AÑO 1910. N.° 2178

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EMBARAZO ECTOPICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN B. CESTINO

EX-PRACTICANTE MENOR DE LA ASISTENCIA PÚBLICA (1905 - 1906)
EX - PRACTICANTE MAYOR Y MENOR INTERNO DEL HOSPITAL PIROVANO
(1906 - 1910)

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. Guidi Buffarini
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

EMBARAZO ECTOPICO

AÑO 1910. Núm. 2178.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EMBARAZO ECTOPICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN B. CESTINO

EX-PRACTICANTE MENOR DE LA ASISTENCIA PÚBLICA (1905-1906)
EX-PRACTICANTE MAYOR Y MENOR INTERNO DEL HOSPITAL PIROVANO
(1906-1910)

"LA CIENCIA MÉDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

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. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)

SECRETARIOS

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Alfredo Lanari
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce (con lic.)
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
Medicina Operatoria	» Lfandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi (por li
» 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

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde
	» José F. Molinari
Clínica Médica	» Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell
	» Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y 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

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. J. Greenway
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino
	» Leopoldo Uriarte
	» Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomía Topográfica	» Roberto Solé
	» Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson
	» Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chutro
Patológia interna	» Ricardo Colón
	» Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet
	» Marcelo Viñas
	» Marcelino Herrera Vegas
	» José Arce
	» Armando Marotta
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote
	» David Speroni
	Juan J. Vitón
	Enrique A. Pardo
Clínica Obstétrica	» Enrique Zárate
	» Arturo Enriquez
	» Alberto Peralta Ramos
	» Faustino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas
	» Mamerto Acuña
	» Genaro Sisto
» Génito urinaria.	» Bernardino Maraini
	» Joaquin Nin Posadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» 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 farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisioiógico y Clinica Obstétrica . .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clinica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clinica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clinica Obstétrica . .	» Uraldo Fernandez
	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomia, Fisiologia, Patología . .	Dr. León Pereyra
Cirugia Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	N. Etcheparebordа

CATEDRÁTICO SUPLENIE

Dr. Rodolfo Erauzquin

PADRINO DE TÉSIS:

DOCTOR NICOLAS RAMALLO

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A LA MEMORIA DE MI HERMANA

MARIA ANGELICA

A MI MADRE

A MIS HERMANOS

A LOS MIOS.

A los Señores

DOCTOR NICOLAS E. VIDELA

Sr. CLEMENTE MENDIZABAL

Sr. SERVILIANO LABORDE

Gratitud

A mis compañeros de estudios

Drs. ANIBAL VILLAR y ALBERTO VIAGGIO

A mis compañeros de internado

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Cábeme el honor de someter á vuestro ilustrado dictamen, un modesto trabajo, esbozado á grandes rasgos dentro del modesto caudal de mis conocimientos científicos, las doctrinas que sirven de base al estudio del tema que he elegido, sin pretender aportar nada nuevo, sino satisfacer sencillamente la última disposición reglamentaria de la Facultad de Medicina.

Al retirarme de las aulas quiero dejar constancia de mi reconocimiento á los profesores de la Facultad.

Mi profundo agradecimiento por las lecciones recibidas á los maestros del Hospital Pirovano, doctores Viñas, Canevari, Pardo, Emina y Avalos, así como al doctor Horacio Latorre, director del establecimiento, por sus paternales consejos.

Al Dr. Carlos Edo por su caballerosidad y enseñanzas, mi gratitud.

Al Dr. Francisco Crespo, mis mejores afectos.

Mi sincera consideración á los doctores : Pirovano, Cánepa, Coronel, Labaqui, Lagos García y Croce, por las atenciones que me dispensaron durante mi internado. Y al Dr. Nicolás Ramallo, mi agradecimiento más grande por sus enseñanzas y atenciones y particularmente por el honor que me hace al acompañarme en este acto.

A mis compañeros de internado, que compartieron alegremente los años más hermosos de mi juventud, mi cariñosa despedida.

HISTORIA

La elección del tema de esta tesis fué inspirada durante los primeros días de mi internado al ser testigo en la intervención de una paciente de embarazo extra-uterino cataclísmico. La contemplación de esa mujer con todos los síntomas de una hemorragia interna copiosísima y la abertura del abdomen que dejaba ver la cavidad peritoneal inundada en sangre (alrededor de dos litros), presentaba una escena verdaderamente conmovedora (observación número 1). Impresionado por ese cuadro y al adquirir posteriormente algunos conocimientos sobre la materia, cercioréme de la importancia que tiene su estudio, por la gravedad que implica estos casos y la frecuencia creciente con que se observan. Por todo esto me decido á escribir este modesto trabajo, dando cumplimiento en esta forma al requisito

prescripto por los Estatutos Universitarios para optar al título de doctor en Medicina.

Aún cuando es general el principio latino que reza Omnia difinitio, periculosa est, me permitiré no obstante enunciar la más aceptada por los autores y así, se entiende por embarazo ectópico ó extra-uterino el desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina normal. He elegido entre las dos denominaciones que vulgarmente se emplean, la de embarazo ectópico para mi tesis, porque su significado y alcance es más amplio é incluye todas las observaciones registradas en la clínica, mientras que el extra-uterino excluye el embarazo intersticial, que se produce en las paredes de este órgano.

El embarazo ectópico, es conocido recién en la mitad del siglo XIX, cuando Regnier de Graaf y luego Coste, después de pacientes estudios y constantes observaciones, dieron á luz los originalísimos trabajos sobre fecundación. Hasta entonces se confundían con las variadas complicaciones que sobrevienen en la gestación, como la ruptura del útero, etc., generalizadas con el nombre de «mauvaise grosseses». Uno de los primeros trabajos que se publicaron fué el de Velpau, en el año 1835; luego le sucedieron un sin número de publicaciones; pero, puede decirse sin reticencias que realmente, cuando toma una faz científica y positiva su estudio, es con

Lawson Tait, durante el período quirúrgico á cuya cabeza figura dicho hombre de ciencia, uno de los primeros cirujanos que en aquella época se atrevieron á hacer laparotomias ; unido esto á las bellas conquistas de la cirujía moderna con la asepsia y antisepsia y el perfeccionamiento de los métodos operatorios é instrumental, comprobando y curando con todo éxito las lesiones que la clínica revela, ha seguido un ciclo evolutivo progresista asombroso, cuyos resultados positivos hoy palpamos.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Es uno de los capítulos más interesantes. Muchos son los trabajos que se han publicado para resolver ei problema de su etiopatogenia, haciendo surgir una diversidad de teorías asombrosa. Pero antes de entrar de lleno á enumerarlas y explicarlas, haré un somero resumen, sobre las nuevas concepciones que están en voga, sobre los fenómenos de migración, fecundación y fijación del huevo humano. Sabemos que el óvulo, una vez puesto en libertad por la vesícula de Graaf, es aspirado hacia el pabellón por el movimiento de las cilias vibrátiles del epitelio tubario y transportado por éste á la cavidad uterina. Cuando el espermatozoide es llevado por el interior de la vagina al nivel del cuello y asciende, no como creían antes, por aspiración del útero en el momento del coito, ni por capilaridad, ni por acción de las pestañas vibrátiles, sino por sus propias fuerzas y

ayudado del poder de traslación que posee, progresa en busca del óvulo maduro al que encuentra en el tercio externo de la trompa, produciéndose la fecundación, que es el acto de la fusión de la célula germen macho (espermatozoide) con la célula hembra (óvulo). Al mismo tiempo que fenómenos diversos se suceden en su intimidad, se va trasladando el huevo á la cavidad uterina, donde se fija en la mucosa por sus propios elementos, los trofoblastos, para seguir evolucionando hasta el fin de su embarazo normal. Las teorías que paso á enumerar tratan de demostrar el por qué el huevo, en vez de fijarse en el útero, como en el embarazo normal, se fija en el ovario, trompa ó abdomen. Casi todas las causas que se oponen á la migración del huevo fecundado, han sido incriminadas como capaces de dar origen al embarazo ectópico. Estas causas, aducidas como factores esenciales, las dividen algunos autores en: congénitas, adquiridas y funcionales.

Entre las malformaciones congetinales capaces de producir embarazo ectópico, figuran: la de Abel, la cual explica que, las trompas infantiles tienen forma de espiral y traen lesiones de la mucosa, y la persistencia en el estado adulto de la forma fetal ó infantil, trae en los repliegues de la mucosa, que se forman en la torsión, un retardo ó detención del huevo.

La bifidad de la trompa (Baudelocque).
Los pabellones accesorios (Richard).
Las causas adquiridas las hacen surgir los autores de los ovarios, trompas, útero, etc. La teoría defendida por Fritsch y Wyden, hace desempeñar á la pelviperitonitis un rol capital. Así, por medio de sus exudados que se organizan, da lugar á codaduras, torsiones, obliteraciones y estrechamientos del conducto tubario.

Otros autores dan importancia á los procesos salpingeanos y perisalpingeanos, que obstaculizarían el pasaje del huevo por la estrechez del conducto, ó bien porque las paredes tubarias fueran menos contráctiles, en cuyo caso retardaría ó estacionaría al huevo. Existe un crecido número de observadores que hacen desempeñar un papel importante á las alteraciones de la mucosa. El defensor de la salpingitis descamativa (desaparición de las cilias vibrátiles del epitelio de la trompa que sirve para hacer progresar el huevo). Lawson Tait, dice que, que el óvulo quedaría estancado y sería fecundado por el espermatozoide que viene progresando desde la vagina. Esta explicación fue aceptada por mucho tiempo, pero los estudios posteriores la derrumbaron y no se le acepta hoy, porque se requiere que el epitelio tubario sea normal ó con lesiones poco intensas, porque en las lesiones esclerosas sin epitelio, no se fija el hue-

vo. Los trabajos de Paquy expuestos en su tesis, demuestran por observaciones hechas en trompas, la integridad perfecta tanto macroscópica, como microscópica del órgano. Sin ir á buscar autores extranjeros, existe entre nosotros un trabajo presentado por el doctor Boden como tesis, sobre cortes de trompas con huevos ectópicos, ampliado con microfotografías muy demostrativas. De su estudio se deduce que en toda la mucosa tubaria se encuentra íntegra su epitelio cilíndrico, cilias vibrátiles y el tejido que forman las paredes. La única anormalidad que observa es la que se produce en los vasos sanguíneos de las paredes tubarias, á medida que se acerca al sitio de fijación del huevo ectópico, que es mayor su número y diámetro. Observaba además gran cantidad de leucocitos polinucleares. Autores como Schauta y Duhrssen, dan como causa casi general, la blenorragia, afección muy común, que produce una endosalpingitis catarral que como consecuencia trae perturbaciones en la trompa é indirectamente sobre la migración del huevo. En su entusiasmo estos sabios han llegado por medio de estadísticas á demostrar que dos terceras partes de los embarazos ectópicos es producido por el gonococo de Neisser. La salpingitis supurativa y tuberculosa impidiendo fijarse al huevo, es citada también como causa por algunos observadores.

