2691
TD 668
3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EMBARAZO TUBARIO

TESIS

Presentada para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

JUAN JOSÉ GALIANO

BUENOS AIRES

Imprenta de MARTIN BIEDMA, Bolivar 535

1891

D 116

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EMBARAZO TUBARIO

TESIS

Presentada para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

JUAN JOSÉ GALIANO

BUENOS AIRES

Imprenta de Martin Biedma, Bolívar 535

1891

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en la tesis.

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. DON MAURICIO GONZALEZ CATAN

Vice decano

DR. DON EUFEMIO UBALLES

Académicos honorarios

Dr. D. SANTIAGO LARROSA
« « ERNESTO ABERG
« « PABLO MARENGO
« « EDUARDO WILDE
« « IGNACIO PIROVANO

Académicos titulares

Dr. D. MANUEL PORCEL DE PERALTA
« « MAURICIO GONZALEZ CATAN
« « MANUEL ARAUZ
« « LEOPOLDO MONTES DE OCA
« « JOSE T. BACA
« « RAFAEL HERRERA VEGAS
« « PEDRO MALLO
« « JOSÉ M. ASTIGUETA
« « JACOB DE T. PINTO
« « EUFEMIO UBALLES
« « JUAN R. FERNANDEZ.
« « ENRIQUE E. DEL ARCA.
« « PEDRO N. ARATA
« « MANUEL BLANCAS

Secretario académico honorario

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

Secretario titular

Dr. D. LUIS DE LA CARCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Dr. Juan José Naon.
Anatomía topográfica	» Mauricio Gonzalez Catan.
Histolojía teórico-práctica	» Francisco A. Tamini.
Fisiolojía jeneral y humana	» José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	» Meliton G. del Solar.
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Patolojía esterna	» Guillermo Udaondo.
Patolojía interna	» José Penna.
Anatomia Patológica	» Telémaco Susini
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	» Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	» Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas	» Jose M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y clinica respectiva	» Lucio Melendez
Clínica Quirúrjica	» Ignacio Pirovano. / Julian Aguilar.
Clínica Médica	» Eufemio Uballes. / Juan B. Gil.
Obstetricia y Clínica respectiva	» Samuel A. Molina.
Medicina legal y Toxicolojía	» Eduardo Perez.
Química aplicada á la Medicina / Química aplicada á la Farmacia	» Pedro N. Arata.
Farmacia y práctica farmacéutica	» Juan A. Boeri.

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Dr. D. Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	» » Juvencio Z. Arce.
Histolojía teórica práctica	» » Andrés F. Llobet.
Fisiolojía jeneral y humana	» » Jaime R. Costa. (en ejercicio)
Higiene pública y privada	» » Enrique Revilla
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos	» » Vacante.
Materia Médica y Terapéutica	» Enrique E. del Arca. / Angel M. Centeno.
Patolojía esterna	» » Obdulio Hernandez.
Patolojía interna	» » Marcial V. Quiroga
Anatomía patológica	» » Carlos Malbran
Medicina operatoria	» » Vacante.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	» » Enrique Bazterrica. / Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	» » Antonio F. Piñero. / Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y elínica oftalmológica	» » Eduardo Obejero. / Francisco Barraza.
Enfermedades nerviosas	» » José A. Esteves.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	» » Domingo Cabred.
Clínica Quirúrjica	» » Antonio C. Gandolfo. / Juan B. Justo / Alejandro Castro
Clínica Médica	» » Gregorio N. Chaves / Abel Ayerza. / Julio Mendez / Francisco Sicardi
Obstetricia y Clínica obstetricial	» » Luis F. Vila / J. R. Fernandez.
Medicina legal y Toxicolojía	» » Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina / Química aplicada á la Farmacia	José M. Irizar.
Farmacia y práctica farmacéutica	» » Atanasio Quiroga.

PADRINO DE TESIS

DR. DON ENRIQUE E. DEL ARCA

A la memoria de mi madre

Sr. Presidente:

El estudio de las causas del embarazo por error de lugar, no está hasta ahora bien definido, por cuanto no se sabe de una manera precisa cual es el mecanismo íntimo que preside á la emigración del óvulo por el canal genital, en sus relaciones con la célula macho. Sin embargo, cualquiera que sea la esplicación que de ella se dé, cualquiera que sea la teoría que aceptemos para darnos cuenta del punto donde se hace la conjunción de las dos células, hay un hecho indudable, que se produce en estos casos de heterotopia y es la fijación del óvulo, con todos los elementos vitales para una evolución ulterior, en un lugar distinto del que naturalmente le está designado.

Un gran número de causas han sido espuestas para esplicar la irregularidad del pasaje del óvulo, desde el ovario al útero y es claro que todo lo que perturbe mediata ó inmediatamente ese acto fisiológico, podrá producir este accidente, sin embargo, podemos reducirlas todas ellas á dos órdenes distintas que son: mecánicas y dinámicas.

El óvulo fecundado puede en su pasaje por las trompas quedar retenido en cualquier punto de su trayecto, cuando estas han sido modificadas temporal ó permanentemente, ya sea en su calibre, por lesiones funcionales ú orgánicas sobrevenidas en el conducto, ya en sus dimensiones, posición y dirección ó por perturbaciones en la constitución histológica de los elemantos que la forman, modificando su actividad.

Si bien estas causas no son frecuentes, lo que esplica la rareza de los embarazos extrauterinos, no es menos cierto que ellas nos vienen á dar cuenta del hecho de que esta clase de embarazos sean mucho más frecuentes en las multíparas y á la edad en que el organismo empieza á esperimentar los primeros desórdenes producidos por la disminución de la actividad funcional.

Las alteraciones del epitelio de pestañas vibrátiles que tapiza la mucosa de la trompa, el desarrollo defectuoso de las mismas, la tumefacción inflamatoria de las diversas capas que la constituyen, las secreciones anormales de mucus que obstruyen el canal, las bridas de la mucosa producidas por antiguas salpingitis, la presencia de pequeños pólipos en cualquier punto de su extensión y principalmente en el orificio uterino dando lugar á la retención del óvulo fecundado, pero habiendo permitido no obstante el paso al espermatozoide, se citan como causas más probables en la etiologia de la preñez tubaria. Sin embargo, en los casos

en que la desembocadura de la trompa ha sido completamente obstruida por un tumor desarrollado en ese punto ó por imperforación congénita, se ha admitido que la célula macho ó el mismo óvulo fecundado, procedan de la trompa opuesta por emigración externa peritoneal.

Para los que sostienen que la fecundación del óvulo se hace en el útero, es de gran importancia, (y presentan como una entidad etiológica) la desaparición de las pestañas vibrátiles en una mucosa modificada por salpingitis, que pondria á la trompa en idénticas condiciones de receptibidad que tiene la del útero para los objetos del desenvolvimiento ulterior del huevo. Así se esplica la frecuencia de la variedad tubaria, pues el epitelio que serviria de barrera para impedir la entrada del elemento fecundante ha desaparecido y este, en su carrera inusitada por las trompas puede sorprender al óvulo en uno de los puntos de su trayectoria, desde su sitio de postura hasta su caida al tálamo uterino, é implantarse alli para evolucionar.

El calibre de la trompa de Falopio, en algunos casos puede ser suficiente para dar paso al espermatozoide, hasta ponerse en contacto con el óvulo, pero ser insuficiente para que este, habiendo esperimentado ya la primera exitación de contacto en presencia de la célula fecundante, que ha cambiado sus dimensiones, no pueda ya progresar bajo el impulso de los movimientos ciliares del epitelio y contracciones peristálticas que racionalmente es

menester admitir posean las trompas, dado su constitución histológica.

La deformación de un repliegue de la mucosa de la trompa debido á una inflamación del peritoneo, la compresión temporal por un tumor del útero ó de sus proximidades en la época de la postura, ó una simple hipertrofia de la mucosa produciendo esos pequeños pólipos que en algunos embarazos ectópicos se han encontrado á la autopsia, nos dan cuenta del rol importantísimo que tienen estas alteraciones en la etiología de ciertos casos de embarazo tubario, máxime si se tiene en cuenta la exigüidad del calibre de la trompa y la pequeña resistencia de sus paredes.

Beck de Rastadt cita un caso de preñéz intersticial ocasionada por la presencia de un pequeño pólipo mucoso en el orificio interno de la trompa. Se ha dicho que estos tumores eran debidos á la hipertrofia de la mucosa á causa de la irritabilidad producida por el mismo huevo en gestación, de modo que esta alteración era consecutiva y no la causa de la retención. Pero hay otros hechos de esta misma naturaleza que no dejan ninguna duda sobre la influencia mecánica de las neoplasias en la producción de algunas retenciones. Así, un caso citado por Roth, en que un fibroma había invadido toda la pared uterina del lado de la trompa y aplastado la cavidad, nos da cuenta de la imposibilidad de penetración del óvulo. En el caso

citado por Wider, se encontró á la autopsia otro de antigua data.

Las afecciones del útero, cáncer, tumores pelvianos, adherencias peritoneales procedentes de antíguas inflamaciones, favorecen la retención del óvulo en las trompas ó su caída al peritoneo.

Los traumatismos sobre el vientre en el instante de la postura ovular, han sido citados por muchos autores como causas productora de la caída del huevo fuera del dominio del pabellon, dando lugar á los embarazos abdominales ú ováricos.

Ciertas heridas uterinas (Braxton Hicks) pueden provocar el pasage del huevo fecundado á la cavidad abdominal. Como consecuencia de una histerectomia por fibroma, Kœerbele refiere haber observado un caso de embarazo abdominal por emigracion del huevo é traves de una fístula consecutiva á la operación.

Richard ha atribuido á disposiciones anatómicas, (pabellones suplementarios interpuestos en el trayecto de las trompas), hechos de la misma naturaleza. Varios autores relacionan casos de embarazos en cuernos rudimentarios del útero.

Otras causas dinámicas que citan algunos autores, dándoles casi todos ellos una gran importancia en la etiología de la ectopia, están muy distante de poderse comprobar, debiéndose considerar únicamente como causas alejadas. Velpeau, para esplicarse algunos casos, supone que un temor violento en el momento del coito por violación ó sor-

presa, emociones profundas algun tiempo despues etc., sean elementos capaces de determinarla. Tales influencias obrarán probablemente provocando un espasmo general ó parcial y paralizando el peristaltismo de las trompas encargadas de hacer progresar al óvulo ó haciendo refluir á este hácia la cavidad peritoneal.

División

El óvulo, como dejamos dicho, puede ser fecundado en cualquier punto del aparato genital y aun en sus anexos y proximidades, pues se sabe que los espermatozoides pueden penetrar en la cavidad abdominal y conservar alli su vitalidad por algun tiempo, lo mismo que el óvulo puede emigrar por largos trayectos sin perder sus propiedades.

Por otra parte, ya hemos visto como el óvulo fecundado puede detenerse fuera de la cavidad uterina; si el germen en estas condiciones se detiene en su camino para permanecer definitivamente, se fija en las paredes, se desarrolla, regido por las mismas leyes que presiden al embarzo normal y queda constituida la preñéz viciosa, diskyesis, embarazo por error de sitio, embarazo extrauterino, ó preñéz ectópica, término empleado por primera vez por Robert Barnes.

