamente en la constitución del saco fetal, formando al rededor del huevo una capa uniformemente gruesa (fig. 285), ó se adelgaza en la parte más prominente, con tendencia más ó menos lejana á la rotura. Algunas veces, el huevo manifiesta tendencia á desarrollarse hacia la cavidad uterina; el orificio uterino de la trompa se abre bajo la presión del saco ovular y éste sobresale en la cavidad uterina, como si se encontrase en el interior de un divertículo lateral (*embarazo tubo-ovárico*). Esta subvariedad de preñez intersticial permite la expulsión del feto y sus anexos por las vías naturales.

Afortunadamente, de todos los óvulos que se insertan en las trompas están en notabilísima minoría los que llegan á desarrollarse hasta la completa madurez, ó al menos hasta la segunda mitad del embarazo. Muchos se detienen en los primeros períodos de su formación y se destruyen sin dar origen á síntomas de nin-

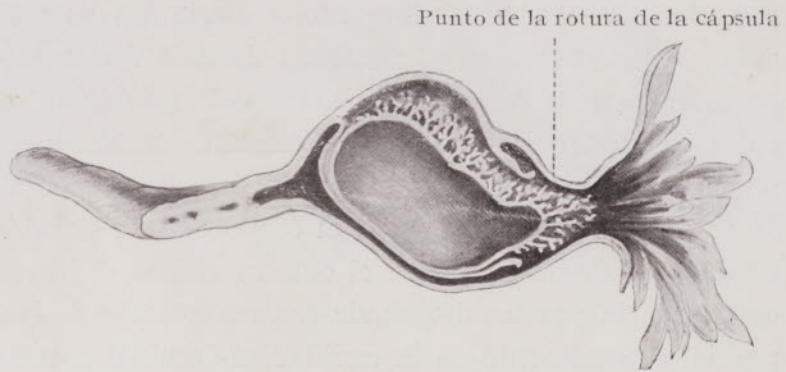


Fig. 286

Rotura interior de la cápsula fetal—determina el aborto tubario

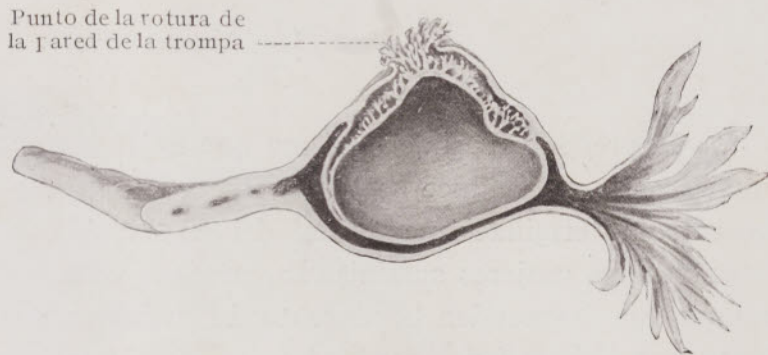


Fig. 287

Rotura exterior de la cápsula fetal—rotura de la trompa

Afortunadamente, de todos los óvulos que se insertan en las trompas están en notabilísima minoría los que llegan á desarrollarse hasta la completa madurez, ó al menos hasta la segunda mitad del embarazo. Muchos se detienen en los primeros períodos de su formación y se destruyen sin dar origen á síntomas de nin-

gún género. Si esto no ocurre, la interrupción del desarrollo se produce hacia el tercero ó cuarto mes. Es muy raro observar embarazos tubarios en una época más avanzada, mientras que con mucha mayor frecuencia nos encontramos con interrupciones precoces de los mismos, y es por esto muy importante que conozcáis con exactitud los síntomas que se presentan en estos casos. La interrupción del desarrollo es provocada, por regla general, por la acción destructora que el huevo, que va creciendo cada vez más, ejerce sobre la pared de la trompa y sobre la decidua ó refleja capsular. Ambas son en la preñez tubaria mucho más delgadas y tiernas que la cápsula ovular normal del embarazo uterino fisiológico y, por lo tanto, se desgastan prematuramente bajo la influencia del trofoblasto del huevo; así es que de la capsular se conservan tan sólo escasísimos restos y de la pared tubaria únicamente el peritoneo. Si entonces se produce la destrucción de la capsular (*rotura interior de la cápsula fetal*—WERTH), el óvulo cae en el interior de la trompa, de donde es expulsado, desarrollándose el cuadro clínico del *aborto tubario*. Si se rompe, por el contrario, la pared adelgazada (*rotura exterior de la cápsula fetal*), el óvulo penetra parcial ó totalmente en la cavidad abdominal á través de la rotura de la trompa y se desarrolla el cuadro clínico correspondiente á dicha rotura.

### 1. Aborto tubario

En la preñez tubaria, lo mismo que en la intrauterina, el aborto es un acontecimiento que se produce con gran frecuencia. Se ha podido reconocer que éste representa la terminación habitual del embarazo tubario. Si hemos de aceptar los datos que las mujeres suministran, muchas veces se presentan contracciones de la trompa que desprenden la placenta de su inserción y determinan hemorragias que llegan, por último, á desprender totalmente el huevo de su punto de fijación. En otros casos se trata de influencias mecánicas (sacudidas del cuerpo, aumento de la presión abdominal, etc.), que obran sobre la trompa grávida, lesionando el huevo y provocando el principio de la hemorragia; otras veces el desprendimiento resulta de la desproporción entre el escaso crecimiento de la trompa y el mucho mayor del huevo. El efecto es siempre el mismo: el óvulo queda en la trompa separado de su lecho, y ésta, excesivamente distendida por el derrame sanguíneo, reacciona con contracciones más ó menos enérgicas. Si el óvulo estaba implantado en la porción externa ó ampular de la trompa, las contracciones llegan á conseguir la expulsión en la mayoría de los casos. Las figuras 288 y 289 representan un óvulo de dos meses de desarrollo envuelto en coágulos sanguíneos, en el momento de franquear el orificio abdominal de la trompa, dilatado, para caer en la cavidad peritoneal. En la figura siguiente, 290, el aborto se ha realizado ya, el óvulo yace en la cavidad abdominal al lado del pabellón de la trompa y esta última está llena de coágulos, constituyendo un saco sanguíneo de paredes muy delgadas (*hematosalpinx*).

Si se trata de un embarazo ístmico, los esfuerzos de expulsión de la trompa resultan generalmente menos eficaces; la porción estrecha del órgano, situada entre el saco fetal y el pabellón, es superada con mucha dificultad, y las contracciones infructuosas se prolongan por largo tiempo (*aborto tubario prolongado*). Con frecuen-

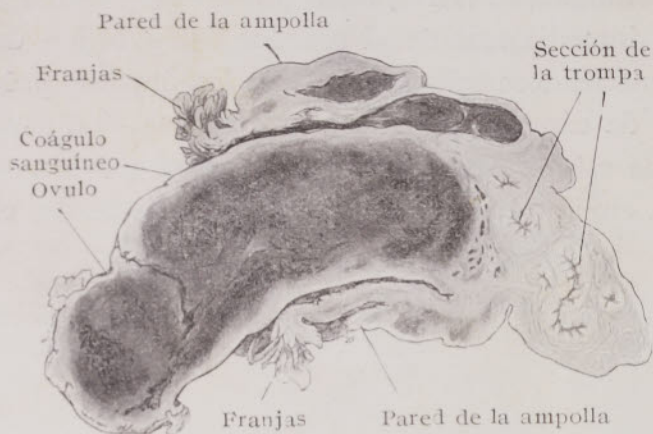


Fig. 288

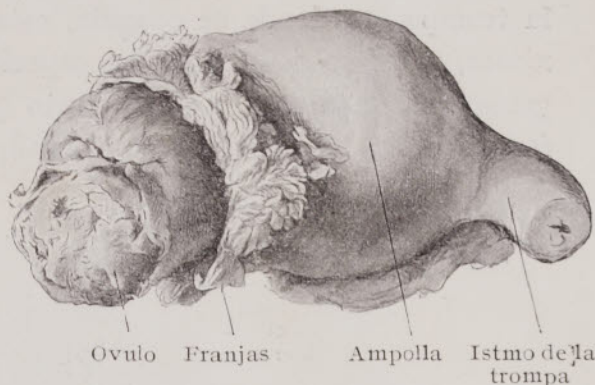


Fig. 289

La misma preparación de la fig. 289, en sección **Aborto tubario.** El óvulo está en el preciso momento de atravesar el orificio abdominal

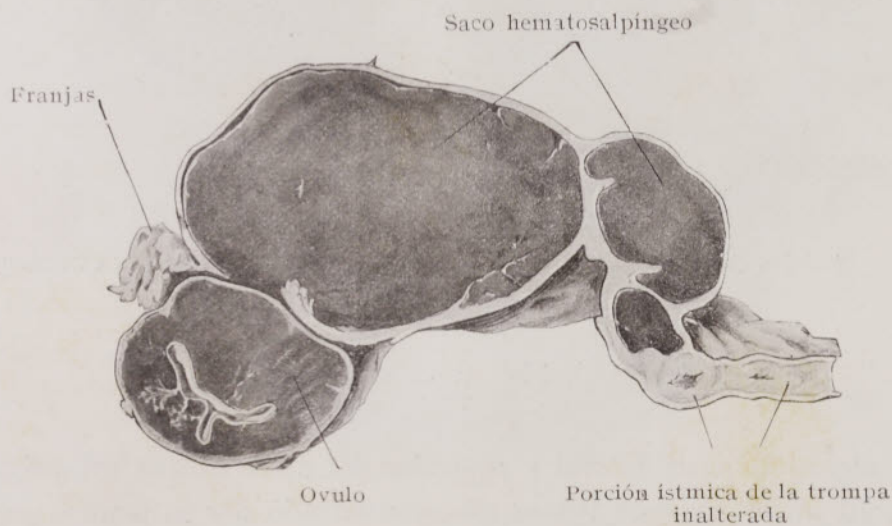


Fig. 290

**Aborto tubario terminado**

El óvulo ha sido expulsado y el pabellón de la trompa está lleno de coágulos. Esta misma preparación está vista por arriba en la figura 292

cia, á pesar de las contracciones tubarias, el huevo permanece fijo en el mismo punto, la hemorragia se hace copiosa y queda completamente rodeado de sangre é incluido entre los coágulos sanguíneos. Entonces, después de algunas semanas, se encuentra un estado de cosas tal como el representado en la fig. 291: la *mola tubaria*. El óvulo y los coágulos sanguíneos están englobados en una masa coenosa y fibrinosa que,

por la difusión de la hemoglobina, toma en algunos puntos un aspecto rojo claro, carnoso. Nada queda del cuerpo del embrión, y hasta para encontrar restos de membranas y de placenta se ha de acudir al microscopio.

Lo mismo que el aborto uterino, el de la trompa se acompaña también de hemorragias; en este último caso la sangre derramada se vierte, como puede comprenderse, en la cavidad abdominal, reuniéndose inmediatamente al rededor del pabellón de la trompa, en donde se coagula, estableciéndose adherencias con los órganos próximos, y así se desarrolla una especie de cápsula que rodea la extravasación sanguínea. De este modo, en el punto que estaba ocupado por la trompa grávida se forma un tumor compacto y alargado, cuya extremidad exterior es redondeada, el

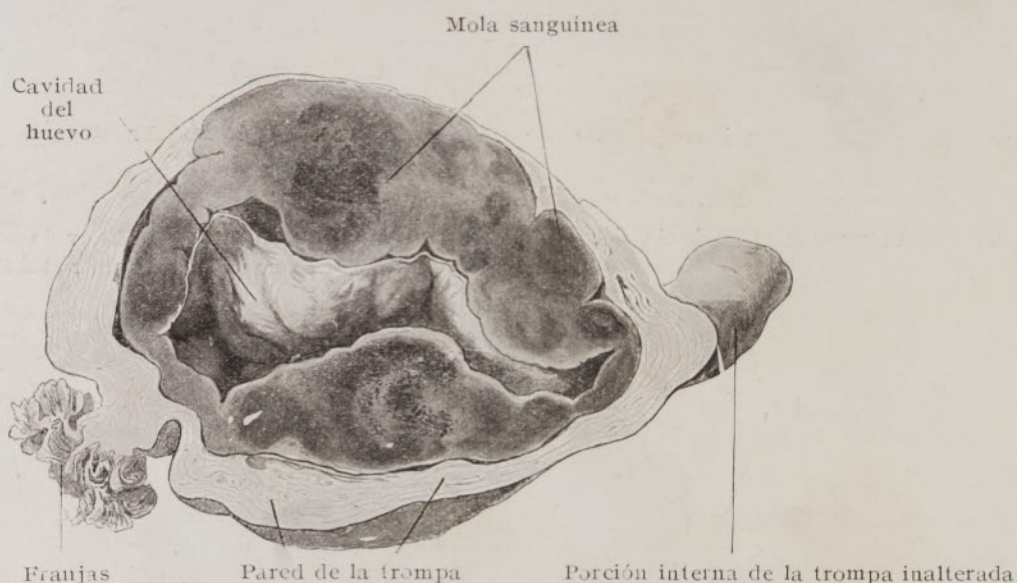


Fig. 291

## Mola tubaria

cual está situado en la parte lateral y posterior del útero al que comprime hacia el lado opuesto. El núcleo de este tumor está constituido por la trompa grávida y la cápsula por coágulos alquitranados y espesados. SÁNGER ha designado este estado con el nombre de *hematocele peritubario*.