Wyder y Durchssen dan como causa los polipos intratubarios. Los tumores pelvianos, como ser fibromas y quistes, han sido designados como causa perturbadora del ciclo evolutivo normal del huevo.

Existe una teoría de Wesbter que al explicar los embarazos ectópicos, cree también hacerlo respecto á las recidivas ; se basa en que es una anomalía de la evolución y un sistema de atavismo ; en la especie humana se produce una caduca uterina en el embarazo eutópico, mientras que en determinados animales se produce una caduca tubaria y uterina como reacción normal ; de tal manera que si ciertas mujeres conservan esta propiedad ancestral y si se agrega cualquier obstáculo, tanto funcional como anatómico de la migración del huevo, dará por resultado su fijación y desarrollo en la trompa.

Entre los sostenedores de que el útero es capaz de producir el embarazo ectópico, tenemos estas teorías : cuando las mujeres padecen de endometritis en que la llegada del huevo á la cavidad uterina no encuentra un medio propicio para fijarse, busca otro, produciéndose así el embarazo ectópico. Según otros autores, los diversos tumores que se le asientan en el útero son capaces de perturbar al huevo su fijación y evolución ulterior. Entre las causas que incriminan al ovario, citaré las siguientes : Lesiones ováricas crónicas, como la ovaritis cortical, la hidropesia folicular y otras que han sido citadas. Rapidez de la

división celular, trae aparejada un aumento prematuro del volumen y la estrechez del canal tubario hace que la traslación del óvulo sea dificultosa y se detenga en su migración. Trasman cree que cuando el óvulo es voluminoso ó irregular su pasaje se hace penosamente y hasta sería detenido. Sappel dice que cuando el cuerpo amarillo se halla en el ovario opuesto al embarazo ectópico, el óvulo que ha tenido que recorrer un largo trayecto desde el orificio interno de la trompa correspondiente al folículo dehiscente á la trompa opuesta, aumenta de tal manera su volumen, en su largo recorrido, que no puede penetrar por el canal tubario ó bien porque las pestañas vibrátiles son impotentes para moverlos en sus constantes oscilaciones. He leído un trabajo interesante que honra á la literatura médica nacional del doctor Toribio Piccardo y que se titula « Consideraciones sobre Etiopatogenia de los Embarazos Ectópicos », haciendo intervenir en la producción de los embarazos ectópicos un elemento que hasta el momento se ha tenido muy poco en consideración, que es el óvulo fecundado y del cual transcribiré parte de lo expuesto por él. Es un hecho comprobado que existen numerosos casos de preñez ectópica en los que no es posible explicar su producción por ninguna de las causas anteriormente enumeradas. Faltan en ellos lesiones inflamatorias ú otros de los

órganos genitales internos, como comprueban exámenes histológicos de Bland, Sutton, Paquy citados por Pozzi, exámenes que han demostrado que un huevo puede ingertarse y desarrollarse en una trompa sana. Es el caso más frecuente, termina Pozzi hablando de la patogenia del embarazo extra-uterino.

En efecto, ya hemos dicho que el óvulo es fecundado al nivel del tercio externo de la trompa y que, cuando llega á la cavidad uterina, ha sufrido diversas transformaciones, que han tenido por consecuencia modificar su aspecto exterior permitiendo el desarrollo de su trofoblasto, elemento que permite al huevo introducirse en la caduca. Por otra parte, suponiendo que la generalidad de los embarazos hay un acuerdo ó coincidencia favorable merced á la cual el óvulo es fecundado en el sitio ya indicado, y su desarrollo ovular se hace normalmente, de modo á ponerse en condiciones de nidarse recien cuando llega á la cavidad uterina ¿Por qué no aceptar qué en los embarazos ectópicos la reunión del óvulo y espermatozoide es prematura y el desarrollo del huevo es tan rápido, que mucho antes de ponerse en contacto con la mucosa uterina ya está por su exceso de actividad celular, en condiciones de fijarse y de constituír su nidación en la mucosa tubaria ? El autor expone la teoría de Martín, Sappel, con la que no está de acuerdo y sigue : Nosotros no creemos sea

necesario este aumento de volúmen del óvulo para su defectuosa inserción. Creemos que más importancia tiene las modificaciones estructurales que hagan oportuna su fijación (brotes plasmodiales), asi como el lugar de reunión del óvulo y espermatozoide, que la estrechez del calibre tubario; y que si aceptamos que esta fijación en la preñez normal es el resultado de la actividad ovular exclusivamente lo mismo debe suceder en el embarazo ectópico. Ahora bien, estas modificaciones estructurales que hacen oportuna la fijación del huevo, dependen, á nuestro modo de ver, de dos factores esenciales; por una parte del lugar en que se hace la fusión del óvulo y el espermatozoide y por otra del potencial genético del óvulo fecundado.

Si la fusión de los elementos generadores se efectúa en la zona que se considera generalmente como el lugar normal (tercio externo de la trompa) y si el potencial genético (actividad ovular) es también normal, el óvulo se encontrará en condiciones de nidarse, después de haber sufrido las modificaciones, celulares para efectuar esta nidación, cuando se encuentra al nivel del tercio superior de la cavidad uterina (inserción normal).

Si uno ó ambos factores que hemos señalado, es modificado la inserción del huevo, será patológica (inserción prematura ó retardada). De esta manera,

creemos, se puede explicar no solo el embarazo tubario sino también el embarazo intersticial por un lado, y el tubo ovárico y el ovárico puro por el otro, habiendo efectuado este último caso la fusión óvulo y espermatozoide al nivel de la vesícula de Graaf y habiendo sido su división celular enormemente acelerada. Siguiendo el mismo raciocinio, podríamos explicar también las anomalías de la inserción del huevo aún en la cavidad uterina.

Las deducciones á que llega son :

1.º La fijación del huevo fecundado es un fenómeno netamente ovular.

2.º El sitio de implantación del huevo depende especialmente de los dos factores siguientes, del punto en que tiene lugar la fecundación, y del potencial genético de sus elementos.

3.º El huevo fecundado puede fijarse en el substractum anatómico que recorre desde el ovario al orificio interno del cuello uterino, en el punto en que su trofoblastos se encuentra en condiciones de perforar el epitelio subyacente.

4.º Normalmente, aceptando que la fecundación tiene lugar en el tercio externo de la trompa y haciéndose en el huevo fecundado un desarrollo ovular normal, el óvulo se encuentra en condiciones de fijarse al llegar, en su recorrido, á la porción alta de la cavidad uterina (embarazo normal).

5.º Excepcionalmente cuando la fecundación del huevo ha sido prematura, realizada por fuera del tercio externo de la trompa ó su potencial genético exajerado, el óvulo se fijará en un punto variable en su situación desde el ovario hasta el cuerno uterino (embarazo ectópico).

6.º Si la fecundación ha sido tardía (por dentro del tercio externo del oviducto) ó si el potencial genético del óvulo es débil y por consiguiente retardado en el desarrollo de sus trofoblasto, su fijación se hará por debajo de donde se hace normalmente siendo el estado más avanzado de esta anomalía la placenta previa.

7.º Las alteraciones congénitas y patológicas del aparato genital interno generalmente invocadas como causas directas del embarazo ectópico, no son más que factores secundarios, en su producción dada la ausencia frecuente de dichas lesiones en este proceso, siendo en muchos casos un factor negativo.

Es común la observación que hacen muchos autores de que las mujeres atacadas de embarazo ectópico son multíparas y están sujetas á un período más ó menos largo de esterilidad y en sus antecedentes hay antiguas afecciones de los órganos genitales. Otros autores encuentran las causas de los embarazos ectópicos no ya en las lesiones anatómicas, sino en los trastornos del funcionamiento orgá-

nico. El profesor Legueu, es uno de los que cree encontrar la causa en una perturbación funcional de la trompa, otros la atribuyen á excitaciones sexuales, emociones morales durante el coito, que producen movimientos antiperistálticos y espasmos de la trompa que obstaculizan el pasage normal del huevo.

ANATOMIA PATOLOGICA

Antes de empezar á tratar la anatomía patológica, describiré una de las muchas clasificaciones que se han hecho y es la de Levret y Baudelocque de la que paso á ocuparme. Hacen tres divisiones del embarazo ectópico : tubario, ovárico y abdominal. El embarazo tubario lo subdividen en intersticial ó tubo uterino, entendiéndose por tal al huevo que se desarrolla en la porción uterina ; y en embarazo tubario propiamente dicho, que se desarrolla en la porción libre de la trompa. El embarazo tubario propiamente dicho, se subdivide á su vez, en ístmico, cuando el huevo se desarrolla en la parte interna de la porción libre de la trompa ; ampular, cuando se desarrolla en la ampolla ; y en infundibuforme, cuando evoluciona en el pabellón. Los infundibuformes á su vez lo subdividen en tubo ováricos y tubo abdominales. El embarazo ovárico se subdivide en

externo é interno. El embarazo ovárico externo se produce cuando el embarazo se desarrolla fuera del folículo de Graaf, permaneciendo este abierto y saliendo afuera el huevo que se desarrolla en la cavidad peritoneal. El embarazo ovárico interno tiene lugar cuando el folículo de Graaf cierra su desgarradura, teniendo preso en su interior al huevo fecundado.

El embarazo abdominal se subdivide en primitivo y secundario. Se llama primitivo, cuando el huevo « d'emblée » se fija y evoluciona en la cavidad peritoneal.

El embarazo que se desarrolla en el peritoneo, después de haber principiado en la trompa ú ovario se llama secundario. Beckman, hace una subdivisión del embarazo intersticial que es la que sigue : en tubo intersticial, cuando existe una comunicación entre el saco tubario y la trompa ; tubo uterino, cuando el saco tubario se comunica con la cavidad uterina, y el intersticial verdadero, cuando existe un tabique que separa el huevo de la cavidad uterina. Pozzi agrega á esta división de embarazos el desarrollado en un cuerno uterino rudimentario. Presentaré en un cuadro la clasificación expuesta.

- Embarazo tubario
  - intersticial
    - tubo intersticial
    - tubo uterino
    - intersticial verdadero
  - tubario propiamente dicho
    - istmico
    - ampular
    - infundiliforme
      - tubo ovárico
      - tubo abdominal
- Embarazo ovárico
  - Interno
  - Externo
- Embarazo abdominal
  - Primitivo
  - Secundario

Embarazo en un cuerno uterino rudimentario. De todos los embarazos ectópicos, las variedades que más se observan y que dan un porcentage mayor de casos ; van enumerados en orden decreciente : tubarios, abdominales, ováricos y cuernos uterinos rudimentarios.

Existe un gran número de estadísticas ; la de Schrenk que presenta 403 casos, que dan este porcentage :

83.5 % — Embarazos tubarios
8.2 % — Embarazos abdominales
4.6 % — Embarazos ováricos
3.6 % — Embarazos cuerno uterino rudimentarios.

