Año 1908 N.° 1830

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

Embarazos ectópicos

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALFREDO BODEN

Ex-practicante mayor interno por concurso de clasificaciones del Hospital Nacional de Clínicas (1907—1908) (Servicio de Cirugía del Dr. Gandolfo)
Ex-practicante menor interno del Hospital San Roque (1902 á 1907)
Servicio de Clínica del Dr. J. Mendez (1902) Cirugía del Dr. J. B. Justo (1903 y 1904)
Ginecología Dr. Revilla (1905) Niños, Dr. Lynch (1906 á 1907)
Ex-practicante de vacuna de la Asistencia Pública (1900—1902)
Ex-practicante de la enfermería del Hotel de Inmigrantes 1904—1908)

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E SPINELLI
737 — CALLAO — 737
1908

EMBARAZOS ECTÓPICOS

Año 1908 Nº 1830

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

Embarazos ectópicos

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALFREDO BODEN

Ex-practicante mayor interno por concurso de clasificaciones del Hospital Nacional de Clínicas (1907—1908) (Servicio de Cirugía del Dr. Gandolfo)
Ex-practicante menor interno del Hospital San Roque (1902 á 1907)
Servicio de Clínica del Dr. J. Mendez (1902) Cirugía del Dr. J. B. Justo (1903 y 1904)
Ginecología Dr. Revilla (1905) Niños, Dr. Lynch (1906 á 1907)
Ex-practicante de vacuna de la Asistencia Pública (1900—1902)
Ex-practicante de la enfermería del Hotel de Inmigrantes (1904—1908)

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMP. DE OBRAS DE E SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1908

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO (con lic.)
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA (con lic.)
» » J. MANUEL IRIZAR

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA (con lic.)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO A. ALFARO (con lic.)
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ (con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» VACANTE
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ (con lic.)
Química aplicada á la Medicina	» VACANTE
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ » ALOIS BACHMANN
Anatomía Descriptiva	» VACANTE
» »	» VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	» VACANTE
Anatomía Topográfica	» VACANTE
Fisiología General y Humana.	» VACANTE
Anatomía Patológica	» VACANTE
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	» FELIPE JUSTO
Materia Médica y Terapéutica.	» VACANTE
Medicina Operatoria	» VACANTE
Clínica Ginecológica	» VACANTE
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» VACANTE
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON (en ejerc.) » RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» VACANTE
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Epidemiológica	» VACANTE
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING » RICARDO COLÓN » LUIS AGOTE (en ejerc.)
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ALBERTO PERALTA RAMOS » ARTURO ENRIQUEZ
Toxicología Experimental	» VACANTE
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Profesores Honorarios

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNANDEZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica.....	DR. JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Oftalmológica.....	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica.....	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA (con lic.)
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada..	VACANTE
Química orgánica aplicada....	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ejerc.)
Física farmacéutica.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	VACANTE
Técnica farmacéutica.....	VACANTE
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	VACANTE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA » N. ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	VACANTE

PADRINO DE TESIS

DOCTOR NICOLAS LOZANO

A LA MEMORIA DE MI

PADRE Y HERMANOS

A MI MADRE Y HERMANAS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al terminar mis estudios universitarios y presentar á vuestra consideración el modesto trabajo que constituye mi tesis inaugural para optar al grado de Dr. en Medicina y Cirugía, solo palabras de agradecimiento y gratitud tengo como la demostración más sincera por las múltiples y sabias enseñanzas recibidas en la escuela por los dignos profesores que han echado los cimientos de los conocimientos que llevo como bagaje científico en el noble ejercicio de la profesión médica y este agradecimiento general que espreso á todos mis profesores en cada una de las materias estudiadas, quiero especializarlo hacia aquellos que han estado más cerca de mí en el transcurso de mi carrera. Entonces á los Gefes de servicio, Dres. J. Mendez, J. B. Justo, Revilla, Lynch y Gandolfo, y á los Gefes de clínica Dres. Cranwell, Castilla, Robertson, Arce,

Rodriguez y á los médicos internos Chueco y Urquiola, mi más sincero y profundo agradecimiento.

A los Dres. J. Ledesma y P. Oliverio, mi agradecimiento por la fineza y caballerosidad con que siempre me han tratado.

A mi amigo A. H. Roffo, mi agradecimiento por la ayuda que me presta en este trabajo, poniendo á mi disposición sus amplios conocimientos en Anatomía Patológica.

Por fin mi agradecimiento y gratitud al Dr. Nicolás Lozano que me dispensa el honor de acompañarme como padrino de tesis.

DEFINICION

El desarrollo de un óvulo fecundado en la cavidad uterina, dá lugar en el organismo maternal á una série de modificaciones y mutaciones que son la característica del embarazo normal, ahora bien, estas mismas producidas por idénticas causas, vale decir, por el desarrollo de un óvulo fecundado no ya en la cavidad uterina sino fuera de ella, da lugar á lo que se ha llamado embarazo extra-uterino ó ectópico.

Daremos la preferencia en este pequeño trabajo á la denominación de ectópico, puesto que ésta sin prejuzgar sobre el sitio de desarrollo del huevo, expresa sencillamente que se hace fuera del sitio normal, abarcando de esa manera todas las variedades registradas en la ciencia; mientras que la de extra-uterino, indicándonos que el desarrollo del huevo tiene lugar fuera del útero, no expresa la

verdad absoluta, puesto que ciertas variedades como los embarazos que se efectúan en la porción intersticial de la trompa, hacen su desarrollo en las paredes de este órgano.

ANATOMIA PATOLOGICA

En este capítulo es forzoso estudiar la anatomía patológica de las variedades anatómicas existentes de embarazos ectópicos.

Muchas han sido las clasificaciones adoptadas y muchas las variedades creadas, especialmente si recordamos la nomenclatura de Dezeimeris en 1837 que describía en el Journal des Conn. médico-chirurg. no menos de 10 variedades; hoy gracias á los trabajos é investigaciones de Webster, Martin, Doléris y Couvelaire, respecto de la variedad tubaria, las investigaciones de Puech, Werth, Mounratoff, C. van Tussenbrock, etc. en la ovárica, las de Zmigrodsky, etc., en la abdominal y las de Kleinwacter, Walthard, Hopfl, etc., en la variedad de embarazo desarrollado en un cuerno rudimentario se ha podido llegar á una clasificación racional y simple que enuncio en el cuadro siguiente:

- Embarazo tubario
  - Uterino ó intersticial
    - Utero-intersticial
    - Tubo-intersticial
  - Porción libre de la trompa
    - Istmico.
    - Ampular.
      - Espansión peritoneal
      - Espansión intraligamentosa.
    - Infundibular
- Embarazo ovárico
  - Externo
  - Interno
- Embarazo Abdominal
  - Primitivo
  - Secundario

Embarazo desarrollado en un cuerno uterino rudimentario,

En la variedad tubaria como se ve, hay desde luego dos grandes divisiones, aquel embarazo que se efectúa en la porción, diremos intramural, es decir, en la trompa que se aloja en el espesor de la pared del útero, larga de unos 0.007 mlm. y aquel que se efectúa en la porción libre. Denomínase en el primer caso intersticial y en el segundo como la porción libre es bastante extendida. puesto que la trompa de Falopio tiene término medio de 0.10 á 0.15 cmts.; es menester divídir ésta y seguir el sitio anatómico que el embarazo ocupa, se le ha dado nombres diversos, á saber: istmico, ampular é infundibular, denominaciones que se explican de por sí.

Estudiemos la variedad intersticial.

En un trayecto de 0.007 mlm. que tiene más ó menos esta porción, se desarrolla en ese caso el óvulo fecundado, es lógico pensar que una vez el

crecimiento suficientemente efectuado, tiene que proeminar ó bien hacia el útero ó bien hacia la trompa, y por esta disposición se producen las sub-variedades de útero-intersticial en el 1º caso y tubo-intersticial en el segundo.

Ahora bien, la sub-variedad útero-intersticial, debe tener una evolución particular, pues está en los límites de la cavidad uterina y puede por su desarrollo en un momento dado, convertirse en un embarazo normal, desarrollándose hacia esta cavidad y evolucionar como éste, esto teóricamente es exacto y posible y á este respecto creo que esta variedad, sino se confunde constituye por lo menos los justos límites confundibles en casos dados de la lesión que ha ocupado á P. Lequeux que escribe un muy interesante artículo en 1906, denominado «De la grossesse angulaire et de ses rapports avec les grossesses ectopiques» y efectivamente describe allí la sintomatología física de esta lesión que llama embarazo angular.

La mano que palpa, nos dice, no siente más que una irregularidad muy clara del desarrollo del útero: la imprección que registra es de una doble tumefacción. Una que no es otra cosa que el útero, otra lateral ó aún anterior, como lo dice Bar, de volumen variable, pasando raramente del tamaño de una mandarina, de consistencia blanda y pastosa, algunas veces contraída, haciendo esta

masa cuerpo con el útero, con el cual se inmoviliza, pero pareciendo separada por un surco.

A la palpación del cuello del útero se es á veces sorprendido de la dureza relativa del cuello.

El ablandamiento del segmento inferior ó signo de Hegar es tardío y no aparece sino en el 4.º mes, como lo hace notar Bar. El surco de separación anteriormente anotado se vuelve blando y como todo el proceso sucede en el cuerno hospitalario, es lógico pensar que el signo de Hegar se haga en el surco de separación de ambas tumefacciones palpables y que éste se ablande.

Es menester tratar de buscar la situación del ligamento redondo y su disposición relativa al tumor anexo al útero que estudiamos, pues según las observaciones de Bar, Puech y Velluet éste se encuentra fuera del tumor justa-uterino.

Estos signos anotados constituyen la característica del diagnóstico en los tres primeros meses. Al examinar nuevamente en épocas posteriores la misma enferma, dice Lequeux, se es sorprendido de no encontrar los mismos signos sino que el tumor justa-uterino ha desaparecido y se encuentra simplemente en presencia de un embarazo normal y en realidad es lo que sucede habitualmente.

Ya que hablamos de esta lesión hay que hacer mención de ciertos incidentes ó accidentes que suelen aparecer en el curso evolutivo de este embarazo

angular y estos son: dolores, hemorragia, aborto y por fin hasta la ruptura uterina.

Es importante conocer esta lesión para precaverse de un error de diagnóstico puesto que la idea de un tumor justa-uterino nos lleva inmediatamente á la idea quirúrgica y se podría hacer una laparatomía en blanco, inútil por lo menos sino perjudicial para la enferma.

Dos palabras sobre historia de esta lesión. Parece haber sido intervista por primera vez en 1893, pues en esa época Tédenat, describe á propósito de una de sus clientes esta forma, equivocándose sin embargo, pues creyó haberse encontrado en presencia de un útero doble. Puech, constata un caso semejante y sin ser afirmativo en el diagnóstico, insiste sobre la inserción de la placenta en el cuerno del útero. (Soc. de med. et de chir de Montpellier 1893). Vineberg, Bar, Mercier y Braun, escriben sobre esta lesión; Vasielieff designa esos hechos bajo el nombre de embarazo angular. En 1904, Puech, hace una descripción que poco ó nada se ha añadido hasta ahora en su artículo «De la grossesse angular», Gazette des hospitaux, diciembre 1.°, número 137. En Viena, Piscacek, publica un trabajo en 1899 y una memoria en 1901.

La íntima relación que guardan á mi manera de apreciar la subvariedad de embarazo ectópico útero-intersticial con la lesión que acabamos de tratar me-

ha inducido á detenerme en ella describiéndola con cierto detalle.

Pasemos ahora á los embarazos de la porción libre de la trompa; primero veamos la variedad istmica.

Esta tiene su característica respecto de la topografía del saco fetal, la evolución sea la época de la interrupción del embarazo y por fin tocante al proceso anatómico en correlación con esta misma interrupción.

Esta variedad como las otras de la porción libre han sido muy bien estudiadas por A. Couvelaire en su magnífica tesis París, 1901.

El no haber precisado la situación exacta en las estadísticas no ha permitido ser preciso sobre la frecuencia de esta variedad, sin embargo la estadística de Martin (Die Krankheiten der Eileiter, 1895, p. 324) que es doblemente importante puesto que es hecha sobre observaciones personales de Martin, estudiadas en colaboración del anatomista Orthman, cuenta 8 casos sobre 77. De manera que podemos decir que el injerto del huevo es poco frecuente en el istmo.

El embarazo en la porción istmica tiene su autonomía propia por la manera de desarrollarse y así vemos que forma un tumor situado cerca del útero sobre el borde superior del aleron medio del ligamento ancho, tumor á expansión libre peritoneal

no formando adherencias ó formando muy pocas; tiene su autonomía también por la evolución, pues el desarrollo del embarazo se interrumpe muy precozmente, hacia la 8.ª semana generalmente, y por fin lo que le caracteriza también es que la apoplegía ovular que trae la interrupción de la evolución del embarazo da por resultado la ruptura primaria intraperitoneal, con lesión local puntiforme á veces ó verdaderas desgarraduras otras y como consecuencia de esta lesión local una hemorragia difusa que pone seriamente en peligro la existencia de la enferma.