Si la hemorragia abortiva alcanza un grado considerable, no sólo se forma un saco sanguíneo peritubario, sino que la sangre llena también la cavidad pélvica y su masa principal se colecciona detrás del útero y en el profundo repliegue peritoneal que se conoce con el nombre de saco de DOUGLAS. Cuando estas hemorragias son muy abundantes dislocan el útero hacia adelante y arriba, deprimen y hacen prominente hacia abajo el fondo de saco posterior de la vagina y se extienden por arriba hasta la mitad de la distancia del ombligo, sobresaliendo en forma redondeada del fondo del útero. Como que la sangre es líquida en un principio, la mano

que palpa recibe la impresión de una resistencia blanduzca en los alrededores del saco fetal, durante y muy poco después de la hemorragia. Pero ya los días inmediatos, con el aumento de la coagulación, se encuentra un tumor de contornos bien delimitados y consistencia dura que está situado detrás del útero, el cual fué designado por NELATON con la denominación de *hematocele retrouterino*. J. VEIT ha podido demostrar que la mayor parte de todos los hematoceles deben su origen á un embarazo tubario interrumpido.

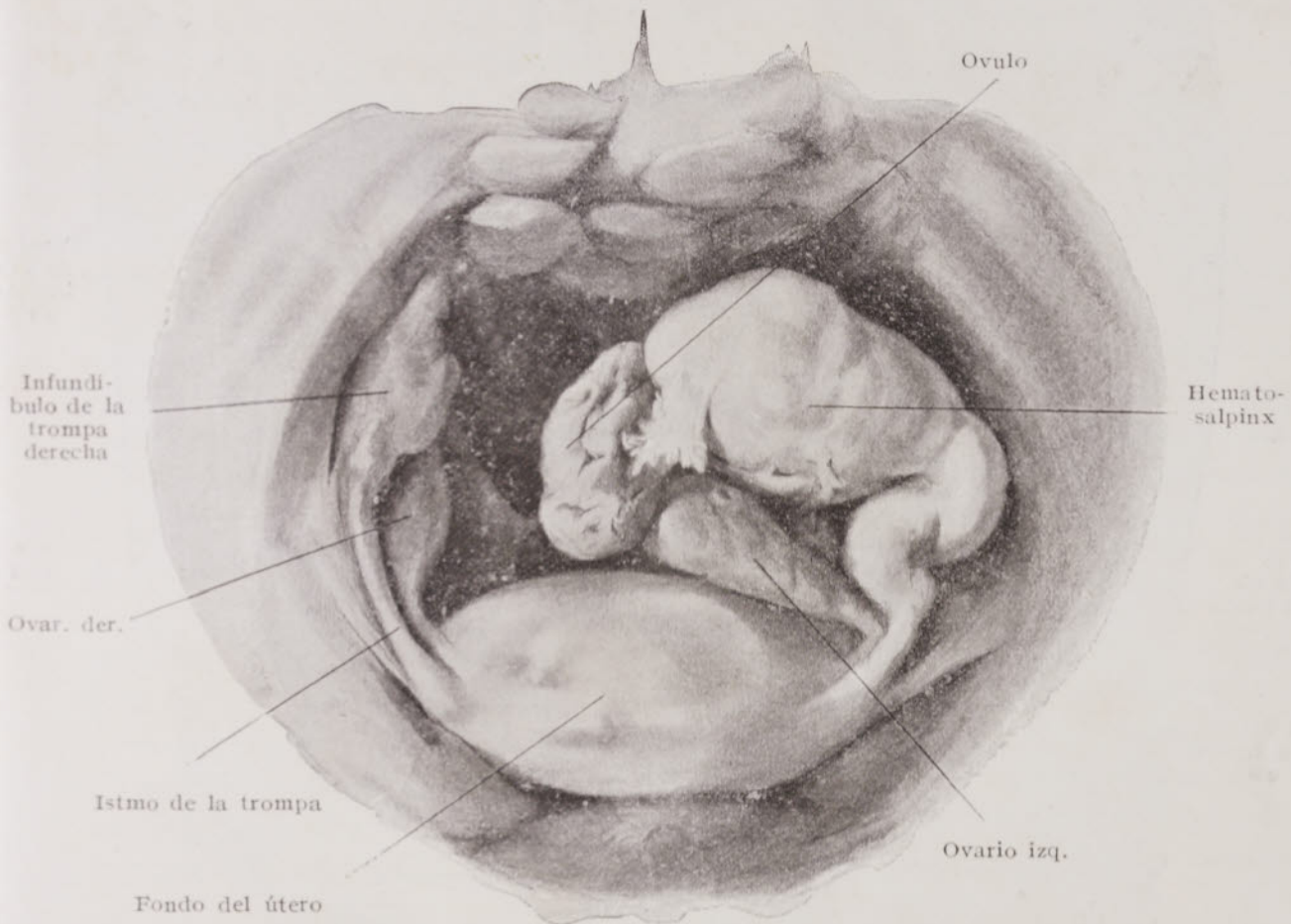


Fig. 292

Aborto tubario terminado con hematosalpinx y hematocele peritubario

La sección sagital representada en la fig. 293 da una idea exacta de las relaciones anatómicas existentes en el hematocele. En el centro del gran saco sanguíneo retrouterino se encuentra el óvulo expulsado de la trompa. El derrame sanguíneo ha desviado en todas direcciones los órganos que normalmente están situados en la cavidad pélvica; el intestino y el epiplón han sido rechazados hacia arriba, el útero con la vejiga, hacia adelante contra el pubis, el recto se halla comprimido hacia atrás contra la pelvis; el fondo de saco de DOUGLAS está sumamente dilatado. En el punto en que la sangre está en contacto con la serosa peritoneal, ha dado

lugar á una estratificación fibrinosa que suelda las asas intestinales y el omento, formando una especie de techo por encima de la parte más alta del hematocele; así queda constituido un saco de paredes bastante gruesas, que rodea los productos

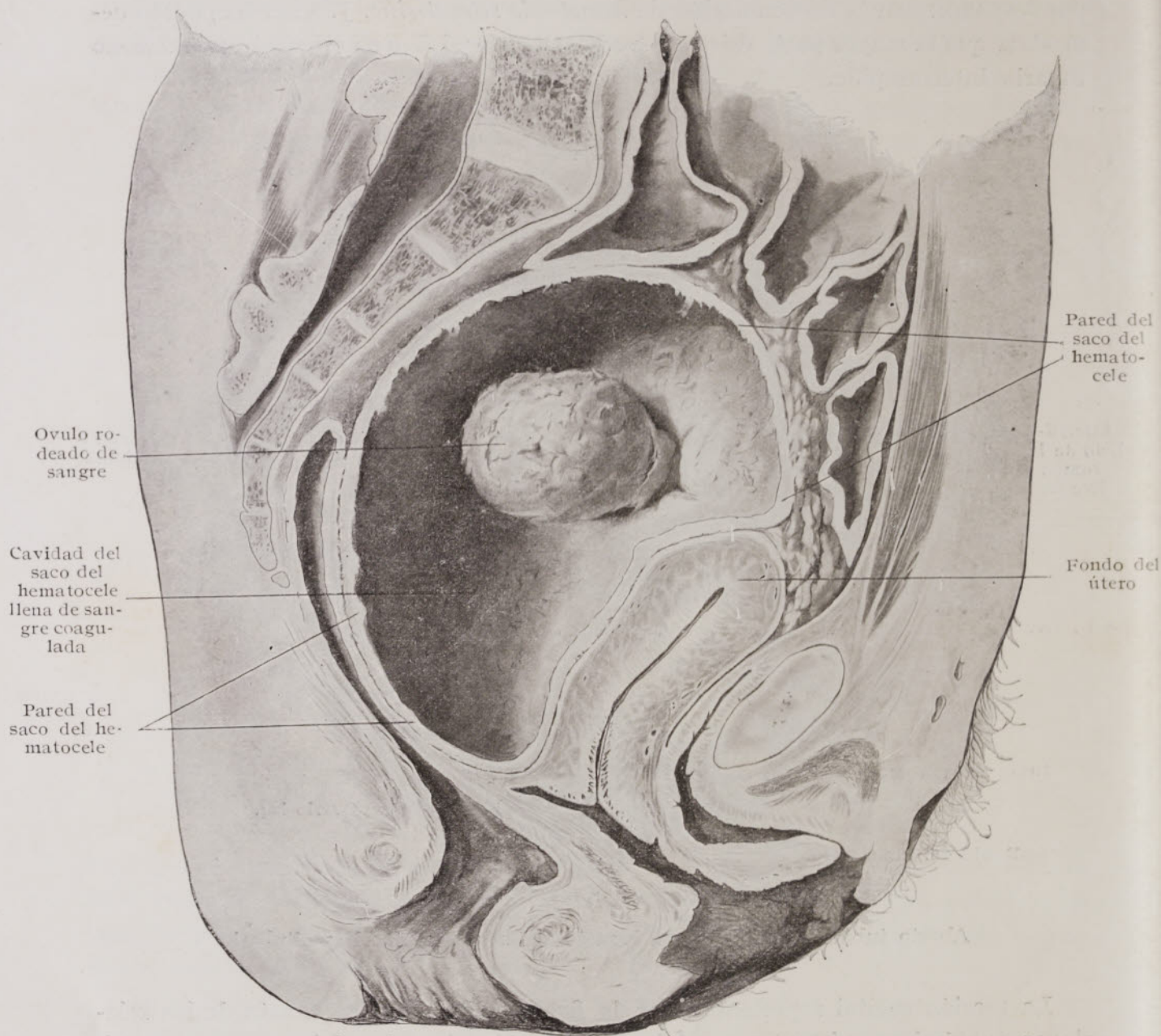


Fig. 293

Hematocele retrouterino. Sección sagital

de la coagulación de la sangre y la totalidad del extravasado. El saco del hematocele está formado por fibrina extravasada, y puede ser desprendido con facilidad de la serosa subyacente.



## 2. Rotura de la trompa grávida

Después del aborto, la *rotura del saco fetal* es la terminación más frecuente del embarazo tubario. La rotura es preparada por el crecimiento excéntrico del huevo que distiende y adelgaza una de las paredes de la trompa ó por la invasión de las vellosidades coriales. Son causas determinantes las influencias mecánicas, tales como los esfuerzos durante la defecación, la presentación de contracciones de la trompa ó la distensión repentina del saco fetal, como ocurre en las hemorragias de su interior. También pueden determinar la rotura algunas intervenciones operatorias, como el curetaje, la dilatación del cuello ó las tentativas de enderezamiento del útero retroflexo. Ya dos veces he visto producirse la rotura acompañada de hemorragia interna grave, durante el examen ginecológico bajo narcosis, con objeto de establecer un diagnóstico exacto. La rotura puede sobrevenir en cualquiera de las variedades de embarazo tubario, siendo más frecuente en el curso del segundo ó del tercer mes; pero también se produce algunas veces pocos días después de notada la amenorrea, en sacos que apenas si llegan á tener el volumen de una cereza, ó en los últimos meses del embarazo. Como la rotura se verifica, en la mayoría de los casos, en el punto de inserción de la placenta, que es en donde están más desarrollados los vasos sanguíneos, la hemorragia es de ordinario abundante. La rotura de los sacos fetales más voluminosos puede determinar en pocos minutos una *hemorragia interna*, es decir, un derrame de sangre en la cavidad peritoneal; hasta en casos de huevos pequeños y muy pequeños podrán sobrevenir anemias graves. Pero, entonces, éstas no se presentan repentinamente, sino que alcanzan un grado peligroso, después de muchas horas ó días, por recidivas repetidas de la pérdida sanguínea. Supresiones temporales de la hemorragia son obtenidas por la coagulación de la sangre en los senos venosos ó por la oclusión de la rotura con partes del huevo; pero aquélla se presenta de nuevo fácilmente si se eleva la presión sanguínea, ó si los coágulos que obturan se desprenden por los movimientos del cuerpo.

Al lado de la hemorragia y del derrame de sangre en la cavidad peritoneal libre, también en la rotura de la trompa grávida, lo mismo que en el aborto tubario, se desarrolla el hematocele. Es condición favorable para que se establezca este último, que la hemorragia se produzca lentamente, y que el encapsulamiento fibrinoso del foco hemorrágico no esté impedido por la presentación de hemorragias secundarias. Si el saco fetal tubario no se rompe en su superficie libre, sino en el punto que mira hacia el ligamento ancho, y no está revestido por la serosa, la sangre se abre una vía á través del tejido conjuntivo laxo del ligamento mismo y se constituye el *hematoma subseroso del ligamento ancho*.