En cuanto á la mayor ó menor frecuencia del embarazo ectópico á la derecha ó á la izquierda, las estadísticas de casi todos los observadores están con-

testes en que las diferencias son inapreciables y asi por ejemplo lo fijan :

Schrenk	124	derecha —	123	izquierda
Campbell	34	»	41	»

Embarazo intersticial — tiene lugar cuando se fija y evoluciona en esa pequeña cavidad de un milímetro apenas, situada entre la pared tubaria y la uterina, cuyos límites son difíciles de apreciar, generalmente, dada la intimidad de las relaciones anatómicas existentes entre ambos órganos, y es así como muchas veces el diagnóstico de dicho embarazo es difícil aún con las piezas anatómicas en las manos. El huevo al evolucionar rechaza de adentro afuera las fibras musculares y adelgazando la pared, llega un momento en que el vértice del huevo coincide con el punto adelgazado ó más débil, rompiéndose la pared que es el resultado habitual de las preñeces intersticiales. La época de la ruptura varía entre el segundo y tercer mes del embarazo.

Otras veces en vez de seguir evolucionando en su sitio de fijación primitiva hasta el tercer mes, como el anterior, aborta, distinguiéndose con el nombre de aborto tubario, como si se tratara de un aborto uterino. Es excepcional que el huevo siga evolucionando más de tres meses, sin ruptura. Las observaciones contrarias que relatan algunos libros, son muy antiguas y no demostrativas. .

La posición del tumor intersticial con relación al anexo, es de suma importancia para el diagnóstico. El ligamento redondo está colocado adelante y afuera del tumor. Otro dato, que comprueba esta variedad de embarazo, es que el útero es muy voluminoso y el cuerno uterino muy deformado.

Los embarazos tubarios propiamente dicho, los hemos subdividido en ístmicos, ampulares é infundibuliformes.

Embarazo tubario ístmico, se llama asi cuando se se produce en la parte de la trompa, que está en relación hacia la parte interna con la región intersticial, y hacia la externa con la región ampular. Es un conducto de 3 á 4 centímetros de largo, por 3 ó 4 milímetros de diámetro, cuya cavidad es de 1 á 2 milímetros; sus paredes son duras, inextensibles, dán al tacto una sensación como si se tocara el canal deferente en el hombre; esta clase de embarazos se observa rara vez, las estadísticas de Martín de 77 casos solo presenta 8. Se caracterizan por algunos signos como la interrupción precoz de la preñez, por ruptura tubaria, y hemorragias profusas intraperitoneales. La ruptura tubaria es determinada por una aplopleǵía ovular y puede estar constituída por una pequeña ó gran desgarradura tubaria; á veces el huevo se desprende entero y flota libremente en la cavidad peritoneal. La explicación de la ruptura precoz, la hacen diciendo que, las paredes tubarias en

este sitio son rígidas é inextensibles, que el saco colocado entre los dos polos tubarios estrechos é inextensibles, y que existe ausencia de valvas en uno de los polos, como el ostium abdominal, de modo que en el momento de producirse la apoplegía se permitiera salir la sangre, el descenso de la tensión en el saco, impediría la ruptura. La ruptura de la trompa según observaciones de Pinard, es tanto más precoz cuanto más cerca del útero se encuentra el huevo y trae consecutivamente hemorragias considerables. Embarazo tubario ampular—se llama así cuando se produce en la parte de la trompa que se encuentra limitada hacia la parte interna con la ístmica y la parte externa con la región infundibuliforme ; tiene de 7 á 8 centímetros de largo, por 8 á 9 milímetros, siendo también su cavidad mayor que en las variedades anteriores ; las paredes son delgadas, flexuosas, movibles y extensibles. La apoplegía precoz antes de la octava semana se produce, pero, no es tan frecuente como en la anterior variedad. Se observa muchas veces detención de su embarazo, determinando el hematosalpinx que no produce ruptura de saco y que es una terminación benigna ; á veces el hematosalpinx va acompañado de hematocele, con ruptura del saco. La manera de evolucionar esta variedad de embarazos, es explicable, porque sus tejidos son extensibles, la cavidad

permeable es mayor y hace que esta región ampular se defienda con más elementos y seguridad que en las variedades anteriores. La variedad ampular es la más común de todas.

Embarazo tubario infundibular. Se llama asi cuando se produce en la región terminal de la trompa, que se le conoce comunmunte con el nombre de pabellón ; está constituído por franjas, de paredes delgadas y elásticas. Las observaciones de embarazo de esta variedad es excepcional y se confunde con los embarazos abdominales.

Haré una ligera síntesis de los caracteres del huevo y de las diversas modificaciones que experimenta la mujer afectada de un embarazo ectópico fijado y evolucionando sobre la región ampular (elijo esta localización del huevo, que es la más común que se observa). Cuando el huevo llega á fijarse en ese sitio de la trompa, ésta aumenta de peso por las fibras musculares que se hipertrofian, por el desarrollo que adquieren las arterias y venas, unido á una reacción leucocitaria intensa de las paredes musculares, se pone turgente, á pesar del aumento general de espesor del órgano, existe una región en la que el adelgazamiento es marcadísimo, especialmente después de un mes de embarazo ; dicho sitio coincide con la inserción de la placenta.

Antes de pasar adelante describiré al huevo, in-

gertado en la región ampular á los dos meses de gestación. Para esto tomaremos un corte perpendicular á la trompa, pasando por el centro del huevo. Las relaciones que existen entre el huevo normal y el ectópico son muy semejantes, idéntico número de membranas, caduca, corión y amnios.

La caduca tubaria es formada por la mucosa de la trompa modificada, pues ha perdido las cilias vibrátiles de su epitelio, para transformarse en cúbico. Se discute, sobre la presencia de la caduca regular ó refleja ; el polo libre del huevo en este caso está formado por una capa de fibrina, encontrándose células voluminosas, pálidas, con gruesos núcleos, otras veces, dichas células tienen protoplasma granuloso ; no se encuentran vasos sanguíneos en dicha capa. Para Cornil estas células conjuntivas son de origen maternal. Para Kukne son de origen fetal. Por lo tanto, es negada por algunos la caduca refleja.

La presencia de la caduca inter-tubo-placentaria ha sido y es muy controvertible ; autores como Webster admiten dos capas : una esponjosa y otra compacta como en el embarazo normal.

Lo que respecta al corium ectópico es idéntico al normal, pues consta de sus vellosidades al principio de su evolución, para más tarde entrar en un proceso regresivo y atrofiarse, excepto en la re-

gión donde se inserta el huevo, que va á constituir más tarde la placenta. Es en ese sitio solamente donde el huevo está adherido á la pared ; lo restante es lisa y no vellosa y queda libre y deja al conducto tubario permeable.

La tercera y última membrana constituída por el amnios, no presenta ninguna particularidad ; el líquido generalmente existe en poca cantidad y algunos ven en esto una de las causas de existencia de gran cantidad de malformaciones congenitales, como el pied bot, labio leporino, espina bifida, meningocele, asimetría craneana. La fijación y evolución del embarazo ectópico no sólo produce modificaciones sobre la región de su inserción, sino que repercute sobre los órganos vecinos y sobre el organismo en general, siendo estas modificaciones tanto más notables cuanto más cerca del útero está el tumor ectópico. Estos fenómenos son mixtos de orden trófico y simpático.

El útero, que es uno de los órganos más vecinos, dado el parentesco y relaciones funcionales que guarda, es también el que mayores modificaciones experimenta. Es rechazado, ya hacia adelante del tumor fetal, que es el caso más general, ya lateralmente hacia el sitio opuesto del tumor fetal ; el volumen aumenta, se vascularíza, se resblandece el cuello y el cuerpo ; su mucosa sufre intere-

santes fenómenos estudiados muy bien por Kolliker, se transforma en caduca como el embarazo normal, se desarrollan tubos glandulares y capilares, cuya ruptura da lugar á sufusiones sanguíneas de la mucosa, la caduca se expulsa en bloc ó parcialmente, dejando las capas profundas, para reconstrucción de la mucosa; la eliminación de la caduca en determinados casos deja como reliquias lesiones de endometritis muy marcadas. La expulsión de la caduca no implica fatalmente la muerte del feto.

La trompa del lado opuesto al tumor fetal, presenta muy pocas modificaciones. Solo el examen histológico, hecho por algunos autores, como Webster, ha visto transformarse las células epiteliales cilíndricas en cúbicas, y las células conjuntivas sub-epiteliales convertirse en células llamadas deciduales.

El ovario del mismo lado del embarazo aumenta de volumen y es asiento del cuerpo amarillo.

La vagina se pone de un color violaceo intenso, los senos turgentes y el mamelón más pigmentado.

Las lipotímias, vómitos, náuseas, se apoderan de muchas mujeres.

Embarazo ovárico.—Es una de las variedades que ha sido negada durante largo tiempo por una pléyade de observadores, especialmente por Lawson Tait; pero en estos últimos tiempos ha sido demos-

trata su existencia de una manera indubitable por casos estudiados prolijamente por Van Tussembrok. Esta preñez se divide como hemos visto anteriormente en externa é interna.

Externa cuando el folículo queda abierto y el huevo fecundado se desarrolla afuera del peritoneo.

Interna cuando el huevo fecundado queda encerrado en el interior del folículo.

La evolución del embarazo ovárico es la siguiente : generalmente en el 1° y 2° mes se detiene por hemorragia intrafolicular que es una terminación feliz, pero puede terminar por hemorragias abundantes y graves, casos sumamente raros.

El diagnóstico de esta variedad de embarazo es difícil en la mayoría de los casos, ya por sus adherencias tan íntimas con los órganos vecinos que en múltiples ocasiones ni las intervenciones dan á luz y se requieren exámenes necrópsicos para demostrar el origen. Esto depende del criterio del observador, así para Puech, era suficiente que el ovario tomara parte de la pared del quiste para diagnosticar el embarazo ovárico ; como vemos, es un poco liberal al bastarle ese detalle para sentar un diagnóstico, porque sabemos que existen embarazos abdominales en los que el ovario toma parte de la pared del quiste. Para Werte existe una particularidad anatómica en esta variedad de embarazos

para su diagnóstico, y es la integridad de la trompa correspondiente, es decir, excluyendo su participación en la formación del saco. A Heineken le basta que la placenta se encuentre en el interior del ovario y el saco en la cavidad peritoneal.

Observaciones hechas por autores como Méndez, etcétera, con preparaciones histológicas, han demostrado que la participación del ovario englobando al huevo, es un hecho incontrovertible.

Embarazo abdominal. — Hemos distinguido dos variedades : el primitivo y el secundario. Llámase primitivo cuando el huevo se fija y evoluciona en la cavidad abdominal. Esta variedad ha sido discutida su presencia, especialmente por Lawton Tait, quien cree que son todas secundarias.

Llámase embarazo abdominal secundario cuando á consecuencia de un aborto ó ruptura tubaria se aloja en la cavidad peritoneal el huevo entero ó parte de él. Si se examina un embarazo primitivo ó secundario, siempre se encuentra el huevo envuelto por una capa formada por pseudo membranas que son el resultado de la reacción peritoneal, de una verdadera peritonitis adhesiva, provocada por un cuerpo extraño, que vendría á ser, en este caso, el huevo ectópico.