Sin gran interés práctico, se han hecho muchas divisiones y sub-divisiones anatómicas, aunque en

su mayor parte no interesan al clínico por que no se alcanzan á precisar en el diagnóstico. Asi tenemos que Dezeimeris ha descrito: 1°, una preñéz ovárica; 2°, una preñéz subperitoneo-pelviana; 3°, una preñéz tubo-ovárica; 4°, una preñéz tubo abdominal; 5°, una preñéz tubaria; 6°, una preñéz tubo-uterina-intersticial; 7°, una preñéz útero-tubaria; 8°, una preñéz útero-tubaria-abdominal; 9°, una preñéz abdominal.

Tambien se ha dividido en *primitivo*, esto es, verdadero, y *secundario* ó accidental (producido este último á consecuencia de rupturas del útero.) Nosotros, para facilitar su estudio admitiremos: 1°, embarazo tubario, 2°, ovárico y 3°, abdominal ó peritoneal y las subdivisiones del embaro tubario en: intersticial, tubario propiamente dicho, tubo-ovárico y tubo-abdominal.

La variedad intersticial, apesar de que el germen se desarrolla en la porción de la trompa que atraviesa la pared, ha sido llamada tubo uterina por Carus, porque en realidad el óvulo crece por fuera de la cavidad uterina.

En la preñéz tubaria, el óvulo se desarrolla insertándose en cualquier punto de la superficie interna del conducto de la trompa, de aqui tres variedades distintas: 1°. cuando el óvulo se fija en la extremidad interna se llama intersticial, 2°. tubaria propiamente dicha cuando el óvulo se desenvuelve en la parte media y en fin en la parte mas externa de la trompa, en el pabellón, haciendo

saliencia al peritoneo, constituye la tubo abdominal, en la cual hay que distinguir una variedad que es la tubo ovárica.

Cuando evoluciona en la región ovariana se llama ovárica. Esta especie ha sido puesta en duda durante mucho tiempo, pero hoy dia se citan casos auténticos. Dá lugar á dos variedades: 1º. la preñéz ovárica interna y la preñéz óvárica externa.

Si bien, aunque en casos muy raros, se admite que el óvulo es fecundado y continúa su desarrollo en la vesícula en el momento de su dehicencia y tambien aunque muy escepcionalmente en la sustancia misma del ovario. Kiwisch y Virchow han tratado de esplicarse este hecho admitiendo la ruptura parcial de la vesícula de Graaf, de modo que de la abertura incompleta que en esta se produzca, no pueda salir sinó una pequeña porción del contenido líquido sin dejar en libertad al óvulo contenido en el folículo, de manera que el espermatozoide llegando en casos escepcionales hasta el ovario, puede estar en condiciones de fucionarse. El folículo en estos casos sería tambien un terreno muy favorable para la implantación del huevo.

En la preñéz abdominal ó peritoneal, el óvulo se encuentra generalmente en las inmediaciones del ovario, en la cavidad peritoneal, principalmente en el fondo de saco retro-uterino y mas raramente en el mesenterio sobre un ansa intestinal ó en la pared del abdomen. Esta puede ser primitiva y secundaria; primitiva, cuando desde el principio el

germen ha evolucionado en la superficie peritoneal, y secundaria, cuando proviene de una ruptura de la trompa ó del útero.

Hay variedades muy raras, entre otras la que se desarrollan en el divertículo de un útero anormal, caso citado por Stoltz y Heyfelder; otra variedad extra-abdominal de Keller, en que la preñéz se desenvolvió en una hernia crural ó abdominal.

Sintomatología

En los casos raros en que el embarazo tubario llega á una época muy avanzada de su desarrollo ó á término, se presentan una serie de fenómenos por parte de la madre y del niño muy distintos en cada una de las épocas en que se les estudia. En otros casos, el quiste puede detenerse en su desarrollo, el feto morir ó sobrevenir un accidente cualquiera que modifique la evolución del huevo.

Al principio del embarazo, los signos son á veces tan insignificantes que pueden pasar desapercibidos aún al examen mas atento, sin embargo, hay casos en que el *erectismo* se presenta con todo el cortejo de manifestaciones y la madre tiene conciencia de encontrarse embarazada, fenómenos subjetivos á veces sin importancia que pueden en ciertos casos de enfermedades distintas, desorientar la opinión del facultativo, de aquí la poca utilidad del interro-

gatorio cuando se trata de establecer el diagnóstico de un embarazo *ectópico* sospechado.

El *erectismo* genital, se traduce en una multitud de casos por los mismos fenómenos de la gestación normal, esto es, por modificaciones en el sistema nervioso, en el tubo digestivo, reacción mamaria, modificaciones en la menstruación, etc. Se ha observado un retardo en la aparición de los vómitos sin poderse aún esplicar la causa.

Respecto á la menstruación, nada hay mas variable é irregular que este fenómeno fisiológico en la preñéz extrauterina. Cuando el óvulo fecundado se detiene para evolucionar como en el embarazo uterino, las reglas se suprimen, no hay nueva ovulación, y como dice Stolz, la naturaleza está satisfecha despues de la concepción, pero yo debo agregar que incompletamente, pues si bien el fenómeno íntimo de la concepción se efectúa para producir un nuevo ser, este no se aloja en el órgano que naturalmente le está designado y la matriz se satisface incompletamente experimentando solo la influencia de otro órgano de su dependencia que le ha arrebatado sus derechos funcionales. Muchos casos se citan y aún es frecuente ver que las reglas desaparezcan durante todo el embarazo ó hasta una época avanzada, despues que ha tenido lugar el *falso trabajo* ó que muera el feto sin que este fenómeno se haya experimentado.

Es cierto que la mucosa se modifica, se forma la caduca uterina y el cuello se cierra con un ta-

pon mucoso, pero estos fenómenos son transitorios. La caduca se expulsa con frecuencia bien pronto, sinó en totalidad, en parte; los fenómenos de erectismo del lado del útero se calman y hay un ovario y una trompa dispuestos á funcionar.

Como vemos, lo general es que durante el principío del embarazo los menstruos desaparezcan, pudiéndose tomar este síntoma como punto de referencia probable para determinar el tiempo de la preñéz; pero esto no pasa siempre de la misma manera.

A menudo, despues de haber faltado el primer mes, reaparecen durante el segundo, tercero ó cuarto, otras veces persisten con la regularidad habitual en los primeros meses, luego desaparecen para volver á presentarse mas tarde; otras veces no se presentan al principio, aparecen mas tarde para volver á desaparecer. Petit, ha observado que el derrame mensual se produce con menos abundancia que en el estado normal.

Con frecuencia, este derrame que se hace en las épocas intermenstruales, va mezclado con mucus y debridaciones de caduca y se acompaña generalmente de dolores intensos que recuerdan los cólicos uterinos experimentados en esa variedad especial de metritis crónica dolorosa llamada dismenorrea membranosa, cuyo fenómeno capital es la eliminación de toda ó parte de la mucosa uterina en el momento de la menstruación. Algunas veces, los corrimientos sanguíneos se han presentado

con todos los caracteres de una metrorragia alarmante en que ha sido menester intervenir.

Otro síntoma materno que no tarda en producirse es el dolor. Estos dolores abdominales se hacen sentir poco tiempo despues de haberse fijado el óvulo. Algunas veces son tolerables, pero constantemente son muy intensos, análogos á los dolores uterinos.

Son muy variables respecto á su intensidad, frecuencia y sitio de aparición, acompañándose algunas veces de vómitos y ligera reacción febril. En ocaciones este dolor, que por error se ha pretendido considerar como patognomónico de la preñéz ectópica, es fijo, circunscrito á la pelvis, otras veces se irradia hacia el ombligo y las caderas, desciende hasta las piernas y la paciente está imposibilitada de colocarse en la posición decúbito lateral. Estos pueden desaparecer en un momento dado y presentarse hacia el término del embarazo ó á consecuencia de la muerte del feto. Los dolores pueden aparecer con intermitencias en las épocas que corresponden á las reglas y se acompañan generalmente de metrorragias.

Cuando el quiste ha adquirido grandes dimensiones y vá á colocarse por detras del útero, puede dar lugar á síntomas de compresión por parte de la vegiga y del recto. Algunas veces son tan vivos que arrancan gritos á la muger, imposibilitándola de todo exámen, no tolerando por mucho tiempo ni el menor contacto con las ropas de la cama.

Fuera de los dolores que provoca la presencia del tumor mas ó ménos voluminoso, del proceso inflamatorio, del peritonismo y del dolor que acompaña á la ruptura del quiste y del cual me ocuparé mas adelante, se presenta un fenómeno curioso que ha sido designado con el nombre de falso parto ó falso trabajo.

Este se presenta durante el periodo de certidumbre ó fetal propiamente dicho ó cuando el embarazo ha llegado á término.

Hacia el fin de la preñéz, generalmente durante la vida del niño, la muger experimenta una serie de manifestaciones análogas á las que preceden al parto normal, traduciéndose por verdaderos dolores abdominales que por su intensidad é intermitencia se asemejan perfectamente á los del trabajo en condiciones fisiolójicas y ha sido muchas veces causas de error simulando los dolores expulsivos de un aborto ó un parto normal. Pueden durar de 18 horas á dos ó tres dias y presentarse con intérvalos. Suelen ir acompañados de ligeros corrimientos sanguíneos y no es menester confundirlos con los fenómenos que siguen á la ruptura del quiste.

Se produce este trabajo cuando el embarazo ha llegado á término y á veces antes, á fin del segundo trimestre y es precursor casi siempre de la muerte inmediata del niño ó le precede en algunas horas, si bien se ha visto en algunos casos que el niño ha podido sobrevivir á pesar de esto, hasta hacerse de término.

Escepcionalmente se ha comprobado la repetición del falso parto antes del retorno de las reglas.

Meadows, apoyándose en un caso de laparotomía efectuada por Scott durante el trabajo y Dezeimeris, creen que estos dolores son producidos por las contracciones uterinas á intervalos regulares. Hohl y de Baudelocque han observado que las paredes del tumor se contraen durante el trabajo sin que esto impida que el útero experimente las modificaciones que he citado en otro lugar y el mismo Nœgelé dice: «la matriz se contrae, su orificio se entreabre y expulsa sangre, mucus y colgajos de caduca; al mismo tiempo tienen lugar las contracciones en la bolsa que rodea al huevo y que está provista de fibras musculares de la vida orgánica.»

Signos físicos—Ya hemos hecho notar las transformaciones que pasan en el útero y la vagina durante la gestación ectópica y que no insistiré aquí. La presencia del tumor no llama la atención sinó desde que ha adquirido algún desarrollo, esto es, al segundo y tercer trimestre. Las paredes abdominales pueden estar levantadas y distendidas con una superficie asimétrica, presentando uno ó varios abultamientos por los lados de la línea media. Otras veces cuando el quiste desarrollado en la trompa ha adquirido un gran volúmen, no ocupa ya solamente una de las foses iliacas sino que vá á colocarse por detras del útero; entonces el vientre hace

prominencia principalmente en la línea media en un plano mas ó menos oblícuo de bordes irregulares.