Las figuras 294 y 295 reproducen dos trompas rotas y extirpadas rápidamente á causa de la gravísima hemorragia que sobrevino. La vida de las enfermas fué sal-

vada por la operación cuando ya se encontraban sin pulso. La fig. 296 representa los órganos genitales de una mujer muerta por hemorragia interna.

La rotura del saco fetal tubario lleva consigo, por regla general, la destrucción del huevo; pero en casos raros sucede que la pared tubaria va cediendo gradualmente á la presión interna y la rotura no llega á interesar el punto de implantación

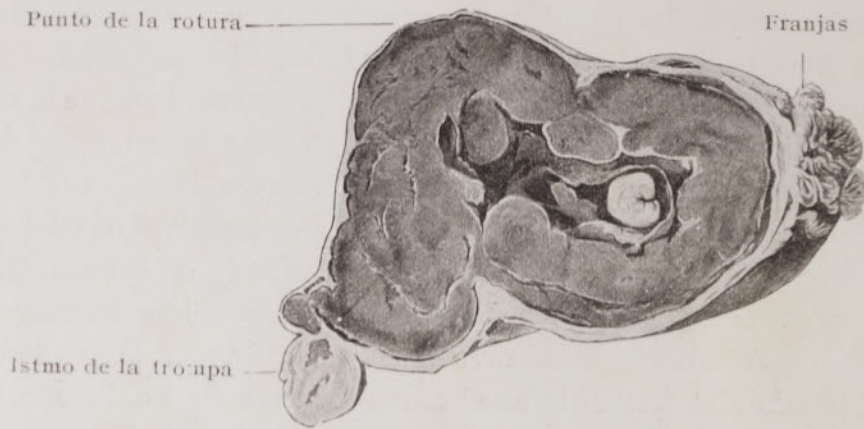


Fig. 294

Rotura de la trompa en la 5.<sup>a</sup> semana del embarazo. Sección. Tamaño natural

El embrión se encuentra en el centro de los coágulos sanguíneos, en buen estado de conservación. Hemorragia abundante en el interior de la cavidad peritoneal



Fig. 295

Extensa rotura de la trompa

El huevo ha caído en la cavidad abdominal. Hemorragia abundante. La trompa infantil presenta numerosas inflexiones

de la placenta. En tal caso la hemorragia es pequeña y no acarrea la catástrofe; entonces el producto de la concepción sale por la abertura del saco, acompañado de sus anexos ó solo, si éstos están desgarrados, y continúa la vida en el interior de la cavidad abdominal. El embarazo tubario se ha convertido así en un *embarazo abdominal secundario*. El feto, caído en la cavidad abdominal, puede desarrollarse

en ella hasta la madurez completa. El modo de comportarse el peritoneo, respecto de este contenido anormal, no es siempre el mismo. Algunas veces no presenta ningún signo de reacción y el feto es encontrado envuelto en el corion y el amnios ó bien completamente libre entre las asas intestinales inalteradas. En otros casos, en todos los puntos en que la serosa está en contacto con el huevo ó con el feto,

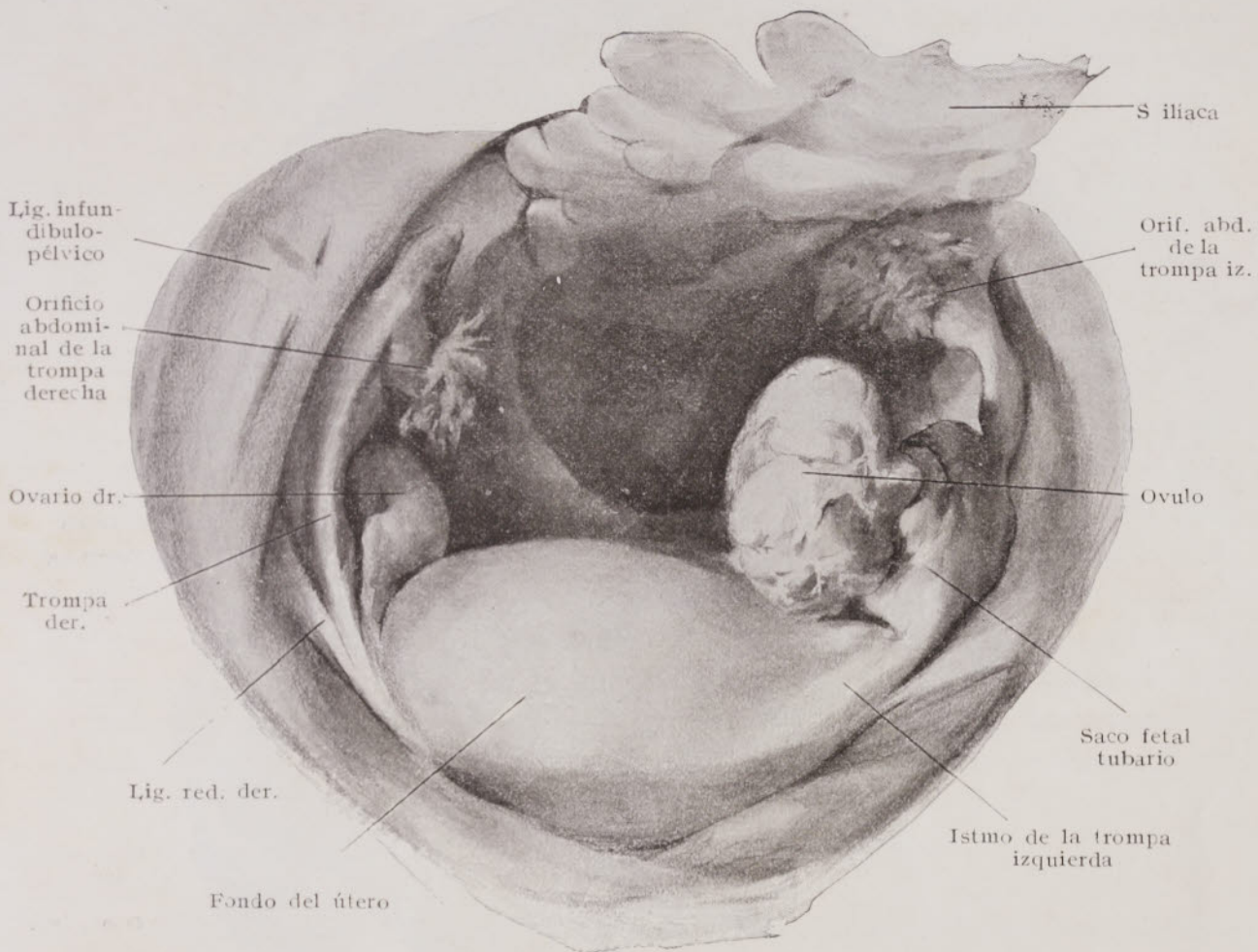


Fig. 296

Embarazo tubario ístmico izquierdo con rotura del saco fetal y hemorragia en la cavidad abdominal

Preparación del instituto de anat. pat. de Basilea

se produce una exudación fibrinosa que crea extensas adherencias entre el huevo y los órganos abdominales. La placenta está situada en su primitivo punto de implantación, en la trompa; pero, á medida que crece, va invadiendo el peritoneo de modo que en los meses avanzados del embarazo abdominal se encuentran extensas relaciones entre la placenta y las superficies serosas contiguas del ligamento ancho, del útero, de la pared posterior de la pelvis, etc.

La muerte del feto, si ya no había ocurrido antes, se produce, lo más tarde,

al terminar su madurez, la circulación placentaria se suspende y el producto de la concepción y sus anexos constituyen cuerpos extraños para el organismo materno. Las interesantes investigaciones de LEOPOLD sobre las conejas han demostrado

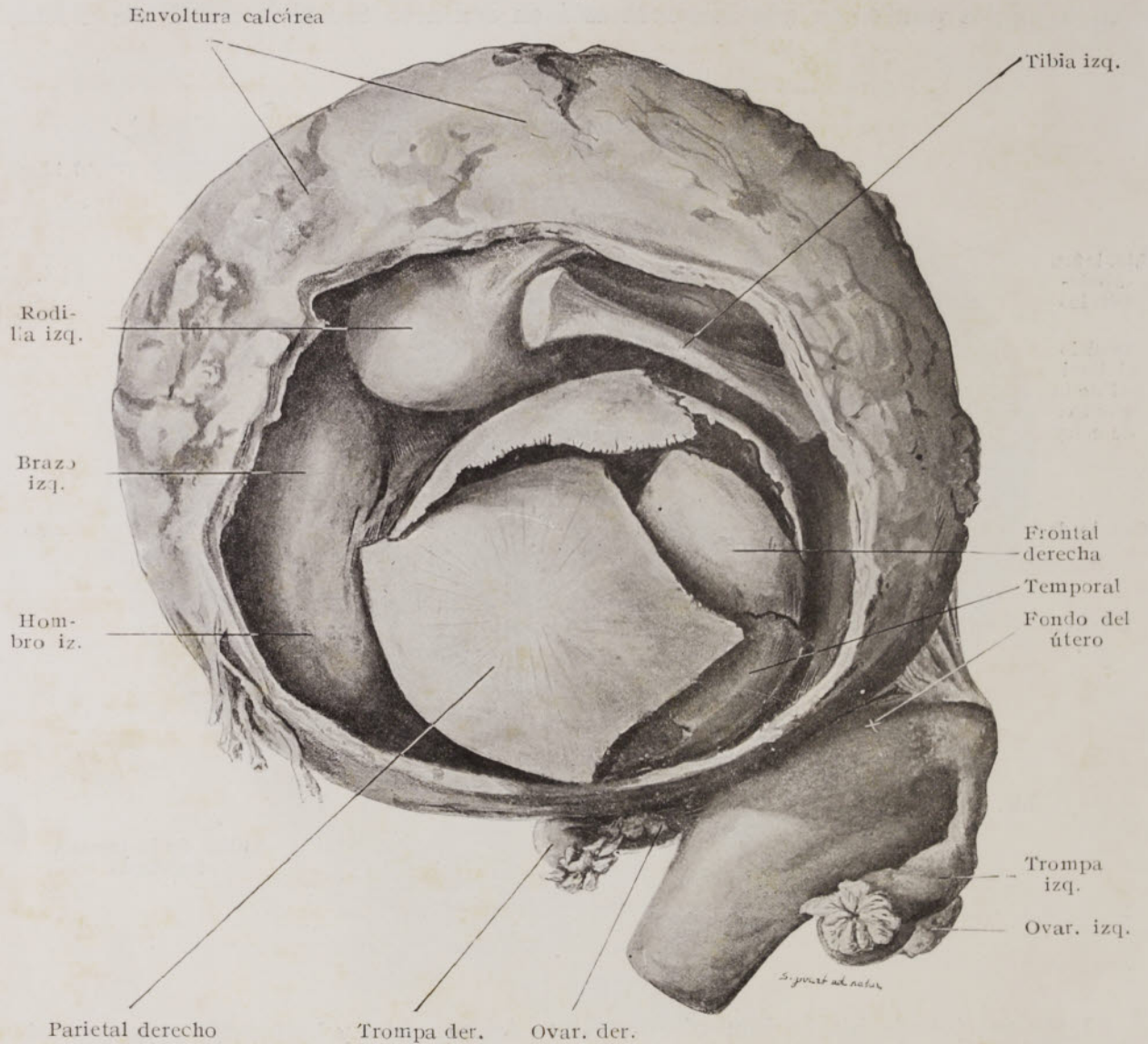


Fig. 297

Litofetopiedion venido á supuración después de 14 años. Preparación de la clínica de Halle. Se ha separado un trozo de la cubierta calcárea para que pueda verse el feto existente en el interior que está en parte macerado.

que los jóvenes embriones son prontamente digeridos y reabsorbidos por el peritoneo. Este sencillo modo de desaparición del producto de la concepción no es posible para organismos que han progresado mucho en su crecimiento. Entonces pueden desarrollarse otros procesos, que son ó el *enquistamiento* ó la *supuración* y eliminación consecutiva de los tejidos muertos.

El *enquistamiento* es el más raro y también el más favorable para la madre. Cuando ha de verificarse, empieza por la reabsorción del líquido amniótico. Las membranas del huevo se aplican íntimamente sobre el cuerpo del feto y este último se seca á su vez y se retrae—«momificación»—, transformándose las partes blandas en una substancia untuosa. En algunos casos, por el contrario, el organismo fetal puede conservarse íntegro durante años. Al rededor de toda esta masa, el peritoneo forma una cápsula primero fibrinosa y más tarde conjuntiva. La momificación se acompaña, de ordinario, de un depósito de sales calcáreas que convierte el feto extrauterino en *litopedion*. La calcificación progresa desde el exterior hacia adentro, invadiendo primero las membranas cuando el feto está rodeado de ellas. De este modo se forman cuerpos constituídos por una envoltura calcárea que contiene en su interior un feto macerado ó momificado (fig. 297) y que fueron denominados por KÜCHENMEISTER, «*litoquclifos*» (κέλυφος = cáscara de huevo). Cuando el feto, desprovisto de las membranas, se encuentra en la cavidad abdominal, la calcificación se verifica en su piel, formándose un *litopedion*.