Las adherencias que se forman son numerosas y en órganos vecinos como epiplón é intestino, estas

adherencias son muy vasculares, especialmente en sus inserciones con los órganos.

La placenta en esta variedad de embarazos es ancha, irregular, toma á veces dimensiones realmente colosales, insertándose en múltiples órganos.

Las discusiones sobre las variedades de embarazos abdominales si es primitivo ó secundario siempre, no han cesado. Los adeptos de la variedad primera explican con signos que consideran característicos y que son la integridad de la trompa y ausencia de conexiones de la placenta con este órgano; son signos éstos de poco valor, porque muy bien puede abortar el huevo, ir á la cavidad abdominal y la trompa no se rompe en este caso; entonces es menester admitir además de la integridad macroscópica, la integridad microscópica de la mucosa tubaria, y así aseveraríamos con toda certeza que se trata del embarazo abdominal primitivo.

Los partidarios de la segunda variedad dicen que siempre es consecutivo á la ruptura tubaria y que el feto sigue viviendo y evolucionando. En la preñez abdominal el huevo evoluciona á menudo hasta el séptimo, octavo mes y llegan hasta el fin del embarazo como los normales.

Embarazo en un cuerno uterino rudimentario.— Esta variedad de embarazos ha sido confundida durante muchos años con la preñez tubaria, hasta que

nuevos estudios y observaciones más completas dilucidaron el punto. Dionis tiene el honor de presentar la primera observación perfectamente demostrativa.

Existen estadísticas que ponen de relieve el número creciente de casos y pronóstico de esta variedad de preñez. Sanger, en 1884, reunió 29 casos de los cuales 23 terminaron por ruptura, en los seis primeros meses de evolución ; diagnosticar esta variedad de embarazos es algo difícil y se confunde con la variedad intersticial y hasta en las autopsias tiene sus perplegidades y no se sabe delante de qué variedad de preñez está ; sin embargo, un examen atento y comprobando las relaciones del ligamento redondo con el quiste fetal se puede llegar á un diagnóstico. En la preñez tubaria, el ligamento redondo está en la parte interna del saco. Cuando por el contrario se trata de una preñez en un cuerno uterino rudimentario, la trompa conserva su posición y el ligamento redondo se encuentra en la parte externa del saco.

Evolución anatómica del embarazo ectópico.—El huevo cuando se fija en la trompa, esa localización no le es un medio propicio para su evolución y una vez llegado al tercer mes de su gestación, generalmente se interrumpe la preñez por mecanismos muy diversos, ya desprendiéndose del lugar de su

inserción parietal para constituir lo que se llama hematosalpix, ya expulsándose hacia el interior del útero ó de la cavidad abdominal, constituyendo el aborto tubario, ora rompiendo la trompa, conociéndose con el nombre de ruptura tubario, ó bien feneciendo el feto y constituyendo lo que se llama retención fetal.

Hematosalpinx.—Se produce cuando el huevo se fija en la trompa, reacciona su mucosa y forma una caduca tubaria, las vellosidades coriales se ramifican, perforan la mucosa y se ponen en contacto con las redes sanguíneas penetrando en su interior.

Las vellosidades coriales sufren posteriormente una atrofia por un proceso regresivo, debido á la insuficiencia sanguínea de la mucosa de la trompa, el resultado de la atrofia es que deja abiertas las redes sanguíneas que antes obstruían y se producen hemorragias entre la pared del huevo y la trompa ; si la pared de ésta es resistente, el huevo muere, la sangre se coagula rápidamente y está constituído el hematosalpinx. Este coágulo es llamado por Taylor mola sanguínea. El hemotosalpinx cura algunas veces, el coágulo se infiltra de células embrionarias, y los leucocitos que aparecen en gran número se encargan de llevar el pigmento sanguíneo y no queda en ese sitio más reliquia del em-

barazo que un delgado coágulo adherente parietal.

Algunos observadores hacen el diagnóstico retrospectivo del hematosalpinx, cuando en una trompa existen vellosidades que á veces suelen perdurar durante años.

Para Pillet del examen histológico que hace, la comprabación de la denudación de la mucosa al nivel del coágulo y la presencia en el corion de células cargadas de pigmento sanguíneo, indican la existencia en ese sitio de un hematosalpinx.

Otros autores á quienes la comprobación macroscópica de la adherencia íntima de un coágulo á la mucosa, les basta para hacer pensar en un hematosalpinx.

Como hemos visto, la cura del hematosalpinx por reabsorción es un fenómeno posible y se produce, pero raramente; la mayoría de las veces la primera poussée hemorrágica va seguida de una segunda, tercera, ect., poussées que conducen fatalmente á la ruptura de la trompa.

Aborto tubario.—Es un fenómeno que ha sido comprobado; ya no se pone en duda. Se puede producir pasando el huevo por el ostium uterinum hacia la cavidad del útero, y tendremos determinado un aborto tubo-uterino, que pasa desapercibido en la generalidad de los casos y se confunde con el aborto uterino. A veces el huevo puede expulsarse

entero y fijarse en la cavidad uterina y evolucionar como un embarazo normal; ya pasa por el orificio abdominal de la trompa y cae en la cavidad peritoneal para constituir el aborto tubo-abdominal, este aborto cuando es completo se acompaña de una pequeña hemorragia, pero cuando se produce alguna retención, la hemorragia es más abundante (pero nunca como la de ruptura tubaria); se coleciona y constituye el hematocele que, según Kutsner, es la causa más común de su formación.

El aborto tubo-abdominal se produce algunas veces expulsando el huevo entero en la cavidad peritoneal, fijándose y evolucionando en esta cavidad hasta el término, constituyendo la variedad de embarazo abdominal secundario.

Ruptura tubaria.—Es el accidente más terrible que acompaña al embarazo tubario. Generalmente se produce en la 8° ó 12° semana de su fijación. La ruptura es tanto más precoz cuanto más cerca del útero evolucione el huevo, es decir, que en el ístmico es más precoz la ruptura que en el ampular. El mecanismo de la ruptura es muy comprensible si recordamos las particularidades anatómicas inherentes á cada variedad de embarazo tubario. La ausencia de caduca, al nivel de la inserción del huevo, permite á las vellosidades dislocar las fibras musculares, los senos maternales son invadidos y

la pared está adelgazadísima y en determinadas partes reducida á la capa peritoneal. Si se produce aumento de tensión en el tumor, la ruptura en el punto débil es la consecuencia lógica ; la desgarradura se hace comúnmente en el punto donde se inserta la placenta, demostrándonos el por qué de la abundancia de las hemorragias. Cuando el vaso abierto es voluminoso y no se forma coágulo, se produce una hemorragia copiosísima que se conoce con el nombre de hematocele fulminante, hematocele cataclísmico de Barnes ; si se queda cohibida la hemorragia por la formación de un coágulo, la sangre se colecciona para constituir el hematocele pelviano, que es una terminación más general que el hematocele cataclísmico. Si la ruptura tubaria en vez de hacerse en la pared superior se hace al nivel de su meso, la sangre invade los ligamentos anchos y forma el hematocele extra-peritoneal, que es una variedad rara y más benigna que la anterior.

Retención fetal.—El feto ectópico puede morir en diversos estados de su evolución, experimentando diversas transformaciones, según la edad. Cuando muere antes del 2º mes puede reabsorverse completamente. Cuando es de más de tres meses, el líquido amniótico se reabsorve, la placenta se atrofia, el quiste se retrae sobre el feto y luego se convierte en tejido cartilaginoso. Cuando el embarazo es más

adelantado, acercándose al término, las modificaciones son diversas. Kuchenmeister ha estudiado pacientemente las infiltraciones calcáreas que se forman. Cuando la pared del saco fetal es invadido por las sales calcáreas, se llama litoquelifos ; cuando es la capa superficial del feto, se llama litoquelifopedion ; cuando el feto es infiltrado en todo el espesor que viene como un bloc de piedra, se llama litopedion. El feto muerto otras veces es macerado y sufre una putrefacción, debido á infecciones sobrevenidas, porque como sabemos, el vecino insalubre que es el intestino, en el que pupulan infinidad de microbios que emigran fácilmente por los vasos linfáticos, etc. Dicha infección da lugar á la formación de abscesos que expontáneamente se abren, ya por la pared abdominal ó bien en los órganos vecinos.

Recidivas de embarazos ectópicos.—Es un hecho demostrado y puesto en evidencia de una manera indiscutible, la presencia de las recidivas de embarazo ectópico ; en nuestros días ha dejado de ser una novedad clínica su observación, y su número ha ido aumentando más de lo imaginado por muchos y quedando tal vez múltiples casos sin anotar, debido á diversos factores que hacen indiagnosticables, ya porque la regresión del huevo ectópico hace difícil su revelación, ya porque la ruptura tubaria ha

causado una desgarradura pequeña y la premura de la cohibición de la hemorragia ha producido un ataque atenuado sin importancia, ya en fin porque muchos abortos tubarios pasan desapercibidos aún en presencia del observador. Un hecho curioso de estas recidivas es la tendencia á evolucionar siguiendo el mismo tipo que el del primer ataque ; así, á los embarazos ectópicos con signos ruidosos y ostensibles á la distancia, corresponde un segundo ataque con idénticos síntomas ; así si el embarazo ectópico evoluciona como los eutópicos, sin crisis dolorosas, sin reacción peritoneal, sin expulsión de caduca, el segundo ataque corresponderá á iguales síntomas que el primero. Existen observaciones en nuestros hospitales que ponen de manifiesto lo aseverado hace un instante en los párrafos anteriores ; así, una mujer con embarazo ectópico, que había sufrido una ruptura tubaria por segunda vez, presentó signos subgetivos y objetivos como el primer ataque, tanto era así, que en su angustia esa pobre mujer les decía en el momento del examen médico, que padecía de la misma enfermedad que tiempos anteriores le habían operado ; verdaderamente se interviene y se compueba una recidiva de embarazo ectópico con ruptura tubaria con idéntica localización é igual evolución que el primer embarazo. La recidiva puede efectuarse en la mis-

ma mucosa tubaria ó generalmente en la trompa del lado opuesto del ataque primero.

La variedad de recidivas más común es embarazo ectópico tubario con ruptura de ella.

El intervalo de tiempo de las recidivas es de 3 á dos meses, y de 1 á 2 años; el término medio para muchos autores es el de 6 semanas. El tratamiento del embarazo ectópico es variado. Uno de los que más interesan por el momento es la ablación del anexo sano juntamente con el enfermo, aconsejado por algunos cirujanos para evitar las recidivas. Pero si es cierto que existen casos graves muy frecuentemente, no es suficiente ello á justificar el sacrificio de un órgano tan noble que coadyuva á llenar el más alto fin de la humanidad, cual es la conservación de la especie dispensado á los seres por la naturaleza en sus sabias determinaciones.

SINTOMATOLOGIA

La mayoría de las veces los embarazos ectópicos presentan una sintomatología que permite por medio de un examen esmerado llegar á diagnosticarlos ; según el período del huevo ectópico presenta síntomas especiales.

