

# Cuerpos extraños abdominales por maniobras abortivas

Por **RAMON FRANCISCO SANCHEZ**

Jefe de Clínica Obstétrica de la Universidad Nacional.

En una monografía escrita hace ya algunos años, por las calendas en que jubilosamente ansiaba recibir el título de médico cirujano, comentaba los descastres biológicos y morales consecutivos al aborto criminal, y de paso me refería a los procedimientos absurdos a que apelan las famosas comadronas que en sus tugurios infernales satisfacen el grito egoísta de las marcadas con el látigo de fuego de la oratoria empenachada y arrogante de un vigoroso panfletista colombiano.

Posteriormente Hernando Caicedo y Santiago Lleras publicaron en **Heraldo Médico**, juiciosas observaciones sobre el mismo tema. Hoy quiero dar a conocer dos historias clínicas interesantes por el hallazgo quirúrgico y por la evolución, distinta afortunadamente a la mayoría de las de ese ayer, cuando aun no se conocían los antibióticos y las mujeres rendían copioso tributo a la muerte.

Mondor, en su clásica monografía sobre los abortos mortales, trae toda una gama de procedimientos, ingenuos algunos y tremendamente malignos otros, como si el afán de interrumpir

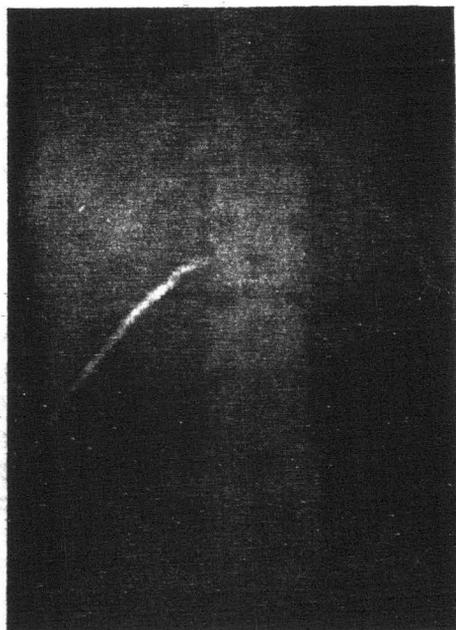
un embarazo iluminara el camino de los sistemas hasta caer en el dominio de las extravagancias inauditas.

Pero mejor que cualquier comentario es el relato escueto de las historias siguientes, ambas del servicio del Profesor Acosta, en el Instituto de Protección Materna-Infantil de Bogotá.

## Observación número 1

M. G. F., de 22 años, que ingresa el 14 de mayo de 1952, con amenorrea desde el 29 de febrero, y que dice que el 12 de abril una "señora", le aplicó una sonda de gran calibre, la cual permaneció durante tres días en la vagina; como la maniobra no diese el resultado apetecido (el aborto), el 29 del mismo mes un "doctor" le pasó otra sonda y al día siguiente le hizo un raspado y le formuló penicilina. Desde entonces comenzó a sentir dolor en el hipogastrio y en las fosas ilíacas y en el recto, fenómenos que, con el alza térmica, la obligaron a buscar refugio en el Hospital.

Al examen se ve una enferma enflaquecida, pálida, febricitante; el hipogastrio es doloroso; hay defensa ab-



dominal y el cuello uterino es corto, duro, cerrado; los fondos de saco están ocupados e impiden precisar el contorno de la matriz.

Se la mantiene en observación, siguiendo un tratamiento con penicilina, estreptomycin, dextrosa y duchas vaginales, mientras llegan los siguientes resultados:

#### **Análisis de sangre:**

Hematías, 3.700.000.  
 Leucocitos, 16.000.  
 Hemoglobina, 65%.  
 Polinucleares neutrófilos, 82%.  
 Linfocitos pequeños, 12%.  
 Formas de paso, 6%.  
 Sedimentación a la  $\frac{1}{2}$  hora, 60 mm.  
 y a la hora, 100 mm.  
 Glucemia, 125 mg. %.  
 N. P. N., 35 mg. %.

#### **Análisis de orina:**

Huellas de albúmina.  
 Píocitos +++.  
 Hematías +.  
 Bacterias ++.  
 Células ++.  
 Cilindros granulosos ++.

#### **Examen radiográfico:**

Existe una sonda de Nelaton enrollada y al parecer dentro de la gran cavidad peritoneal.