La *supuración* se verifica cuando después de la muerte del feto se desarrollan en el huevo substancias irritantes con acción quemotáctica positiva, ó por la penetración de bacterias procedentes de la sangre de la madre ó de las asas intestinales adheridas. La supuración puede tener lugar hasta después de muchos años de estar el feto perfectamente tolerado. Las más de las veces no llega á presentarse la peritonitis generalizada, sino que el saco fetal supurado permanece aislado de la cavidad peritoneal libre, y el pus se va abriendo camino hacia el recto, la vagina ó la vejiga, ó bien á través de las paredes abdominales. Por el canal fistuloso van saliendo al exterior los tejidos blandos y el esqueleto del feto en vías de descomposición pútrida, quedando la mujer, durante largo tiempo, en un estado sumamente precario.

#### *Síntomas y tratamiento del embarazo tubario*

A la variabilidad de las condiciones anatómicas y de las terminaciones del embarazo tubario corresponde un *cuadro clínico proteiforme*. Un aborto tubario y un litopedion, la rotura de un pequeño saco fetal y la supuración en una preñez abdominal, tan sólo tienen de común la causa que las ha producido, ó sea el desarrollo del huevo en el interior de la trompa. Pero en todo lo demás las diferencias son enormes. Para mayor uniformidad y claridad en el estudio de la sintomatología y en el planteamiento de la terapéutica, debemos hacer por lo menos una distinción entre los primeros períodos del desarrollo de la preñez tubaria y los más avanzados.

Durante los *primeros meses* el curso de la preñez tubaria no tiene mucho de característico. Los fenómenos del embarazo se desarrollan exactamente del mismo modo que cuando el huevo ocupa el interior del útero. La menstruación falta, el útero está reblandecido y aumentado de volumen, la vagina adquiere la conocida flacidez y coloración cianótica, y también se presentan los vómitos matutinos y los diver-

esos síntomas subjetivos del embarazo. Molestias que adviertan la inminencia del peligro pueden faltar completamente. Pero no es raro que se presente un síntoma importante que está constituido por las *contracciones de la trompa*. A intervalos de algunos días, ó hasta de algunas horas, se presentan dolores en la parte inferior del abdomen que parecen calambres ó contracciones uterinas, pero que se distinguen de éstas por estar localizadas á un lado del útero, es decir, en el sitio correspondiente á la trompa grávida. Las más de las veces estos ataques dolorosos pasan inadvertidos. Pero si la mujer se decide á consultar al médico y éste piensa en el embarazo tubario, le es sumamente difícil, aun empleando el examen bimanual, la comprobación del saco fetal de la trompa. Este tiene la misma consistencia blanda que las asas intestinales, y sólo cuando las paredes abdominales son delgadas y flácidas, y la palpación muy detenida, es cuando pueden ser reconocidos sus contornos. El hecho es que sólo en ocasiones muy raras es diagnosticado el embarazo tubario desde los primeros meses, siendo la regla que *únicamente sea reconocido en los primeros tiempos de su existencia cuando da origen á hemorragias, destrucción del huevo, aborto ó rotura del saco*.

El *aborto tubario* se caracteriza por la exacerbación de las contracciones de la trompa y por la aparición brusca de un *dolor en el sitio que ocupa la trompa abortiva*, y que depende del derrame sanguíneo peritoneal y la consiguiente irritación de la serosa. A esto se asocia, como tercer síntoma, la expulsión de una *membrana decidual* que se verifica por el canal cervical dilatado, bajo la influencia de contracciones intensas y dolorosas. Cuanto mayor es el derrame peritoneal, tanto más marcados son los síntomas de irritación de la serosa y los fenómenos característicos de la anemia. De ordinario, el estado general está muy poco afectado, y no es raro que la mujer pase el aborto tubario fuera de la cama, y se presente á la consulta cuando el *hematocele* está ya formado. Tan pronto como se han producido hemorragias en el interior del huevo, el saco fetal se pone duro, y es muy fácil de percibir y limitar como un tumor situado al lado ó detrás del útero. El derrame sanguíneo que se encuentra al rededor del pabellón de la trompa, y en el fondo de saco de DOUGLAS, hace al principio la impresión de una infiltración difusa y semiblanda; pero después, á medida que se verifica la coagulación de la sangre y el enquistamiento de las masas coaguladas, es posible precisar la forma y la extensión del hematocele peritubario ó retrouterino mediante el examen combinado. Con frecuencia el aborto tubario es confundido con el *aborto ordinario ó uterino*. Se conoce la existencia de la preñez y se calcula que los dolores, la hemorragia, la dilatación del cuello y la expulsión de las membranas son los síntomas del aborto. Aun cuando se encuentra por la palpación una intumescencia retrouterina, se podrá creer que se trata de un *aborto en un útero grávido retroflexo*. En estos casos dudosos el diagnóstico se hará mediante un cuidadoso y detenido examen manual de la pelvis que, si es necesario, podrá practicarse encontrándose la enferma bajo la influencia de la narcosis. Si se trata de aborto tubario, dicho examen permitirá delimitar con seguridad el *cuerpo del útero*

colocado delante del tumor retrouterino, el cual, por su situación y forma, habrá de ser considerado como hematosalpinx ó como hematocele.

En la rotura de la trompa grávida predominan en el cuadro clínico los síntomas de *hemorragia interna*. Esta sobreviene unas veces de repente, sin pródromos de ningún género, y cuando la mujer se encontraba en el más completo bienestar, pudiendo acarrearle la muerte en poco tiempo si la rotura afecta á un saco fetal voluminoso que se encuentra ya en el 3.º ó 4.º mes de su desarrollo, y, por lo tanto, se rompen muchos vasos de gran calibre. Sin embargo, de ordinario la rotura del saco es pequeña, y la hemorragia moderada en un principio; pero después de muchas horas ó días, las pérdidas de sangre, repetidas, que se dan á conocer por lipotimias sucesivas, acarrearán una anemia extremada. Con frecuencia, después de una pérdida sanguínea importante, pero con pulso todavía entero, empieza la coagulación y el enquistamiento de la sangre, cesando todo peligro.

Para la interpretación exacta de los fenómenos de la hemorragia interna aguda, es importante, ante todo, interrogar á la paciente ó á sus allegados, de si habían existido antes signos de embarazo. Si la menstruación no se presentó oportunamente, aunque haya pasado poco tiempo desde que se notó la falta, y si la mujer misma se creía embarazada, habréis de pensar siempre en la posibilidad de un embarazo extrauterino y dirigir vuestra atención hacia los órganos genitales; si encontráis el útero aumentado de volumen, la trompa engrosada y sensible, y se comprueba la existencia de un derrame sanguíneo en el abdomen, se impondrá el importantísimo dilema práctico de *si, existiendo peligro para la vida, es necesario una intervención operatoria inmediata ó si podrá esperarse todavía, empleando recursos paliativos*. La decisión se tomará teniendo en cuenta lo siguiente: si existe un derrame sanguíneo libre en el interior de la cavidad peritoneal, y falta todo signo de coagulación y enquistamiento de la sangre, si la hemorragia dura todavía ó puede, por lo menos, presentarse de nuevo en cualquier momento, es necesario decidirse por una hemostasia eficaz, que consiste en la extirpación de la trompa grávida. Si, por el contrario, encontráis signos de que la coagulación y el enquistamiento se están verificando, es poco probable que se presenten hemorragias que pongan en peligro la vida, y la intervención deberá ser aplazada.

El *derrame libre de sangre* en la cavidad abdominal da origen á los mismos signos físicos que la ascitis ú otras colecciones líquidas que consisten en macidez á la percusión de las partes inferiores y laterales del vientre, mientras que en el centro habrá resonancia timpánica porque las asas intestinales llenas de gases sobrenadan en la sangre. Por la exploración interna aparece el útero comprimido hacia abajo, y el fondo de saco vaginal posterior descendido también. Si tenéis alguna duda sobre la existencia de sangre, practicaréis, lo más rápidamente posible, una punción exploradora con la jeringuilla de Pravaz. Si extraéis sangre rutilante y el pulso es pequeño y frecuente, no retardéis la operación ni medio día; cuanto peor sea el estado general, tanto más rápidamente deberéis intervenir. La extirpación de la trompa

grávida es, por regla general, muy sencilla, porque se conserva móvil, sin haber contraído adherencias todavía. Una vez incindida la pared abdominal, sale sangre en abundancia: se atrae el saco fetal roto hacia la herida fijándolo con dos pinzas klemme; entonces se separa de los ligamentos ancho é infundíbulo-pélvico y se hace la hemostasia. Después que el saco ha sido extirpado se liga el pedículo, se hacen salir de la cavidad abdominal las masas principales de sangre coagulada y se sutura la

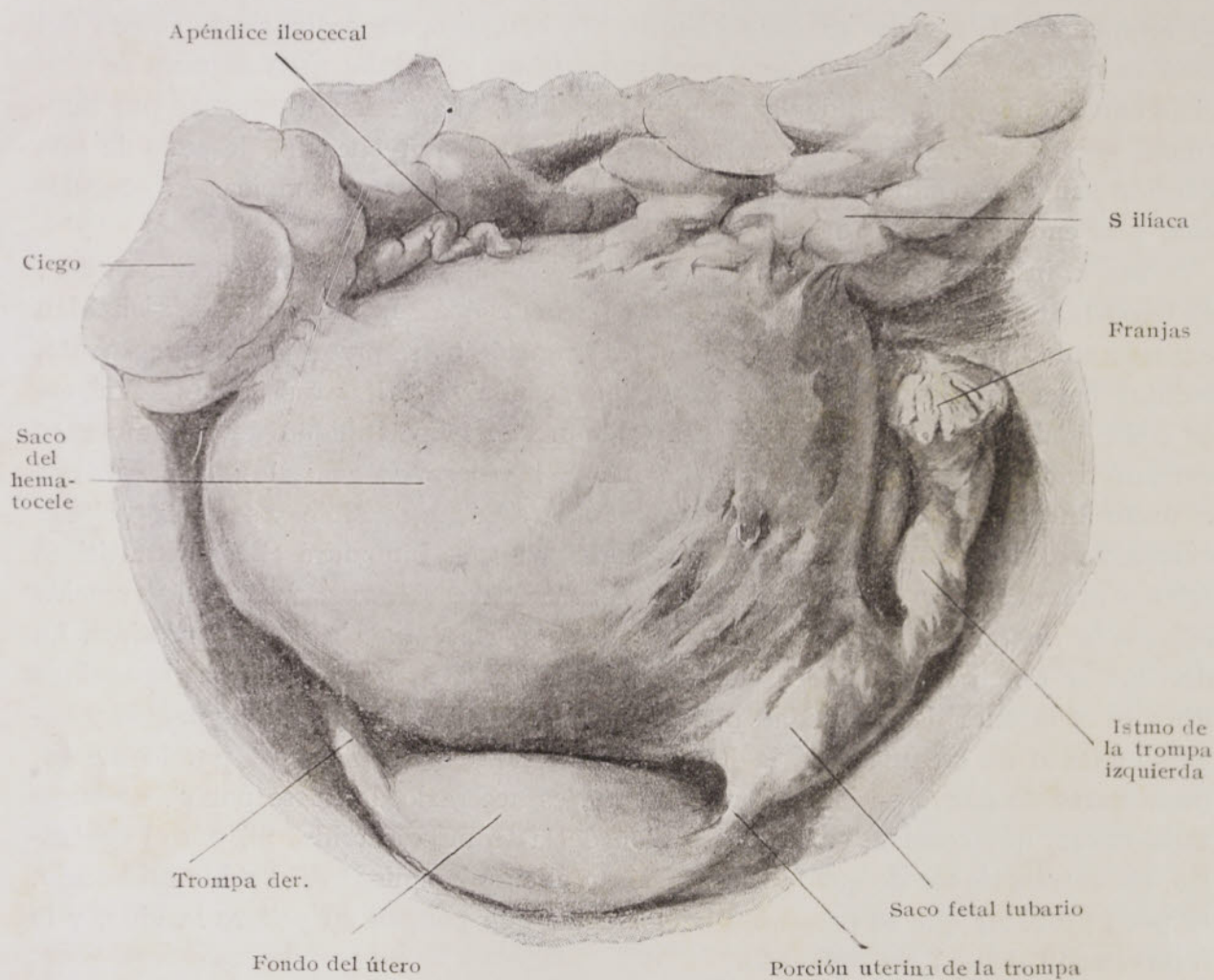


Fig. 298

Hematocele retrouterino consecutivo á un embarazo tubario ístmico izquierdo

Fotografía instantánea del saco del hematocele, tomada en la mujer viva

herida. Si hasta este momento es perceptible el pulso radial, es muy probable que la enferma se salve.