Los clásicos dividen el embarazo ectópico en tres períodos :

1º Cuando el embarazo no presenta signos de certeza.

2º Cuando el embarazo tiene signos de certeza.

3º Cuando el embarazo llega á término ó pasado éste.

Embarazo ectópico no presentando signos de certeza.—La sintomatología en este período es numerosa, pero de obscura interpretación. Se presentan signos de un embarazo normal y otros que le son propios. Los primeros se revelan por la supresión

de las reglas, por la turgencia de los senos, por la pigmentación mayor de la areola del mamelón y de la línea blanca, cloasmas en la cara, sialorrea, fenómenos simpáticos : lipotimias, náuseas, vómitos, vértigos y el vientre un poco abultado por el mayor volumen del útero.

Los signos que le son propios ó especiales pueden ser físicos y funcionales. Entre los funcionales tenemos dolores, hemorragias y fenómenos de compresión.

Las hemorragias desempeñan una gran importancia como síntoma. Generalmente hacen su aparición coincidiendo con las épocas menstruales ; estas pérdidas son poco abundantes, de un color negro, borra de café, algunas veces se acompañan de membranas más ó menos grandes que provienen de la caduca uterina. Los dolores son de una intensidad variable desde un dolor suave y pasajero, hasta los dolores lancinántes y continuos ; á veces tienen una aparición brusca, con una localización variable, ya en uno de los costados de la pelvis, con irradaciones hacia el muslo, ya muere el dolor en el sitio en que hizo su aparición ; á veces tienen un cariz especial estos dolores, constituyendo el cólico salpingeano, debido á las contracciones musculares de la trompa. Generalmente estos dolores son calmados por el reposo, provocados por el movimiento y exa-

cerbados por el tacto bimanual y relaciones sexuales.

Los fenómenos de compresión sobre los órganos vecinos, como intestino, vejiga, etc., dan lugar del lado del primero á rectitis, constipación ; puede llegar á producir hasta oclusiones intestinales ; para Pinard es de suma importancia este último síntoma, pues dice que cuando está enfrente de una mujer embarazada, con signos de oclusión intestinal, piensa en embarazo extra-uterino.

Del lado de la vejiga los fenómenos de disuria, de retención.

El examen físico comprueba por medio del tacto el resblandecimiento del cuello del útero, la vagina caliente ; el tacto bimanual constata el aumento del cuerpo del útero, la posición de este órgano hacia delante ó uno de los lados (opuesto al tumor), se nota además un tumor ocupando uno de los fondos de sacos laterales ó posterior, generalmente en este último. La sensación que da al tacto es casi idéntica á la de una salpingitis. Por lo tanto, no tiene nada de característico este tumor en este período de su evolución.

Cuando el embarazo tiene signos de certeza, después de 5 meses de gestación. En este período, además de los signos de probabilidad de embarazo, aparecen los de certeza, los movimientos fetales ac-

tivos son sentidos por la paciente ; examinando á la enferma, á la inspección muestra el vientre aumentando de volumen, de un aspecto irregular ; á la palpación se nota el tumor, más ó menos inmóvil, dependiendo de sus adherencias ; sus bordes irregulares, un examen minucioso y una mano experta percibe hasta las partes fetales y llega á reconocer hasta la presentación fetal. La consistencia del tumor durante el examen no se modifica, lo que la diferencia del útero que al menor contacto se contrae y como consecuencia cambia su consistencia. Se nota además cerca del tumor fetal, otro más pequeño ovóideo, regular bien limitado, de consistencia variable, que se enducere bajo la acción del dedo ; este tumor es el útero, además se nota la vagina caliente y blandas sus paredes, el cuello del útero resblandecido, el cuerpo aumentado de volumen y rechazado hacia delante ó lateralmente, el tacto rectal se emplea muy poco en estos casos. Sin embargo, cuando el tumor está situado muy posteriormente, da su utilidad práctica, porque se toca muy bien y se percibe con claridad lo que existe. La auscultación del tumor, nos revela los latidos fetales y soplos maternales.

El tercer período comprende cuando el feto ha llegado á término ó pasado éste ; cuando la preñez ectópica llega á término se producen un de-

terminado número de fenómenos que se conocen con el nombre de falso trabajo. La mujer percibe dolores debido á las contracciones uterinas, al mismo tiempo una pequeña cantidad de sangre y restos de membranas de la caduca uterina, salen por el cuello á la vagina ; si el feto muere se revela fácilmente ; la enferma que era presa de fenómenos simpáticos muy ostensibles como lipotímias, mareos, vómitos, náuseas, etc., cesan éstos,, el vientre que estaba aumentado de volumen, empieza lentamente á disminuir.

El feto puede quedar retenido en el organismo durante muchísimos años, sin producir fenómenos de intolerancia de parte de la paciente, y se comporta como un cuerpo inerte. Existen observaciones de retenciones fetales hasta de 60 años, sin producir el menor trastorno á la portadora de dicho tumor ; pero existen casos en que dicho tumor se infecta y da lugar á supuraciones más ó menos graves, según el camino que recorra.

Complicaciones de los embarazos ectópicos. — Las hemorragias y las infecciones son las más graves de las complicaciones que sobrevienen en los embarazos ectópicos.

Las hemorragias, según en la forma en que se producen, dan lugar á síntomas diversos ; la ruptura

tubaria y el aborto son las más comunes de las complicaciones hemorrágicas.

El aborto puede ser tubo-abdominal ó tubo-uterino. El tubo-abdominal se llama así, como hemos dicho anteriormente, cuando pasa por el ostium abdominal á la cavidad peritoneal, dando en la mayoría de los casos, síntoma de hemorragia interna abundante (pero nunca como la de ruptura tubaria), que luego se colecciona para constituir el hematocele.

El aborto tubo-uterino se llama así cuando el huevo pasa por el ostium uterinum al interior del útero, dando en múltiples casos síntomas como si se tratara de un aborto uterino vulgar.

Inundación peritoneal. — Generalmente se trata de una mujer que en perfecto estado de salud, dedicada á sus tareas habituales, y en ocasión de un esfuerzo, de una fatiga, de un coito, es presa súbitamente de un dolor violento, agudísimo en el bajo vientre, acompañado de lipotimias; al momento la cara palidece y se cubre de sudores, las mucosas se decoloran, las extremidades se enfrían, una angustia respiratoria por anexemia, se apodera de la paciente, el pulso se hace frecuente: 130, 140, 160 pulsaciones por minuto, pequeño, poco tenso, haciéndose luego incontable, la temperatura debajo de la nor-

mal (hipotermia), la inteligencia queda intacta, una sed intensa la devora, la palpación y percusión nota á veces ya una zona de matitez, debida á la sangre coleccionada, ya una zona extensa de timpanismo, debido al rechazo de las ansas intestinales por la sangre acumulada debajo.

En una palabra, tenemos en estas enfermas el cuadro completo de las hemorragias internas copiosas intraperitoneales. Algunas veces, una pequeña hemorragia acompañada de restos de membrana salen por la vagina, el tacto muestra el útero rechazado hacia adelante y los fondos de saco ocupados, (generalmente el posterior). Esta forma violenta de producirse la hemorragia, llamada cataclísmica por Barnes, termina en algunos minutos ú horas, con la enferma, porque la hemostasea expontánea es difícil que se produzca. En tales circunstancias, todo urge ; el choc en que se encuentra la paciente, lejos de contraindicar la intervención, la indica ; las transfusiones intravenosas de suero artificial para levantar las fuerzas de la enferma, casi exangüe, se hacen antes, en el momento y después de la operación, la precocidad y ligereza de la intervención van coronadas con el más hermoso de los éxitos, cual es el de arrancar una vida á los brazos de la muerte.

Hematocele enquistado. — En la inmensa mayo-

ría de los casos, el hematocele es debido á la ruptura tubaria, la hemorragia que se produce, así como la intensidad, es menor que en la forma precedente ; se trata, generalmente, de una mujer que la falta la menstruación hace dos ó tres meses, presentando algunos síntomas dolorosos en la pelvis, fenómenos gástricos, turgencia de los senos, etc., acompañado á veces de pequeñas hemorragias uterinas, de color borra de café y de pequeñas membranas. Estos síntomas dolorosos y pérdidas sanguíneas son los pródromos que revelan la distensión de la trompa y el desprendimiento placentario. El choc inicial es menos intenso que el cataclísmico, como hemos dicho, los signos de hemorragia intensa, el dolor y la reacción peritoneal, se disipan en pocos días, el tacto vaginal comprueba el útero rechazado hacia delante, el cuello blando, la sangre coleccionada en los fondos de saco posteriores, siendo fluida, no da casi sensación al tacto ; si examinamos la mujer á los dos ó tres días, notamos que se ha coagulado la sangre y formado un tumor blando. Los días siguientes al derrame, la poussée de peritonitis plástica, circunscriben el derrame, acompañándose como fenómenos reaccionales, de vómitos, náuseas, timpanismo del vientre, dolores, etc. La temperatura que era la normal ó bajo de ella, no tarda en aparecer ascendiendo á 38, 39 y 40 grados, según los

casos. Por esta fiebre no hay que temer : es debido á la reabsorción de la sangre. El pulso se levanta haciéndose más tenso y menos frecuente, la palidez de la cara y la anemia de las mucosas desaparecen paulatinamente, y el rostro toma un tinte subictérico, como consecuencia de la urobilina que ha pasado á la circulación ; éste es un índice del pigmento sanguíneo que ha sido reabsorbido.

En algunos casos, la sangre coleccionada tarda mucho en reabsorberse y produce signos de compresión ; así del lado del recto observamos tenesmo, constipación y hasta fenómenos de obstrucción. Del lado de la vejiga : tenesmo, disuria, y retención. Por otra parte, del plexo nervioso, dolores neurálgicos, de intensidad variable.

Otras veces, dicha sangre puede infectarse, demostrándose por el estado general de la enferma que se altera, las oscilaciones de la temperatura, la frecuencia del pulso, etc.

Hematocele ectra-peritoneal. — La hemorragia, en vez de hacer irrupción en el peritoneo y coleccionarse en el fondo de saco posterior, se derrama y se localiza entre las dos hojas del ligamento ancho. Esta es una variedad rara de observarse, y no da lugar á fenómenos peritoneales, es un tumor francamente lateral. El tacto acompañado de la palpación

bimanual, comprueba que el tumor, circunscripto entre las hojas del ligamento ancho, dando una sensación de tumor blando y pastoso, el útero rechazado hacia la parte interna. Es una variedad de hematocele benigno que se reabsorbe la mayoría de las veces.