Durante el primer trimestre de la gestación ectópica, muy pocos datos podemos descubrir por medio de la palpación, que sean propios de este estado. Sin embargo, cuando el tumor ha adquirido mayor desarrollo, por medio de la palpación podemos situarlo en la mayoría de los casos y limitar sus contornos. Cuando el quiste contenido en las trompas y apesar de los fenómenos inflamatorios no está rodeado de una capa espesa de exsudados y aún no se han establecido adherencias más ó menos numerosas con los órganos y tejidos inmediatos, es posible imprimirle una gran movilidad, aunque lo general es que esté fijo. En esos casos es posible distinguir cada una de sus partes, máxime cuando como sucede á veces, las paredes abdomiles presentan una extrema delgadez. Lawson-Tait llama la atención respecto á la delgadez anormal de las paredes abdominales y uterinas y cita un caso de Parry como ejemplo curioso de ese fenómeno, se trata de efectuar el diagnóstico de un tumor abdominal cuyo volúmen era el adquirido por un útero en el 7 1[2 á 8º mes, con la palpación á través del abdomen distendido notó un feto que parecía estar en contacto inmediato con el dedo, de tal modo que entre la mano y el feto no parecía mediar sinó la piel del vientre.

Durante mi internado en la maternidad, hemos

tenido la oportunidad de notar esto mismo junto con el gefe de la clínica, Dr. Ayerza, en mujeres relativamente bien constituidas, siendo algunas de ellas primíparas, en la que se podía distinguir perfectamente sin esfuerzo casi todas las porciones del niño á través de una pared sumamente delgada que recordaba una extensa eventración.

Por medio de la palpación, á veces se consigue percibir los movimientos fetales y aún situar su posición.

El volúmen del quiste varía generalmente desde el tamaño de una nuez al de una naranja y su consistencia es mas dura y resistente que la del útero desarrollado por la preñéz y es doloroso á la presión. Cuando se le examina á intervalos mas ó menos separados, se nota su rápido desarrollo, salvo el caso en que el feto ha sucumbido ó el quiste ha estallado para transformarse en una variedad abdominal, disminuyendo de volúmen en el primer caso y desapareciendo súbitamente en el otro. En estas circunstancias, los dolores vivos que experimenta la muger y los síntomas de hematocele, nos darán cuenta de otros cambios cuando esta sobrevive. Las paredes abdominales están mas tensas que en el embarazo normal y son aun mas dolorosas, como ya lo he hecho notar anteriormente, á tal punto que es difícil hacer la palpación sin ocurrir préviamente á la anestesia.

En la región inguinal, en cualquier punto mas ó ménos próximo de la línea media del abdómen, se-

gun la variedad de preñéz y segun tambien el volúmen que esta haya adquirido, se pueden encontrar en algunos casos raros dos ó mas tumores á la vez, separados unos de otros por una pequeña depresión y que se distinguen por su consistencia y tamaño. El uno, en que se puede notar porciones fetales, es más voluminoso, más blando que el otro, á veces liso ó abollonado y en ocasiones fluctuante.

Cuando el tumor es muy grande es más difícil poderlo limitar, pero es posible entonces percibir el peloteo.

Otros signos importantes que se aprecian á la auscultación en el período de certidumbre, desde el cuarto mes en adelante, son los latidos cardiacos del feto y el ruido de soplo. En el embarazo tubario es más frecuente oir los ruidos de soplo.

El tacto rectal, el vaginal, solo ó combinado con la palpación, nos dará elementos importantes de diagnóstico, indicándonos la forma y posición del útero, así como la consistencia, situación, relación y dimensiones del tumor fetal.

El cateterismo uterino, por los peligros á que expone en caso de embarazo normal y de los datos insuficientes que suministra, Tarnier lo reemplaza ventajosamente con el tacto intrauterino.

Tambien se puede ocurrir al tacto vesical.

Diagnóstico

Al hacer el estudio de los sintómas del embarazo tubario, hemos podido notar su gran diversidad y la imposibilidad de formar con ellos un grupo que constantemente se presente y pueda darnos una guía precisa para establecer el diagnóstico de esta rara afección.

La gran movilidad de los síntomas, aun tratándose de una misma variedad, como la multitud de fenómenos que se presentan en el curso de la preñéz debido á la serie de accidentes que ella puede experimentar; la semejanza de sus manifestaciones con las que caracterizan á otras enfermedades del vientre, nos esplica las dificultades con que amenudo se han tropezado y los frecuentes errores cometidos. De modo que será necesario tener presente siempre el mayor número posible de fenómenos, puesto que no hay ninguno que le sea patognomónico.

Por la enumeración de los síntomas normales ó patológicos que hemos expuesto en detalle, lo que nos ahorrará insistir sinó en los puntos más importantes, podemos darnos cuenta de la dificultad que existe muchas veces de diferenciarlo con el embarazo uterino durante el primer trimestre en que el diagnóstico no se funda sinó en signos de presunción; asi, la supresión de los menstruos, los fenómenos de erectismo genital, las modificaciones del útero etc., pueden existir tambien en el

embarazo ectópico. Estos signos que vienen á diferenciarse bien pronto, nos demuestran tambien la necesidad de estudiar el tumor en los diversos estados de su cesarrollo.

Como á cada una de las épocas extremas de la preñez anormal, corresponde una serie de signos clínicos distintos, menester es que distingamos tres períodos: 1º, período que se estiende desde el principio de la preñez hasta que hayan aparecido uno ó varios signos de certidumbre, esto es, hasta los cuatro ó siete primeros meses; 2º, periodo en que se perciben signos ciertos, hasta la muerte del feto, y 3º, periodo de retención.

En el primer período es muy dificil hacer el diagnóstico de la preñez extrauterina, pues ya hemos hecho notar los puntos de contacto que tiene con el embarazo normal y la ausencia de signos característicos. A un lado de la matriz, por el tacto ó la palpación combinada, se encuentra un tumor de pequeñas dimensiones, algunas veces dos, apenas separados por un pequeño surco; el uno es duro, resistente, liso ó abollado, irregular ó redondeado, en el que es posible notar la presencia de porciones fetales, el otro, menos voluminoso y resistente, es elástico y parecido á un útero de dos ó tres meses. Este tumor á veces hace cuerpo con el útero y otras, segun Litzmann, está ligado á este por un pedículo. El quiste fetal, en estas condiciones no difiere en nada de otros tumores que con mas frecuencia tienen su asiento en las trompas, ovarios

y ligamentos anchos. Es movible, salvo en los casos que los fenómenos inflamatorios hayan establecido fuertes adherencias con los tegidos próximos.

El tumor asi colocado en uno de los lados del útero, podrá hacernos pensar en un embarazo ovárico y no abdominal, porque en este periodo éste está situado ordinariamente en la línea media hacia el fondo de saco.

Los dolores tienen aquí alguna importancia, pues esta clase de tumores son generalmente dolorosos á la presión, como ya hemos señalado, pero en la variedad tubaria propiamente dicha, este signo es menos acusado que en la tubo abdominal y abdominal. En el embarazo intersticial parece que el punto donde evoluciona el óvulo es el asiento de un dolor intenso cuando se ejerce sobre él alguna presión, De la Faille dá á este sintoma cierta importancia.

Un dolor fijo que aparece despues de la supresión temporal de los monstruos y que persiste con alternativas de exsacervaciones, deberá llamar nuestra atención, máxime cuando conjuntamente notamos un tumor en la línea inginal, con modificaciones de dirección y testura del útero, y á veces acompañados de flujos sanguíneos ó serosanguinolentos con espulsión de fragmentos de mucosa uterina.

Algunos como Wyder, Ruge y Moericke, fundándose en el exámen histológico de las menbranas espulsadas, han considerado como un dato precioso

de diagnóstico á la espulsión de la caduca uterina, sobre todo, cuando esta vá acompañada de otros síntomas, como por ejemplo, la persistencia del tumor, que en caso de aborto desaparece.

El diagnóstico diferencial de una preñéz verificada en un cuerno rudimentario ó en la mitad de un útero bicorneo, con el embarazo intersticial es casi imposible, aun á la autopsia.

El diagnóstico de la preñéz tubaria antes de la ruptura del quiste, presenta muchas dificultades, y dice L. Tait, «es un hecho muy estraño que, en la gran esperiencia que ahora tengo de la preñéz tubaria, no haya tenido ocasión de examinar sinó una enferma antes del momento de la ruptura y en este caso no existia ningun síntoma, ninguna indicación etiolójica que no pudiese relacionarse á una simple oclusión de la trompa; en una palabra, el diagnóstico exato no fué posible sinó cuando la ruptura se produjo y el abdomen fué abierto.»

Durante el segundo periodo, el diagnóstico se hace relativamente posible á causa de la presencia de signos propios que no dejan duda sobre la existencia de un embarazo, pero en este periodo, el tumor es mas dificil de circunscribir, pues á consecuencia de su mayor desarrollo, llega á ocupar la parte media del abdomen poniéndose en las condiciones de un útero grávido normal y del embarazo abdominal. El quiste pierde su movilidad, los dolores persisten y se hacen más acusados y si el

feto continua desarrollándose, la irregularidad de la superficie se acentua más.

La duda que constantemente se presenta, en caso de comprobación del embarazo, es de saber si este es *intra ó extra uterino.*

El cateterismo uterino con sondas de cualquier naturaleza, se debe evitar por los accidentes que puede producir cuando hay embarazo normal, tales como el aborto ó la perforación del útero. Tarnier aconseja practicar la esploración digital, ya sea dilatando la abertura ó durante el falso trabajo en que el cuello se abre permitiendo fácilmente el acceso del dedo en la cavidad.

El tacto vaginal nos dará cuenta de la desviación del cuello hácia uno de los lados, ó hácia arriba y adelante contra la sínfisis.

Cuando se perciben los latidos, claros y distintos, estos estan por lo general mas próximos del oido que en el embarazo normal, pudiendo tambien faltar en estos casos el ruido de soplo. Los movimientos fetales son á menudo muy netos y parecen sentirse debajo de la piel.

En este período, se notan los fenómenos del falso trabajo, cuyo diagnóstico no ofrece ninguna dificultad. Sobreviene en el momento del término del embarazo y como hemos tenido ocasión de hacerlo notar al tratar este signo tan importante, precede á la muerte inmediata del feto ó á la ruptura del quiste; pero no se le debe confundir con los dolores que acompañan á estas rupturas.

Despues del quinto mes, es casi imposible poder establecer el diagnóstico diferencial de las varieda-des.

Durante el tercer periodo, el diagnóstico es mas dificil á causa de la falta de una cantidad de signos que desaparecen con la vida del niño, y no es sinó ocurriendo á los datos conmemorativos, que se pue-de efectuar el diagnóstico en la mayoria de los ca-sos.

Despues de la muerte del feto, que en general se produce hacia el quinto mes, el tumor disminuye de volumen por la reabsorción del líquido amniótico y el útero se hace mas movil y pequeño, pudiéndose reconocer á través de las paredes del quiste cada una de las partes mas prominentes del feto y aun producir el peloteo. Algunas veces, la presencia de pequeños tumores quísticos pueden ser causa de error.