Couvelaire cree que las razones de esta reacción especial, podrían ser buscadas en los caracteres anatómicos de esta región de la trompa, así como en la topografía de la misma.

Efectivamente se pregunta si es la exiguidad de la cavidad tubaria, que por ser tal permite el injerto del huevo en la totalidad ó casi totalidad de la circunferencia de la pared ó por lo menos sobre una porción notable del sector libre de la trompa favoreciendo de esta manera la expansión del saco hacia el abdomen y privándole del blando reforzamiento que le suministraría la expansión intraligamentosa, ó bien, si por la continuidad del saco al nivel de sus dos polos con una trompa estrecha, poco blanda, poco estensible, más á menudo contorneada, replegada y fijada en una actitud por los dos polos, pueda influir y ser

una razón á esta reacción especial, ó bien todavía es la ausencia al nivel de un polo del saco de una válvula como el ostium abdominal que permita el escurrimiento fácil de la sangre y por consiguiente el abajamiento de la tensión en el saco sobredistendido por la brusca apoplegía ovular? En fin, estas reflexiones de Couvelaire, otras tantas hipótesis más ó menos exactas, influirán seguramente como causas productoras á la característica de esta variedad y cada una según las circunstancias en grado variable. Lo que salta á la vista, bien claramente, es la razón de la hemorragia difusa, y esta no es otra sino las pocas ó ningunas adherencias que se encuentran en estos casos y así tenemos realizado aquello que en peritoneo sano grandes hemorragias, en peritoneo enfermo pequeñas hemorragías.

Estudiemos la variedad ampular.

Aquí como en la variedad anterior la apoplegía ovular precoz es frecuente pero las consecuencias son generalmente la formación de un hemato-salpinx sin que se produzca la ruptura primaria del saco.

Entonces generalmente es posible recojer durante el acto operatorio estas piezas (hemato-salpinx) y constatar que encierran despojos de un huevo joven ahogado en un hematoma primario, simple rodeado por estratificaciones concéntricas que indicarían apoplegías repetidas. En algunos casos se

puede ver que el hemato-salpinx está acompañado de hematocele sin que se pueda encontrar solución de continuidad de la trompa y en otros por fin hay á la par que el hematocele la ruptura secundaria del hemato-salpinx, sea del saco que constituye el embarazo.

Como se ve no se observa generalmente la ruptura primaria precoz antes de la 8ª semana como en la variedad istmica y Couvelaire no la ha observano en los 35 casos examinados por él, de los cuales 28 eran ampulares y 7 istmicos, como tampoco observó en estos últimos la terminación por hemato-salpinx.

El porque no se produce la ruptura en la forma que hemos visto anteriormente, hay que buscarlo aquí también en la constitución anatómica de la trompa, y efectivamente la estensibilidad de las paredes de ella en esta parte es mayor, y aquí existe en vecindad inmediata el ostium abdominal que le forma una verdadera válvula de seguridad.

Estas dos circunstancias bastan para explicar como siendo esta región igualmente alterada por el injerto del huevo en sus paredes, resiste más y no se rompe de conjunto á la primera apoplegía ovular.

La apoplegía ovular precoz no es fatal en la variedad ampular, ésta puede pasar el período críti-

co del 2º mes, pero sin embargo la ruptura primaria no se produce generalmente, y cuando ésta se produce es más tardía que en la variedad ístmica.

El calibre, la blandura, la extensibilidad de la trompa en la porción media, y por otra parte las relaciones de la ampolla gravida, son otras tantas razones de la evolución especial de la variedad que estudiamos.

Las relaciones de la ampolla grávida imprimen modalidades variadas en la expansión progresiva del saco, éstas naturalmente están comandadas por factores anatómicos que son los siguientes: la comunicación directa entre la ampolla y la cavidad peritoneal por el ostium abdominal, los desplazamientos que un largo pedículo permite á la ampolla, las relaciones primitivas y secundarias de la ampolla con la serosa peritoneal, el ligamento ancho y los órganos vecinos, son los principales factores que nos parecen jugar un rol en la evolución del embarazo ampular.

Bland Sutton hace notar una modificación que tiene lugar al nivel del ostium abdominal que se vuelve turgescente y edematoso para cerrarse finalmente, esto que no se observa en la variedad ístmica debe influir naturalmente en la evolución del embarazo ampular.

En esta variedad, el embarazo desarrollado en

la porción ampular de la trompa, éste está ligado al útero por la parte interna de la trompa y por el mesosalpinx que le forman una especie de pedículo.

Couvelaire nos presenta los tres siguientes casos por la manera de comportarse el saco fetal en relación del pedículo.

1.º El pedículo guarda su topografía normal, la expansión del saco se hace sobre el lugar.

2.º El pedículo se coda, la ampolla grávida cae en el Douglas y se fija.

3.º El pedículo se tuerce, eventualidad excepcional.

En su crecimiento el embarazo ampular puede ó bien hacerlo hacia la cavidad peritoneal ó bien desplegar las dos hojas del ligamento ancho, y formar así dos modalidades diferentes.

Una á expansión peritoneal como la llama Couvelaire, el saco fetal puede quedar exclusivamente tubario haciéndose la expansión gracias á la dilatación progresiva subperitoneal de la ampolla, ó bien el saco es á la vez tubario é intraperitoneal, estando constituído en ese caso por una parte por la pared tubaria, y por otra por neomembranas que la fijan á los órganos limítrofes.

Esta variedad tubo-peritoneal secundaria puede efectuarse por dos mecanismos distintos.

En un caso es directamente por el ostium abdo-

minal que se hace la expansión intraperitoneal y entonces se llama embarazo tubo-abdominal secundario directo.

En otro caso, es por ruptura de la pared tubaria que el huevo se hace intra-peritoneal y entonces se llama embarazo tubo-abdominal secundario indirecto.

Otra modalidad es la intraligamentosa y parece que esta se produce cuando por la inserción de la placenta sobre el sector meso-salpingiano el embarazo está obligado á desarrollarse exéntricamente desdoblando las hojas del ligamento ancho.

Couvelaire dice parece racional de distinguir dos casos:

1.º Una evolución intraligamentosa parcial y esta parece hacerse lo más á menudo en la parte la más externa, tubo-ovárica, del aleron medio del ligamento ancho, quedando el saco libre ó adherente secundariamente á los órganos vecinos.

2.º Una evolución intraligamentosa completa, excepcional, en cuyo caso el saco está profundamente hundido en el basinete, el útero desviado lateralmente, adheriendo al saco por su borde lateral y su cara posterior.

Por fin, tenemos todavía la variedad llamada infundibular que es aquel embarazo que se desarrolla sobre las franjas del pabellón de la trompa y se puede relacionar á esta variedad aquellos ca-

sos desarrollados en pabellones accesorios; F. Henrotin y M. Herzog han señalado un caso de esta naturaleza.

Estudiemos ahora la variedad ovárica.

Esta que ha sido tan discutida y aún negada en un tiempo por Lawson Tait y Webster, que sostenían que todos los embarazos ectópicos eran tubarios, hoy es aceptada, puesto que numerosos trabajos y exámenes histológicos han venido á confirmar y evidenciar la existencia de ello.

Uno especialmente interesante y demostrativo es el de Cath. van Tussenbrock que examinó histológicamente una pieza extraída por laparotomia por el profesor Dr. Kouwer de Harlem y luego presentó un trabajo muy completo.

Mourattoff, Larsen, Mendes de Leon y Hollman y otros han examinado igualmente piezas bajo el punto de vista histológico. Frantz, dice, con el caso citado por Füth, son 18 las observaciones bien constatadas hasta el día que escribe (1902. Centralblatt F. Gynäkologie, N° 13, p. 343).

Puech dá como caracteres anatómicos del embarazo ovárico los siguientes: 1° La ausencia del ovario correspondiente. 2° La unión del saco fetal á la matriz por el ligamento del ovario. 3° La presencia del tejido ovariano sobre las paredes del saco· 4° La independencia de la trompa en lo que concierne la formación del saco fetal.

Al mismo tiempo distingue dos variedades de embarazo ovárico, una que llama externo y otra interno. Es externo cuando habiendo hecho la fecundación del óvulo al nivel de la vesícula de Graaf y esta quedando abierta, el huevo hace salida hacia esta abertura y se desarrolla en el peritoneo; mientras que es interno cuando la desgarradura se cierra aprisionando al huevo, y esta desarrollándose á la manera de un quiste del ovario, pero naturalmente con una evolución más rápida.

Es naturalmente sumamente difícil distinguir en la práctica estas dos variedades, puesto que las adherencias á los órganos vecinos no permiten darse una cuenta exacta al que examina.

En la variedad abdominal se admite generalmente dos formas, la llamada primitiva y la secundaria. La primera muy discutida y no admitida por todos los autores puestos que éstos creen que todas las variedades abdominales son secundarias y aún cuando no existan lesiones apreciables sobre la trompa puede tratarse de casos de aborto tubario de forma peritoneal con injerto secundario en el abdomen, sin embargo Zmigrodzki no acepta esta manera de apreciar y da los siguientes signos como característicos de la variedad primitiva, á saber: la integridad de la trompa, y la falta de conexión entre este órgano y la placenta.

Gutiérrez publica un caso llenando las condicio nes apuntadas en la Rev. de Gyn. et Chir. abd. de 1904, p. 553 y trata de probar que está en presencia de un embarazo primitivo abdominal.

Cualquiera que sea la variedad el huevo se rodea siempre de pseudo-membranas, que le forman una envoltura, estas pseudo-membranas son el resultado de la reacción peritoneal, pues el huevo hace allí las veces de cuerpo extraño que el organismo trata de aislar. Generalmente se producen muchas adherencias que son sumamente vascularizadas y además según Gaillard Thomas la placenta en estos casos toma dimensiones colosales.

Las adherencias formadas por las pseudo-membranas forman paredes de cierto espesor, lo que explica la rareza de la ruptura del quiste abdominal.

En la variedad secundaria después de la ruptura de la trompa el feto por lo general muere, pudiendo sin embargo continuar viviendo como hay observaciones recogidas por Walter, Blandl y Lawson Tait.

Nos quedan por fin, aquellos embarazos desarrollados en un cuerno uterino rudimentario, esta variedad antes no señalada, parece sin embargo no ser tan rara pues trabajos publicados por Kleinwachter en 1894, quien ha reunido 42 casos, otro trabajos de Beckmann muy documentado lo demuestran.

Anatómicamente se caracteriza por formar un tumor más ó menos voluminoso, pediculado, y el pedículo corto y espeso, insertándose á la unión del cuello con el cuerpo del útero; y de la parte externa de este tumor, sale un ligamento redondo y una trompa sana.

La terminación habitual de esta variedad abandonada á sí misma es la ruptura y la muerte consiguiente, como lo demuestra la estadística de Beckmann, que señala de 25 enfermas no operadas 22 muertas

Señalaré aún algunas lesiones accesorias que tienen lugar al mismo tiempo que se desarrolla cualquiera de las variedades de embarazo ectópico estudiadas.

Es evidente que el organismo maternal como en todo embarazo sufre modificaciones que me parecen útil anotar para tener así el bosquejo completo de las alteraciones que tienen lugar, diremos que la vagina se ablanda y que la coloración de la mucosa de ésta se hace azulada, los senos se ponen turgescentes, dejan escapar á la compresión colostrum y se pigmentan los areolos y los tubérculos de Montgomery aparecen.

El útero es el que sufre especialmente modificaciones, empezaremos por el cuello, éste se encuentra ablandado y es sabido, como lo dice Pinard, que «cada vez que hay embarazo, que este sea uterino ó

extrauterino el cuello está ablandado; pero ese ablandamiento disminuye cuando el huevo cesa de desarrollarse». Entonces cuando el huevo muere, el cuello se pondrá duro y por consiguiente la mujer ya no tendrá un embarazo sino simplemente será portadora de un quiste de contenido en este caso fetal, pero sin vitalidad, y no imprimiendo por lo tanto al organismo maternal ya modificaciones.

El útero participa á la blandura del cuello y al examen físico es difícil de limitar si no se tiene la suerte de que este se contraiga bajo la mano. El útero aumenta de tamaño en todos sus diámetros y por consiguiente su cavidad, que á la histerometría se encuentra agrandada. Después que el huevo cesa de desarrollarse, al mes más ó menos, dice Pinard, el útero sufre una involución y entonces el útero se vuelve más duro y disminuye de tamaño.

La mucosa uterina que sabemos se convierte en caduca, es eliminada generalmente al producirse un accidente en la evolución del embarazo ectópico.

EMBARAZO ECTOPICO EN UN CONDUCTO ACCESORIO DE LA TROMPA

Habiendo hecho un prolijo exámen histológico en colaboración con mi amigo el Señor A. H. Roffo y habiéndonos encontrado ya al hacer los cortes mascroscópicos para hacer las inclusiones con una disposición particular que nos llamó vivamente la atención y habiendo leído algunos trabajos sobre el posible desarrollo de un óvulo fecundado no ya en la trompa propiamente dicho sino en un divertículo ó en un conducto accesorio de esta, nos llevó á investigar en ese sentido y hoy presento modestamente el resultado de este estudio con la documentación en microfotografías de las preparaciones tipo de la série que cortamos.