La *coagulación y enquistamiento* de la sangre se reconoce por la formación de un tumor al lado y detrás del útero, cuyo aumento progresivo de consistencia puede seguirse día por día, cuando se haya tenido oportunidad de observar desde el principio la rotura ó el aborto tubario. Los hematoceles es muy frecuente que curen es-



pontáneamente y no hay ninguna razón para la intervención quirúrgica inmediata. Mientras existan fenómenos de irritación peritoneal se mantendrá colocada en el hipogastrio una vejiga con hielo y se prescribirán los narcóticos; más tarde se procurará la reabsorción del derrame sanguíneo con el empleo del calor bajo la forma de envolturas, lavados vaginales y baños, y finalmente, el masaje suprimirá todos los vestigios de adherencias. Si falta la reabsorción y se producen repetidas veces nuevas hemorragias en el saco, lo que ocurre con frecuencia, si la mola tubaria constituye el núcleo del derrame sanguíneo, estará indicada la apertura del saco hematocélico y la extirpación de la trompa, por medio de la laparotomía. También requieren tratamiento operatorio los hematoceles supuratorios y pútridos. La septicidad aconseja en estos casos la ancha abertura del saco por el fondo de saco vaginal posterior, y de este modo se evacua el contenido del hematocele sin correr el riesgo de la infección séptica del peritoneo.

Cuando el huevo ectópico ha llegado á los *últimos meses* de su desarrollo, la mujer sólo deja de padecer molestias en aquellos casos en los cuales la hipertrofia de la musculatura de la trompa y la distensión del huevo progresan proporcionalmente y el feto permanece en el interior de la trompa hasta el término normal de la preñez. En el embarazo abdominal se presentan, por regla general, vivos dolores debidos á la inflamación del peritoneo, los cuales pueden alcanzar una intensidad insostenible si la serosa, que se ha hecho sumamente sensible, experimenta irritaciones continuas por los movimientos del feto. A los dolores se agregan con frecuencia trastornos de las funciones intestinales y del estómago: estreñimientos, alternando con diarreas y vómitos frecuentes. Cuando ha llegado el final del embarazo, se presentan contracciones uterinas que expelen una caduca acompañada de hemorragias más ó menos intensas y las glándulas mamarias empiezan á segregar. La sintomatología ulterior depende de la suerte que quepa al feto que muere entonces. Si tiene lugar el enquistamiento, los dolores peritoneales decrecen gradualmente, el tumor se retrae y el litopedion puede ser tolerado durante años, sin ocasionar molestias de ningún género. Entre los muchos ejemplos de esta clase, el más célebre es el litopedion de Leinzell; la mujer que lo llevaba parió después dos hijos sanos y murió á la edad patriarcal de 94 años. Un cuadro clínico opuesto á éste se desarrolla cuando el saco fetal viene á supuración; el dolor flegmático del abdomen aumenta, sobreviene la fiebre y sólo produce alivio la apertura del saco. La curación es posible después de la expulsión completa del feto macerado, pero requiere muchos meses para completarse, y durante todo este tiempo, y antes de que la curación sea completa, todas las mujeres padecen fiebre y supuración crónica.

Cuanto más avanzado está el desarrollo del huevo, tanto más fácilmente se llega á demostrar el estado grávido. Una vez que se han hecho perceptibles en el saco las partes fetales y que se pueden oír los tonos del corazón, no es posible ya abrigar ninguna duda bajo este punto de vista. Pero en algunos casos se hace muy difícil precisar el sitio del saco ectópico, porque el útero es ocultado por este último ó sus

límites no pueden ser determinados con exactitud. Si entonces el saco fetal hasta manifiesta contracciones, como sucede en el embarazo tubario avanzado, el examen se hace todavía más difícil y eventualmente la sonda será la que nos demostrará el estado de vacuidad de la cavidad uterina.

*En el embarazo extrauterino muy avanzado, la intervención operatoria debe prepararse inmediatamente para salvar la vida de la madre. Sin operación, solamente son posibles ó la supuración ó la formación de litopedion. La supuración es mucho más peligrosa que la intervención quirúrgica; es indudable que la formación de un lito-*

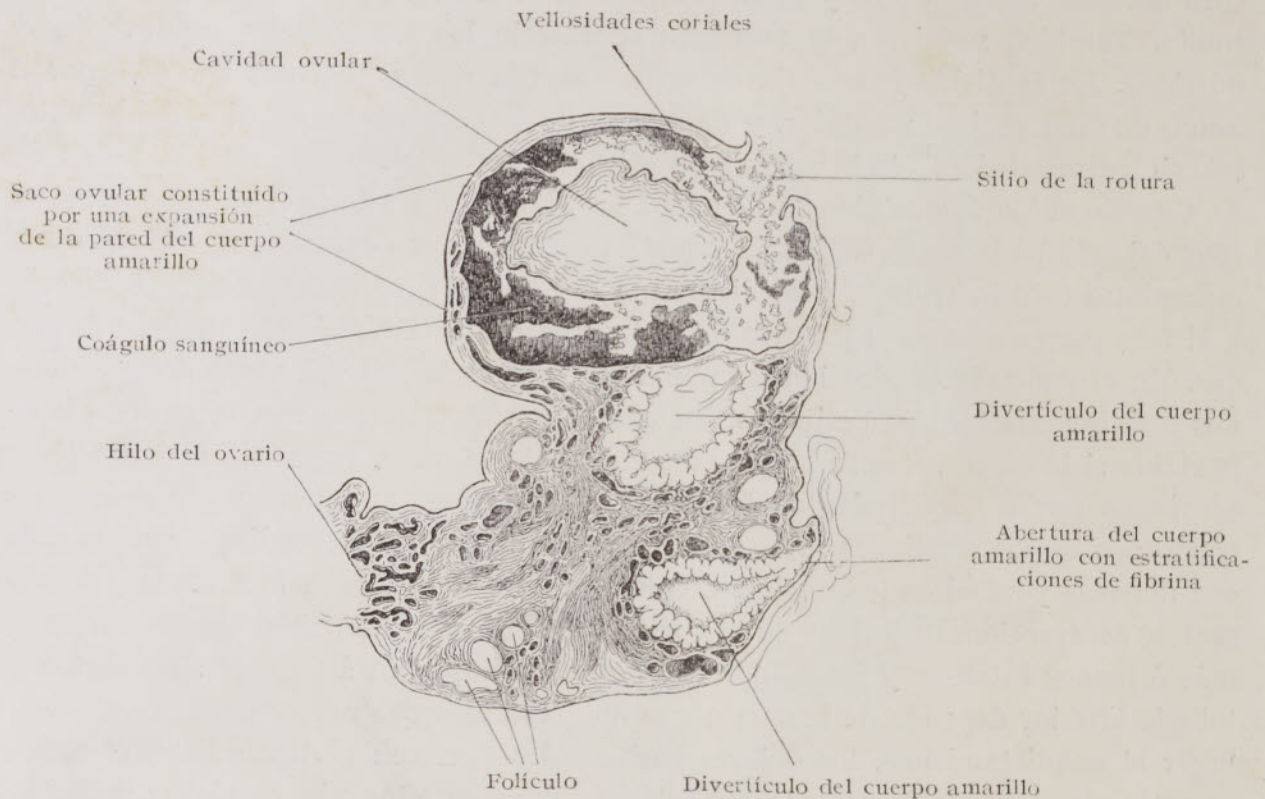


Fig. 299

Preñez ovárica, según TUSSENBROEK. Anales de Gyn. 1899

Rotura en la sexta semana. El óvulo se ha desarrollado en el folículo de GRAAF; una parte del folículo está transformada en cuerpo amarillo

pedion es un procedimiento natural de curación, pero es sumamente raro para que podamos contar con él.

El tratamiento operatorio de la preñez extrauterina, en sus períodos avanzados, pertenece á los problemas más difíciles de la cirugía abdominal, y, como se comprende, solamente puede ser puesto en práctica, con probabilidades de éxito, por quien domine á la perfección la técnica quirúrgica. Como que los casos de este género son sumamente raros, no hay posibilidad de que ningún cirujano tenga, acerca de este asunto, una buena experiencia personal; esto explica la diversidad de criterios que encontramos entre los ginecólogos. Antes se daba gran importancia á la elección

del momento más favorable para la intervención y se recomendaba por la mayoría de los operadores que se interviniese algún tiempo después de la muerte del feto, porque así los vasos placentarios están obliterados y la hemorragia producida por el desprendimiento del saco fetal es mucho menor. Hoy se da muy poca importancia á esta condición y la mayoría sigue el criterio de operar, en todos los casos y lo más rápidamente posible, sin tener en cuenta para nada el feto ni la época de la preñez, á fin de poder evitar el peligro, siempre inminente, de la rotura ó supuración del saco fetal.

Siguiendo este criterio fundamental, dos métodos pueden ser elegidos: *la extracción del feto con los anexos, ó la separación del feto solo, abandonando los anexos*. El método radical resulta más sencillo si el saco no ha contraído adherencias y está bien pediculado de modo que pueda ser separado con facilidad; si, lo que no es raro, existen extensas y fuertes adherencias del saco con los órganos abdominales y la placenta está implantada en la pelvis en una superficie ancha, será difícil aislar el saco y cohibir la hemorragia producida por el desprendimiento de la placenta. En estas circunstancias, el segundo método es el que ofrece más garantías para la vida de la madre. Después de la abertura de la cavidad abdominal se sutura la pared anterior del saco á la herida y se abre éste, extrayendo el feto. La cavidad que queda se rellena de gasa y va disminuyendo gradualmente á medida que se eliminan las membranas y la placenta, lo que se verifica con cierta rapidez, pues á las 4 ó 6 semanas está terminada la curación.

La fig. 299 reproduce, según TUSSENBROEK, una sección á través del saco fetal en un *embarazo ovárico* que terminó por rotura primitiva. Se ve que el óvulo, al implantarse, invadió tan sólo una parte del folículo de GRAAF, respectivamente del cuerpo amarillo, y que la *theca folliculi* representa á la mucosa uterina. Si el embarazo ovárico alcanza un ulterior desarrollo, el tejido del ovario es utilizado para la formación del saco fetal. El ovario está aplastado y excavado en forma de cáscara, envolviendo completamente el huevo. En otros casos el óvulo se abre paso á través de la abertura del folículo, y crece dentro de la cavidad peritoneal ó en el meso-ovario, desplegando las hojas del ligamento ancho. De este modo se desarrolla un embarazo abdominal secundario ó un embarazo intraligamentoso.

Si el pabellón de la trompa ha adquirido adherencias con el ovario en que está situado el folículo grávido, el huevo, al desarrollarse, puede invadir también la trompa. Esta eventualidad constituye el llamado *embarazo tubo-ovárico*, en el cual el saco fetal está en parte en el tejido del ovario y en parte en la pared de la trompa.

El curso y las terminaciones del embarazo ovárico son los mismos que los que hemos estudiado para el tubario; también el tratamiento debe inspirarse en los mismos criterios.

## Bibliografía

### Trabajos sintéticos:

- HENNIG, Die Krankh. d. Eileiter u. die Tubenschwangerschaft. Stuttgart 1876. PARRY, Extrauterine Pregnancy, its courses etc. London 1876. J. VEIT, Die Eileiterschwangerschaft. Stuttgart 1887 u. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 40. WERTH, Beiträge zur Anatomie u. zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Stuttgart 1887. KÜSTNER, Die ektopische Schwangerschaft. P. MÜLLER's Handbuch d. Geb. Stuttg. 1889. WYDER, Zur Lehre v. d. Extrauterinschwangerschaft etc. Arch. f. Gyn. 28. WEBSTER, Ectopic pregnancy. Edinb. 1895. A. MARTIN, u. E. G. ORTHMANN, Eileiterschwangerschaft und E. G. ORTHMANN, Ovarialschwangerschaft, in A. MARTIN, Handbuch d. Krankh. de weibl. Adnexorgane. Leipzig 1895. v. OTT, Beiträge z. Kenntniß d. Extrauterinschw. Leipzig 1895. J. VEIT, Ueber

intraperiton. Blutergüsse. Samml. klin. Vortr. N. F. 15. 1891. SÄNGER, Ueber solitäre Hämatocele und deren Organisation. Verh. deutsch. Ges. f. Gyn. 5. 1893. ZWEIFEL, Ueber Extrauterin- u. retrouter. Hämatocele. Arch. f. Gyn. 41. R. WERTH, Die Extrauterinschwangerschaft. v. WINCKEL's Handbuch d. Geb. II. 2. 1904. Contiene abundantes datos bibliográficos. ANDREWS, Journ. of obst. and gyn. of the brit. empire. June-July 1906. Bibliografía de 1901 á 1906.