En el embarazo tubario propiamente dicho, el huevo fecundado se detiene en uno de los puntos intermediarios de la parte libre de la trompa de Fa-lopio, la mucosa experimenta las modificaciones que ya hemos señalado, poniéndose en condi-ciones adecuadas para suministrar al óvulo un me-dio apropiado para su evolución ulterior. Hasta el momento en que se forma la placenta, las adhe-rencias de esta con el huevo son muy tenues; por otra parte, la mucosa sufre las mismas modificacio-nes que en las demas porciones de la trompa. En la preñez intersticial el huevo se desarrolla en la

parte interna de la trompa, colocada entre la pared uterina. De esta subdivisión del embarazo tubario hay dos variedades, la una útero-intersticial y la otra tubo intersticial. En el primer caso el huevo, á pesar de haberse fijado en la parte del conducto que recorre las paredes uterinas, una porción de él se desarrolla á espensa del segmento subyacente de la trompa.

En la variedad útero-intersticial el huevo primitivamente desarrollado en el segmento uterino, una parte continúa desarrollándose dentro de la cavidad del útero. Las fibras musculares de este se distienden y se separan para alojar al quiste fetal.

Las paredes uterinas y las trompas en estos casos, son suceptibles de adquirir un gran desarrollo, permitiendo evolucionar al feto hasta el sesto ú octavo mes y algunas veces á término; pero generalmente se termina de una manera fatal hácia el cuarto mes. Segun Parry, Stolz, Hecken y otros, lo comun es que en esta clase de preñez la ruptura del quiste se haga hácia el tercer mes y sobrevenga una hemorragia mortal.

La ruptura puede efectuarse del lado de la trompa y del útero, de modo que la hemorragia puede hacerse externa por las vías naturales é interna ó peritoneal, lo mismo que el feto y sus anexos pueden pasar por estas dos vías. En algunos casos de ruptura, el feto puede caer al útero y la placenta ser desalojada á la cavidad abdominal.

Tubo abdominal.—Como he dicho anteriormen-

te, la mayor parte de las veces el óvulo se fija en la parte media de la trompa, siendo menos frecuente en el cuarto externo. La túnica muscular, en los dos primeros meses parece engrosar, pero mas tarde, á consecuencia de su mayor distención, se adelgaza dando lugar á la ruptura, que se puede efectuar en dos sentidos, ó bien en el espesor de los ligamentos anchos, variedad menos peligrosa, por cuanto las hojas resistentes de los ligamentos pueden limitar la ruptura y producirse esa variedad secundaria que Dezeimeris ha denominado sub-peritóneo pelviana, ó bien al peritóneo, terminación casi siempre fatal por que dá lugar á esa variedad de hematocele que Barnes ha llamado *cataclísmico*.

Cuando se examina la trompa en el embarazo tubario, no es raro encontrar, como en el caso núm. 2, otro ensanchamiento próximo al que contiene el tumor fetal, que está ocupado algunas veces por la placenta ó por cuágulos sanguíneos debidos á rupturas parciales de las vellosidades placentarias.

Segun Lawson Tait, «la causa principal de la ruptura primaria de la trompa es el adelgazamiento de su pared en el punto de inserción de la placenta. Que ellas sean distendidas por el desarrollo de un embarazo ó por cualquier otra causa, las paredes de la trompa no se hipertrofian jamás, pues no se comportan como las paredes musculares del útero cuando encierra un óvulo fecundado. Las vellosidades placentarias invaden las paredes y aun pa-

recen penetrarlas en todo su espesor y los vasos sanguíneos, particularmente las venas, aumentan considerablemente de volumen. En el momento en que la paciente hace un ligero esfuerzo, ó por ejemplo, se inclina para efectuar algun trabajo, sobreviénele una violenta crisis de dolores pelvianos; la mujer se siente desfallecer, se enfria, sin pulso, muy anemiada, y muere casi fatalmente sinó se le socorre. Tal es la historia de un gran número de estos casos.»

«Otras veces los síntomas pueden enmendarse, y la mujer restablecerse por algunos dias, pero bien pronto le sobreviene una recidiva de hemorragia peritoneal, que hace reaparecer los síntomas graves.»

Estos accidentes pueden reproducirse muchas veces á intervalos mas ó menos alejados, antes de llegar á terminar fatalmente.»

Para que la ruptura se efectue, no es necesario siempre que el tumor tenga grandes dimensiones como las adquiridas en la mitad del segundo trimestre ó tercero del embarazo, generalmente basta que tenga el tamaño de un huevo de gallina ó de paloma.

En los casos de ruptura peritoneal es suficiente una desgarradura insignificante para producir la muerte y ya he indicado en otro sitio como se efectuaba el proceso para la restauración del quiste.

La ruptura de la trompa no implica siempre la muerte de la enferma.

La sangre que cae al peritoneo junto con el embrión, puede difundirse por él á la manera de un derrame seroso ó limitarse; en uno y otro caso, á cosecuencia de los fenómenos de irritación que le acompaña, dá lugar á adherencias entre el feto y los órganos de la cavidad abdominal y á la formación de un exsudado.

Algunos como Schrœder, afirman que la sangre estravasada puede reabsorberse por los linfáticos.

La ruptura de la trompa se hace por lo general dentro del tercer mes. Hoffmann, sobre ocho casos ha encontrado que la ruptura se habia efectuado en el tercer mes y los restantes en el segundo. Hecker relacionó cuarenta y cinco casos de embarazo tubario.

Henning y Maygrier que han reunido doscientos cuarenta casos de embarazo tubario franco han notado dos casos en la primer semana, cuarenta y cuatro entre la sesta y octava, cuarenta y cuatro á los dos meses, cuarenta y dos á los tres meses, veintinueve á los cuatro meses, uno á los cinco y medio meses, cuatro á los seis, dos á los siete, uno al octavo, uno al noveno y dos al décimo mes.

Las adherencias que impiden la distención de la trompa, predisponen á la ruptura y Freund ha citado un caso en que la ruptura era favorecida por una degeneración de la trompa.

El embarazo tubario puede llegar á término aunque muy raramente, otras veces el feto muere y sufre las transformaciones que espondré mas ade-

lante, sin peligro para la madre, pudiendo esta hacerse normalmente embarazada como en el caso nº. 3. Otras veces puede quedar la placenta retenida y el feto seguir evolucionando en el abdómen.

Cuando el embrión ha llegado á término, la muger siente el fenómeno llamado falso parto, en estos casos si no se interviene, el niño muere.

El embarazo tubario puede complicarse con hidroamnios.

En el embarazo tubo-abdominal, que, como ya lo hemos hecho notar es tan frecuente, se produce cuando el óvulo se desarrolla en la estremidad ex terna de la trompa. Una parte del quiste queda libre en la cavidad abdominal y la otra incluida en la trompa. Bien pronto á causa de la presencia del tumor en el peritoneo, que obra alli como un cuerpo estraño, dá lugar á la formación de numerosas falsas membranas que lo envuelven en su porción peritoneal, adhiriéndolo con los demas órganos contenidos en el abdomen.

La trompa en estos casos, es el sitio de pequeñas desgarraduras que se suceden con frecuencia, dando lugar á hemorragias que contribuyen á favorecer la formación de exsudados y adherencias á causa de las peritonitis parciales que se producen.

La división sucesiva de estas capas de exsudados permiten mayor distención al quiste, reforzando sus paredes y retardando su ruptura, de modo que este es suceptible de llegar con mayor facilidad á término que en las otras variedades.

Anatomía Patolójica

—

Las modificaciones que esperimentan los tejidos ofrecen deferencias notables en cada una de las distintas variedades de preñeces, como asi mismo en casos distintos de las que evolucionan en un mismo sitio, de aqui la dificultad de establecer procesos comunes que se refieran á un grupo determinado.

Si bien el embarazo ectópico desde su origen es en si un fenómeno patolójico, el desarrollo del huevo en su evolución ulterior, por lo contrario, es un estado perfectamente fisiológico que está sometido á las mismas leyes que rigen al embarazo normal. Tanto las envolturas, como el feto y sus anexos, evolucionan como normalmente; asi, el feto, la placenta, el cordón, el corion y amnios, tienen casi los mismos caractéres.

No sucede lo mismo respecto al punto de implantación y á sus relaciones con el claustro fetal.

La mucosa de la trompa, desde el momento que el huevo se ha implantado en ella, sufre inmediatamente una serie de modificaciones que la asemejan á la caduca uterina, tanto por su aspecto como por su constitución. Bien pronto se desarrollan las vellosidades coriales sobre la mucosa, fijando al huevo en su posición definitiva. En esta circunstancia, la mucosa de la trompa se hipertrofia, como sucederia en el embarazo normal, formándose segun Billroths una especie de membrana análoga

á la caduca uterina, sin poderse decir por esto que al rededor del óvulo se forme una caduca, por cnanto la mucosa de la trompa no tiene la misma constitución glandular.

Sin embargo algunos autores como Schrœder, admiten que en los casos de emdarazo tubario la mucosa de la trompa se cubre de brotes, de una manera semejante á la del útero, y se formaria ademas una caduca normal, espesada, una caduca verdadera y otra refleja.

Fuera del punto de implantación, en que la mucosa conserva su estructura normal, Wyder, piensa que existiría entónces una caduca serotina.

Apesar de la apariencia tan semejante que existe entre estas dos membranas, están muy lejos de tener la misma constitución histológica, por cuanto la mucosa de la trompa no posee glándulas tubulares y células especiales como la mucosa uterina. Conrad y Langhan han demostrado con análisis microscópicos, la ausencia de caduca en los embarazos tubarios, contradiciendo así la opinión de Fleetrowd, Churchill, Lee y otros.

La adherencia del huevo es muy ténue hasta el momento en que se ha formado la placenta, estando hasta entonces laxamente mantenido en su situación anómala por las vellosidades coriales, cuya ruptura dá lugar á hemorragias muy graves.

Las paredes de las trompas, á consecuencia del aumento progresivo del huevo, se distienden y engrosan. La capa media ó muscular es la que

sufre mayores modificaciones, pues sus fibras se espesan y se separan, de tal suerte, que en algunos casos de quistes voluminosos, el huevo hace hernia en muchos puntos en que está solo cubierta por la capa mucosa y la serosa peritoneal. La distención de las paredes no se hace siempre de una manera uniforme en toda su superficie y en los casos en que esta se efectua especialmente sobre la cara inferior, se ha visto que el quiste se desarrolla entre las hojas del ligamento ancho.

Los tejidos próximos del punto de implantación esperimentan una vascularización mas pronunciada, en la serosa peritoneal las arterias aumentan de calibre dos ó tres veces mas del normal, las venas se dilatan y se desarrollan en el tejido subperitoneal espesado, formando así cuando la placenta se implanta en la serosa, una especie de ramillete eréctil.

Este aumento de los elementos vasculares dá lugar á una circulación mas activa, como sucedería en el parénquima uterino, en los casos de embarazo normal.

El óvulo una vez fijado en la trompa, inmediatamente la distiende, tratando de formarse allí una matriz artificial. Ella se adelgaza á medida del crecimiento, pero como su constitución muscular no está preparada para esa función, concluye por ceder y estalla en el primer mes del embarazo, si bien en numerosísimos casos, el feto ha llegado á término sin que esto haya sucedido—como lo hemos no-

tado en el caso que cito mas adelante en que la trompa ha podido alojar un feto viable.