Esta pieza anatómica pertenece á la enferma que es objeto de la primera historia clínica que presento.

Pero antes de pasar á estudiar la pieza en cuestión quiero decir, que aunque haya sido señalado en la etiología del embarazo ectópico el desarrollo en un divertículo, esto es sumamente raro, puesto que aún, las investigaciones bibliográficas sobre la anatomía de la trompa muestran la poca frecuencia de esos divertículos y por lo tanto la posibilidad de embarazo en ellos.

La rareza de esos divertículos parecen bien demostrarse por los trabajos de Ballantym y de Williams, que habiendo examinado 110 trompas de ambos lados, solo han encontrado una vez esta anomalía.

Sin embargo otros anatomistas creen que son frecuentes.

El que llamó la atención sobre la posibilidad de un embarazo ectópico en un divertículo fué Carus.

Henning señaló un caso (Tube mit zum Theil paarigen Hohlgangen der Schleimhaut) y estudió el punto. Pretendió probar que la mucosa de la trompa tenía canales glandulares, cosa que hoy no se admite, y pretendió haber encontrado en una trompa de una niña de 1 año, 30 divertículos. Habría que preguntarse que era lo que él entendía y tomaba por divertículos. Las conclusiones de este autor fueron rechazadas.

Witridge Williams haciendo cortes en série de una trompa, constata un divertículo que describe

así: «En la pared anterior espesa, un poco por debajo y cerca de la túnica serosa, se nota un canal de 1 mlm. de diámetro, separado de la luz de la trompa por una banda muscular de 2 mlm. de espesor. Este conducto tenía todos los caracteres de la trompa y era tapizado por una hilera de células cilíndricas á cilias vibrátiles; gracias á los cortes en serie se ha podido constatar que ese canal se abría en el canal tubario y que constituía en suma un divertículo de este último».

Abel que hace también cortes en serie, llama la atención en sus dos trabajos que es posible que una trompa muy tortuosa haga creer en un desdoblamiento de ésta.

Werth es quien ha presentado el primer caso indiscutible de un embarazo ectópico en un divertículo. Sin embargo este autor se inclina más bien á considerar este divertículo como la consecuencia y no la causa de ésta. Describe en su trabajo (Ob. IV.) ramificaciones intramusculares del canal de la trompa tapizadas de una mucosa idéntica á la del canal salpingiano propiamente dicho. Werth cree que esas ramificaciones intramusculares, resultan de una rarefacción de las capas musculares bajo la influencia del embarazo ectópico. Ese fenómeno estaría en relación con el edema inflamatorio, que provoca la proliferación de la mucosa tu-

baria que se encajaría en seguida entre las fibras musculares disociadas.

Sin embargo este autor se expresa como sigue: «Aunque esto sea nuestra opinión para explicar las lesiones que yo he señalado, nosotros debemos suponer apuí un proceso inverso. Martín nos ha enseñado que independientemente del embarazo ectópico, las lesiones inflamatorias de la trompa pueden ocasionar hernias de la mucosa tubaria. Si la trompa es inflamada al momento de la concepción, hay entonces gran probabilidad para que el óvulo se pierda en una de esas ramificaciones que penetran en las paredes de la trompa».

Este autor hace un proceso inflamatorio de la lesión.

Han sido señalado también embarazos ectópicos en divertículos congénitos, como los casos de Landau y Rheinstein, Henrotin y Herzog, y por fin el de Desmons y Fieux.

El caso que hoy presento parece tratarse también de un embarazo ectópico en un conducto accesorio congénito de la trompa, puesto que observamos como puede verse por la lectura del examen histológico, que en los primeros cortes, antes de llegar al tumor que forma el embarazo, una sola luz normal de la trompa, luego en un segundo tipo de preparado, se observa la visible disociación fibrilar, que según Martín, puede ser debido á cual-

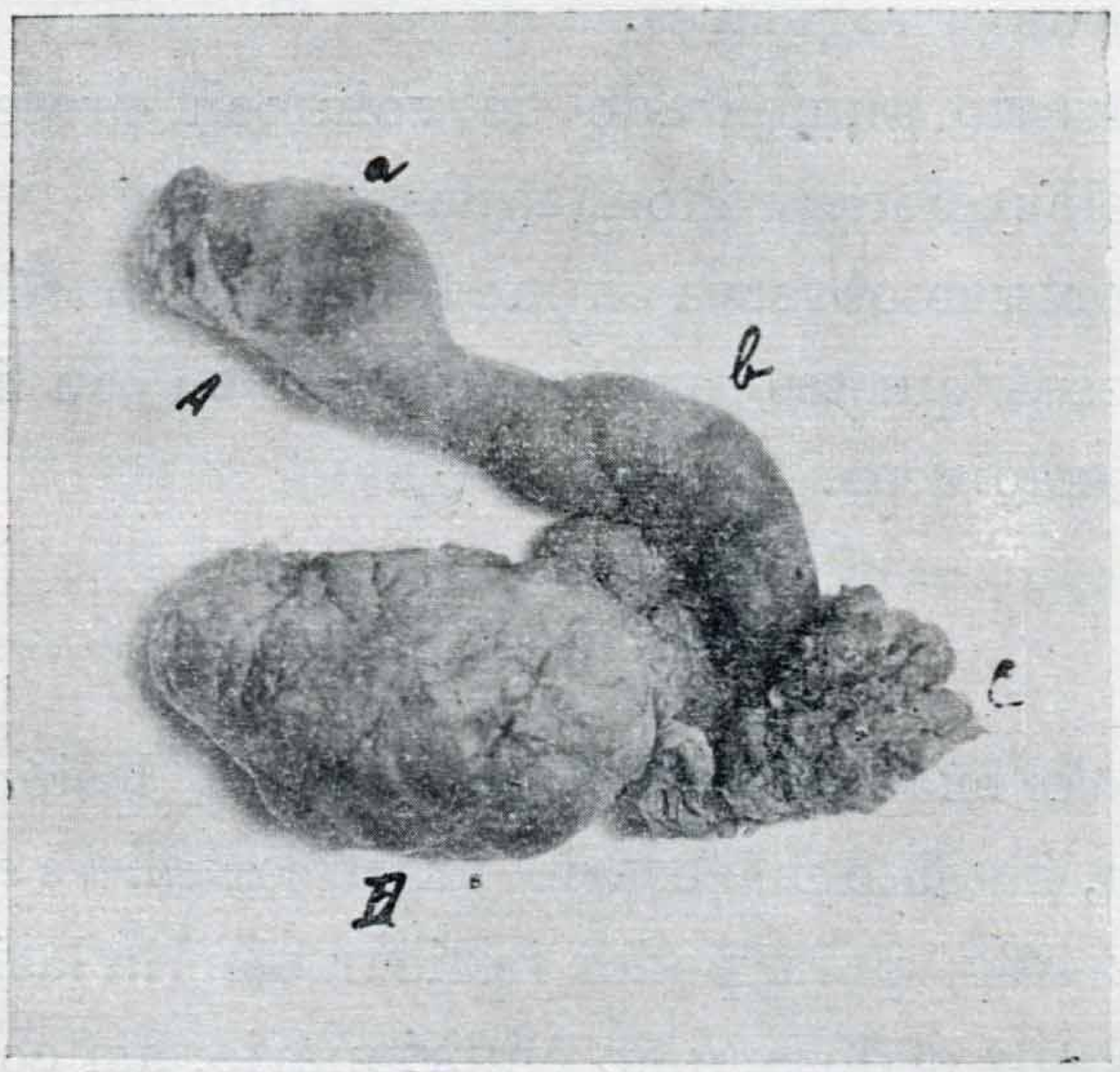
quier proceso inflamatorio anterior ó según Werth, que lo cree consecutivo al embarazo ectópico por el edema imflamatorio que trae, según dice, en fin continuando, se ve luego en otra preparación la luz conservada y en sitio opuesto á los grandes vasos restos placentarios que en la siguiente microfotografía presento con mayor aumento y por fin, en la última fotografía vemos el tipo de las preparaciones que se observan en los cortes de la trompa en el espacio de un centímetro del tumor; por la premura del tiempo no me ha sido posible continuar cortando la serie del resto de la trompa y mi colaborador el Sr. Roffo, presentará luego un trabajo complementario y comprobatorio.

De todas maneras según los preparados adjuntos y el estudio de más de 300 preparaciones de los cortes en serie efectuados, parece tratarse de un embarazo ectópico que se ha efectuado en un conducto accesorio ciego en el punto que éste ha tenido lugar.

Antes de pasar al estudio anatómico é histológico de la pieza, quiero hacer constar mi agradecimiento al Dr. Jacob por haberme permitido hacer las cinco mitrofotografías que acompaño, en el laboratorio de psiquiatría que dirige; estas microfotografías no pudieron ser sacadas en el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad, debido á la mudanza de este laboratorio.

Examen mascroscópico.—La pieza anatómica consta de la trompa y del ovario.

La trompa tiene 0.07 ctm. de largo y en su porción istmica presenta un aumento de volumen redondeado, del tamaño de una avellana. Este pequeño tumor de espansión francamente peritoneal, presenta sobre la cara supero anterior un pequeño orificio, de bordes irregulares y desgarrados, que co-



Fotografía I

A.—Trompa.
a.—Porción ístmica con el embarazo ectópico.
b.— id. ampular.
c.—Pabellón.
B,—Ovario.

municа con el interior y por el cual mana sangre. Por encima de esta nudosidad la trompa se adelgaza, en un trayecto de un centímetro, siendo su

espesor mayor que el normal, para ensancharse luego y formar la porción de la ampolla, que es también de mayor espesor que el normal y teniendo sus paredes irregulares. Por fin la tercera porción de la trompa ó pabellón no presenta nada de particular.

Las paredes de esta trompa presentan en toda su extensión numerosas manchas sub-serosas, rojas y de bordes irregulares.

El ovario aumentado de volumen presenta algunas elevaciones redondeadas.

Al corte se observa en medio de su parénquima numerosos quistes que contienen en su interior masas coloideas.

EXÁMEN HISTOLÓGICO

Para el examen histológico de la lesión de la trompa, ha sido necesario practicar *cortes en serie de toda ella*, para poder radicar bien la lesión producida por el desarrollo embrionario; así como las lesiones de la trompa consecutivas á éste en la porción superior é inferior de la misma y sobre todo en este caso particular y dada la rareza de la localización por fuera de la cavidad tubaria, para tener un concepto exacto de la anomalía de la trompa y explicarse en consecuencia el sitio de la preñez.

En el exámen de los primeros preparados tomados en la porción ístmica de la trompa se obser-

va que su luz está ocupada por las vellosidades muy ramificadas.

Estas vellosidades conservan su estructura normal, con su epitelio cilíndrico á cilias vibrátiles y las espesas capas musculares concéntricas muy ricas en vasos. Estos vasos que por su abundancia ya llaman la atención, lo hacen igualmente por encontrarse todos dilatados y llenos de sangre. Pero lo que salta más á la vista es el *aumento considerable de leucocitos polinucleares* que se encuentra al examen de los glóbulos sanguíneos. Estos son tan abundantes que en algunos vasos constituyen ellos solos el elemento globular. Se nota también la existencia de estos glóbulos en forma de hileras delgadas que se insinúan entre las fibras musculares. (Microfotografía N.º 2).