Otras de las complicaciones del quiste fetal, es la la infección. Como dicho tumor, por su topografía en el organismo, está tan vecino al intestino, órgano tan séptico, en que pululan infinidad de microbios que, con la mayor facilidad, en ciertas condiciones, atraviesan su mucosa y contamina el quiste, dando lugar á fenómenos de infección, como escalofríos, sudores, fiebre, pulso frecuente, agravación del estado general de la enferma. Otras veces, los microbios del intestino pasan y encuentran los linfáticos peritoneales, produciéndose una peritonitis aguda que concluye en pocos días con la paciente. Existen casos excepcionales en que el quiste no se ha defendido y, por lo tanto, no ha formado adherencias, y ese foco de supuración hace irrupción en un momento cualquiera en plena cavidad peritoneal, que da por consecuencia una peritonitis sobreaguda que lleva en pocas horas á dicha prójima, á un desenlace fatal.

Pero, felizmente, en la generalidad de los casos, el organismo reacciona en frente del quiste fetal,

formándose adherencias más ó menos resistentes con los órganos vecinos, de manera que, por cualquiera eventualidad, el quiste llegara á infectarse, y supurar, dicho saco se encontraría localizado. El feto contaminado tiende á eliminarse expontáneamente por medio de las fístulas, que tomando caminos diversos, según el caso, van hacia la vagina, recto, pared abdominal, vejiga, etc.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del embarazo ectópico, presenta ciertas dificultades, especialmente durante los primeros meses de su evolución, por el gran número de afecciones que tienen una sintomatología semejante ; pero, uno puede orientarse y llegar al fin que se propone, levantando una historia prolija y haciendo un buen examen del caso.

Cuando se nos presenta una mujer á consultarnos, uno puede orientarse hacia dicha afección, cuando nos refiere que es una multípara, con varios años de esterilidad, que hace dos ó tres meses que no le aparece la menstruación. El tacto, acompañado de la palpación bimanual, comprobará un tumor ocupando generalmente el fondo de saco posterior, debe esto ya hacernos pensar en un embarazo ectópico.

Con el embarazo normal. — Durante los primeros tiempos tiene un conjunto de síntomas, casi idén-

ticos, y si una complicación imprevista, como ruptura tubaria,e tc., no sobreviene, pasa inadvertida para la mujer su enfermedad. Sin embargo, las pequeñas pérdidas sanguíneas color borra de café, algunos dolores, le llaman un poco la atención.

Va á consultar á un médico, y se comprueba al tacto, acompañado de la palpación bimanual, los síntomas del embarazo, luego se nota un tumor, separado del útero por un surco, que no cambia de consistencia al tocarlo, el reblandecimiento del istmo del útero (signo de Heggard), que no existe en el embarazo normal.

El útero grávido en retroversión. — Se puede confundir con un embarazo ectópico, evolucionando en el fondo del saco posterior. Tiene una similitud en su sintomatología muy grande ; así, los síntomas de embarazo, de compresión sobre el recto, son casi idénticos ; los que nos da signos importantes diferenciales es el tacto, acompañado de la palpación bimanual ; la forma, volumen y situación del cuerpo del útero hacia adelante, no lo encontramos en una retroversión ; además, el tumor fetal no combia de consistencia al tocarlo, como hace el útero.

La latero-flexión puede confundirse cuando el cuello uterino se encuentra hipertrofiado, y es tomado por el tacto como si fuera el útero entero, y la parte restante del útero es tomada por un tumor ectópico.

Con la salpingitis quística es casi imposible diferenciarlo durante los primeros meses de su gestación.

Con el pio-salpinx, puede confundirse, pero los antecedentes de la enferma dilucidan el punto. Generalmente, se trata de una mujer con afecciones antiguas ginecológicas : fiebre puerperal, blenorragia ; las lesiones son bilaterales, crónicas, casi nunca falta la fiebre ; los dolores son como cólicos acompañados de escurrimientos de un líquido claro, turbio ó purulento ; el tacto acompañado de la palpación bimanual comprueba la trompa deformada, dolorosa, más por la lesión concomitante ovárica que la acompaña casi siempre, las perturbaciones del lado del recto ; todo este conjunto de síntomas nos hace pensar en un pio-salpinx ; mientras que si la mujer es una paciente que le faltan las reglas hace dos ó tres meses, con pocas ó ninguna afección ginecológica anterior, con un tumor unilateral, sin fiebre, con dolores, acompañado de líquidos sanguíneos y el tacto, acompañado de la palpación bimanual, comprueba un tumor inmóvil que ocupa uno de los fondos de saco, de forma redondeada, dolorosa, y con perturbaciones intensas del lado del recto, nos debemos inclinar á un embarazo ectópico.

Con el hidro-salpinx. — Es un poco más difícil que el precedente, porque su sintomatología es más pobre y más velada. Por lo general, es un tumor

blando, de forma regular, fluctuante, la lesión es bilateral, por lo general.—Con los cuerpos fibrosos del útero, con frecuencia los de la cara posterior, los fibromas subperitoneales con pedículo un poco largo, con metrorragias, inducen muchas veces á creer en un embarazo ectópico. El tacto y la palpación bimanual, permiten diferenciar. Los síntomas dan lugar á la deformación del útero, insensible al tacto, el cateterismo (que siempre tiene que ser prudente supráctica) nos revela la cavidad uterina irregular y aumentada de longitud.

El diagnóstico entre aborto uterino y ruptura tubaria, es más difícil de lo que parece. Los dolores súbitos é intensos, las metrorragias abundantes, acompañadas de membranas, se encuentra uno perplejo para poderse inclinar á uno de ellos. Si al tacto, se comprueba que el tumor ha desaparecido, se sienta el diagnóstico de aborto embrionario. Si el tumor persiste y el estado general mejora rápidamente, se hace el de ruptura tubaria.

La ruptura tubaria se acompaña de hemorragias profusas que inundan la cavidad peritoneal; puede hacer pensar en una peritonitis.

Los antecedentes, el dolor súbito, expontáneo, la cara pálida y mucosas descoloridas, la lengua húmeda, los vómitos, náuseas, la angustia por anoxemia, etc., nos hace aseverar la hemorragia interna;

mientras que en la peritonitis, la cara es característica, llamada «grippe», por los franceses, el color térreo de los tegumentos, los vómitos porraceos, el timpanismo, la temperatura, la lengua seca y los antecedentes, en una palabra, nos revelarían su causa apendicular, de úlcera del estómago, biliar, de ruptura del quiste, etc.

El diagnóstico de muerte del feto es sencillo. Muchas veces, los síntomas ostensibles á la distancia como náuseas, vómitos, lipotimias, vértigos, los trastornos de compresión del lado del recto ó vejiga, debido á la gestación ectópica, desaparecen rápidamente los primeros síntomas, con la muerte del feto, y los últimos se atenúan lentamente, á medida que el tumor va disminuyendo de volumen.

Complicaciones sépticas. — Cuando tenemos un embarazo ectópico diagnosticado y aparece una temperatura oscilatoria, y el pulso se hace frecuente, el estado general del enfermo empeora rápidamente, no tardaremos en pensar en una infección del quiste fetal. La variedad de embarazo ectópico, en la mayoría de los casos, es imposible el saberlo, pues, con las piezas en la mano, tenemos nuestras dudas en múltiples observaciones. Sin embargo, clínicamente, una preñez ectópica que pase de cinco meses, es considerada generalmente como un embarazo abdominal; no obstante, regístrase en la literatura médica,

casos de embarazos ectópicos intraligamentosos y ováricos, que pasan de los cinco meses y hasta llegan á término. El embarazo desarrollado entre las hojas del ligamento ancho, llamado extra-peritoneal, se puede diferenciar con el abdominal. Tiene una pared del quiste espesa, difícil de palpar las partes fetales, situado lateralmente, mientras que el segundo, son palpables las partes fetales y la placenta, á ésta también se puede aseverar su situación por la auscultación.

La variedad intersticial puede diagnosticarse por el asiento del tumor, y la presencia del ligamento redondo, adelante y afuera de éste.

El diagnóstico de falso trabajo. — Cuando el feto llega al término de su gestación, prematuramente, á veces, sobrevienen los dolores expulsivos debidos á las contracciones uterinas. Es preciso diagnosticar este trabajo y no confundirlo con el de un embarazo normal. Cuando se inicia el falso trabajo, se produce, generalmente, la muerte del feto, revelada por la cesación de los ruidos del corazón ; el tumor se hace más blando ; hay salida de la leche ; luego el feto, una vez muerto, sigue diversos caminos, según las ulterioridades que sobrevengan, como ya hemos dicho al hablar anteriormente de esto.

PRONOSTICO

Cualquiera que sea la variedad y época de la evolución del embarazo ectópico, el pronóstico es grave. Durante los primeros tiempos de la gestación, las hemorragias, y durante el fin, las septisemias, amenazan constantemente la vida de la enferma.

Durante los tres primeros meses de evolución del huevo en la trompa, sobreviene generalmente la ruptura tubaria, dando lugar á hemorragias copiosas y difusas, como la de la inundación peritoneal, que termina con la muerte de la paciente.

A veces, la hemorragia interna, no es tan formidable, ya sea producida por un aborto tubo-abdominal ó ruptura tubaria, cuya hemorragia se cohibe expontáneamente y el hematocele pelviano es el resultado del ataque, cuya gravedad es menor que la anterior. Sin embargo, estas hematoceles suelen infectarse y supuran ensombreciendo el pronóstico

Si la ruptura tubaria se hace entre las hojas del ligamento ancho, el hematocele extra-peritoneal que se forma es más benigno que el precedente. El embarazo abdominal y ovárico son relativamente benignos para la enferma que, generalmente, llega á término del embarazo sin producir complicaciones. Sin embargo, á veces, produce fenómenos de compresión sobre órganos vecinos, dando albuminurias ligeras, oclusiones intestinales por rechazo del colon, dolores violentos en los miembros y cintura, por compresión de los plexos nerviosos.

La preñez ectópica intersticial es grave, y la del cuerno uterino rudimentario, si se deja abandonado á sí mismo, es mucho más grave. Según la estadística aparecida en el «Journal Russe» de Obstetricia, 1888, del Dr. Himmelfarb, de Odessa, de 35 casos observados de preñez uterina desarrollada en cuerno rudimentario: 24 mujeres murieron por ruptura del saco; 3 fetos se transformaron en litopedion; 7 laparatomías se hicieron para extraer el feto muerto; 1 feto solo llegó á término.

Durante los primeros meses el peligro está, como hemos dicho, en las septisemias, mientras que la probabilidad de las hemorragias disminuye.

La transformación del feto muerto en litopedion es una terminación feliz, pero son hechos raros; de 100 casos observados por Mattei, sólo 12 se

transformaron en dicho tumor. Multiples veces el feto muerto por su vecindad del intestino se contamina y da lugar á la infección del tumor, que agrava el pronóstico, tanto más cuando el organismo no se ha defendido, formando sus adherencias y no dando salida al abceso. Cuando en una mujer juntamente se desarrollan un embarazo uterino y una preñez ectópica, es un caso más grave que si fuera un embarazo normal evolucionando solo.