Estado del útero—Los órganos genitales no quedan indiferentes en la preñéz ectópica, por el contrario, sufren casi siempre modificaciones importantes. Desde el principio de la concepción se produce el efecto simpático del trabajo que esperimenta el útero y sus funciones. Estas mismas modificaciones repercuten sobre toda la economía aunque con menor intensidad.

El útero, aún no alojando al huevo como sucede en estos casos, esperimenta transformaciones análogas á las que se producen durante los primeros meses de la gestación normal. Este crece progresivamente, se hace una hipertrofia general del órgano aumentando su cavidad y espesándose sus paredes, se ablanda y se eleva en la cavidad abdominal; toma una forma ovóidea y el tejido muscular aumenta aparentemente en su textura.

La vascularización se hace tambien mayor. Todo el órgano sufre este erectismo simpático; el cuello se redondea, se reblandece y toma la consistencia y la forma del de una muger en los primeros meses del embarazo.

Estas modificaciones, que se hacen especialmente sobre el segmento inferior, nos pueden servir en muchos casos como elemento precioso de diagnóstico. Sin embargo estas no pasan ciertos límites y cuando el erectismo simpático se calma

y á medida que el desenvolvimiento del huevo avanza, este á su vez disminuye.

No se puede tampoco establecer una relación determinada entre el estado de estas modificaciones y la época del embarazo y hay naturalmente diferencias profundas en la exaltación de la actividad de los órganos genitales segun la variedad de preñéz.

La tubaria imprime mayores modificaciones que todas las otras especies y aún entre las variedades de esta misma especie se hacen cada vez menores á medida que el huevo se aleja del útero, por cuanto la trompa, no siendo mas que una dependencia de este órgano, la impresión que producirá el trabajo gestante estará tambien en relación inversa de su alejamiento de la esfera genital.

El orificio externo, durante los primeros meses, puede tambien deformarse, el interno aún en las multigestas permanece cerrado, de aquí la dificultad que hace notar Depaul de sondar la cavidad.

El útero varía tambien en su situación segun el estado del huevo. No es raro ver que la matriz toma una posición oblícua, (látero-version) debido á que el acrecentamiento del tumor fetal rechaza el fondo del órgano, de modo que la porción vajinal del cuello se acerca mas bien á aquel.

Es natural suponer, que las dislocaciones de este órgano no dependan sinó de las modificaciones que le imprime el tumor, mientras que en la preñéz normal, es un hecho casi constante que el

cuello se encuentre hácia á la izquierda y atrás, desplazamiento que es debido á que el ovoide fetal constantemente se inclina á derecha ó hácia delante. Sin embargo, en estos casos de preñeces anormales, es muy frecuente encontrar el cuello hácia adelante y arriba como en el caso Nº. 2. Por otra parte, es casi imposible dar reglas fijas, por cuanto las modificaciones del órgano uterino son tan variables como distintas son las evoluciones del tumor. En los casos de embarazo tubario el útero puede ser influenciado de tres modos distintos, segun el tamaño del quiste y el punto de implantación, intersticial ó tubario propiamente dicho.

En estos casos, principalmente cuando aún no ha adquirido gran desarrollo, influenciará la dirección del útero por tironeamiento del cuerpo hácia su lado y el cuello sigue la dirección del eje del órgano; pero cuando el quiste ha adquirido un volúmen mayor é invade la región del hipogastrio, estando en contacto con el útero, la influencia es ya inmediata y por consiguiente seguirá las modificaciones que este contacto le imprime.

La mucosa uterina esperimenta tambien modificaciones dignas de notarse. Ella se modifica casi de la misma manera que en la preñéz normal como lo ha hecho notar Elcolani, Conrad y Langhans.— Estos cambios son de naturaleza mista y tanto mas notables cuanto mas cerca esté del útero el punto de implantación del óvulo. Estos fenómenos tróficos son de orden reflejo y simpático, análogos á los

que se esperimentan en el órden circulatorio y se cretorio del aparato genital.

Cawenbergne ha dicho que las transformaciones de la mucosa en el embarazo normal, para formar la caduca, son independientes del huevo, pues esta parece comenzar antes que el óvulo fecundado haya sido implantado en las paredes uterinas. La mucosa se espesa, se transforma el epitelio en toda la superficie del órgano, y el cuello uterino se obtura con un tapon mucoso, se hace más ó menos adherente al tejido subyacente pudiendo desprenderse en totalidad ó en parte para ser espulsada en un momento dado como vamos á ver en seguida. Su espesor es considerable algunas veces, y otras muy delgado, su color es amarillo claro, otras veces rojizo y de consistencia tambien variable.

Esta modificación de la mucosa esplica en parte la ausencia de los menstruos, á tal punto, como dice Stoltz, que se puede considerar como hemorrágico todo corrimiento sanguíneo que sobreviene durante la preñéz anormal hasta el momento que el feto haya muerto, pues á partir de este instante, la muger se encuentra en un nuevo estado, ha *librado* virtualmente por decirlo así, y está en estado de concebir, pues las reglas habrían aparecido de nuevo. Esto mismo ha pasado en el caso núm. 3.

Conrad y Langhans dan la siguiente descripción de la mucosa:

« Se compone de 3 capas: una superior compacta formada esclusivamente por la proliferación del es-

troma; una media anfractuosa en la cual las glándulas son muy numerosas; otra profunda en que aun se encuentran las estremidades cerradas de las glándulas notablemente dilatadas. El epitelio existe aun por todas partes, salvo en el orificio, pero su forma está muy alterada. No es sinó en las estremidades cerradas que es todavía cilíndrico, pero muy irregularmente; en las ampollas y en la tercera porción es pavimentado. La composición del estroma corresponde á la caduca normal; allí se encuentran las grandes células y los nucleos. La única diferencia consiste en la presencia de pequeñas células esféricas y poliédricas, del tamaño de un pequeño copúsculo linfático con un nucleo relativamente grueso, dispuestas en series adherentes entre ellas. Las grandes células faltan en las dos capas profundas.

« Los vasos están divididos en dos capas, una superficial y otra profunda. La primera, presenta un manojo de vasos, cuya mayor parte parecen capilares y no se les distinguen sinó por sus dimensiones más considerables.

« El límite inferior de esta zona superior está formado por vasos que se designan con el nombre de *venas intermediarias;* ellas son diez veces mas gruesas que las superiores, se encuentran en la parte media ó un poco más arriba del medio de la caduca y comunicando con los vasos mas finos de la capa superficial por ramas perpendiculares ó oblícuas. En la tercera capa, se deberá encontrar

vasos análogos á los denominados *aferentes y efe-rentes.* Salvo algunas arterias aisladas, en ninguna parte se encuentran vasos de notables dimen-siones. En los espacios intermediarios de las glán-dulas se encuentran vasos de trayectos perpendi-culares y las anastómosis entre ellos son muy raras. La frecuencia de la caduca uterina es mas incon-testable en el embarazo tubario que en el abdomi-nal en que ha sido negada por algunos observa-dores. »

Ya hemos dicho que la caduca se desprende en colgajos ó en masa durante la gestación, especial-mente en la época que corresponde á una mens-truación ó á la muerte del feto ó coincide con la ruptura de la trompa, pero sin embargo se ha visto que la caduca se ha desprendido y sin embargo el óvulo ha continuado viviendo.

La vagina por su parte sufre algunas modifica-ciones, se reblandecen sus paredes, se espesan y la secrecion aumenta.

La mayor parte de los observadores están con-testes que las mamás sufren la influencia del erectis-mo genital, se hacen mas turgentes y las areolas se pigmentan. Estos fenómenos desaparecen en una época mas avanzada del embarazo y no es difícil que esto haya hecho negar su existencia en muchos casos.

Como las membranas corion y amnios son in-herentes al desarrollo del óvulo, existen siem-pre y en todos los casos como en el estado normal,

principalmente durante el primer periodo de la evolución fetal.

En los casos en que el quiste fetal ha estallado y el feto ha caido en la cavidad abdominal ó ha quedado en su sitio detenido por el retraimiento de las paredes y que la madre ha continuado viviendo apesar de la hemorragia, se producen á su alrededor exsudado inflamatorios que lo adhieren á los órganos vecinos y le forman una capa protectora que lo envuelve completamente; otras veces la sangre vertida, provoca la exsudación y forma una nueva membrana que se continua con las paredes diagonales, cerrando nuevamente el quiste. En el caso citado por Bandl que á la auptosia estrajo un niño vivo que pesaba cerca de 3800 gramos, el huevo se habia desarrollado primitivamente en la porción esterna de la trompa, la que estalló hácia el cuarto mes. En este caso no se pudo descubrir ningun vestigio de membranas fetales, sin embargo una bolsa envolvía enteramente al niño, formada de falsas membranas y cuyo espesor era de 4 á 5 milímetros proximamente.

La placenta difiere de la del embarazo uterino por su forma, situación y dimensiones. Su volúmen es muy variable puede ser menor que las ordinarias uterinas, como puede adquirir tambien un volúmen 3 ó 4 veces mayor sobre todo cuando se implanta fuera de la cavidad de las trompas en los casos de preñéz tubo abdominal. La superficie de implantación suele ser muy estensa y su espesor el de

una gruesa membrana; su forma es tambien muy variable. En el caso que yo he podido observar (núm. 1) era ovalada y media en el diámetro mayor once centímetros, su espesor apenas uno, y la inserción del cordon lateral. Segun algunos, es mas frecuente que el cordon se inserte en el centro.

En los embarazos uterinos la inserción del cordon más comun es la lateral y luego la central. En 129 casos que he observado, 92 era lateral, 27 central, 7 maginal y 3 velamentosa. En cuanto á su forma, de estas 189 observaciones, 87 eran círculares y 16 ovaladas.

Frecuencia

Grandes han sido las dificultades para establecer el diagnóstico del embarazo extrauterino antes que la cirugia abdominal con su intervención tan frecuente hoy en la inspección del vientre, nos haya revelado una série mayor de quistes fetales, que se confundieran en otra época con tumores de distinta naturaleza. Los numerosos casos que hoy día se publican de preñeces ectópicas, han venido á aumentar, considerablemente la estadística y á demostrarnos tambien la frecuencia relativa de cada variedad.

Todos los observadores están contestes que la especie más frecuente es la tubaria. Es indudable que gran número de preñeces abdominables son

secundarias, que se han desarrollado primitivamente en las trompas, y caído más tarde para evolucionar en cualquier otro órgano contenido en la cavidad abdominal. Por mi parte, dice Lawson Tait, «creo que son todos y es en esta aserción que consiste la novedad de mis ideas al respecto». Hé aquí como se expresa el mismo autor sobre este punto: «no tengo ninguna dificultad en creer que un embarazo primitivamente extrauterino, pueda ser despues de la ruptura, completamente expulsado por la trompa, esta retrayéndose cicatriza, miéntras que la preñez se desenvolverá y seguirá su curso en el peritoneo. Yo no encuentro aquí nada de más extraordinario que el hecho actualmente bien establecido que un tumor ovárico, pueda consecutivamente á una torción y al estrangulamiento de su pedículo, hacerse libre en la cavidad peritoneal y desarrollarse perfectamente á espensas del epiplon, ó como yo lo he visto, á espensas del color ascendente; he tenido la ocasión de observar esta extraña transplantación en todas sus partes y en todos los instantes de su desarrollo».