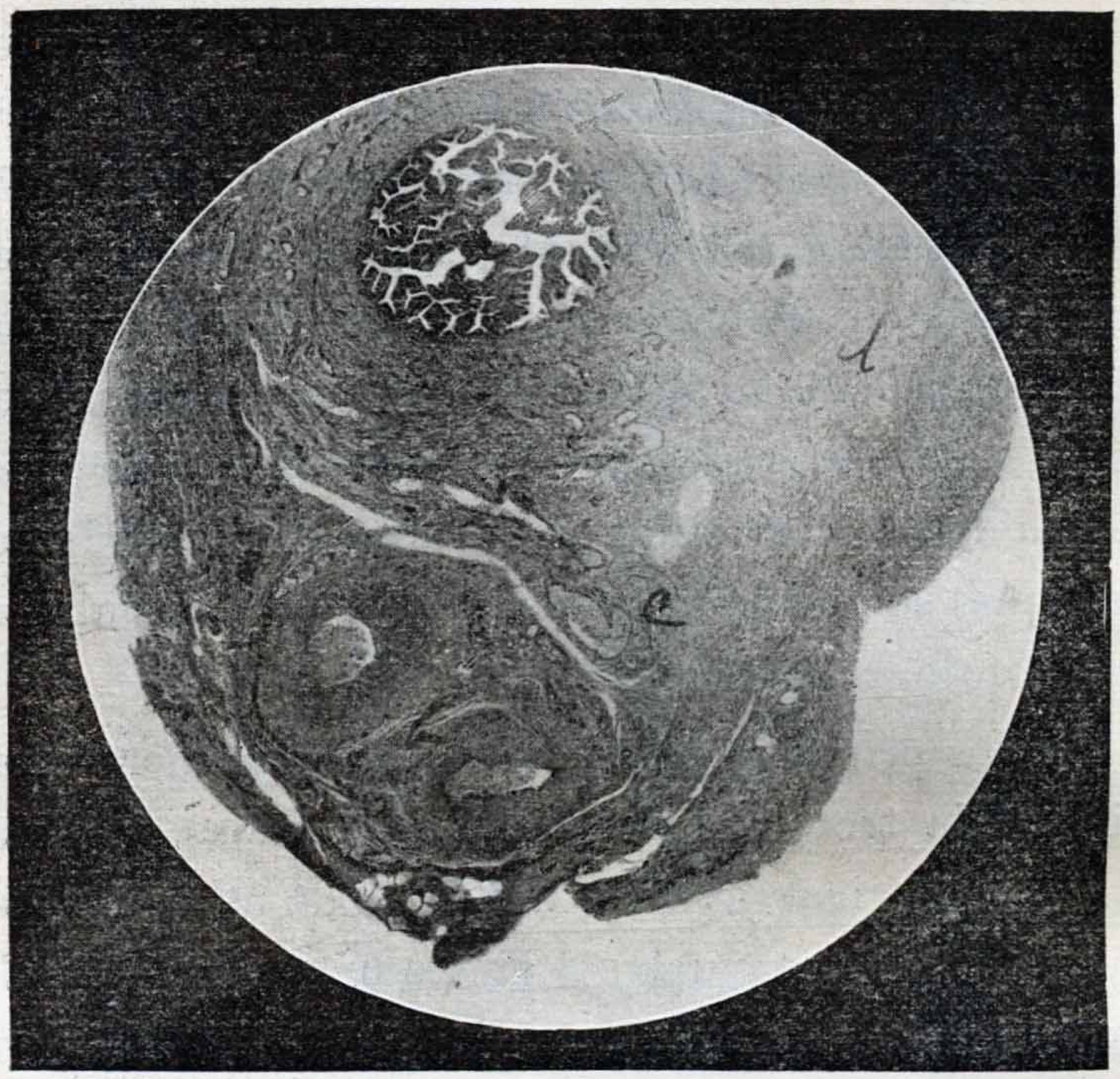
En los primeros preparados de la primera porción de la trompa por fuera de las capas musculares concéntricas, aparece una zona de fibras musculares lisas que envuelve á la trompa, aumentando de este modo sus diámetros.

La serosa se encuentra bien conservada.

Esta estructura se observa solo en pocos preparados y que corresponden á algunos milímetros de la parte inicial de la trompa,

A partir de esta porción la observación de los preparados demuestra un pequeño cambio en la estructura de la trompa.

La mucosa y corión así como la primera porción de la musculosa conservan su estructura típica. En la porción periférica de la capa muscular se observa que las fibras musculares lisas están *disociadas* y muchas de ellas desprendidas nadan en un medio



Microfotografía II

Trompa primera porción

a.—Luz de la trompa.

b.—Paquete vascular.

c.—Vasos llenos de polinucleares.

d.—Disociación fibrilar por edema

de aspecto albuminoideo. Este desprendimiento fibrilar es más marcado hacia la región del paquete

vascular propio del órgano. A este nivel la capa serosa presenta las mallas conjuntivas infiltradas de sangre. (Microfotografía N.° 3).



Microfotografía III

Trompa primera porción más arriba que la anterior
a.—Luz de la trompa.
b.—Paquete vascular.
c.—Disociación fibrilar con espacios más acentuados

Examinando un corte tomado á pocos milímetros del anterior se ve que la lesión descrita es más extendida. Manojos fibrilares cortados á traves aparecen en medio de una masa homogénea débilmen-

te teñida llegando esta disociación fibrilar á más altura que en el corte anterior. Estos manojos aislados cortados á través alternan con otros longitudinales y bifurcados. La mucosa bien conservada, así como los vasos dilatados y llenos de sangre.

En un preparado distante unos pocos cortes del anterior se nota á simple vista que la circunferencia del corte ha aumentado en un tercio. Este aumento se hace en un diámetro, hacia el lado de los gruesos vasos, dando al corte la forma ovoidea.

La lesión histológica varía poco de la anteriormente descripta, se nota sí, que es más intensa. La separación fibrilar se efectúa en toda la extensión de la capa muscular periférica, pero siendo la disociación fibrilar completa en la región del paquete vascular, observándose que la separación de los manojos fibrilares deja anchos espacios, en los que se distinguen los elementos de tejido conjuntivo embrionario de reciente formación.

La mucosa se encuentra mucho menos ramificada que en los cortes anteriores.

En un corte posterior á este último tomado al nivel de la porción inicial del tumor descripto macroscópicamente, observamos que la luz de la trompa se encuentra un poco disminuida y la mucosa poco ramificada. Las capas musculares periféricas están completamente disociadas, apareciendo ma-

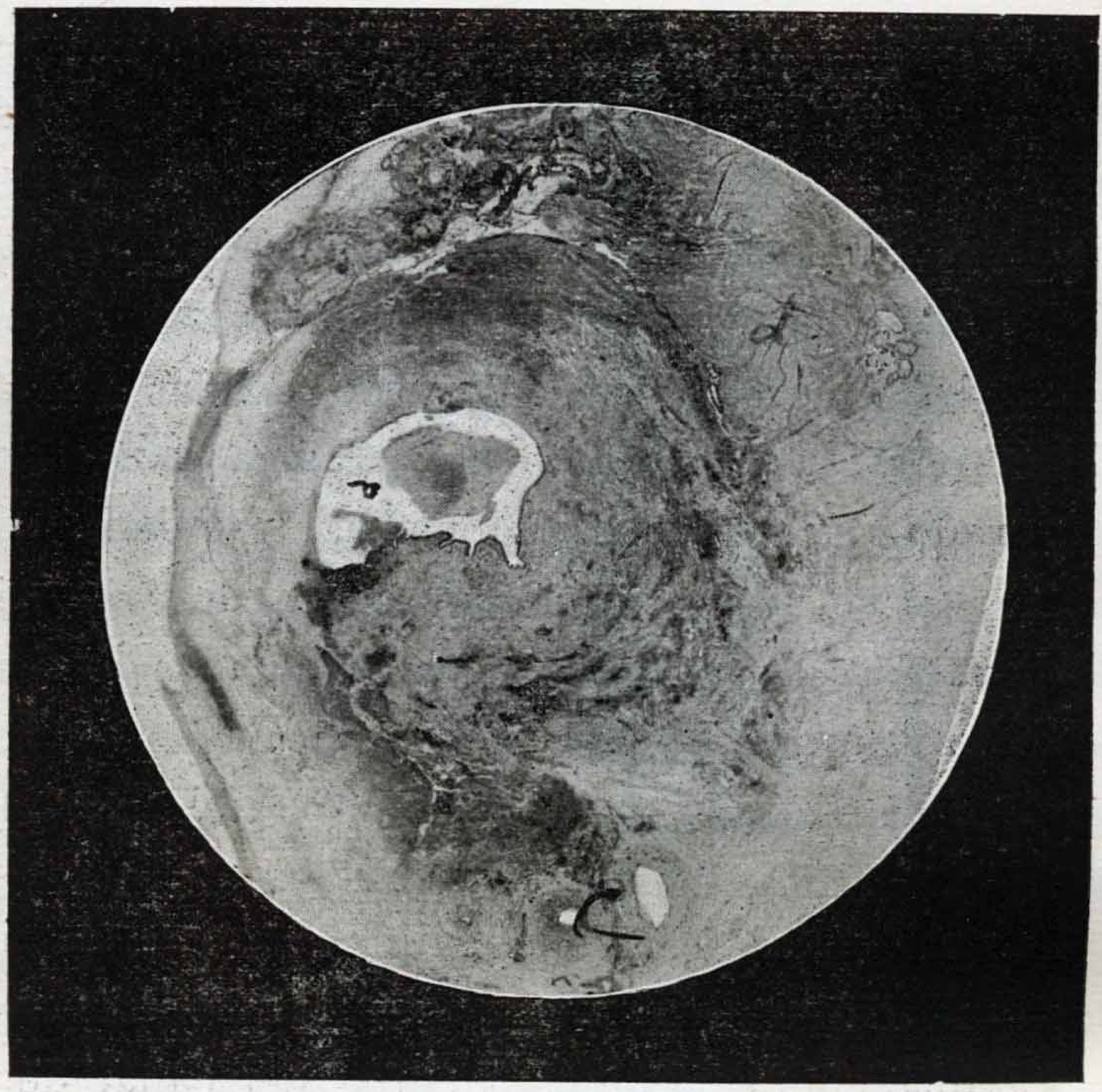
nojos de fibras musculares longitudinales separadas por grandes espacios claros, ricos en células conjuntivas fusiformes y fibras elásticas y una que otra fibra muscular lisa.

Hay espacios de estos que solo está constituidos por el plasma y fibras elásticas y algún capilar de reciente formacion. En un extremo del corte, en el lado contrario al de los grandes vasos, hay un ancho espacio longitudinal, con paredes formadas por fibras musculares y una hilera de células chatas. En el interior del espacio hay plasma sanguíneo, sembrado de células embrionarias, tipo estrellado. La serosa se halla desgarrada cerca del espacio, desprendida de las capas vecinas en una gran extensión. En otros puntos de esta misma serosa existen desgarraduras pequeñas en cuyo nivel los tejidos están infiltrados por sangre.

En un preparado algunos milímetros del anterior se nota que entre las fibras musculares periféricas hay infiltración sanguínea y cerca del canal de la trompa que presenta los mismos caracteres que los cortes anteriores, existe otro canal de luz pequeño con una hilera de células epiteliales cilíndricas y circunscripto por fibras musculares lisas. En el resto solo se observan las lesiones ya conocidas.

En un preparado tomado más arriba, se ve que la luz de la trompa está ocupada por coágulos é infiltrados y que la mucosa ha perdido sus vellosidades.

Las mallas del corión están infiltradas de glóbulos rojos, en algunos sitios hay grandes masas sanguíneas que separan completamente los elementos



Microfotografía IV

Trompa al nivel del embarazo

a. –Luz bien conservada.

b.—Coagulos y vellosidades placentarias.

c.—Paquete vascular.

d.—Coagulo sanguineo.

musculares, presentando éstos poca reacción vital. Esta infiltración sanguínea se encuentra en todo el espesor de la pared de la trompa. En el sitio diametralmente opuesto á los grandes vasos, se en-

cuentra una gran zona sanguínea que va desde el corión mucoso hasta muy cerca de la serosa. Esta zona está formada en su casi totalidad por un coágulo fibrino-cruórico, en el que se nota estratificaciones sinuosas donde se alinean gran cantidad de



Microfotografía V
Vellosidades placentarias, entre coagulos
Esta porción corresponde á lo marcado en el punto C. de la microfotografía IV, con aumento mayor.

leucocitos. El resto del coágulo contiene células redondas, infiltradas de pigmento sanguíneo. Se nota entre el coágulo el corte de varias vellosidades *placentarias*. (Microfotografía N.º 4).

Examinando estas vellosidades, puede verse que están revestidas por su parte externa por una capa de células—capa de Langhans—y la capa sincitial. Estas capas rodean completamente á un tejido conjuntivo embrionario rico en capilares sanguíneos. (Microfotografía N.º 5).

El coágulo de que hablábamos está separado del resto de la pared, por una hilera de células epiteliales, muchas de ellas degeneradas.

Recorriendo la serosa se ve desprendida en su mayor parte, á la que corresponde al gran coágulo la pared se encuentra infiltrada de sangre, habiendo un punto en que el coágulo comunica con el exterior.

En un preparado sacado de la parte más ancha, se nota que las lasiones histológicas varían poco, pudiéndose notar en el coágulo descripto mayor número de vellosidades placentarias y algunas masas de células deciduales.

En un corte de la trompa tomado por encima del tumor descrito macroscopicamente, observamos dos canales de constitución histológica semejante. Su mucosa está formada por una hilera de células cilindricas altas con un corión rico en vasos. Esta mucosa forma númerosas vellosidades ó repliegues Los canales están rodeados y separados entre sí, por haces de fibras musculares lisas y gran número de vasos. La serosa se halla infiltrada por sangre

En todo el resto de la trompa examinado se encuentra una disposición análoga. (Microfotografía Nº 6).



Microfotografía VI

Corte de la trompa por encima del embarazo. Se ven dos canales mucosos.

a.—Luz de la trompa.

b.—Luz del 2.º canal más estrechado.

c c.—Banda muscular común á ambos canales.

d d.—Banda muscular propia de cada uno de los canales mucosos,

e.—Paquete vascular.

ETIOLOGIA

He ahí un capítulo que se encuentra aún todavía en la más completa oscuridad y que aún está al estudio; han sido numeresas las hipotesis sostenidas hasta hoy y vamos á analizar algunas de ellas que han estado más en voga.