Con estos exámenes, se interviene, el 16, bajo anestesia con ciclopropano-éter-oxígeno. Se hace una laparotomía media infraumbilical; el acceso a la pelvis es difícil por gran cantidad de adherencias epiplóicas e intestinales a la pared y órganos intrapelvianos y por haber múltiples abs-

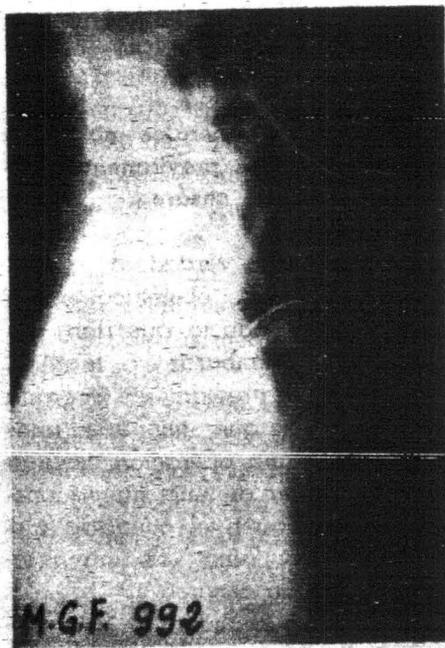
cesos; pero cuidadosamente se logra hallar un extremo de la sonda, que se extrae después de romper un absceso y de salir gran cantidad de pus cremoso y bien ligado. Se deja sulfafiazol en la cavidad y se cierra.

A la semana siguiente, la enferma se encuentra en buenas condiciones y sale el 24 de mayo. Post-operatorio apenas subfebril.

### Observación número 2

A. A., de 27 años, ingresa el 13 de febrero. Es una multigestante, en amenorrea desde el 5 de noviembre, y que llega al servicio con ligera hemorragia genital y relatando una historia de una caída a consecuencia de la cual principió a sangrar. Se le hace un tacto y él nos demuestra un cue-

llo duro, entreabierto, fondos de saco libres y matriz grande, como con embarazo de dos meses. Se piensa en una amenaza de aborto o en aborto incompleto y se la pone en observación. A los cinco días, el cuadro se ha modificado: hay vómito, fiebre, dolor epigástrico y defensa abdominal alta. Esto sugiere una afección gástrica o duodenal y de ahí que se le formule ludozán, dieta y alcalinos y se le ordene un examen radiográfico. El radiólogo dice que "se encuentra un cuerpo extraño (sonda), alojado en el flanco derecho del abdomen y al parecer dentro de la gran cavidad peritoneal". No obstante la evidencia radiológica, la paciente continúa mintiendo, pero al fin se convence de la inutilidad de su relato ficticio y confiesa con lujo de detalles las maniobras a que la sometió una comadrona.



El 5 de marzo, se interviene haciendo una laparotomía mediana supra-umbilical. Los tejidos están acartonados, duros e invadidos por colecciones purulentas múltiples hasta el tejido celular subcutáneo. Se aspira esta supuración y por un ojal se extrae la sonda. Como es imposible reconstruir planos, se sutura en uno solo peritoneo y aponeurosis, previa colocación de sulfá local. En el postoperatorio se dan antibióticos. La temperatura oscila entre 39 y 37 grados y el 19 sale por completa curación.

El cuadro hemático fue:

Hematíes, 4.670.000.  
Leucocitos, 12.400.  
Hemoglobina, 80%.  
Valor globular, 0,8.  
Neutrófilos, 76.  
Eosinófilos, 3.  
Linfocitos, 19.  
Formas de paso, 2.  
Sedimentación:  
A la ½ hora, 56 mm.  
A la hora, 110 mm.  
Glucemia, 0,89%, y  
N. P. N., 27 mg. %.

## Conducta obstétrica en las mujeres previamente operadas de cesárea

Por el doctor MARIO SANZ ARAOS

### CAPITULO I

#### Consideraciones generales sobre el parto, en pacientes previamente operadas de cesárea.

Existe aún una verdadera controversia en el campo obstétrico en relación con la conducta que debe seguirse ante un embarazo a término, en una paciente previamente operada de cesárea, ya que mientras unos sostienen que una operación cesárea no es indicación de una nueva operación, otros siguen el conocido aforismo que dice: "una vez una cesárea, siempre una cesárea".

En verdad, la realidad de este aforismo, podía ser absolutamente cierta cuando se practicaba la cesárea cor-

poral sistemáticamente, sobre todo, teniendo en cuenta el dato que daba Holland, quien decía que el 20% de las rupturas uterinas eran debidas a la cesárea corporal.

Pero la técnica moderna de la operación cesárea, es decir, la cesárea segmentaria transperitoneal, ha abierto nuevos horizontes para el futuro de la mujer con cesárea previa.

El mismo Holland asegura que el 4% de las rupturas uterinas del embarazo se deben a la cesárea corporal; sin embargo, desde que se viene practicando la cesárea segmentaria transperitoneal, no se ha presentado aún en nuestro medio, un solo caso comprobado de ruptura espontánea del útero, durante el embarazo. Es más, se puede asegurar, que las rupturas