Muchas veces la preñez normal es interrumpida por el aborto uterino y sigue su gestación el huevo ectópico; otras veces el embarazo normal puede de seguir su curso, y el huevo ectópico muere ó aborta el huevo normal y muere el ectópico; es excepcional que los dos huevos lleguen en su gestación á término, expulsándose expontáneamente el primero y extrayéndolo por medio de una laparatomía al segundo. El pronóstico del embarazo ectópico para la madre en nuestros tiempos ha cambiado, y es menos grave que en tiempos pasados, mediante la vigilancia de las enfermas y los adelantos de la cirujía.

El pronóstico para el feto es grave, la mayoría de las laparatomías que se han hecho han comprobado que los fetos vienen con malformaciones

congenitales, como asimetrías craneanas, pie bot, espina bífida, que hacen incompatible su vida.

Según una estadística de Orillar, en 61 observaciones de fetos vivos á término extraídos por laparatomía, da :

17 fetos siguieron viviendo con salud.

30 murieron rápidamente antes de las 24 horas.

14 restantes murieron en épocas más ó menos lejanas y muchísimos de ellos venían con malformaciones.

Las recidivas es uno de los factores que obscurecen el pronóstico.

Ya hemos dicho que son mayores los casos que se presentan que lo creído por muchos autores, y que tienen una tendencia á evolucionar siguiendo el mismo tipo que el primer ataque ; por lo tanto, el pronóstico variará para cada caso especial ; pero en general se puede decir que es grave, porque la mayoría de los embarazos ectópicos recidivantes son tubarios y se terminan por ruptura.

TRATAMIENTO

Al recordar la evolución del huevo ectópico, las hemorragias mortales, peritonitis aguda, septisemias, supuraciones y otras complicaciones que suelen sobrevenir durante un embarazo ectópico y la rara transformación del producto de la concepción en litopedion, que es una terminación feliz, aunque no exenta de peligros, nos induce á pensar en la importancia que tiene para la vida de la enferma el tratamiento que se le va á instituir. Hoy el tratamiento aceptado es exclusivamente el quirúrgico.

Sólo se discute sobre la oportunidad y los detalles de la técnica operatoria.

Ya varios sabios han determinado en varios aforismos su manera de pensar. Westh dice : « la grossesse extra-uterine doit être considérée come une *tumuer maligne* ». Pinard dice : « Tout grossesse ex-

tra-uterine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale ».

Antes de empezar á describir el tratamiento racional, científico, que se aplica en nuestros días, haré una síntesis de los métodos empleados antigüamente y que tenían todos por único objetivo buscar la muerte del feto por medios artificiales, transformándolo en un tumor inerte ; de idéntica manera que hace la naturaleza en determinados casos de embarazos ectópicos.

Asi tenemos la cura por el hambre. Se pone á la paciente á dieta absoluta y purgantes « Ritgen » ; ligeras dosis de estrignina « Barnes » ; fricciones mercuriales ; administración de yoduro de potasio ; sangrías repetidas « Cazeaux » ; bolsas de arena colocadas sobre el vientre al nivel del tumor fetal ; inyecciones de ergotina « Janvrim ».

Todos estos tratamientos han sido dejados por inútiles y nocivos, recordándoseles sólo como curiosidades históricas. Existe un tratamiento usado por un reducidísimo número de ginecólogos, cual es la punción del quiste y la electricidad.

La punción del quiste tiene por objeto evacuar el líquido amniótico, efectuándose por medio de unos trocares finos ó capilares. La vía que se toma para la punción varía según el autor ; vagina, recto ó pared abdominal. Las estadísticas respecto al

resultado de estos tratamientos son verdaderamente alarmantes : de 12 pacientes sometidas á este método, 8 murieron. Además hay que contar los peligros de la peritonitis, etc. ; tiene este otro agregado, que su aplicación en determinados casos, punzando el quiste con pérdida de líquido amniótico, ha seguido la sobrevivencia y evolución del feto.

Algunos hacen inyecciones tóxicas de diversos líquidos en el interior del quiste, se toma una jeringa, se punza el quiste é inyecta la solución tóxica en el cuerpo del feto. Veremos que muchas son las complicaciones que suelen sobrevenir, como hemorragia interna, peritonitis, perforación de un ansa intestinal, etc.

El método por la electricidad ha tenido sus adeptos entusiastas en América y en Rusia. Lo emplean bajo tres formas : electropuntura, galvanización y faradización.

La electropuntura consiste en introducir agujas hasta el quiste, lo que es siempre molesto y peligroso.

Por medio de los otros métodos, se coloca el polo positivo que es una chapa ancha y buena conductora, sobre la pared abdominal y el polo negativo se aplica en el recto ó en la vagina. La duración del pasaje de la electricidad es de unos diez minutos.

Hoy se emplea exclusivamente la faradización.

Tampoco deja la electricidad de ser un tratamiento peligroso. Se citan casos de ruptura de la trompa producida por contracciones tubarias, originadas por la excitación eléctrica, entre otros, un caso que trajo la muerte de la enferma « Brother ». El tratamiento racional, es el quirúrgico que se reduce á extraer el feto, con ó sin saco. Empleando dos vías : la laparatomía y colpotomía. Cada una tiene sus indicaciones, pero ultimamente, con los adelantos de la asepsia y antisepsia, se decide por la primera.

Segond, presentó al Congreso de Ginecologia de Marsella, en 1898, una clasificación, la que seguiré en esta exposición :

Preñez ectra-uterina de menos de cinco meses, evolucionando normalmente. Cuando se encuentra un tumor ectópico llenando estas condiciones, se recurre á la laparotomía. Si uno llegara á encontrarse con un tumor de otra especie en vez del fetal, la intervención no estaría demás, puesto que sería también esta la conducta á seguir.

La extirpación del tumor ectópico, se hace como si se tratara de un tumor anexial de cualquier origen, dependiendo como se comprende las dificultades de la circunstancia del caso. A veces se encuentra con adherencias múltiples, resistente, en íntima relación con órganos que hay que respectar « como intestino » de manera que la liberación del tumor

es laboriosa, dejando superficies cruentas ; otras veces el tumor está solo ó facilmente librable.

Siempre al sacar un anexo hay que examinar el opuesto ; si está enfermo se extirpa.

Autores hay que al operar un embarazo ectópico, se encuentran con los anexos acompañados de lesiones inflamatorias y adherencias múltiples resistentes y vasculares, determinándose en tal caso por la histerectomía total ó parcial.

En embarazos intersticiales, donde la hemostasia es difícil, como la pediculización, la extirpación del útero se efectúa ; Kelly no quiere hacer, en semejantes casos, una operación tan radical y aconseja la abertura intrauterina del saco, por medio de una sonda ríjida que pasa por el interior de la cavidad uterina.

Algunos autores hacen la extirpación del tumor por la vía vaginal, por una colpotomía posterior, Segond, cuando se encuentra con lesiones dobles del anexo, hace la histerectomía vaginal.

En los tiempos presentes son pocos los cirujanos que se deciden por la vía vaginal, por la que, como sabemos, se trabaja á ciegas y sin comodidad. Era muy aceptable esta vía, cuando los principios de asepsia eran desconocidos, pero hoy que se opera con seguridad de tener todo esterilizado, la vía ab-

dominal es lo ideal, reuniendo todas las condiciones favorables para efectuar una feliz intervención.

La colocación ó no del drenaje en todas estas operaciones, depende de las circunstancias del caso y del criterio del operador.

Embarazo extra-uterino de menos de cinco meses, complicado.—Las complicaciones que sobrevienen en este período son de dos especies: hemorrágicas y sépticas.

Las complicaciones hemorrágicas son: hematosalpinx, hematocele enquistado, hematocele á poussée hemorrágico repetido é inundación peritoneal.

Cada una de estas variedades tiene un tratamiento diverso.

Hematosalpinx. — Su tratamiento es simple é idéntico á los de los embarazos ectópicos, que evolucionan normalmente, en ambos se enuclea el tumor.

Hematocele enquistado. — Puede tener diversos orígenes, pero la inmensa mayoría son debidos á hemorragias producidas por la ruptura del quiste fetal. Esa sangre no es muy abundante y se localiza, constituyendo el hematocele pelviano, llamado vulgarmente retro-uterino (Nelaton); peri-uterino por Gallard. Dicha sangre coagulada hace el papel de

cuerpo extraño, el peritoneo reacciona en su defensa y forma falsas membranas, enquistándolo en el fondo de saco de Douglas. Puede suceder que esté obliterado este fondo de saco por una lesión anterior ; entonces la sangre se acumula hacia adelante, entre la vejiga y el útero y constituye un hematocele pre-uterino.

Estos hematoceles al principio producen una cierta reacción peritoneal ostencible y á los pocos días pasa y queda un tumor sanguíneo, que produce generalmente trastornos leves de compresión sobre la vejiga, plexus nerviosos. Luego el coágulo disminuye de volumen por reabsorción lenta y todo desaparece. Pero esta terminación feliz es muy rara y en la generalidad de los casos el tumor aumenta de volumen por nuevas hemorragias, cuyos fenómenos de compresión son insoportables.

Estos tumores sanguíneos pueden evolucionar también hacia la supuración por una infección sobrevenida.

¿Qué conducta hay que observar en un hematocele enquistado ? La mayoría de los autores están contestes en que deben operarse todos los hematoceles de alguna importancia, porque nadie preverá las complicaciones diversas que pueden sobrevenir. Boully dice : cuando el hematocele es pe-

queño y no se complica hay que esperar su regresión natural.

Sobre la vía que se va á elegir para operar, existen opiniones diametralmente opuestas. Pozzi, Segond, prefieren la vía vaginal empleando la colpotomía.

Terrier y Taylor preconizan la laparatomía y critican á los sostenedores de la colpotomía de que hacen la operación á ciegas, no pudiendo evacuar completamente los coágulos, ni reconocer las lesiones anexiales, exponen á nuevas hemorragias ; mientras que con una laparotomía hecha con asepsia perfecta, se eliminan todos los coágulos y se examinan los anexos con toda facilidad.

Existen casos en que la vía vaginal está justificada. Cuando estamos enfrente de hematoceles antiguos supurados ó que ocupan el fondo de saco posterior, bombeando en éste, la colpotomía está indicada. La operación es benigna y fuera de peligro. Si el hematocele tiende á abrirse por la vagina, de una manera expontánea, es más racional hacer una laparatomía.

La vía abdominal consiste en hacer una laparotomía, abrir el saco hemático, evacuar con cuidado los coágulos, examinar los anexos y extirpar el que está enfermo.

La vía vaginal consiste en hacer una colpotomía.

Se hace una incisión transversal en el fondo de saco posterior, se hiere la bolsa y se saca los coágulos con los dedos, dejando drenaje.

Hematocele á pousse hemorrágico repetido.—Se emplea generalmente la vía abdominal porque se tiene más seguridad. En la colpotomía las diversas maniobras para sacar los coágulos pueden romper el saco.

Inundación peritoneal. — Es una de las complicaciones más graves que sobrevienen en el embarazo ectópico ; puede ser producido por un aborto tubo-abdominal. En la mayoría de los casos es debida á la ruptura de la trompa.