Se ha pensado por ej: que el sitio único de impregnación y fecundación fuera el útero. He ahí la opinión de Lawson Tait y otros, y los sostenedores de esta creencia admitían en pró de su hipótesis la disposición normal de las cilias vibrátiles de la trompa de Falopio, que como sabemos tiene su corriente que se dirije del pabellón de la trompa hacia el orificio interno de la misma, de manera pues que impediría la entrada del elemento macho sea el espermatozoide hacia la trompa con el fin de producir su encuentro en esa región con el ovulo y fecundarlo, al mismo tiempo ésta disposición favorecía la llegada del ovulo al útero.

No admitían, en una palabra, como se vé por lo expuesto, que la impregnación se efectúa en el tercio externo de la trompa como hoy lo admitimos por las investigaciones de Wagner, Bischoff, Bang Corte y Hertwig y que ha hecho escribir á Strussman, que todo embarazo á su principio debe ser considerado como ectópico.

Luego entre las diversas teorías surgió entre otras la sostenida por Jhonston y Bland Sutton la de la salpingitis descamativa, de la cual Lawson Tait se hizo ardiente defensor, pues armonizaba con su manera de apreciar, pues ésta concepción suprimía la dificultad de llegada del espermatozoide y favorecía las probabilidades de fijación del ovulo.

Esta salpingitis descamativa no significa sinó un proceso inflamatorio local, que puede tener por origen diversas causas y así por ejemplo, tenemos la opinión de Schauta y Duhrssen que afirman que el embarazo ectópico es casi siempre provocado por la blenorragia, es decir, obrando ésta como una causa inflamatoria que alterando el estado de la trompa crea la predisposición á la fijación del ovúlo fecundado en esa región.

Ahora, éste estado de alteración de la trompa causado por fenómenos inflamatorios, puede atacar éste órgano bajo dos puntos de vista esenciales, primero alterandola en su constitución anatómica y segundo en su función.

En el primer caso trayendo sea alteraciones en los elementos de la mucosa, descamaciones célulares etc., una salpingitis banal, naturalmente que éstas deben ser lígeras, pues sabemos que las alteraciones profundas ó graves traen la esterilidad, ó bien puede producir disminución en el calibre de la trompa por retracciones consecutivas á focos inflamatorios ó disminuir simplemente el calibre por la abundante descamación célular, de manera que éstos despojos celulares obstruyen la luz del canal, ó tambien la inflamación propagándose y siendo más intensa y generalizada puede hasta llegar á la inflamación del peritoneo circunvecino y producir adherencias y bridas que tambien disminuyen la luz del canal y por otra parte todavía un tumor vecino y las malformaciones de la trompa por fin, que ha servido también de base á una teoría, la de Webster que ha emitido la hipótesis de que la probable etiología del embarazo ectópico sería el infantilismo de las trompas.

Como se vé en todo lo que antecede se trata en éstas circunstancias casi siempre del elemento mecánico obstructivo que dificultando la progresión del ovulo fecundado trae la fijación sobre el lugar de encuentro de los elementos gérmenes.

Sobre éstas bases están fundadas varias teorías.

Yá hemos hablado de la de Jhonston y Bland Sutton de la salpingitis descamativa, que fué ad-

mitida y luego combatida por el eminente ginecolo-go Martin que luego propone la siguiente teoría que llamó de la endo salpingitis catarral, es decir, un proceso que consistiría en una hipertrofia de la mucosa, sin caída de su epítelio; éste proceso permitiría el pasaje del espermatozoide y llena así la condición citada por Küstner que dice que para que haya embarazo ectópico es menester que el espermatozoide pueda pasar, al mismo tiempo esta lesión sería capaz de detener al ovulo y producir así con éstas dos condiciones el embarazo ectópico.

Es logico pensar que órganos más ó menos alterados por la inflamación den lesiones diversas en grado; y desde las alteraciones anatómicas, lígeramente enunciadas, pueden descender hasta lígeras alteraciones no apreciables á simple vista, algunas veces apreciable al microscopio y haciéndose manifiestas siempre en el funcionamiento del órgano. Estas causas inflamatorias, en una palabra pueden alterar la función sin dar lesiones anatómicas; y entonces el ovulo fecundado no solicitado por los movimientos peristalticos de la trompa ó de las cilias vibratiles que obligan á este á marchar hacia el útero, ó estos insuficientes que permitan al ovulo fecundado desarrollarse y fijarse y constituir así la lesión que nos ocupa.

Las alteraciones anatómicas apuntadas no parecen ser necesarias á la producción de un embara-

zo ectópico y así tenemos efectivamente los estudios recientes de E. Paquy que en su tesi, Paris, 1897 ha demostrado la integridad mascroscopica y microscopica de trompas que eran el asiento de embarazos ectópicos. A. Martin, Veit, Hofmeier, y Fritsch han llegado á conclusiones idénticas.

En algunos casos la causa es evidente, á veces ha sido un polipo infra-tubario, una brida cicatricial que comprimía la trompa y hay aún casos que registran como etiología el haberse insinuado en un conducto accesorio de la trompa ó en un pabellón accesorio.

Entonces hoy por hoy la causa íntima del proceso que nos ocupa está aún por encontrarse, pero seguramente que no es una sino una compleja serie de elementos variables según los casos (funcionales ó anatómicos) que deteniendo al óvulo fecundado en su trayectoria hacia el útero, le obligan á fijarse sobre un sitio de la mucosa normal de la trompa y ésta reaccionando por el estímulo vital de las células gérmen, produce los cambios y elementos necesarios para el desarrollo de éste.

SINTOMATOLOGIA

Es ésta sumamente variada y se comprende, puesto que la evolución del embarazo es larga, de meses, y además en este transcurso de tiempo éste puede evolucionar diremos, normalmente y con accidentes.

Estudiaremos la sintomatología del embarazo ectópico considerando estas dos eventualidades y dividiremos además en dos épocas el estudio de ésta, por tener en cada una de ellas sus características y sus aspectos muy diversos y así iremos analizando sucesivamente los síntomas y signos antes del 5.º mes y después de éste, como lo hacen los autores clásicos.

Cuando evoluciona sin accidentes antes del 5.º mes, la enferma nota una serie de síntomas como ser la desaparición de las reglas, modificaciones que nota del lado de sus senos, cambios y alteraciones respecto á las funciones del aparato diges-

tivo y otras molestias generalmente conocidas por ella y que la enferma misma echa sobre la cuenta de un embarazo.

Es por esta razón que el médico no es consultado.

Es solamente por azaar que en un examen ginecológico ó clínico el médico descubre el estado local y llama la atención de la enferma que hasta entonces ignoraba su estado patológico.

Algunas veces la enferma misma llama la atención sobre el estado local por los dolores que le molestan.

El médico constata en este caso que al lado de la existencia de síntomas de embarazo, hay al examen físico signos de una salpingitis quística, y si es experto se pondrá en guardia, pues conocedor de las sorpresas que trae esta afección y de su gravedad tomará inmediatamente todas las medidas del caso.

Pero sucede á veces que la menstruación persiste, pero se encuentra modificada sea solamente en su época de aparición, estando ésta adelantada ó retardada, ó en su duración, ó en sus caracteres que se encuentran alterados y á más la existencia de dolores que generalmente acompañan á este estado, hacen al médico creer en un estado inflamatorio de los anexos; y como el examen físico demuestra generalmente un pequeño tumor yusta-ute-

rino, con caracteres no muy fácilmente apreciables el diagnóstico no queda generalmente bien fijado.

Después del 5.º mes todos los caracteres apuntados respecto de las alteracíones simpáticas del embarazo no solo persisten sino que se acentúan, al mismo tiempo que aparecen síntomas de compresión del lado de los órganos vecinos, recto, (constipación), vejiga. (retencíón de orina), uréteres (síntomas de uremia) ó bien si los síntomas no son típicos del estado de embarazo, persisten alteraciones que son generalmente, alteraciones del lado de la función menstrual que faltan raramente y dolores con caracteres variados, que describen las enfermas según su lenguaje con más ó menos coloridos y sobre los cuales insisten.

Si examinamos físicamente vemos que el vientre está aumentado de volumen en su porción infraumbilical y que á la palpación se puede constatar un tumor de forma y volumen y consistencia variada según la época, pudiendo constatarse el peloteo fetal de la extremidad cefálica y algunas veces los miembros del feto con caracteres semejantes que cuando está en el útero, pero jamás se constatará una contracción; á la auscultación se puede percibir los latidos fetales y los movimientos activos del feto, la percusión nos limitará por la zona de matitez el tamaño del tumor proyectado sobre la pared abdominal.

El examen genital nos demostrará que el tumor es yusta-uterino, por consiguiente independiente del útero y que éste está aumentado de volumen y que el cuello uterino está ablandado.

Pero generalmente y según la variedad de embarazo ectópico de que se trate los accidentes ó incidentes que son varios no se hacen esperar mucho tiempo y antes del 5.º mes es por dos mecanismos que viene á terminar ó á llamar la atención del médico de la evolución del proceso por lo menos, sino á poner en gran peligro la vida de la enferma. Me refiero al aborto tubario con sus variedades de tubo-uterino y tubo-abdominal y á la ruptura de la trompa; solo estudiaré la segunda de las variedades de aborto, puesto que la primera se confunde generalmente con el aborto uterino y puede pasar desapercibido y á más la segunda siendo la más frecuente, se presenta más á menudo.

Las consecuencias generales é inmediatas son en estos casos, diremos grosso modo, el hematocele y el cuadro de hemorragia interna (la inundación peritoneal ó el hematocele cataclísmico de Barnes), y estos cuadros corresponden como se puede comprobar en las laparotomías al aborto abdominal y á la ruptura de la trompa respectivamente.

El aborto abdominal que por su analogía con el uterino, podemos dividir en dos clases, sea la for-

ma completa, en cuyo caso todo entra rápidamente en orden y la forma incompleta en cuyo caso el proceso es un tanto mas duradero y por consiguiente su gran síntoma la sangre persiste.

He dicho que en la forma de aborto abdominal completa todo entra rápidamente en orden y efectivamente se forma un hematocele que se reabsorbe rápidamente ó en el peor de los casos persiste formando un tumor que no tiene tendencia á crecer, sino al contrario se reabsorbe lentamente.

En la forma incompleta la sangre persiste y en tanto que queda algo del huevo, algún resto, ésta continúa y solo cesa cuando todos los restos del huevo, ó el huevo degenerado, transformado es sacado ó expulsado.

Muret ha estudiado estas variedades y cree que ellas se distinguen sintomáticamente de una manera bien clara.

En el aborto completo hay una crisis única, un solo acceso, de dolores acompañados de síntomas más ó menos pronunciados de formación de un hematocele, esto pudiendo evolucionar de diferentes maneras.

En la forma incompleta, los dolores tubarios se repiten varias veces, hay varias crisis, y con cada uno de los accesos se nota un aumento de volu men del hematocele formado en el primero; al

mismo tiempo como es lógico, la enferma por las hemorragias que se repiten tiene síntomas repetidos de debilidad y síncopes que corresponden cada vez á un agrandamiento de la lesión local.

Muret ha reunido los síntomas que caracterizan al aborto abdominal incompleto en un sindroma, que es el siguiente: irregularidad de las reglas, escurrimiento de sangre poco abundante pero continuo por la vagina, vértigos, dolores en el bajo vientre y riñones, palidez, formación de una tumefacción en el fondo del saco de Douglas, repetición de los accesos de dolores y debilidad con aumento de volumen del hematocele y anemia progresiva.

En los casos de ruptura de la trompa la enferma acusa un dolor intenso, localizado en el bajo vientre y lateralmente, con irradiaciones á los muslos y á los riñones y por fin generalizado á todo el vientre recordando ora cólicos intestinales violentos (Courty), ora los dolores expulsivos del parto (Poncet).

Juntamente con este intenso dolor que obliga á guardar cama, que aparece en un estado de completa salud y de una manera tan inesperada, hay generalmente una pérdida sanguínea por la vagina, que llama tanto más la atención cuanto que generalmente las reglas están suprimidas. Esta metrorragia es algunas veces acompañada de la expulsión de una caduca.

Al mismo tiempo y con una rapidez extrema, el estado general se modifica y toma todos los caracteres del estado hemorrágico y efectivamente sabemos que es una hemorragia interna la que tiene lugar acompañada de un estado de choc.

Se observa entonces una palidez extrema, decoloración de la piel y de las mucosas, debilidad de la voz, la respiración es ansiosa, dificultosa, hay enfriamiento en las extremidades y la enferma cuyo estado es ansioso, conserva un estado de lucidez intelectual perfecto, se queja de vahidos, al menor movimiento, llega hasta tener síncopes, que se repiten y se hacen cada vez más prolongados é intensos y pueden hasta ocasionar el fin de la enferma si no se interviene oportunamente.

Al mismo tiempo el médico aprecia la aceleración, la frecuencia de los batimientos cardiacos, el pulso miserable, filiforme, pequeño casi imperceptible en ciertos casos y momentos.

Un sudor frío y viscoso cubre la piel y la enferma que se siente morir, tiene toda su esperanza en la intervención del facultativo.