*Preñez ovárica:*

H. W. FREUND und THOMÉ, Eierstockschwangerschaft. Virchows Archiv. Bd. 183. 1906.

*Etiología:*

W. A. FREUND, Ueber d. Indic. z. operat. Beh. d. erkrankt. Tuben. Volk. Samml. klin. Vortr., 323. SIPPPEL, Ueber äussere Ueberwanderung d. Eies, deciduale Reaktion der Tube u. Tubenschwangerschaft. Ctbl. f. Gyn. 1901. GOEBEL, Beitr. z. Anat. u. Aetiologie d. Grav. tubaria. Arch. f. Gyn. 55. KREISCH, Beitr. z. Anat. und Patholog. d. Tubargravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 9. A. MARTIN, Extrauterinschwangerschaft. Encyclopäd. Jahrb. III. 1894. PETERSEN, Studien über die Pathogenese d. Tubenschwangerschaft u. die tubare Eieinbettung. Diss. Kopenhagen 1900. SEELIGMANN, Trauma u. Extrauterin-gravid. Deutsch. med. Wochenschr. 1901. Nr. 26. H. FERGUSSON, Repeated ectopic gestation in the same Patient. Edinb. med. J. 1899. OPITZ, Ueber die Ursachen der Ansiedelung des Eies im Eileiter. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 48. 1902. HITSCHMANN u. LINDENTHAL, Ueber die Haftung des Eies am atypischen Orte. Centralbl. f. Gyn. 1903. Nr. 9. HITSCHMANN, Tubargravidität und. akuteitrigre Entzündung. Geb. gyn. Ges. in Wien Ctbl. f. Gyn. Nr. 27. 1904.

*Anatomía:*

ORTHMANN, Ueber Tubenschwangerschaften i. d. ersten Monaten m. bes. Berücksichtigung der path. anat.-Befunde. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 20. ZEDEL, Zur Anatomie d. schwang. Tube etc. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 26. KOSSMANN, Z. Histologie d. Extrauterinschwangerschaft etc. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 27. ASCHOFF, Die Bez. d. tubaren Placenta z. Tubenabort u. z. Tubenruptur. Arch. f. Gyn. 60. G. KLEIN, Zur Anatomie d. schwang. Tube. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 20. R. FREUND, Beiträge z. Anatomie d. arsgetragenen Extrauterin-gravidität (mit ausführlichen Literaturangaben). Hegar's Beitr. 7. FÜTH, Studien über die Eieinbettung in der Tube. Monatssch. f. Geb. u. Gyn. 8 und. Arch. f. Gyn. 63.

*Preñez tubaria:*

KRÖMER, Untersuchungen über die tubare Einbettung. Arch. f. Gyn. Bd. 68. 1903. V. FRANQUÉ u. GARKITSCH, Beitr. z. ektopischen Schwangerschaft. Zeitschr. f. Heilk. Bd. 26. 1905. KERMANNER, Beitr. z. Anat. der Tubenschwangerschaft. Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. 20. 1904. ASCHOFF, Neue Arbeiten über Anatom. u. Aetiolog. d. Tubenschwangerschaften. Zentr. f. allg. Path. u. path. Anat. 19 d. CONVELAIRE, Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires, Paris 1901.

*Curso y terminaciones:*

LEOPOLD, Experim. Unters. über das Schicksal implantirter Föten. Arch. f. Gyn. XVIII. FEHLING, Die Bedeutung d. Tubaruptur u. des Tubarabortes für Verlauf, Prognose u. Therapie der Tubarschwangerschaft. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 38. MURET, Beitr. z. Lehre v. d. Extrauterin-Schwangerschaft. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 26. GOTTSCHALK, Ovarialschwangerschaft aus der 3. bis 4. Woche d. Gr. C. f. Gyn. 1886. KOUVER, Een Geval van Overialzwangerschap. Ned. Tijdsch. vor Verlos. en Gyn. 8. SIMON, Graviditas tubo-uterina. Diss. inaug. Berlin 1885. ORTHMANN, Beitr. z. frühzeit. Unterbrechung d. Tuben-Schwangerschaft. etc. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 29. KÜCHENMEISTER, Ueber Lithopädien. Arch. f. Gyn. 17. KIESER, Das Steinkind von Leinzell. Diss. inaug. Stuttgart. 1854. v. SCHRENK, Ueb. ektopische Gravid. Zusammenstellung von 486 Fällen aus des Lit. KÜSTNER's Ber. u. Arb. Wiesbaden 1894. LEOPOLD, Ovarialschwangerschaft und Lithopädionbildung. Arch. f. Gyn. 19. C. v. TUSSENBROEK, Ovarialgravidität. Annal. d. Gyn. 1899. FRANZ, Ueber Einbettung u. Wachsthum d. Eies im Eierstock. Hegar's Beiträge VI. H. FÜTH, Ueber Ovarialschwangerschaft. Hegar's Beiträge 6. SCHAUTA, Beitr. z. Kasuistik, Prognose und Therapie der Extrauterin-Schwangerschaft. Prag. 1891. v. WINKEL, Ueber die Missbildungen von ektopisch entwickelten Früchten. Wiesbaden 1902.

*Terapéutica:*

FRITSCH, Extrauterin-graviditäten, Technik d. Operat. in d. ersten Monaten u. am Ende d. Schwang. in: Ber. über die gyn. Operat. 1891-92. Berlin, Wreden 1893. v. HERFF, Zur Technik d. Entfernung vorgelegter Extrauterinschwangerschaften. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 34. HARRIS, Weitere Fortschritte d. Entbindung. lebensfähiger Früchte durch Koeliotomie. (Mit Statistik über 75 Fälle.) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 6, 1897. DÜHRSSSEN, Ueber vaginale Koeliotomie b. zwei Fällen von Tubenschwangerschaft. C. f. Gyn. 19, 1895. ESPENMÜLLER, Ueber oper. Behandlung d. Schwangerschaft ausserhalb d. Gebärmutter bei lebenden Kinde Hegar's Beiträge II. HOFMEIER, Zur oper. Behandlung d. Extrauterinschwangerschaft. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. V. VEIT, Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Ref. III. Gyn. Kongress 1890 und Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 40. WERTH, Behandlung der Extrauterinschwangerschaft III. Gyn. Kongress 1890. SAENGER, Aktive Behandlung des tubaren Aborts. XI. internat. Kongress Rom. 1894. v. SCANZONI, Ueber die Dauerresultate bei konservativer Behandlung frühzeitig unterbrochener Extrauterin-gravidität. Arch. f. Gyn. 65. SITTNER, Ergebnisse der in den letzten, 20 Jahren durch Köliotomie bei lebenden kinde operierten Fälle von vorgeschrittener Extrauterinschwangerschaft. Arch. f. Gyn. 89, 1908. TOTH, Wann sollen wir die Extrauterin-gravid. operieren. ORVOSI, Hetilap Gynaekologia, Nr. 2-3, 1909.

## Lección XVII

Anomalías de desarrollo y enfermedades del feto y sus anexos.—Anomalías de formación del feto; monstruos dobles; crecimiento gigantesco del feto; tumores y abultamientos anormales del tronco del feto; hidrocefalo.—Mola vesicular; epitelíoma maligno del corion; hidramnios; oligohidramnios.—Formas anómalas de la placenta; placenta marginata y circumvallata; infarto blanco y mixoma fibroso de la placenta.—Longitud ó cortedad excesivas del cordón umbilical; anomalías de su inserción en la placenta; nudos verdaderos y falsos del cordón; formación de asas y torsiones del cordón

---

SEÑORES: Hasta ahora nos hemos ocupado de la influencia que ejercen sobre las funciones de generación los estados morbosos de la madre. Pero también el feto, durante la vida intrauterina, está expuesto á anomalías de desarrollo y á enfermedades que pueden afectar á su propio organismo ó á los anexos, y son capaces de perturbar el curso del embarazo ó el parto, por lo que merecen que nos detengamos á estudiarlos.

Ya en las primeras épocas embrionarias no es raro que se establezcan en él *defectos de formación* que determinan una suspensión en el desarrollo del huevo. El corion y el amnios pueden continuar creciendo algún tiempo después de la muerte del embrión; pero, por fin, se interrumpe el embarazo y tiene lugar la expulsión del huevo. En estos casos, en el interior de un saco fetal relativamente grande, se encuentra, en lugar del embrión, un cuerpecillo esférico ó en forma de botón, ó bien un embrión completamente formado, pero de forma grotesca. La fig. 300, tomada de HIS, representa alguna de estas formaciones embrionarias defectuosas contenidas en huevos que en el momento de la expulsión tenían el volumen de un huevo de paloma.

De la infinita serie de defectos de conformación descritos en la teratología, en fetos avanzados en su desarrollo ó completamente maduros, los que tienen mayor

importancia, bajo el punto de vista obstétrico, son los *monstruos dobles*. Ya hemos explicado anteriormente que éstos provienen de un huevo con dos manchas embrio-

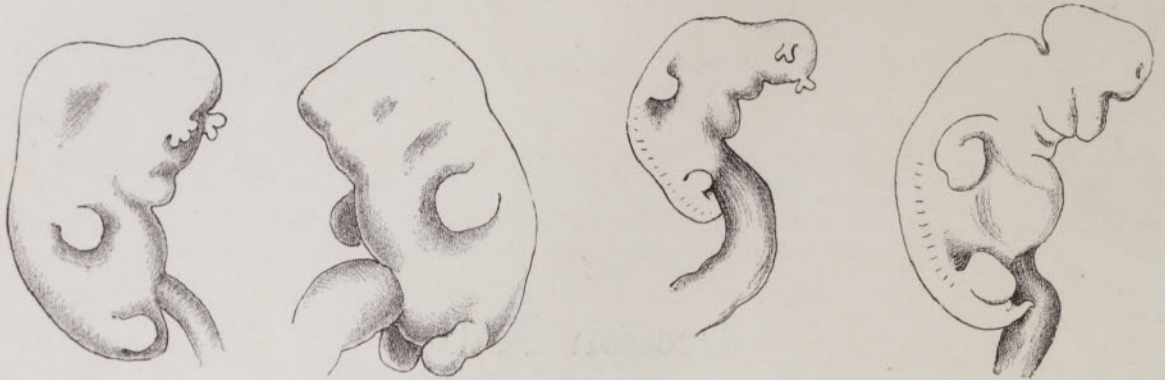


Fig. 300

Embriones mal conformados, según HIS, *Anatomía del embrión humano*

narias ó de la división de una mancha embrionaria primitivamente única. Podemos imaginar fácilmente las dificultades de su paso á través del canal genital, teniendo



Fig. 301

Parto de un craniópago

Los dos cuerpos están colocados en una misma línea y pasan sin dificultad á través de la pelvis

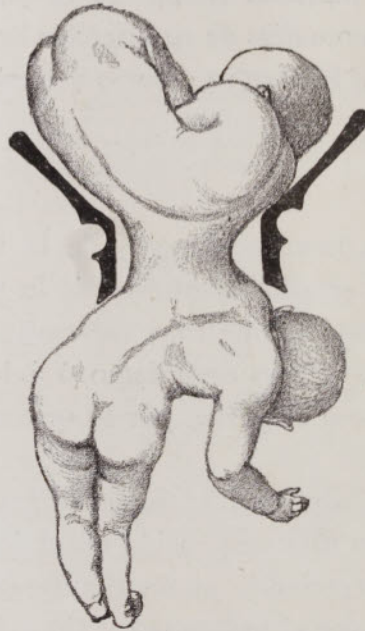


Fig. 302

Parto de un toracópago

Los dos fetos están en situación transversal y pueden ser extraídos por la versión



Fig. 303

Parto de un diprosopo

La cabeza voluminosa queda encañada y debe ser perforada para que se realice el parto

en cuenta tan sólo las particularidades de su constitución anatómica. Como ha indicado G. VERT, dichas dificultades son, en estos casos, muy diversas según la naturaleza y el grado de la duplicidad y, bajo el punto de vista del mecanismo del parto,

los monstruos pueden dividirse en tres grupos. Las consecuencias más sencillas son las que provienen de gemelos, por lo demás bien desarrollados, que solamente están unidos entre sí por los extremos cefálico ó podálico, como sucede en los craniópagos, isquiópagos y pigópagos. En el momento del parto los fetos pueden colocarse en una misma línea, y atraviesan la pelvis fácilmente el uno después del otro. Del mismo modo suceden las cosas en los monstruos dobles pertenecientes al segundo grupo, los cuales están unidos por el tronco, como sucede en los toracópagos y dicéfalos. Después del parto de la primera mitad, la segunda puede colocarse transversalmente en el estrecho superior, dificultando la expulsión; pero, de ordinario, el puente de tejidos que une los dos organismos es tan laxo y movable que, por medio de la versión, se logra colocar en situación longitudinal la segunda mitad que estaba colocada transversalmente, y entonces se puede extraer todo el monstruo sin recurrir á la embriotomía. Si los gemelos unidos por el tronco nacen vivos, pueden vivir largo tiempo, y hasta alcanzar una edad avanzada. Los hermanos siameses, lo mismo que la mayoría de los otros monstruos dobles que sobreviven, son toracópagos. Las mayores dificultades son las ofrecidas por el tercer grupo de monstruos, en los cuales la duplicidad está limitada á la cabeza ó al extremo podálico, mientras que el resto del cuerpo está normalmente conformado. Pertenecen á este grupo el diprosopo, el dipigo y las formas análogas, de duplicidad anterior ó posterior. Las partes dobles no pueden pasar por el canal pélvico dado el volumen de su circunferencia; unas veces basta, para terminar el parto, la tracción por los pies ó el forceps; pero otras hay que recurrir á la perforación del cráneo doble.