Si bien es cierto que en la mayoría de los casos este hecho evidente de observación sucede, hay otros que son primitivamente abdominales.

Respecto á la frecuencia relativa de las diferentes variedades de embarazo tubario, la intersticial es la mas rara. En los quinientos casos revelados por Parry, cuya estadística no nos debe merecer

mucha fé, llega á las siguientes conclusiones:

Embarazo tubario	.....	214
Id	id propiamente dicho...	149
Id	tubo-abdominal.....	34
Id	intersticial ó tubo-uterino	31

Hennig, sobre 122 casos ha encontrado que 77 veces el huevo ocupaba la parte media de la trompa, 10 veces cerca del útero, 17 veces cerca del medio de la trompa, 8 veces en su tercio externo, 5 veces en su cuarto externo.

De los setenta y seis casos relacionados por Tait, en que la preñez había evolucionado en la trompa, uno solo se efectuaba en la parte de esta provista de tejido uterino, siendo la variedad más frecuente la desarrollada en la parte libre.

Terminación

El embarazo ectópico está lejos de evolucionar siempre de la misma manera y rara vez llega á su terminación. Es muy distinta tambien según las variedades.

Los tejidos del órgano, en cuyo espesor el óvulo fccundado se desarrolla, tiene un límite de distención más allá del cual no es posible pasar sin que estallen. Las trompas y las paredes del útero, que forman la corteza que envuelve al quiste, generalmente estallan en una época variable para cada una de las distintas variedades, transfor-

mándose en embarazos abdominales secundarios, ó en la que ya hemos descrito con el nombre de subperitoneo pelviana.

La mayor ó menor dilatabilidad de cada una de las porciones de la trompa en que evoluciona la preñéz, facilita al óvulo su desarrollo hasta una época tambien distinta.

En la variedad tubaria franca, la ruptura del quiste se hace desde temprano, pero generalmente tarda más que en la intersticial.

Hé aquí como se descomponen los 74 casos de Stattgart: 5 casos al 1er. mes, 22 id al 2º mes, 17 id al 3º id, 16 id al 4º, 8 id al 5º, 1 id al 6º, 1 id al 7º, 1 id al 8º, 1 id al 9º, 2 id al 10.

De los 49 casos de Maygrier, la ruptura del quiste se efectuó como sigue: 1 vez á las 3 semanas, 3 id á la 5ª id, 5 id á la 6ª ıd, 10 id á los dos meses y 6 veces á los 3 meses.

De los 117 casos reunidos por Parry 25 veces se efectuó la ruptura al 2º mes y 19 veces al 3º. De modo, que podemos establecer con la mayoría de los autores, que en esta variedad la ruptura del quiste puede producirse en todas las épocas pero con mayor frecuencia entre la octava y duodécima semana. En la variedad intersticial, la ruptura del quiste se produce ordinariamente hácia el tercer mes. En efecto, de la estadística de Hecker que ha reunido 26 casos de preñez intersticial la ruptura del quiste se efectuó 10 veces antes del 3er mes y 12 veces al 3º.

La variedad tubo-abdominal es la que resiste por más tiempo á la ruptura del quiste. De 10 casos relacionados por Perry, la mayor parte de las veces se efectuó despues de los tres meses.

No insistiremos aquí sobre los síntomas y accidentes á que da lugar la ruptura del quiste, cuya consecuencia es casi siempre fatal para la madre por la hemorragia interna que produce. Sin embargo, el embarazo puede terminar antes de la ruptura del quiste con la muerte del feto y sin accidentes sérios qara la madre, pudiendo permanecer impunemente el quiste por un tiempo más ó menos largo á la manera de un cuerpo extraño, produciéndose los *embarazos antiguos*, como los llama Cauwemberghe.

En estos casos el feto experimenta esas diversas transformaciones que estan sujetas á la cualidad del medio en que evolucionan y que se designan con los nombres de conservación integral, disolución, momificación, litopedización, etc.

Tratamiento

Una vez que el diagnóstico del embarazo extrauterino se ha impuesto y se está seguro de la existencia en el vientre de un tumor de marcha rápida y que en un momento dado producirá accidentes terribles que podrán á contribución la vida de la paciente, que conducta deberemos seguir?

Ya hemos tenido la ocasión de notar que un tumor de esta naturaleza en cualquier época de su evolución es de un peligro inminente, aun en los casos más favorales en que el quiste, á consecuencia de transformaciones ulteriores, ha quedado en las condiciones de un cuerpo extraño.

Deberemos con Werth considerar al tumor fetal como una neoplasia maligna y tratarlo como tal ó alterar la salud de la madre, en el entusiasmo de descubrir medios feticidas como lo hacían Ritgen con la cura por el hambre, Barnes con la sifilización, Schleiser con el ioduro de potasio, Janvrin con inyecciones de ergotina, Joulin con inyecciones de morfina, Basedow puncionando el quiste con el fin de matar directamente al feto, Malire aplicando sacos de arena de pesos crecientes sobre el vientre y Bachetti con la electricidad fundándose en hechos análogos que empleó Dubois para matar al feto en un embarazo uterino?

Los casos rarísimos de embarazo ectópico terminados con la curación espontánea, que son debidos tal vez, la mayor parte de las veces á errores de diagnóstico, no nos deben hacer pensar ni un instante en la espectación.

No discutiremos aquí todos los métodos de tratamiento usados y que solo tienen un valor histórico, pues han tenido por fin evitar una operación quirúrgica, hecho solo explicable en los tiempos en que aun no era vedado penetrar impunemente al abdomen.

Si pasamos en revista la historia de una serie de embarazos extrauterinos no nos debe alarmar que cirujanos reputados hayan experimentado sucesivamente en una misma mujer casi todos los medios feticidas conocidos, consiguiendo como único resultado hacer cesar los latidos del corazón del niño pocas horas antes del de la madre, sacrificando así la vida de dos seres.

En presencia de estos hechos, he aquí como se expresa L. Tait: «Si el niño está todavía vivo y cerca de término, yo creo que es nuestro deber operar. Si el niño está muerto, la indicación operatoria me parece tambien evidente.»

«En estos últimos años se han producido ruidosas discusiones sobre los diferentes tratamientos que se debían emplear para evitar toda operación quirúrgica»

«Entre el número de argumentos que se han emitido con este fin es menester citar uno que yo oso decir es de los más inmorales. La regla sería, si el niño está aun con vida, comenzar el tratamiento sacrificándolo en la creencia de que la muerte del niño será la salvaguardia de la madre. No es aquí el sitio de entablar una discusión sobre moral, pero debo decir que esta teoría me parece una naturaleza de creencia muy mística; ella colocaría á los prácticos serios, en el rango de abortadores y craneotomistas de profesión, raza con la cual no quiero tener nada de comun.»

«Si la muerte del niño es una garantía para la

seguridad de la madre, se puede aun discutir este procedimiento, pero la naturaleza, en la gran mayoría de los casos, ella misma se encarga de sacrificar el producto tal como lo hemos visto, y sin embargo, la vida de la madre no siempre está segura, como Parry lo ha demostrado. La punción del saco con ayuda de agujas galvánicas, ó con inyecciones medicamentosas, es por consiguiente un proceder inmoral y peligroso que debe ser reprobado por los cirujanos.»

Se han empleado medios paliativos con el fin de combatir algunas complicaciones que necesitan una asistencia inmediata y que son sintomáticas de los procesos que se desarrollan por la presencia del tumor.

En muchas circunstancias se usaran tambien medios preventivos, para evitar en lo que sea posible la ruptura del quiste y la residiva de procesos inflamatorios y hemorrágias.

Con este objeto se prescribirá en ocasiones el reposo absoluto y la posición horizontal, evitando el empleo de procedimientos bruscos de exploración.

No insistiremos sobre el estudio del tratamiento que sea del dominio de la terapéutica, cuyo fin es producir la muerte del feto cuando este no tiene probabilidades de ser tolerado, por cuanto ya hemos visto su ineficacia.

Durante el primer período del embarazo ectópico sin ruptura del quiste, hemos podido notar la difi-

cultad para hacer su diagnóstico, por cuanto aun no existen signos de certidumbre. De modo que los embarazos tubarios en esta época, solo se revelarán por la presencia de un tumor más ó menos doloroso que se puede confundir con otras tantas producciones desarrolladas allí frecuentemente, á consecuencia de un hidro, hemato ó pío salpingitis que tienen las mismas indicaciones operatorias

Hay que tener en cuenta sin embargo, un peligro que existe en el caso de embarazo y es la probabilidad de las hemorragias mortales durante la operación por ruptura de la placenta.

La estirpación de la trompa quística, aun para aquellos que sostienen los peligros de la puerperalidad, se hace ya sin inconvenientes.

Apesar de los peligros de la elitrotomía y que la mayor parte de los autores consideran inferior á la laparotomía, por la dificultad de combatir la hemorragia y los peligros de una asepsia insuficiente, ha sido aconsejada ultimamente por Pinard, en los casos en que el quiste fetal sea más facilmente accesible por la vía vaginal.

En este mismo período, el quiste puede ser complicado de ruptura y hemorragias graves.

Esta etapa en la evolución del embarazo tubario, es bajo el punto de vista del tratamiento la más importante, por cuanto antes de este momento ó pasa desapercibido por su poca molestia ó bien es confundido con otros tumores que admiten dilación, de aquí, que la mayor parte de las veces, el ciru-

jano sea consultado en este momento crítico de la evolución del quiste.

En presencia de los signos de hemorragia grave producida por la ruptura del quiste, no queda mas camino que ir directamente á buscar el punto de producción y Keller es de esta opinión cuando indica que hay un solo medio eficáz que debe ser empleado, y es menester, dice este autor, «detener la hemmorragia, extraer el cuerpo del delito y hacer la limpieza del peritoneo. Pero para llegar á ese resultado no hay mas que la gastrotomia.» La terminación feliz, despues de la ruptura de la trompa, es excesivamente rara y sobre 149 casos relacionados por Parry de preñéz tubaria propiamente dicha, 145 fueron seguidas de muerte.

En 45 casos de embarazo tubario, L. Tait há operado en el momento de la ruptura primaria en la cavidad peritoneal. Solo ha tenido dos insucesos sobre este total, debidos segun él mismo dice, «el primero á mi falta de experiencia sobre los verdaderos principios de la operación y la segunda estaba espirante en el momento de la operación que fué retardada mucho tiempo».

Cuando se trata de la variedad, tubo-intersticial, algunos han indicado la conveniencia de dilatar el cuello uterino, dividir anchamente el tabique y vaciar el contenido de la bolsa. Es posible en estos casos, que la placenta continue desarrollándose apesar de la destrucción del feto. Una vez que la ruptura del quiste se produce el contenido,

como ya hemos dicho, es casi seguro que irá del lado del peritóneo. En estos casos se podrá hacer una estirpación total del útero y sus anexos.

La dilatación del cuello y la desgarradura del tabique podrá producir la salida en ciertos casos y creo posible durante el falso trabajo.