El examen local del abdomen se nota que está ligeramente abultado y que es en extremo sensible, hay vómitos bilioso y constipación y todo esto no hace más que poner de manifiesto la reacción peritoneal. La percusión denota algunas veces, cuando el derrame es muy grande, matitez en los

flancos y timpanismo en la región umbilical; la palpación además de la sensibilidad nos denota algunas veces una verdadera fluctuación (Boland) ó una sensación de blandura como si hubiese líquido denso en el peritoneo, nos dice Forbes.

Al examen genital se constata que las mucosas de la vulva y de la vagina están de coloración morada, que el útero está grande, el cuello ablandado, los fondos de saco posterior y laterales están borrados, dando una sensación particular de blandura elástica, que no es renitencia ni fluctuación y á veces se puede aún notar un tumor yusta-uterino, signo de capital importancia, puesto que ese tumor no será sino el embarazo ectópico en cuestión.

Hay que hacer notar, que si bien es cierto que al principio de estos accidentes la temperatura baja hasta uno ó dos grados, después suele elevarse y llegar hasta 38° á 38°5; es útil conocer esta circunstancia, puesto que puede hacer equivocar el diagnóstico.

Ahora bien, en el caso de ruptura de la trompa acompañado de inundación peritoneal, se tiende generalmente á exagerar mucho la gravedad inmediata del estado actual y con asombro se ve que á las 15 ó 20 horas del accidente, las enfermas no tienen un estado demasiado alarmante.

Efectivamente, analizando los elementos que

constituye el cuadro clínico que da lugar á la ruptura de la trompa, vemos que su etiología está compuesta de dos partes, y así tenemos que en primer lugar nos encontramos con la ruptura, propiamente dicha, que por el inmenso dolor que causa y la reacción peritoneal consiguiente, tanto por la ruptura como por el efecto mecánico de la sangre derramada, produce desde luego un estado de choc y todavía tenemos el segundo elemento que no es otro que la hemorragia concomitante con su cortejo de síntomas conocidos; es lógico pensar que según el elemento que predomina la sintomatología tomará sus matices.

En las primeras horas de la ruptura, los dos elementos reunidos dan la gravedad del estado de la enferma; en las horas sucesivas el elemento choc va desapareciendo y sólo queda la hemorragia que imprime su característica al cuadro clínico que entonces presenta la enferma, variando según la intensidad y gravedad de la hemorragia y según que se halla hecho ó no la hemostasia.

En las primeras horas, tanto para calmar el dolor comó para hacer desaparecer los fenómenos de choc, es sumamente útil la inyección de morfina, puesto que está descartando del cuadro clínico que tenemos ante la vista estos fenómenos, nos deja sólo en presencia de aquellos que debemos atribuir á los de la hemorragia y podremos juzgar

así fácilmente sobre la indicación operatoria inmediata, puesto que es claro que siguiendo la gravedad del estado de la enferma, es lógico que tratándose de una hemorragia interna hay que hacer la hemostasia inmediata.

Además de las terminaciones anotadas, el embarazo ectópico puede terminar por hemato-salpinx en ese caso, produciéndose simplemente una apoplegía local de mayor ó menor intensidad y pudiendo esto reabsorberse totalmente, pasa á menudo desapercibido el embarazo ectópico.

El aborto tubario se hace generalmente antes de la 5.ª semana y esto tendría su explicación teniendo en cuenta que la obstrucción del orificio abdominal de la trompa, no se hace sino hacia esta época, según las observaciones de Bland Sutton, y además siendo las adherencias á la pared de la trompa del huevo no tan íntimas y fuertes, y pudiendo las hemorragias inter-tubo-fetales desprender más fácilmente el huevo de ésta y á más estando la pared de la trompa en buen estado, puede rechazar ésta el producto formado hacia su extremidad y producir así el aborto en esta época con relativa facilidad.

Respecto de la ruptura, ésta se produce por lo general entre la octava y duodécima semana; en el cuarto mes esta se vuelve rara y en el quinto mes excepcional.

El sitio de la ruptura es generalmente aquél en el cual se ha desarrollado la placenta, parece que merced á las vellosidades coriales que invaden la pared de la trompa, debilitando á esta hacen de este sitio el lugar de predilección para la ruptura.

DIAGNOSTICO

Asi como para la sintomatología estudiaremos este antes del 5º mes y después de esta época.

Reposando este en la primera época sobre la constatación de síntomas de embarazo y á más de signos de un tumor justa-uterino y como las enfermas aprecian solo los primeros por los cuales consultan raramente al médico, mientras que éste generalmente aprecia los segundos, sucede que habitualmente solo por incidente ó por algún accidente sobrevenido en la evolución de esta afección el médico es colocado frente á frente de ella.

Al constatar incidentalmente en un examen ginecológico, en una enferma con antecedentes de embarazo, un tumor en el fondo de saco de Douglas (la trompa con el embarazo prolabado hacia ese sitio) el médico puede confundirlo con el cuerpo retroflejado de un útero grávido, pero la existencia de contracciones lo diferenciaran.

Si existe escurrimiento sanguíneo, la confusión es posible con una salpingitis, sea un hidro ó piosalpinx. Es posible también con un fibroma pediculado subseroso, con un quiste del ovario y en una palabra con todos los tumores del pequeño basinete y para hacer su diferenciación, Wyder á propuesto que en los casos dudosos se haga un curetaje del útero á fin de sacar fragmentos de caduca. Esta manera de proceder, dice Lohlein, es peligrosa y no es recomendable y Pilliet hace notar que hay una tal semejanza entre la caduca de un embarazo ectópico y la mucosa uterina afectada de endometritis que el diagnóstico es á veces imposible y por consiguiente esta maniobra previa seria estéril.

Respecto de los accidentes sobrevenidos, aborto tubario y ruptura de la trompa son los que llaman la atención sobre esta lesión y hacen hacer el diagnóstico y una vez hecho el diagnóstico diferencial con el aborto uterino para el primero y las causas de hemorragia (heridas, treumatismo, etc.) se confirma fácilmente el diagnóstico con los elementos de examen físico y amnamesis.

Hay que tener siempre muy presente que en toda mujer que presente este estado que traduce la existencia de una hemorragia interna ó un estado septicémico sobre-agudo, es menester buscar sistemáticamente la existencia de un embarazo ectópi-

co, insistiendo en los antecedentes, evolución y estado actual.

Esta afección ha dado lugar á muchos errores de diagnóstico, y así se ha confundido la ruptura de la trompa por embarazo ectópico con envenenamiento (Brouardel) con peritonitis, estrangulación interna, apendicitis, cólico hepático, cólico nefrítico, con infección post-abortum por los antecedentes, con la torsión del pedículo de un quiste del ovario, etc.

Pero es natural que por un examen prolijo de la enferma, la investigación minuciosa de los antecedentes y el estudio atento de la evolución de la lesión permite por lo general llevar el diagnóstico preciso, y aún entonces en los momentos de grandes aflicciones, la serenidad, el dominio científico del médico permite haciendo el verdadero diagnóstico salvar la vida de la enferma por su intervención oportuna.

Después del 5º mes la existencia de un tumor yustauterino bien manifiesta y la constatación de síntomas y signos de embarazo, como ser movimientos activos del feto y pasivos imprimidos por el cirujano, la percepción de los ruídos del corazón fetal y aún los movimientos activos percibidos á la ayuda de la auscultación hacen naturalmente hacer el diagnóstico y si algunas veces por los signos concomitantes como el ablandamiento del cuello de

útero que por ser tan neto hace pensar que el embarazo sea uterino, como dice Pinard, al escribir «el ablandamiento del cuello puede ser tal que ha podido hacer dudar á parteros experimentados sobre la existencia real del embarazo extra-uterino» generalmente el diagnóstico es posible, pues el tumor yusta-uterino que rechaza al útero no se contrae. Por otra parte llegado á cierta época el tumor sufre modificaciones con la muerte del producto, ó bien llegado á término se produce el falso trabajo del parto que no dá resultado alguno quedando negativo y consistiendo en dolores abdominales intermitentes acompañados de secreción sanguinolenta, algunas veces de verdadera hemorragia, el cuello se entreabre ligeramente pero no se produce ningún fenómeno de borramiento ni de dilatación. Estos dolores parecen son debidos á contracciones uterinas.

El feto sucumbe generalmente después de este falso trabajo, y por consiguiente el embarazo queda transformado en un quiste fetal.

El falso trabajo puede reproducirse por espacio de meses.

El quiste fetal puede ó bien alterarse, podrirse, transformándose el líquido amniotico en ese caso en un líquido espeso, purulento y fétido, al mismo tiempo que el feto sufre igualmente alteraciones, ó bien se transforma esto en litopedión, entonces las

partes blandas del feto sufren la degeneración grasa y forman con el líquido amniótico una papilla consistente que se reabsorve poco á poco, para no quedar por fin sino el esqueleto y las sales calcáreas y quedar duro como una piedra, á veces el feto conserva su aspecto exterior, siendo como momificado. Algunas veces el feto puede conservarse sin alterarse, como por ejemplo el caso de Follet, que con una permanencia de 15 años en el organismo maternal tenía la consistencia del tocino cocido, conservando su estructura histológica.

Por lo general después de un tiempo el quiste fetal se infecta, supura, y entonces el pus tratando de hacerse una vía hacia el exterior se abre sea á la vagina, al recto, al útero, á la vejiga ó á la pared abdominal ó bien hacia el peritoneo produciendo entonces la muerte por peritonitis ó bien trayendo los otros casos por lo general la muerte en caquexia por septicemia ó agotamiento por la interminable supuración.

Para el diagnóstico del quiste fetal supurado tendremos en cuenta la evolución é historia clínica de la enferma, la presencia del tumor y los síntomas de su puración generales y locales.

Respecto del diagnóstico de las variedades del embarazo ectópico esto es imposible, solo diremos que se podrá eliminar el embarazo tubario si evo-

luciona hasta después del quinto mes, puesto que dada la exigüidad de la trompa es imposible el desarrollo hasta esa época por el tamaño que adquiere.

PRONÓSTICO

En general, el pronóstico del embarazo ectópico es grave.

Vemos efectivamente que en los primeros meses es la hemorragia interna que amenaza la vida de la enferma, pues esta acompaña siempre como sabemos al aborto y á la ruptura tubaria y luego en los meses sucesivos esta probabilidad que no desaparece sino que simplemente disminuye va acompañada de los peligros que trae la retención del feto muerto que son la putrefacción de éste. la supuración del quiste y la abertura espontánea por las diversas vías apuntadas con sus supuraciones interminables que traen el agotamiento ó la septicemia.

La única terminación más favorable es la transformación en litopedión, aún cuando esto reporta también la permanencia de un tumor que incomoda y constituye una enfermedad por si solo por la

molestia mecánica que produce; pero esta terminación no es muy frecuente y así se registra la estadística de Mattei que sobre 100 casos encuentra solo 12 con esta terminación.

TRATAMIENTO

El tratamiento de esta afección es puramente quirúrgico ó por lo menos de una espectación armada.

Ya la célebre frase de Pinard que dice «todo embarazo extra-uterino diagnosticado, comanda la intervención quirúrgica» nos indica esto; esta fórmula es menos radical que la de Werth que nos dice: «todo embarazo ectópico debe ser considerado como un tumor maligno y extirpado como tal». Esta segunda fórmula radical por excelencia indica la precisión y aún la urgencia de la intervención.

Hoy por hoy todo el mundo científico está de acuerdo de que debe llevarse el tratamiento quirúrgico y solo se discute sobre el momento á intervenir y la vía operatoria á seguir según los casos y circunstancias, sin embargo que estos puntos están ya bastantes elucidados gracias á los trabajos de Pinard, Segond, Pozzi, Martin, Bouilly, Schwartz,

Tuffier, Routier, Picqué, Ricard, Terrier, Reynier, Chaput, etc., etc.

Citaré tan solo por el interés histórico que revisten los tratamientos antiguos como ser el de las sangrías repetidas (Caseaux), la cura del hambre (Riegen), el empleo de la estrignina (R. Barnes), las inyecciones de ergotina, las fricciones mercuriales, el uso del ioduro de potasio (Scleise), todos estos medios dirigidos á la madre para obrar de una manera indirecta sobre el producto de concepción eran ilusorios y peligrosos; luego se han usado otros, éstos ya obrando localmente sobre el quiste fetal, y si bien algunos han sido seguidos de éxitos, no son sin embargo recomendables, éstos son: la punción del quiste, la punción seguida de inyecciones de substancias tóxicas (atropina, estrignina) y por fin el empleo de la electricidad.

En los prímeros meses de evolución del embarazo ectópico, este está constituido por un tumor yustauterino, que puede confundirse con una salpingitis quística pero como esta tiene igualmente su indicación operatoria el cirujano siempre beneficiará á su enferma, aún en el caso de error de diagnóstico como así mismo si se trata de otro tumor que ocupa el pequeño basinete.

Es lógico que según la variedad de embarazo con que se encuentre el cirujano tendrá que hacer una operación diversa, pero por lo general simple, pues

el tumor sin complicaciones aún está generalmente con ninguna ó pocas adherencias, y gracias á la anestesia, la posición de Trendelemburg y los separadores se podrá trabajar con cierta facilidad una vez hecha la laparotomía y hacer lo que está indicado.