Una condición favorable al parto de todos estos monstruos dobles, es la pequeñez y depresibilidad de los dos cuerpos fetales. Las más de las veces se logra el parto espontáneo, siendo raro que sea necesario recurrir á operaciones destructoras. Estas monstruosidades no son reconocidas hasta el momento del parto cuando, en vista de la dificultad del mismo, se introduce la mano en el útero.

Después de los monstruos dobles hemos de ocuparnos, como exceso de formación, del «desarrollo gigantesco» del feto, ó sea de su crecimiento intrauterino que excede en mucho á la media normal. Hay mujeres que habitualmente paren niños excesivamente voluminosos; pero, en la mayoría de los casos, como causa de este desarrollo excesivo, se observa que el embarazo es de una duración exagerada. Existen observaciones, enteramente verídicas, de fetos que en el momento del nacimiento pesaban 7—8 y hasta 9 kilogramos. Como es natural, una pelvis de amplitud normal no es suficiente para el paso de estos fetos gigantes, y nos encontramos con distocias enteramente iguales á las producidas por las estrecheces pélvicas. El curso del parto, más que del volumen absoluto de la cabeza, depende de su reductibilidad plástica. Las mayores dificultades las encontramos cuando los huesos están tan indurados, y las suturas tan próximas entre sí, que no es posible una adaptación al canal pélvico. En tales condiciones, también en una pelvis ancha, pueden hacerse necesarios el forceps ó hasta la craneotomía.

En algunos casos el obstáculo al parto proviene, más que de la cabeza, de la *cintura escapular*, hasta el punto de que sólo se logra la extracción cuando se ha hecho salir el brazo posterior, reduciendo así el diámetro biacromial.

La influencia de las *enfermedades del feto* en el interior del claustro materno, se hace sentir de dos modos: la enfermedad puede ocasionar la muerte y la consiguiente interrupción del embarazo. La sífilis y muchas infecciones agudas obran, como ya hemos visto, interrumpiendo la gestación. En segundo lugar, los procesos morbosos fetales pueden provocar también trastornos mecánicos del parto por aumento anormal de volumen de algunas de las partes del nuevo ser.

Así, el tronco del feto puede constituir un obstáculo al parto, á consecuencia de una hepatitis sífilítica, por *ascitis*, ó de oclusión congénita de la uretra, por *repleción excesiva de la vejiga*; la *degeneración quística de los riñones*, los *higromas quísticos del sacro*, el *hidrorraquis* y otros tumores pueden obrar del mismo modo. La expulsión se detiene en cuanto la parte engrosada llega á la pelvis, y lo peor que puede hacer el tocólogo es forzar la extracción contra el obstáculo, con lo que desgarran las partes que ya han salido. Por el contrario, tan pronto como encontréis una resistencia notable, introduciréis la mano en los órganos genitales hasta el estrecho superior, con lo que conseguiréis fácilmente daros cuenta del obstáculo y haréis posible el parto por la punción de los tumores quísticos ó la fragmentación de los sólidos.

El ejemplo más frecuente de aumento de volumen de la cabeza está representado por el

#### *Hidrocéfalo*

Por la colección de líquido en los ventrículos cerebrales, que puede llegar á litros, el cráneo adquiere una distensión enorme. Los huesos planos de la bóveda llegan á hacerse tan delgados como el papel y las suturas son muy anchas.

En el parto, el cráneo hidrópico puede ser reducido por compresión y alargado hasta tal punto que llegue á poder pasar por el canal pélvico; otras veces, bajo la presión de las contracciones, se rompe y afloja, verificándose la expulsión fácilmente. Pero lo más frecuente es que no suceda ni lo uno ni lo otro, sino que el cráneo se detiene en el estrecho superior formándose la bolsa serosanguinolenta, pero sin que llegue á encajarse. Si la causa de la distocia no es reconocida y el arte no viene á resolver el caso, el cuerpo del útero se eleva cada vez más por encima de la cabeza, el segmento inferior sufre una distensión extraordinaria y concluye por romperse. Las roturas del útero son observadas, precisamente, con relativa frecuencia en el hidrocéfalo.

La principal dificultad que encuentra el tocólogo en los casos de hidrocéfalo es la de hacer á tiempo el diagnóstico. Es muy fácil la confusión con la bolsa de las



aguas, la pelvis ó el tronco, la cabeza relajada de un feto macerado ó los tumores quísticos del feto, especialmente cuando la cabeza está alta y solamente es accesible al dedo explorador en un segmento muy reducido. La anchura de las suturas y fontanelas, la delgadez de los huesos, la consistencia vesicular y abovedamiento



Fig. 304

Hidrocefalia con presentación cefálica

liso del cráneo harán pensar en el hidrocefalo. Una vez que se sospecha la alteración, se logrará fácilmente conocer el volumen de la cabeza, precisando de este modo el diagnóstico, por el examen bimanual por la vagina y las paredes del vientre. En la presentación podálica, la cabeza hidrocefálica ha de salir la última y hacen sos-

pechar la enfermedad las dificultades que se encuentran en la extracción. Introduciendo la mano en los órganos genitales, nos encontramos con que á una cara



Fig. 305

Hidrocéfalo

Dificultad en la extracción de la cabeza última

pequeña corresponde un cráneo sumamente voluminoso; pero, antes de esto, las colecciones líquidas en la médula espinal, el hidrorraquis y la espina bífida pueden llamar la atención, haciendo esperar que exista algo análogo en la cabeza.

La terapéutica del hidrocéfalo es muy sencilla y consiste en la punción del cráneo por medio de un trócar ó de otro instrumento punzante que se tenga á mano. Esto se ejecuta tan pronto como el orificio uterino está suficientemente dilatado y basta para que se verifique el parto. El pronóstico para el feto es fatal, aun cuando se logre que venga al mundo vivo; así es que nos preocuparemos, principalmente, de que la madre no corra peligro. Si el cráneo, después de abierto, tarda en salir, se dilatará el orificio de la punción y se facilitará la expulsión con el empleo del cráneoclasta. Lo mismo se hará sobre la cabeza última en las presentaciones podálicas (1). El forceps no se empleará porque resbala fácilmente.

Vamos á ocuparnos de los *anexos fetales*.

En éstos se presentan gran número de anomalías de desarrollo y enfermedades. Examinando atentamente las secundinas, se ve que en la mitad ó un tercio de los casos existe algo anormal en las membranas del huevo, la placenta, el cordón umbilical ó el líquido amniótico. La mayor parte de estas anomalías tienen tan sólo un interés científico; pero algunas tienen también importancia práctica, y éstas son las que os voy á describir á continuación.

Empezaré por un proceso del corion, que es interesante por sí mismo, y por sus relaciones etiológicas con los tumores malignos de esta membrana, el cual se conoce con el nombre de

#### *Mola vesicular ó hidatiforme*

Esta, cuando está completamente desarrollada, se presenta constituyendo un conjunto de vesiculitas, cuyo volumen oscila desde el de un grano de mijo hasta el de una avellana, llenas de un líquido claro, dotadas de un pedículo que las une y dispuestas en forma de rosario ó de racimo. Si se distiende este conglomerado de vesículas mediante la inmersión en agua hecha con cuidado, se reconoce fácilmente que los pedúnculos de las vesículas proceden de una finísima membrana—el corion—y no son otra cosa que las mismas vellosidades coriales degeneradas. La figura esquemática 306, pone de manifiesto estas condiciones. Alguna vez, en el interior del saco corial, se encuentra todavía un embrión; pero, de ordinario, no puede verse ni el menor vestigio de este último, porque sus delicados tejidos se han deshecho

(1) También puede recurrirse, en este último caso, al procedimiento de VAN HUEVEL-TARNIER, que consiste en practicar en la línea media del dorso una amplia incisión penetrante en el raquis por la cual se introduce una sonda de goma con mandril que es empujada hacia arriba hasta que llegue á la cavidad craneana, y por ella es evacuado el líquido, después de lo cual la cabeza sale por su propio peso.—(M.)

en el líquido amniótico; así es que, todo lo más, se encuentra un residuo de cordón umbilical.

En la mayoría de los casos, la degeneración de las vellosidades coriales empieza en una época precoz del embarazo y cuando la totalidad de la superficie del corion está todavía cubierta de vellosidades. El proceso degenerativo se extiende á todo el huevo, el embrión sucumbe; pero las vellosidades continúan su crecimiento du-

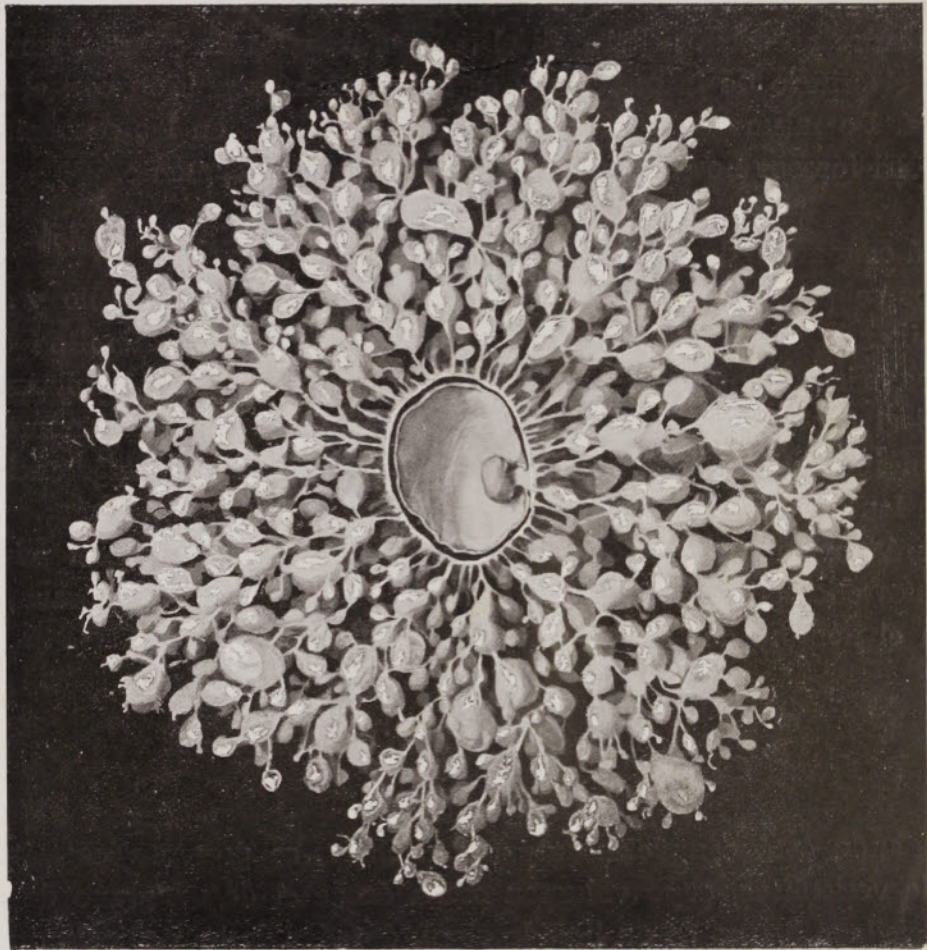


Fig. 306

Mola vesicular. Dibujo esquemático

rante algunas semanas. Si la degeneración empieza cuando ya la placenta está formada, toda ella se transforma en una masa hidatiforme. Pero también puede ocurrir que la degeneración quede limitada á algunos cotiledones, siendo entonces posible que el feto nazca vivo. Una de estas placentas con degeneración «parcial» en mola está representada en la fig. 307.