Existen hechos raros en que el feto ha caido á la cavidad uterina; el mas antiguo que se conoce es el de Lawgier en su propia mujer. Yo he tenido la oportunidad de observar en el hospital un caso de esta naturaleza que cito mas adelante.

Durante el segundo período de la evolución fetal con el niño vivo, dos cuestiones se han suscitado. O bien se ha de proceder á la operación con la posibilidad de salvar la vida de la madre y del niño, ó se hará omisión de la vida de este preocupándose esclusivamente de la madre, en presencia de la mayor gravedad que existe en la intervención, cuando la circulación placentaria está en plena actividad.

Parry, llama operación primaria, á la que se practica en una época próxima al término de la preñéz ó inmediatamente despues de morir el niño, y secundaria á aquella que se efectúa algun tiempo despues de la muerte del feto ó cuando la madre no está bajo la influencia del *estado puerperal*. L. Tait, piensa que estos términos empleados por Parry, no pueden sinó crear confusiones que no tienen razon de ser y preferiria clasificar la intervención operatoria teniendo en cuenta la detención de la hemorragia en la época de la ruptura prima-

ria, por las siguientes razones: «la laparotomia ejecutada en ese momento, será primaria bajo el punto de vista de la época y tambien primaria en el sentido de su gran importancia, pues ella se presenta á la vez como una operación mas urgente y mas frecuente.»

«La incisión abdominal, practicada con el fin de salvar al niño viable, será una operación secundaria como data y de mas débil importancia bajo el punto de vista de su menor frecuencia. Si nosotros atribuimos á la expresión de *primaria* el mismo sentido que en los casos de amputación, para indicar una operación hecha en el momento del accidente cuando la enferma está debilitada por el schok, el dolor y la hemorragia, es indudable que la mujer, tal como ella se encuentra en el momento del accidente de una ruptura primaria de embarazo extrauterino, está en las condiciones análogas al estado de la enferma que vá á ser sometida á una amputación primaria. Muchas de mis enfermas estaban en un estado completamente parecido á aquellas que habian sufrido el aplastamiento total de un miembro y otra analogia, ellas hubieran seguramente sucumbido si hubieran sido abandonadas á sí mismas.»

«Al contrario, las mujeres á las cuales he extraido por la laparotomia niños viables ó niños muertos, habiendo pasado ya el término del embarazo, se acercaban mas á los amputados por afecciones crónicas, y estas intervenciones constituian absolu-

tamente operaciones *secundarias* en el sentido quirúrgico de la palabra.»

Los partidarios de la intervención *secundaria* temen el estado de puerperalidad por las hemorragias que se producen al incindir una trompa á la que está adherida la placenta y cuyos vasos numerosos son el sitio de una circulación abundante. En cambio temen el peligro constante de los accidentes septisemicos y en cuanto al niño, dicen que frecuentemente son mal formados y rara vez viables. Esto no es completamente exacto, pues se citan numerosos casos en la ciencia, en que estos han podido vivir.

Es cierto, dice Tait, que durante el estado puerperal las operaciones parecen particulamente graves; pero está persuadido que los fracasos obtenidos son debidos á falta de precaución de los cirujanos que han intervenido—y agrega «que si un cirujano dotado de cierta habilidad, practica la operación segun las reglas, creo que la mujer no debe temer la operación tanto en el estado puerperal como en otro momento.

«Comparando los resultados que he obtenido en la operación cesaria y en los métodos modernos de amputación del útero grávido he llegado á una convicción absoluta en este sentido.»

«Jamás he podido salvar una mujer despues de una operación cesaria. Atribuia este resultado á la influencia de la puerperalidad, conclusión que reconozco absurda hoy dia, pues desde que empe-

cé á amputar el útero, todas mis enfermas curaron y curaron tan fácilmente como despues de una ovariotomia.»

Asi pues, dados los progresos realizados hoy dia en la técnica de las operaciones del vientre y gracias tambien á las conquistas de la asepsia se llega á esta conclusión, que siendo poco mas ó menos iguales las probabilidades de éxito respecto á la madre, interviniendo antes ó despues de la muerte del niño, es claro que se deberá preferir la operación primitiva.

Si recorremos todas las estadísticas de las intervenciones que en uno y otro caso se han practicado durante este período del embarazo ectópico, no nos deberemos sin embargo asombrar que la mayor parte sean poco halagüeñas, tanto en lo que se refiere á la madre como al niño, pues casi todas las operaciones primarias han sido de urgencia, *in extremis*.

Desde algun tiempo á esta parte, sin embargo, se han realizado verdaderos progresos en los procedimientos operatorios, que mejoran visiblemente las estadísticas.

¿Qué operación, en general debe pues ser preferida? Respecto á esto no hay duda que ha de ser la laparotomía, por cuanto ella permite vencer mas facilmente las dificultades y complicaciones que puedan sobrevenir. La elitrotomía es fatal casi siempre para el niño por las dificultades de la extracción y deberá ser condenada casi siempre.

Durante el momento del *falso parto* debe evitarse toda intervención solo que existan signos evidentes de ruptura del quiste y de hemorragias graves, en cuyo caso es forzoso intervenir.

Tambien, en los casos en que el quiste fetal se ha detenido en su desarrollo y ha permanecido impunemente en la trompa durante mucho tiempo, se procederá á su estirpación, por cuanto debemos recordar que la presencia de un quiste de esa naturaleza es un peligro constante para la mujer.

Bueno será recordar aquí que de los 188 casos, de variedades distintas que ha reunido Parry, en que se ha abandonado el quiste, 99 murieron lo que dá una estadística de mortalidad de 52.62 por 100; hecho que no es siquiera comparable á los resultados obtenidos por la laparotomía.

Embarazo tubo-intersticial—terminación espontánea

CASO NÚMERO 1

Cirila R.—Argentina de 23 años de edad, trigueña, mucama.

Antecedentes hereditarios é individuales buenos.

Al año y medio de casada tuvo un hijo á término.

En el mes de Febrero no se presentaron las reglas y desde entonces ella se cree embarazada. En Abril han vuelto á reaparecer los menstruos, acompañados de dolores. Al mismo tiempo notó en el lado derecho de la ingle un pequeño tumor que era doloroso á la presión ó cuando hacia algun esfuerzo. Estos dolores se hicieron en seguida espontaneos y cada dia mas pronunciados, á tal punto que las molestias le impedian entregarse á sus ocupaciones habituales.

El 1º de Julio ingresó al Hospital Rivadavia en el servicio del Dr. Samuel Molina, quien diagnosticó embarazo tubo-interscial.

Estado actual—La enferma se encuentra mas delgada y sus fuerzas disminuidas, quejándose de vez en cuando de dolores que se irradian al ombligo y á la pierna derecha. El abdomen ligeramente abultado haciendo proeminencia en el lado derecho.

A la palpación se nota al travez de las paredes tensas del abdomen, hacia el lado derecho de la línea media, por encima de la arcada crural, un tumor redondeado, liso, duro y de consistencia ligeramente elástica. Los contornos son regulares en casi toda su extensión. No hay fluctuación. Haciendo ligeras presiones con las dos manos se le disloca fácilmente. El tumor situado en la región de la fosa iliaca derecha se extiende un poco oblícuamente de delante atrás, desde la línea media hasta cuatro traveces de dedo de la cresta iliaca y llega casi á la altura del ombligo. El cuello del útero algo reblandecido y engrosado está desviado á la derecha, siguiendo el eje del cuerpo que se halla rechazado á la izquierda. A la derecha del cuello se aprecia el tumor al travez de la pared vaginal en su punto de inserción uterina.

Combinando el tacto con la palpación, se nota que el útero sigue todos los movimientos que se imprimen al tumor, como si hiciera cuerpo con él. Se limita fácilmente la porción izquierda del útero el cual está algo aumentado de volúmen. El histerómetro penetra $0^{m},15$ denotando la vacuidad

completa del órgano. La mucosa está hipertrofiada. No se oye soplo ni latidos fetales.

Los dolores que esperimenta en el hipogastrio y en la pierna se hacen cada dia mas intensos en relación con el rápido crecimiento del tumor.

En el mes de Julio han aparecido los menstruos con colgajos de caduca. Habiendo peligro de la ruptura del quiste se le hizo una punción por la que se estrajo cerca de 300 gramos de líquido amniótico—mejorando visiblemente el estado de la paciente. Durante la punción se han percibido los movimientos fetales.

Pocos dias despues se volvieron á reproducir todos los fenómenos con igual intensidad, hasta el punto de hacerse intolerables y se designó el dia 7 de Setiembre para efectuar la laparotomia. El 6 se presentaron síntomas de falso trabajo. A las 3 p. m. del mismo dia esperimentó fuertes dolores uterinos; tuvo un pequeño derrame de líquido amniótico acompañado de ligera hemorrogia.

A las 7 y 15 espulsó el huevo íntegro.

El niño vivo bien constituido, de sexo femenino, pesa 610 gramos y cuyas dimensiones son las siguientes:

Largo total 0^m,29—del vértice al ombligo 0^m,18—del ombligo á los talones 0^m,11.

Diámetros de la cabeza:

Occípito frontal.	0^m,075
Occípito-mentoniano.....	0^m, 09
Biparietal	0^m, 07
Sub-occípito-bregmático.. . .	0^m, 07

Al presentarse el huevo en la vulva, se notó á travez de las membranas el vértice del niño con deflección de la mano derecha.

La placenta sumamente delgada principalmente en sus bordes, es de forma ovoidea y su diámetro mayor mide próximamente 0ᵐ,11. Los cotiledones muy poco marcados. El cordón liso, de inserción central, mide 0ᵐ,21 de largo. No hay caduca.

El niño, á pesar de los cuidados que se le prodigaron falleció al dia siguiente á las 3 y 50 p. m.

Al tacto se nota la mucosa uterina hipertrofiada y en la parte derecha de la pared en la porción que corresponde á la desembocadura de la trompa, existe un agujero de bordes redondeados que se extiende en dirección perpendicular al eje del útero y permite la introducción de dos dedos.

El tumor ha desaparecido casi completamente, dejando en su sitio una masa espesa, dolorosa á la presión.

Durante los tres dias subsiguientes han aparecido corrimientos sero-sanguinolentos y la paciente sigue esperimentando algunos dolores pelvianos aunque menos intensos, que se irradian hasta los muslos.

Un mes despues salió de alta completamente restablecida.

CASO NÚMERO 2

Maria V.—Argentina, 29 años, casada.

Antecedentes hereditarios buenos.

Regló con regularidad desde los 13 años, siempre con dolores. Se casó á los 13 años de edad.

Se hizo embarazada al mes y á los 7 meses tuvo un parto prematuro (que segun la enferma fué debido á un susto). Ella tambien es sietemesina.

Poco tiempo despues notó flujos blancos y abundantes. A los tres años abortó de dos meses; se hizo embarazada nuevamente al mes y á los nueve meses salió de cuidado, de esto hace 13 años.

Desde entonces no ha vuelto á tener embarazo, las reglas han seguido bien. El flujo ha continuado hasta hace un año.