En caso de hematocele que acompaña habitualmente al aborto-tubo abdominal y cuando la sintomatología que se presenta cede rápidamente y que el estado local no es muy manifiesto á pesar de la seguridad del diagnóstico de hematocele conviene hacer un tratamiento médico, consistente en reposo é inyecciones calientes como base. Pero cuando el volumen de la colección, la lentitud de la reabsorción, las perturbaciones de compresión que provoca y por último la supuración indica que es necesario intervenir quirúrgicamente.

Fritsch, dice hay dos indicaciones para intervenir que son: la supuración y el retardo de la reabsorción.

Es necesario esperar algunas semanas y si se observa que el tumor de la cavidad de Douglas no se concreciona, que al contrario queda tendido, elástico, que el útero se encuentra siempre prensado contra la sínfisis, hay que considerar, si conviene esperar y entonces el estado general sufre porque la enferma debe continuar en cama ó si conviene operar y que vía debe seguirse en ese caso, la vía vaginal ó la laparatomía.

Cuando la supuración ha sobrevenido es menester usar la vía vaginal pero cuando esto no ha sucedido sea un caso de hematocele propiamente dicho hay discusión respecto á la vía á seguir y cada una de ellas tiene defensores que los sostienen con igual ardor.

La ventaja de la vía vaginal es su simplicidad, pues hacer sobre la parte que culmina en el fondo del saco posterior una incisión transversal ó longitudinal como lo quiere Fritsch, cortando capa por capa hasta llegar al foco y luego drenar no tiene por lo general dificultades para aquel que está habituado á operar.

Es natural que no pudiéndose aseptisar suficientemente la vagina esta pueda infectar la herida operatoria y la cavidad abierta y esto es uno de los inconvenientes de la vía vaginal.

Por la incisión vaginal se puede naturalmente sacar la sangre acumulada en el fondo del saco de Douglas pero no es posible buscar la fuente, el origen de ella, sea la lesión productora y aunque por el momento no sangre pueda hacerlo luego y entonces queda esta operación incompleta; y aunque no sangrara siempre quedan allí anexos enfermos que seguramente exigirán en el porvenir una intervención operatoria y entonces se tendrá que ir por la vía abdominal.

En el estado actual de los conocimientos quirúr-

gicos se puede sin temor usar la vía abdominal puesto que ella permite limpiar de una manera completa, suprimiendo la lesión (hematocele) y además la causa, el embarazo con su trompa y ovario seguramente enfermos y examinar el lado opuesto y haciendo todo esto bajo el control de la vista no hay porque temer la infección secundaria y menos la hemorragia.

En el caso de inundación peritoneal es á la laparatomía que es menester recurrir sin perdida de tiempo, es Keller, que ha propuesto la indicación de la laparatomía urgente inmediata en su tesis, Paris, 1872 y esta indicación seguida por Lawson Tait le ha dado 40 éxitos en 42 casos.

Diré dos palabras sobre esta operación de urgencia; una vez la enferma sobre la mesa de operaciones, lavado el campo operatorio, la anestesia comenzada es necesario proceder á inyectar suero Hayen en buena cantidad (500 a 1000 grs.); esto mejora el estado general, levanta el pulso y aumenta las probabilidades de éxito. Incindida la pared abdominal (laparatomía mediana, infra-umbilical) llegado al peritoneo se encuentra uno en presencia de una verdadera inundación, la sangre, sale en floto del abdomen, es algo imponente, sin pérdida de tiempo el cirujano debe buscar intrduociendo una mano en el abdomen el útero, explorar rápidamente las trompas y generalmente se encuentra á uno

de los lados del útero con un tumor blando que contiene la fuente de la hemorragia, traerá inmediatamente ese tumor hacia la herida tratando de exteriorizarlo, mientras que con la otra mano empuñando un clamp que trata de poner sobre el ligamento ancho, sea al costado del útero ó por debajo de la lesión como sea más fácil, luego un segundo clamp en el punto que falta, de manera de colocar los dos clamps formando ángulo y comprendiendo en él al tumor, ó bien se puede usar uno curvo que abarque en su concavidad al tumor. Es recién entonces que el cirujano habiendo cohibido lo hemorragia, debe preocuparse de hacer la limpieza del peritoneo sacando con gaza y compresas asépticas la sangre y coágulos, luego recién entonces algunos cirujanos hacen dar á la enferma la posición inclinada, pues dicen que haciendo dar desde el comienzo de la operación la posición de Trendelemburg la sangre se acumula en la parte superior del abdomen y es difícil de extraerla, pero generalmente se opera en posición inclinada desde el principio. Una vez hecha la toilette del peritoneo no queda sino hacer la hemostasia definitiva extirpando trompa y ovario del lado enfermo, se coloca drenaje sutura de la pared en 3 planos. Es muy importante el tratamiento consecutivo, vigilar el corazón, reponer el líquido perdido.

Los embarazos ectópicos que llegan más allá del

5.º mes sabemos son generalmente las variedades abdominales y ováricas y aquellas que se desarrollan entre las hojas del ligamento ancho, pudiendo estos llegar á término.

Según las bases y principios establecidos por Pinard respecto de la intervención operatoria después del 5.º mes y teniendo en cuenta que el peligro de la operación, que es la hemorragia, es real y no siendo este más cuando se opera llegado á término ó cerca de él y habiendo en ese caso probabilidad de salvar á un niño y no exponiendo mayormente á la madre es preferible esperar para intervenir.

Por otra parte cuando el feto ha muerto desde hace poco tiempo los peligros de hemorragia son los mismos que si este estuviera viviente y por consiguiente Pinard dice que es necesario esperar dos meses, tiempo en que se efectúa la cesación de la vascularización activa.

Es lógico que este término de dos meses no es absoluto sino que tiene su excepción y esta es cuando se produce la supuración del quiste ó que éste esté en inminencia de ruptura.

El desarrollo de la placenta después del 5.º mes es ya tan grande que no hay diferencia entre los peligros de hemorragia de esa época y los de cerca de término ó á término.

Pinard aconseja, pues, de esperar la viabilidad para tratar de salvar los niños y Segond escribe:

«siempre que el salvataje del niño no traiga jamás ni una sombra de peligro para la madre». De manera, pues, que la ambición de salvar el niño es justa, siempre á esa condición.

Rein hablando en el Congreso Internacional de Obstetricia y de Ginecología de Bruselas respecto del temperamento á optar en estos casos dijo que era menester usar de la cirugía obstétrica absolutamente conservatriz.

Pinard aconseja el reposo absoluto á estas enfermas y hace notar que es necesario evitar los más mínimos traumatismos á los tejidos que constituyen la lesión en cuestión puesto que los vasos de nueva formación que son tan frágiles y cuya hemostasia es tan difícil aún en el acto operatorio indicaba que era de gran utilidad esta precaución.

Respecto al momento ó época de la intervención, Pinard dice que debe ser en el curso del 9.º mes y que seguramente dadas las condiciones de desarrollo del feto, condiciones no normales, este debe sufrir un retardo en su desarrollo y que á fin de no encontrarse con un feto no viable ó uno muerto le parece buena como época la indicada.

Respecto de la placenta, diremos que es prudente dejarla y esperar su eliminación natural, dejando ese trabajo á la naturaleza, que por las granulaciones que se van formando en el saco que se marsupializa, se va desprendiendo.

El feto extraído de un embarazo ectópico, sale generalmente en estado de muerte aparente y presenta deformaciones ligeras como ser: una ligera asimetría facial (caso de Pinard), parálisis facial (Spaeth), ligera asimetría de la cabeza (Rein), voluminoso encefalocele en el occipucio (Martín).

Hablando Orillard en su tesis de estas deformaciones, dice: «las deformaciones son más frecuentes en los fetos extra-uterinos, pero ellas parecen ser, en suma, la mayor parte de las veces, compactibles con la vida.»

El tratamiento del quiste fetal es la abertura, extracción del feto, marsupialización y drenaje; cuando éste está fistulizado es necesario ó ensanchar el trayecto ó abrir uno á la pared abdominal y drenar para aseptizar.

OBSERVACIONES

Observación 1a.

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

SERVICIO DEL DR. BAZTERRICA — SALA X—C. 23

C. M., 28 años, española, casada.

Diagnóstico.—Ruptura de trompa por embarazo tubario. Inundación peritoneal.

Tratamiento.—Laparatomía. Oosforo-salpingectomía izq.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha sido siempre sana.

Tuvo sus primeras reglas á los 12 años, éstas siempre han sido regulares é indoloras.

Contrajo matrimonio á los 23 años. Ha tenido 3 hijos, los partos han sido normales pero muy trabajosos. No ha tenido abortos.

Refiere que desde que tuvo su último parto que hace 6 meses, ha quedado un tanto indispuesta de su vientre, pues ha sufrido frecuentemente de fuer-

tes dolores, y ha notado que el abdomen le quedó un tanto aumentado de volumen. Hacían tres meses que se le había suspendido la menstruación.

El día 15 de Enero por la mañana mientras estaba ocupada en los quehaceres domésticos, sintió de pronto un fuerte dolor punzante en la fosa ilíaca izquierda; este dolor que apareció bruscamente, daba la sensación de ser interno y la obligó á postrarse en cama dada la intensidad; notó al propio tiempo que perdía sangre por la vagina. Luego sintió una gran lasitud que iba aumentando más y más hasta tener desmayos, que aparecían cada vez que intentaba sentarse ó hacer otro movimiento, estaba profundamente pálida y tenía un sudor frío á ratos y todo esto iba acentuándose, razón por la cual se llamó un facultativo, quien hizo sus indicaciones, pero como no mejorara hasta la tarde indíca que sea llevada al Hospital, donde la examino como practicante mayor de guardia y llevo el diagnóstico de ruptura de la trompa por embarazo tubario, con inundación peritoneal. Indicación operatoria urgente.

Examen de la enferma.—Mujer joven, inmensamente pálida, mucosa de los labios y conjuntivas igualmente decoloridas, pulso frecuente, 140 pulsaciones, igual, regular, poco tenso, temperatura 37°, estado lipotímico, inteligencia intacta, quejándose de dolor en el vientre, más acentuado en la fosa

ilíaca izquierda, vientre ligeramente balonado, sonoro á la percusión, ligeramente sensible á la palpación, mayor sensibilidad en la fosa ilíaca izquierda. Hay secreción láctea (amamanta un niño). Como antecedente supresión de reglas hace 3 meses, y aparición de éstas con el dolor de la mañana, no hay antecedentes de traumatismo ó herida que explique el estado hemorrágico, en una mujer en plena vida genital, pienso en embarazo ectópico con ruptura de trompa con inundación peritoneal. Examen genital en consecuencia. Mucosa de vulva y vagina ligeramente azulada, abundante secreción mucupurulenta (no hay antecedentes de hemorragia, se interroga al esposo) al tacto cuello con desgarradura, ligeramente entreabierto, ligeramente ablandado, fondo de saco empastado y rechazado especialmente el posterior y el izquierdo, dá una sensación de líquido denso, la palpación bimanual, dolorosa, no se insiste por temor de producir nueva hemorragia, desprendiendo coágulos, y agravar la situación; como este examen confirma el diagnóstico, se procede á operar sin pérdida de tiempo.

Operación.—Dr. Jaime Salvador. Anestesia-Cloroformo.

Laparatomia mediana infra umbilical, exangüe. Abierto el peritoneo se encuentra sangre y coágulos, estos últimos llenando la cavidad pelviana; se

constata la existencia de un embarazo ectópico tubario variedad istmica, se extirpa la trompa izquierda y el ovario del mismo lado. El pequeño tumor que constituye la lesión es del tamaño de una pequeña nuez y presenta dos orificios, uno en la parte anterior y otro en la superior, que no dan sangre en el momento de la operación. La ligadura y la sutura se hacen con catgut, se deja un drenaje á la Mikuliz; sutura de la pared en 3 planos. Se hace dos inyecciones de Suero Hayem (una de 800 ctm ^{3} durante la operación). Una inyección de Ergotina Ivon, 1 ctm.^{3}

El 16 se cambia el algodón de la curación.

El 17 se cambia la gaza; se sigue curando día por medio.

La enferma cura sin complicaciones.

Observación II

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

SERVICIO DEL DR. BAZTERRICA.—SALA X CAMA 34

I. V. de F., casada, 34 años, italiana, Banfield. Ingresa, Febrero 22/908.

Diagnóstico.—Embarazo ectópico. Aborto tubo-abdominal. Hematocele.

Tratamiento·—Laparotomía. Oosforo-salpingectomía izquierda. Resección parcial del ovario derecho. Extracción del hematocele.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha sido siempre sana. Ha tenido sus primeras reglas á los 16 años, durante 2 años éstas se retrazaban y eran poco abundantes. Contrajo matrimonio á los 24 años. Tiene 2 hijos vivos y sanos. Ha tenido un aborto de 4 meses y medio.