Según WIRCHOW, la mola vesicular depende de una proliferación neoplásica del tejido conjuntivo mucoso de las vellosidades. Un estímulo irritante procedente de la superficie del útero, ó transportado directamente por la sangre de la madre,

determinaría una multiplicación de los núcleos y de las células y un acúmulo de tejido mucoso en la substancia intercelular del estroma de las vellosidades, las cuales se engruesan en forma de maza y más tarde, por un proceso de fluidificación, se transforman en vesículas. Por este motivo, VIRCHOW ha denominado este proceso morboso «*mixoma de las vellosidades coriales*». Pero las investigaciones más recientes han demostrado que la mola toma su origen, más bien que en el estroma conjuntivo de las vellosidades, en su capa epitelial. *Se presentan primero procesos de proliferación de las dos capas epiteliales que en los primeros meses del embarazo recubren las vellosidades, el sincitio y la capa celular de LANGHANS.* La proliferación del estroma es secundaria y bien pronto manifiesta tan sólo fenómenos degenerativos. La fig. 308, que representa una sección transversal de una vesícula del tamaño de un

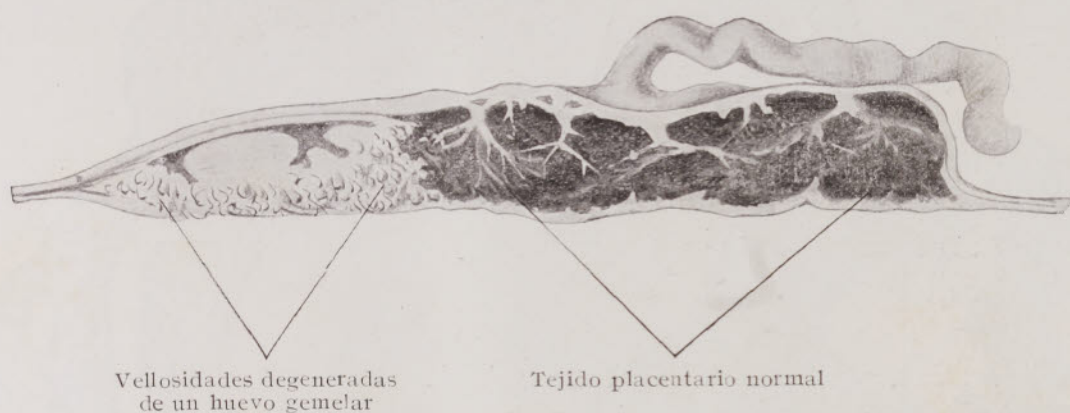


Fig. 307

Mixoma parcial de la placenta. Según STORCH, Virchow's Archiv. vol. 72

guisante fijada todavía fresca, pone de manifiesto, á un pequeño aumento, las alteraciones histológicas en los diversos períodos de desarrollo de la mola vesicular; en *a* el epitelio prolifera formando unos apéndices sólidos en forma de maza, y cuando éstos han adquirido cierto tamaño como en *b*, prolifera también en su interior la substancia conjuntiva fetal. Este tejido conjuntivo proliferado, pobre en vasos, experimenta bien pronto la degeneración mucosa ó hidrópica que principia por su centro. De este modo se desarrollan las vesículas que están llenas de un líquido albuminoso ó mucoso con detritus celulares.

Es de especial importancia para el curso y el pronóstico de la enfermedad, el modo de comportarse las vesículas degeneradas respecto de la serotina, ó sea el modo como se ponen en íntimo contacto con los tejidos maternos, cuestión que ha sido detenidamente estudiada por MARCHAND. También aquí es el epitelio de las vellosidades el que penetra en la caduca en forma de importantes acúmulos celulares y cordones, produciendo su desprendimiento, y cuando la proliferación es excesiva, no solamente puede invadir y destruir las capas compacta y esponjosa de la mucosa, sino también las partes inmediatas de la muscular. Proliferando después el estroma

de las vellosidades en el interior de estas prolongaciones epiteliales, las vellosidades degeneradas se encuentran por último en el espesor de la pared uterina, flotando en el interior de los vasos cuyas paredes han corroído. Hasta la cubierta serosa del útero puede ser perforada por las vellosidades. VOLKMANN ha dado á conocer este proceso con el nombre de «*mola vesicular destructora*». Da una idea clara del mismo la fig. 309, tomada de una preparación de la clínica de Halle.

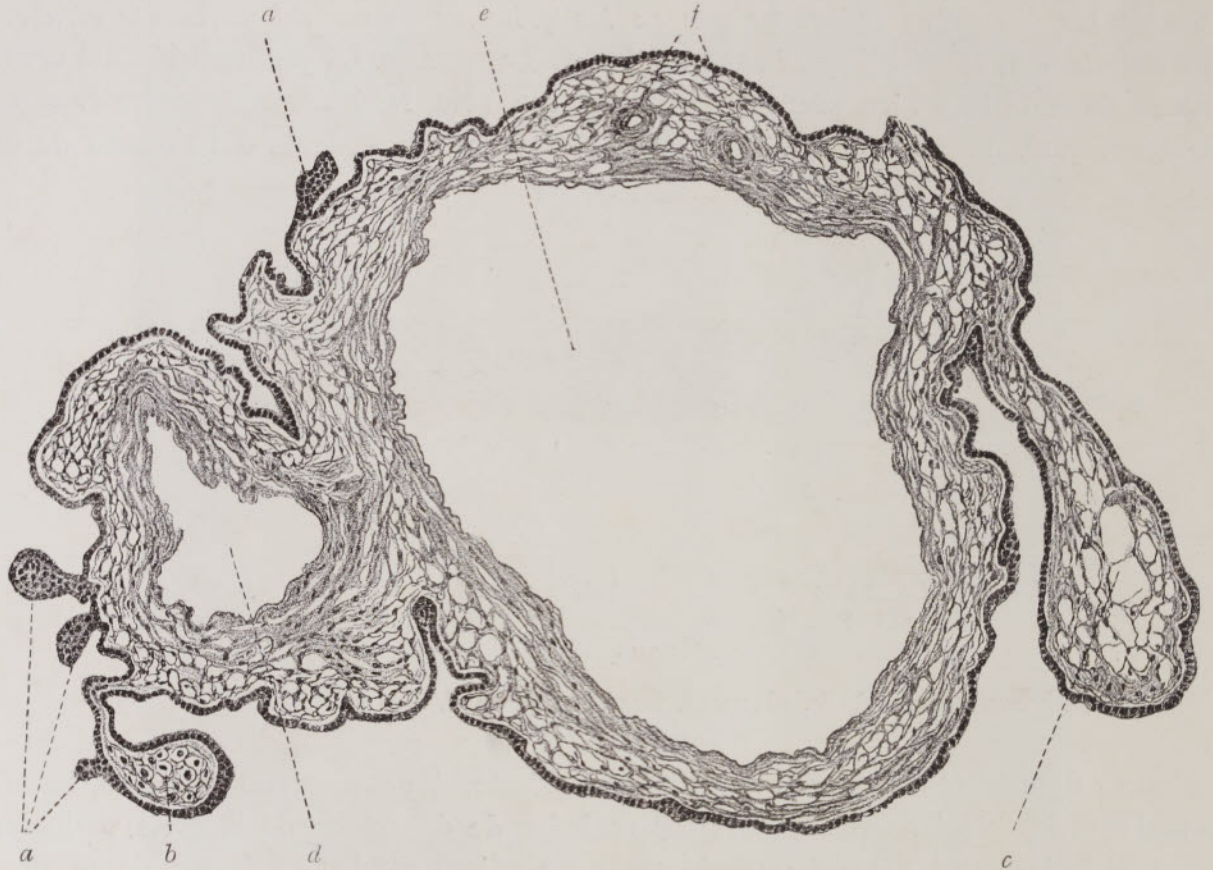


Fig. 308

Sección de una de las vesículas, del volumen de un guisante, de una mola hidatiforme. Débil aumento

*a*, prolongaciones en forma de maza de la capa epitelial; *b*, proliferación del estroma de las vellosidades en las prolongaciones epiteliales; *c*, licuefacción hidrópica especial del estroma; *d*, licuefacción del centro de una pequeña vesícula; *e*, cavidad de una vesícula más grande ocupada por líquido; *f*, vasos capilares en la pared de la vesícula

Los acúmulos de células epiteliales del sincitio y de la capa de LANGHANS, que son numerosos en el tejido de la serotina en todos los casos de mola vesicular, se desarrollan algunas veces de un modo completamente independiente del estroma de las vellosidades, originando con su tumultuosa hiperplasia el desarrollo de un *neoplasma maligno* que se comporta como un carcinoma ó sarcoma, constituyendo un tumor blanduzco ó sanguinolento que desde el útero envía metástasis á diversos

órganos, acarreado la muerte. KALTENBACH y LEOPOLD han sido los primeros que, fundándose en observaciones clínicas, han llamado la atención sobre la presentación de tumores malignos consecutivamente á la mola vesicular; este hecho ha sido después confirmado por numerosos casos muy demostrativos. El desarrollo

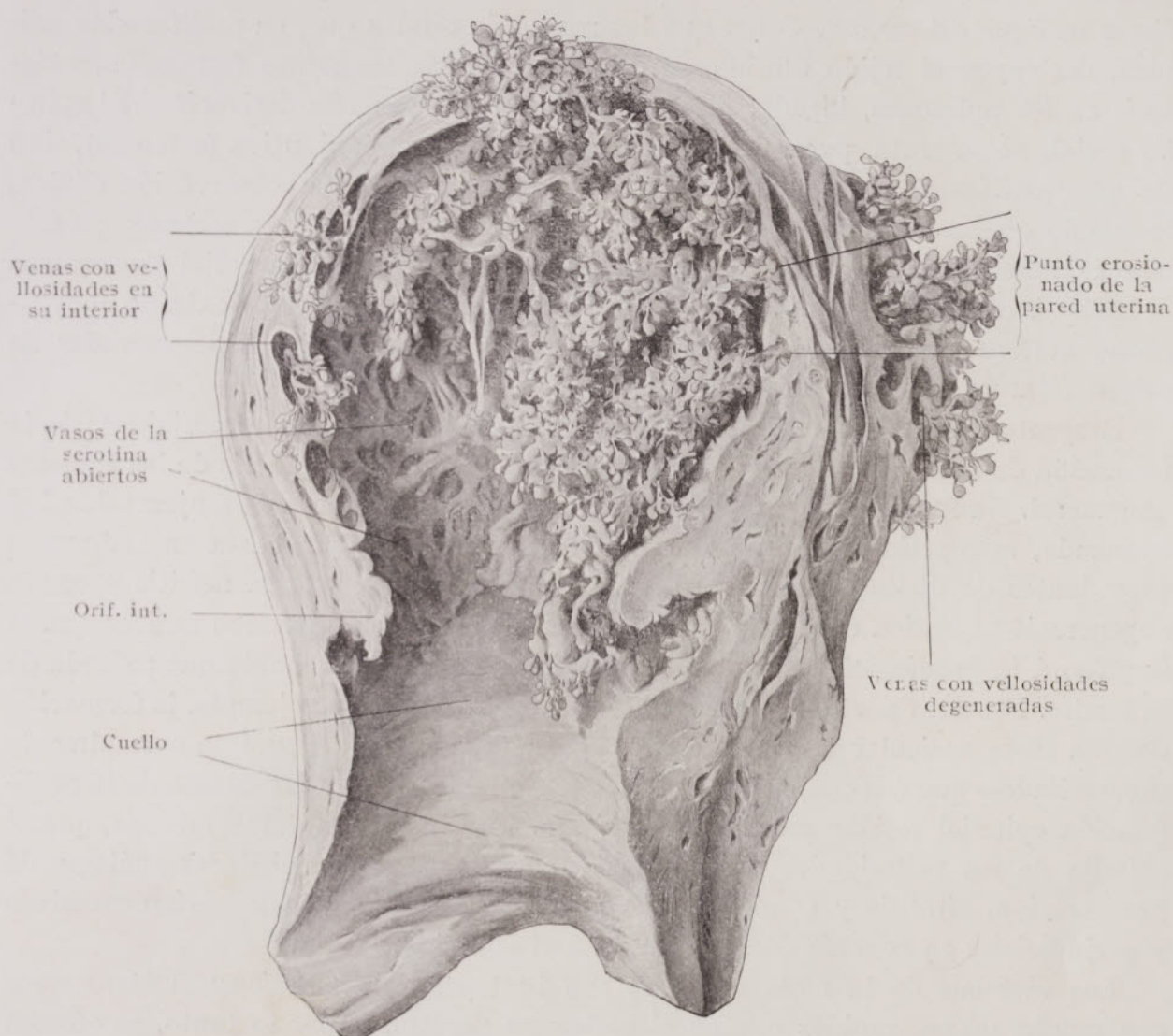


Fig. 309

Útero con mola vesicular destructora

Preparación de la clínica de Halle

de estos tumores es más frecuente después de una mola vesicular; pero también es posible como consecuencia de la expulsión abortiva de un huevo aparentemente no degenerado y hasta después de partos á término. La primera descripción anatómica de estos tumores la debemos á R. MAIER, quien los caracterizó como una forma especial de tumores uterinos, dándoles el nombre de «*deciduomas*»; después de él, en el año 1889, SÄNGER describió esta forma de tumores como una enfermedad