Hace próximamente 4 meses aparecieron las reglas en la época de costumbre, pero en lugar de durar dos dias como anteriormente, esta vez duraron 20 y fueron acompañadas desde el principio con fuertes dolores en la ingle derecha, que se irradiaban en cintura. Vómitos biliosos y gran sensibilidad al bajo vientre. Este estado duró próximamente veinte dias. Tenia además gran fiebre y chuchos (que la hacian bailar en la cama segun la espresión de la enferma).

Los médicos que la asistieron mandaron hielo al vientre, láudano al interior y píldoras de opio. Como á los 15 dias, mientras estaba planchando, se asustó y esa misma noche experimentó los mismos

síntomas que la vez anterior (se habia lavado los piés, pero sin metrorragia),—este estado duró ocho dias.

Hace próximamente tres meses, nuevo ataque (atribuido tambien á un susto), pero con los síntomas mas acentuados que en los anteriores y además ipo.

Este ataque duró mas de 15 dias; tenia vómitos muy frecuentes, no podia tolerar alimentos de ninguna especie (parecidos á los del embarazo, pero se daba cuenta de que no estaba embarazada). Al mismo tiempo que desaparecieron los síntomas indicados notó que el vientre se hinchaba.

El aumento de volumen comenzó por el lado derecho. Las reglas habian desaparecido, el tumor crecia rápidamente é invadia todo el bajo vientre, sentia movimiento como si tuviera un niño. Al poco tiempo se puso en cama por los violentos dolores de vientre. Desde entónces no ha vuelto á reglar, pero pierde una pequeña cantidad de sangre siempre que hace algun esfuerzo. Perdió el apetito y se adelgazó mucho. Siempre ha sido un poco constipada. La orina es normal.

Hace 20 dias se le hicieron en el público dos punciones exploradoras, sacando en una de ellas cerca de 100 gramos de un líquido sanguinolento claro, y en la otra sangre.

Despues de la última punción entró al «Hospital de Clínicas» y el Dr. Bazterrica hizo diagnóstico de embarazo extrauterino.

Estado actual—Estado general malo, apetito disminuido, las fuerzas están tambien disminuidas, constipación, no hay fiebre, insomnio, un poco de disnea.

A la inspección se nota un tumor voluminoso que hace prominencia mas marcada del lado izquierdo y llega del lado derecho un poco por debajo del ombligo, notándose á este nivel una hendidura y del lado izquierdo el tumor sobrepasa la línea umbilical, es bastante fijo y liso.

Da matitez en toda su extensión, en los flancos hay timpanismo. A la palpación combinada de tacto vaginal, el cuello del útero se nota muy blando y rechazado hacia atrás;—El cuerpo inclinado hacia adelante contra la sínfisis pubiana está móvil y la movilidad se puede apreciar haciendo presión por la vagina y colocando una mano sobre la sínfisis pubiana,—esto hace creer que está independiente del tumor. Hacia la parte posterior (fondo de saco posterior) se nota un tumor un poco duro, redondeado que hace eminencia en este fondo de saco. No se pueden comunicar movimientos al tumor por las impulsiones aplicadas por la vagina. No hay latidos ni soplos—el tumor ha crecido paulatinamente. Se hace una punción y se extrae una pequeña cantidad de líquido sanguinolento. Es doloroso á la palpación. El histerómetro penetra siguiendo la dirección indicada del útero en una estensión de $0^{m},08$ centímetros. El dia de entrada

al hospital perdia un poco de sangre por la vagina.—Pulso 108.

Fué operada el 4 de Julio por el Dr. Castro. Tiempo de la operación 1 1[2 h., temperatura de la sala 20°.

Incisión abdominal hasta por encima del ombligo.—Se presenta un tumor trilobado con adherencias al epiplon, formado por la trompa derecha enormemente distendida.

Se hizo con el bisturí una abertura en el lóbulo izquierdo, saliendo una gran cantidad de coágulos, sangre líquida y roja, y un feto de 0m,25 de largo; la cavidad se llenó de compresas calientes. Se procedió en seguida á abrir el lóbulo derecho que dió una cantidad menor de sangre coagulada.

La trompa habia pasado por detrás del útero y bastante hacia arriba, habiéndose adherido al ureter derecho y por el lado izquierdo al intestino grueso y S iliaca. Se resecó una porción del epiplon y se pusieron ligaduras en cadena, se separaron las adherencias con el intestino y el ureter,—se desprendió una pequeña porción de la túnica externa y media del intestino; se le pusieron unas suturas de catgut y en seguida se procedió á la estirpación de la trompa derecha.

Durante la operación se le hicieron 2 inyecciones de éter y tres de cafeina (0,40 centígramos por inyección); á las 5 p. m. otra inyección.

Pulso despues de la operación 130 p.

A las 7 1[2 P. 136—Temp. 36°

A las 9 P. 150— » »
» » » Resp. 48
» » 10 el pulso está muy difícil de contar
» » 11 p. m. mejora un poco el estado del pulso.

Por la tarde vómitos, pero muy poco abundantes.

Ha tomado champagne, agua con cogñac y vino oporto.

Julio 5—6 3/4 a. m., muerte.

El feto estaba en el tercio interno de la trompa.

TERCER CASO

Embarazo tubario izquierdo

Maria L.—Francesa, 45 años de edad, constitución robusta, sin profesión.

Regló por primera vez á los 13 años.

Se casó á los 16 años. Ha tenido once hijos á término y ningun aborto. Todos sus partos han sido normales. Bien reglada.

Hace ocho años, despues de su último parto, notó hacia el lado izquierdo por encima de la ingle un pequeño tumor del tamaño próximamente de una nuez, que siempre la ha preocupado, pero no le causaba molestias funcionales ni dolores. Despues de esto ha tenido dos hijos y los menstruos han seguido como siempre.

El 22 de Febrero último la mestruación fué mas abundante que de costumbre y dolorosa. Desde entonces ha empezado á sentir una hinchazon en la

parte izquierda del vientre acompañada de dolores pelvianos que se irradian al muslo, los que aumentan progresivamente dificultándole la marcha.

El dia 14 de Marzo entró al servicio de ginecología á cargo del Dr. Molina, quien diagnosticó embarazo tubario sub-peritoneal.

Estado actual—La enferma no puede estar de pié sinó acostada y con los muslos flexionada sobre el abdomen, los dolores se exsacervan cuando trata de estirar la pierna izquierda. No tiene fiebre.

Durante los 20 dias trascurridos desde la última menstruación, tres veces han aparecido metrorragias abundantes.

A la inspección se nota el abdomen abultado hácia la fosa iliaca izquierda.

A la palpación se encuentran tensas las paredes del abdomen y se nota un tumor del tamaño de una cabeza de feto que ocupa la fosa iliaca izquierda y llega á la altura del ombligo. Su superficie es lisa, resistente y fluctuante. Es doloroso á la presión.

Por debajo de él existe una depresión poco marcada.

Tacto vaginal—El útero ligeramente aumentado de volúmen se encuentra en retroversión, el cuello se encuentra casi horizontal.

Por el tacto rectal solo se alcanza á tocar el cuerpo del útero, el tumor está muy alejado.

La vegiga se halla rechazada hácia la derecha y la sonda introducida en su cavidad sigue esa dirección.

La percución da matitéz en la estensión ocupada por el tumor.

No hay signos que hagan presumir un proceso inflamatorio.

Se designó el dia 16 para hacer la operación, esto es, dos dias despues de su entrada, pero la presencia de una nueva metrorragia la aplazó hasta los 3 dias subsiguientes.

Operación—Conducida la enferma á la sala de operaciones y una vez conseguida la cloroformización por el practicante, Sr. Arana, el Dr. Molina procedió á abrir el vientre. Como con anterioridad se habia hecho el diagnóstico de preñéz tubaria izquierda, se tenia la convicción de que el tumor estaba por fuera del peritoneo, habiendo con su desarrollo disecado la hoja parietal que forma el ligamento ancho izquierdo que tapiza la fosa iliaca del mismo lado y el saco de Douglas, desprendiéndola y llevándola hasta la altura del ombligo.

La abertura del abdomen no podia pues hacerse en la línea media, sinó hácia un lado, siendo el punto de elección aquel en que el peritoneo estuviese mas desprendido, puesto que no debia abrirse este sino ir directamente sobre el tumor, que estaba por fuera de él. Con este objeto se hizo una incisión vertical como á $0^m,05$ de la línea media hácia la izquierda y de una extensión de $0^m,10$ de largo próximamente.

Abierta la piel y cortados los músculos se encontró el saco, en el cual se hizo una incisión para eva-

cuar ei líquido que contenia, sacándose próximamente unos 500 gramos de un líquido claro que no se enturbia por el calor, sino que al contrario se clarifica, no se coagula ni por este ni por el ácido nitrico y da reacción ligeramente ácida.

Una vez evacuado el tumor, se dilató la herida é introduciendo los dedos se encontró el saco formado por el huevo el cual fué extraido con las pinzas.

Las paredes de este tenian un aspecto blanco con puntos calcáreos salpicando toda su superficie externa, es friable y ha sufrido la degeneración grasosa.

La extracción del saco fué sencilla, pues estaba adherido á un punto del que fué fácil desprenderlo.

Conseguido esto, se examinó el estado del peritoneo, el que estaba en algunos puntos engrosado y suelto al extremo de parecer la bolsa de un quiste, pero que comprimiendo el abdomen y rechazando por este medio los intestinos hácia abajo, hácia la cavidad dejada por el quiste, volvia á recobrar sus relaciones normales.

Como la cavidad fuese grande, para evitar que quedase mucho aire en su interior, despues de haber sido bien lavado y espulsadas las sustancias fibrinosas y fragmentos de membranas allí existentes, se procedió á cerrar la herida lo mas completamente posible dejando en su interior un sifon.

La enferma salió de alta completamente restablecida el 5 de Mayo de 1891.

Juan José Galiano.

Buenos Aires, Setiembre 28 de 1891.

Pase á informe del Sr. Académico Dr. Pinto y Profesores Doctores Molina y Bazterrica.

M. GONZALEZ CATAN.
L. de la Cárcova,
Secretario.

Buenos Aires, Octubre 14 de 1891.

Señor Decano:

Esta tesis está en condiciones reglamentarias.

Jacob de .T Pinto—Samuel Molina—
Enrique Bazterrica.

Buenos Aires. Octubre 16 de 1891.

De acuerdo con el informe que antecede, entréguese al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que se sostendrá en acto público ante la Comisión Examinadora respectiva.

MAURICIO GONZALEZ CATAN.
L. de la Cárcova,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

MEDICINA LEGAL—Aptitud para la concepción.

OBSTETRICIA—Mecanismo del parto en la presentación de cara.

GINECOLOGÍA—Tratamiento de las metritis.

PATOLOGÍA MENTAL—Locura puerperal.

PATOLOGÍA INTERNA—Pericarditis con dolor.

PATOLOGÍA EXTERNA—Forúnculo.

PATOLOGÍA GENERAL—Hemorragia.

ANATOMÍA TOPOGRÁFICA—Región costo-mamaria.

ANATOMÍA PATOLÓGICA—Tejido cicatricial.

TERAPÉUTICA—Transfusión de la sangre.

FISIOLOGÍA—Leyes de los reflejos.

OFTALMOLOGÍA—Luxaciones del cristalino.

HISTOLOGÍA—Amigdala.

HIGIENE—División de los climas.