Enfermedad actual.—Según la enferma esta comienza desde el mes de Setiembre del año pasado,

la menstruación correspondiente á dicho mes se retrazó dice, 8 días, al cabo de los cuales sintió un fuerte dolor en la región pubiana, tuvo un desmayo y empezó á perder sangre en pequeños coágulos.

Esta hemorragia duró unos 8 días más ó menos, durante los cuales perdió sangre en pequeña cantidad.

En los meses siguientes la enferma se encontró bien, sin dolores, pero con su menstruación algo disminuida.

El 23 de Enero experimentó algo análogo á lo que había sentido en el mes de Setiembre.

Siente fuertes dolores en la región pubiana, sufre un desmayo y pierde sangre, esta vez como la anterior la menstruación había sufrido un retraso de 8 días.

En los días siguientes continúa con dolores y sigue perdiendo sangre en pequeña cantidad, hasta la entrada en el servicio (1 mes). Trastornos digestivos, falta de apetito, no hay náuseas ni vómitos, es constipada. No hay cambio en los senos.

Estado actual.—24-II-908.

Enferma de buen estado general, piel blanca, buen panículo adiposo, talle mediano, sistema óseo normal, músculos idem, órganos toráxicos idem, abdominales idem; llama la atención el desarrollo del vientre hacia la parte inferior, donde presenta una salida globulosa, regular, que á la palpación es de

consistencia semidura y dolorosa. Tiene como límites por una parte la fosa ilíaca izquierda, pasando luego la línea media hacia el lado derecho y llegando por la parte superior hasta unos dos traveses de dedo por debajo del ombligo.

Al examen genital no llama la atención el color de las mucosas vulvar y vaginal, que parecen normales, á la palpación bimanual, se toca el útero que se encuentra rechazado hacia adelante y á la izquierda detrás de la sínfisis pubiana. El fondo de saco posterior y lateral izquierdo y parte del derecho, se halla ocupado por un tumor de superficie lisa, renitente, que se palpa también por el abdomen.

Operación.—29-II-908.—Cloroformo.—Dr. Piccardo.—Laparatomía mediana infra-umbilical.—Se encuentra un tumor de contenido sanguinolento (coágulos y líquido) al que se encuentra adherido el epliploon, el que es desprendido. La S. iliaca está completamente adherida al saco del quiste sanguíneo.—Este ocupa el fondo de saco posterior é izquierdo, situado por consiguiente detrás del útero y del ligamento ancho izquierdo. En una de las maniobras para desprender el tumor, ésta se rompe y da salida á su contenido. Se extrae la bolsa en fragmentos. Se extirpa el anexo izquierdo que hace cuerpo con el tumor. Se reseca parte del ovario derecho quístico.—(El quiste del tamaño de

una mandarina).—Se sutura la superficie cruenta del ovario con catgut fino.—En las maniobras de desprendimiento, la S. iliaca ha sido denudada de su serosa y musculosa en una extensión próximamente de unos ocho centímetros, no quedando por cierto sino un cilindro de mucosa, éste es recubierto por los pedazos despréndidos, los que son suturados entre sí. A propuesta mía, este pedazo de S. iliaca, es fijada á la herida operatoria por dos ansas de catgut grueso.

Sutura en tres planos, drenaje con gasa en la extremidad inferior de la herida. Punto provisorio.

Marzo 3.—Se saca el drenaje, se cierra el punto provisorio.

La enferma presenta en los dias subsiguientes un aspecto inflamatorio de parte de la herida, y sacado algunos puntos, se abre un absceso pequeño estercoral que continúa drenando, aunque muy mejorado hasta ahora. Por lo demás, la enferma no presenta complicación alguna. Abril 1908.

Observación III

HOSPITAL SAN ROQUE

SERVICIO DEL DR. ALFREDO LAGARDE SALA XII CAMA 26

M. C. de F., 23 años, italiana, (22 años de residencia), casada, ocupación doméstica.

Entrada 3 de Mayo de 1907. Alta, Junio 25/907.

Diagnóstico.—Embarazo ectópico, derecho. Degeneración quística de ambos ovarios.

Tratamiento. — Laparatomía. Oosforo-salpingectomía doble.

Antetedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—No ha tenido enfermedades dignas de mencionarse. Regló á los 13 años, éstas han sido siempre regulares en cantidad, calidad y duración. Se casó á los 16 años, ha tenido 3 hijos, los partos han sido normales.

Enfermedad actual.—Comenzó con pérdidas sanguíneas con ciertas intermitencias un mes antes de ingresar al hospital, ha tenido fuertes dolores

al vientre, dolores que se irradiaban á la pelvis y muslos, ha sufrido de mareos, ha estado inapetente y constipada.

Estado actual.—Mujer blanca, bien desarrollada, buena nutrición, no hay anemia pronunciada á pesar de la sangre que viene perdiendo hace un mes.

El examen genital demuestra que el útero es algo grande, móvil, siendo la palpación algo dolorosa, sin embargo permite palpar el sitio de los anexos ocupado por un tumor móvil, renitente. Esta misma sensación de tumor líquido se obtiene en ambos lados. Estos tumores son independientes del útero, pues á la palpación se nota que están separadas por un surco. El fondo de saco posterior se encuentra ocupado por ese tumor que se hace procidente hacia el fondo de saco de Douglas. El útero en ligera anterversión permite limitar bien el fondo á la palpación bimanual.

Operación. Dr. Lagarde. Cloroformo. Laparotomía mediana infraumbilical.

Se encuentra ambos ovarios en degeneración poliquística y la trompa derecha en su porción ampular conteniendo un pequeño tumorcito del tamaño de una nuez que constituía el embarazo ectópico.

Se hace oosforo salpingectomía doble.

Sutura en 3 planos, drenaje con gasa.

La enferma cura sin complicaciones.

En este caso fué imposible á pesar de los prolijos y repetidos exámenes practicados, llegar sino al diagnóstico de degeneración quística de ambos ovarios, pues ni los antecedentes, ni el examen local de la enferma hablaban en pro del diagnóstico de embarazo ectópico que recién se pudo entrever durante la operación y confirmarse por el examen histológico.

Observación IV

HOSPITAL SAN ROQUE

SERVICIO DEL DR. ALFREDO LAGARDE.—SALA XII C. N. 4

M. L. de C., 34 años, argentina, casada, costurera.

Entró, 9 de Diciembre 1907. Alta, 9 de Febrero de 1908.

Diagnóstico.—Embarazo ectópico izquierdo.

Tratamiento.—Colpotomía posterior. Drenaje.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Regló á los 17 años, siempre regularmente. Se casó á los 18 años teniendo su primer hijo al año, ha tenido 2 hijos, no ha tenido abortos.

Enfermedad actual.—Empezó con fuerte dolor de cabeza, chuchos, vómitos; dolor á todo el vientre, este dolor que era continuo, sin exacerbaciones, le ocasionaba dificultad para orinar. A los 6 días notó

que perdía sangre de una manera continua, la sangre de color normal, líquida mezclada con algunos pedazos de carne (según la expresión de la enferma). Ha tenido sudores y desvanecimientos.

Ingresa al hospital en las siguientes condiciones:

Llama la atención desde luego, su demacración, la falta de panículo adiposo, su estado de anemia pronunciada, que lo demuestran el tinte de la piel así como el aspecto de sus mucosas. El pulso frecuente, 160 por minuto, filiforme. (Se hace inyección de cafeina y suero Hayem, bolsa de hielo al vientre.)

Examen genital: Vagina normal, amplia.

El cuello uterino deja escapar sangre.

A la palpación bimanual se nota que el fondo de saco vaginal posterior é izquierdo están ocupados por un tumor de consistencia blanda, renitente, independiente del útero; éste se encuentra desviado hacia la derecha.

Se prescribe como tratamiento lavaje calientes, Suero Hayem, y bolsa de hielo al vientre, reposo.

Mientras está en la sala tiene nuevamente un ataque consistente en fuertes dolores al vientre, náuseas, el pulso se hace nuevamente filiforme; se insiste en el tratamiento y en vista de que su estado no mejora, se decide la intervención.

Operación.—18 Enero 1908.

Anestesia Cloroformo.—Dr. Luchinetti.

Colpotomía posterior, se da salida á coágulos oscuros algo duros, luego se consigue extraer un feto de 3 meses más ó menos, con cordón y placenta completa. Se hace taponamiento con gasa iodoformada.

Primera curación á las 48 horas, luego curaciones diarias, taponando cada vez menos.

A los 8 días solo se coloca un drenaje de tubo de goma y se empieza á lavar la cavidad, que poco á poco va disminuyendo.

Cura sin complicaciones.

Alfredo Boden.

Buenos Aires, Abril 23 de 1908

Nómbrase al señor Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al profesor titular Dr. Fanor Velarde y al profesor extraordinario Dr. José F. Molinari, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. Canton

R. S. Gómez

Secretario

Buenos Aires, Mayo 12 de 1908

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.° 1830, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Canton

R. S. Gómez

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Es posible el diagnóstico entre el embarazo tubario, y la preñez desarrollada en un cuerno uterino rudimentario?

II

¿Porqué se rompe la trompa en el embarazo tubario?

III

Embarazo abdominal.

BIBLIOGRAFÍA

Segond.—Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VIII, p. 602.

Bouilly.—Notes sur la grossesse extra-uterine. La Gynecologie. 1898, p. 1.

Muret.—Diagnostic différentiel de la grossesse extra-uterine, de la grossesse ectopique et de quelques tumeurs abdominales. Rev. de Gyn. et de Chir. abd. 1898, núm. 4, p. 947.

Varnier.—Recidives de la grossesse tubaire. Ann. de Gyn. et de Obst. Mars 1901, p. 168.

Muret.—De la grossese intertitielle. Rev. de Gyn. et de Chir. abd. 1902, núm. 1, p. 35.

Larsen.—Ann, de Gyn, et d'Obst. 1894, t. XLI, p. 135.

Pilliet.—Ann. de Gyn. et d'Obst. Oct. 1895.

Cornil.—Anatomie et histologie de la grossesse tubaire. Rev. de de Gyn. et de Chir. abd. 1900, p. 3.

P. Lequeux.—De la grossesse angulaire et de ses rapports avec les grossesses ectopiques. Rev. de Gyn. et de Chir. abd. 1906, p. 853.

Tarnier et Budin.—Traité de l'art des accouchements. 1888, p. 553 et 4.

Couvelaire.—Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. Thèse de Paris 1901.

Muret.—Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide. Rev. de Gyn. et Chir. abd. Avril 1898, p. 195.

Cazeaux.—Thèse de París, 1903.

Chevalier.—Arch. de tocol. 1882, p. 172.

A. Gautier.—Sur la rupture de la grossesse tubaire et l'avortement tubaire. Thèse de Paris 1893.

Jacquemier.—Manuel des accouchements. 1846, t. I, p. 385.

Gripouileau.—Arch. de tocol. 1874, p. 703.

L. H. Petit.—Ann. de Gyn. 1883, t. XIX, p. 41.

F. Jayle et Ch. Nandrot.—La grossesse tubaire bilaterale. Rev. de Gyn. et de Chir. abd. 1904, p. 195.

F. Henortin et M. Herzog.—Anomalies du canal de Müller comme cause des grossesses estopiques. Rev. de Gyn. et de Chir. abd. 1898, p. 633.

Desmons et Ficux.—Grossesse tubaise developpée dans un conduit accesoire. Ann. de Gyn. et. de Obst. 1902, p. 241.

Cath. van Tussenbrock.—Un cas de grossesse ovarienne. Ann. de Gyn. 1899, t. II., p. 537.

Puech.– De la grossesse de l'ovaire. Ann. de Gyn. 1877, t. X, p. 1.

Mouratoff.—Etude sur la grossesse extra-uterine, Ann. de Gyn· 1890, p. 81.

Mendes de León et Hollmann.—De la grossesse ovarienne. Rev. de Gyn. et. de Chir. abd. 1902, núm. 3, p. 387.

Gutierrez.—Grossesse abdominale primitive ayant évolué jusqu'à terme. Rev. de Gyn. et. Chir. abd. 1904, p. 553.

F. Jayle et Delherm.—La grossesse extra-uterine tubaire et intraligamentaire. Rev. de Gyn. et de Chir. abd. 1900, núm. 1 p. 29.

Pinard.—Bull. de l'Acad. de med. 1895, t. XXXIX, p. 189.

Ribemont Dessaignes et Lepage.—Precis d'Obstétrique, 1904.

Segond.—Grossesse uterine prise pour une grossesse extra-uterine etc. Ann. de Gyn. et de Obst 1901, t. LV, p. 113.

Lawson Tait.—Leçons sur la grossesse ectopique et d'hematocele pelvienne. 1888.

Schroeder.—Mal. des org. gen. de la femme. p. 492.

Martin.—Traité clin. des mal. des femmes. 1889, p. 497.

Lejars.—Ann. de Gyn. et d'Obstr. 1895.

Boursier.—Precis de Gynecologie. 1903.

Pozzi.—Traité de Gynecologie, 1904.

A. Chueco.—Tesis 1901.

Labadie Lagrave et Legueu.—Traité de Gynecologie.

Auvard.—Traité practique de Gynecologie. 1892.