Esta hemorragia formidable y fulminante es tanto más grave cuanto la serosa peritoneal está más sana, puesto que la sangre no encuentra tabicamientos, se hace más difusa é invade toda la cavidad peritoneal, nadando las ansas intestinales en medio de ella. El estado de la enferma revela en sus síntomas una hemorragia interna intensa. En esos momentos emocionantes y críticos hay que intervenir sin pérdida de tiempo. Se hace la laparotomía sin hacer caso de la sangre derramada que oculta todo, sin titubear se va en busca del anexo enfermo, del foco que origina la hemorragia.

Se coloca una pinza y se la cohibe aquella inmediatamente, se liga y extirpa el anexo enfermo, se

saca toda la sangre derramada, en una palabra, se hace la toilette del peritoneo y sin pérdida de tiempo se cierra y sutura el vientre, dejando un drenaje en el fondo de saco posterior. El éxito de la operación depende de lo rápido de la intervención. Las inyecciones de suero fisiológico para levantar las fuerzas de la enferma, serán dadas antes y después de la operación á grandes dosis (mil ó dos mil gramos), según el caso; es aquí donde el suero obra verdaderos prodigios. Se completarán estas inyecciones con las de cafeina, aceite alcanforado, éter, según las indicaciones; calentar bien la cama y dejar á la enferma con la cabeza baja. Todos estos medios para combatir los accidentes post-hemorrágicos.

La intervención en presencia de estos casos es la conducta que siguen la mayoría de los cirujanos, pues da un 85 por ciento de éxitos, mientras que antigüamente con la expectación según estadística de Cestan, daba un 86 por ciento de mortalidad; luego la temporización en esta complicación del embarazo ectópico esperando que se haga la hemostasia expontánea es dejar morir á la enferma, si no en el primer ataque, por lo menos en el segundo ó tercero. Lawson Tait, de cuarenta y dos laparotomías ha tenido cuarenta éxitos.

Complicaciones sépticas.—Cuando un hematocele

enquistado se deja evolucionar solo, hemos visto que á veces entra en un período de regresión reabsorviéndose. Esta cura y terminación feliz es rara. Muchas veces el hematocele es infectado y se produce una fuente de supuración. Este pus tiende á hacerse camino por la pared abdominal y salir al exterior; excepcionalmente tiende á perforar la cavidad abdominal y producir una peritonitis sobre-aguda. La perforación del recto es frecuente y es precedida de fenómenos de rectitis. Su aparición da lugar á una diarrea negra y fétida, observándose la desaparición del tumor abdominal y la cura se hace:

Según que la supuración sea limitada, la lesión unilateral, uno debe de elegir la vía vaginal por ser menos peligrosa.

Cuando existen lesiones supurativas bilaterales en los anexos, poco accesibles, es mejor hacer la laparotomía.

Embarazo extra-uterino de más de cinco meses. —Varía el tratamiento según se nos presente el feto vivo ó muerto.

Tratamiento con feto vivo.—Se discute mucho la época evolutiva en que debe intervenirse. Cuando se encuentra un feto vivo y no viable, algunos cirujanos operan inmediatamente y no les interesa la vida del feto, del cual dicen que moriría debido

á las malformaciones que lleva en sí y que uno debe prodigar los cuidados á la madre.

Los demás cirujanos emplean un método más humanitario. Esperan que el feto vivo sea viable. Por consiguiente, observan de cerca la enferma.

Algunos autores van más lejos y bajo una expectación armada esperan que el feto esté cerca de término para intervenir. Pinard espera hasta 8 ó 9 meses (la mujer se coloca durante la evolución del embarazo bajo un reposo absoluto). Es bueno no esperar á los fenómenos de falso trabajo para intervenir, como aconseja Duncan, porque el feto muere rápidamente.

La laparotomía es la operación de base. La intervención consta de cuatro tiempos : incisión, extracción del feto, tratamiento de la placenta y tratamiento del saco.

Incisión : Son múltiples las incisiones ; cada cirujano preconiza alguna ; así : incisión mediana sobre la línea blanca, siguiendo el gran eje del tumor, borde externo del recto, paralelo y arriba del arco de Fallopeo, una incisión longitudinal y transversal combinada.

De todas estas incisiones la que se emplea más comúnmente es la primera.

Extracción del feto : Cuando se está frente del quiste fetal, se le aisla y con el bisturí se le in-

cinde, se introduce la mano, se toma del pie el feto y se le extrae lo más pronto posible.

Se coloca una pinza sobre el cordón, se le liga y corta.

La incisión del quiste se busca siempre de hacerla de manera de no caer sobre la inserción de la placenta, pero existen cirujanos que no toman este reparo y cortan en pleno tejido placentario.

Tratamiento de la placenta : De diversas maneras se puede tratar la placenta. Dejándola en su sitio abandonada en el abdomen, dejándola en su sitio, pero drenando, y por último se puede extirparla.

El procedimiento primero es peligroso. Sabemos que en un momento dado puede dejar de existir ó infectarse, estando tan vecina de un órgano tan séptico como el intestino.

El segundo procedimiento es recomendado por Pinard. Se saca el niño, se corta el cordón, una vez que deje de escurrir bien la sangre, se fija la bolsa del quiste á la pared y se coloca gasa esterilizada en su interior, la placenta se elimina á pedazos al cabo de dos ó tres semanas. Este método no exento de complicaciones, las hemorragias secundarias, las infecciones y la eventración puede sobrevenir.

El último método es el de extirpación total de la placenta del sitio de su inserción, es muy bueno

el método, pero á veces se acompaña de hemorragias tan intensas y graves que hace titubear el elegir este método. Sin embargo, en determinados casos se encuentra en la obligación de elegir este método. Cuando estamos enfrente de un embarazo con feto libre en la cavidad abdominal y como no tiene saco no existe más recurso que sacar la placenta. Uno está obligado á levantar la placenta cuando por una causa cualquiera la placenta se encuentra un poco desprendida y da origen á hemorragias un tanto alarmantes. Es necesario, en esos casos, concluir de desprender totalmente la placenta y taponar fuertemente si continuara saliendo sangre.

Tratamiento del saco : Se discute mucho sobre su tratamiento. Existen dos procedimiento : uno llamado radical, que consiste en recurrir á la ablación total del saco, feto y placenta. Es un procedimiento ideal que día á día va ganando más prosélitos ; pero á veces se está obligado á dejar parte del saco por las adherencias y entonces se recurre á este otro método llamado marsupialización, que consiste en fijar el saco á la pared abdominal, procurando hacer caminar la aguja por las capas superficiales, no penetrando en el interior del saco. Si se quiere se puede resecar parte de la pared del quiste, si es muy grande su extensión.

Algunos aconsejan el drenaje vaginal, otros no lo recomiendan. A la bolsa se le hacen curaciones y lavajes con soluciones débiles de permanganato de potasio, agua oxigenada muy extendida.

Feto muerto.—Cuando la muerte del feto es reciente, existe una gran vascularización y el peligro de las hemorragias al extirpar el tumor es un accidente grave. Por esto es que los cirujanos no están de acuerdo sobre la oportunidad operatoria.

Pozzi es partidario de la laparotomía precoz y dice que cuando algunos casos la fiebre y demás signos de septisemias se presentan, lejos de contraindicar la intervención la hacen más urgente.

Werth espera unos días después de la muerte del feto hasta que la circulación interplacentaria se encuentra disminuída por obliteraciones que sobrevienen. La época que calcula para operar es de dos meses.

Kirhley opera á los tres meses.

Litzmann opera á los cuatro meses.

Pinard espera el retorno de las reglas.

La época de operar es de cuatro á seis semanas.

Parry es partidario de la expectación indefinida y deja á la naturaleza obrar para esperar que la transforme en litopedion.

Se presenta nuevamente la pregunta : ¿qué debe

de hacerse con el saco y qué vía se tomará para la operación ?

De la extirpación total del saco por una laparotomía mediana es partidario Pozzi ; es ideal el método teóricamente (salvo el caso de feto libre en la cavidad peritoneal) ; pero en la práctica la fijación del saco y marsupialización se recurre en la mayoría de los casos, porque se encuentra casi siempre con adherencias íntimas y vascularizadas tan engorrosas de desprenderla y en conexiones con órganos que hacen toda tentativa peligrosa y se reduce uno en optar por fijar el saco que es una operación sencilla y benigna.

En algunos embarazos ectópicos con feto muerto que se encontraba desarrollando entre las hojas del ligamento ancho, se hace la laparotomía lateral paralela al ligamento de Poupar, se encuentra con el quiste y se extirpa sin entrar en el peritoneo.

Embarazo de más de cinco meses con feto muerto después de mucho tiempo.—Cuando el feto hace mucho que ha muerto y que la tolerancia del tumor se encuentra establecida por la transformación en litopedion, la mayoría no trepida en operar, y Pozzi dice que hay que intervenir para preveer tantas sorpresas desagradables que en el futuro se pueden presentar, como la infección del saco, etc.

La vía vaginal se ha empleado mucho y se sigue

actualmente en los casos que el quiste fetal ocupa y bombea el fondo de saco posterior.

La vía abdominal es preferible y se emplea hoy.

Quistes fetales antiguos supurados con fístulas.— Cuando se presenta un quiste supurado, la intervención se impone, tanto más urgente cuanto la propagación de la infección nos revela por sus signos; pero por suerte estas complicaciones son muy raras y la enfermedad se reduce á la bolsa supurativa: extraer el feto y el saco infectado.

La laparotomía es la operación de elección; evita maniobras ciegas, largas y complicadas, como la empleada por algunos, como Müller: la talla vaginal; la colpotomía y talla supra-pubiana por Werth, etc.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

OBSERVACION I

Hospital Pirovano.—Servicio del doctor Marcelo Viñas.

María L., 24 años, argentina, casada, domiciliada en Belgrano.

Fecha de entrada : julio 20 de 1906.

Antecedentes hereditarios. — El padre murió de neumonía y la madre de cáncer al estómago. Tiene tres hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales.—Sarampión y coqueluche en la infancia. Comenzó á reglar á los trece años, sin dolores ; sangre normal, cantidad regular, duran tres á cuatro días. Se casó á los veinte años, tuvo dos embarazos á término con partos normales y fetos vivos. Tuvo un aborto de dos meses, quedando bien. Hace como tres meses que le falta la menstruación ; tiene náuseas, vómitos y otros sín-

tomas subjetivos que le hacen creer en un embarazo.

Enfermedad actual.—Una mañana, durante sus quehaceres domésticos habituales, se sintió presa súbitamente de un dolor agudísimo en el bajo vientre, predominando en el lado izquierdo, acompañado de vómitos y lipotimias; su cara palidece intensamente; la familia aflijida solicita el servicio de urgencia del hospital, cuyo practicante aconseja la hospitalización de la enferma.

Estado actual.—Mujer de constitución robusta, regular cantidad de tejido adiposo. Llama la atención la palidez acentuada de todos los tegumentos; la descoloración de las mucosas, los accesos sincopales, los vómitos, las náuseas. El pulso frecuente y pequeño, 140 pulsaciones por minuto, respiraciones 45, con una angustia respiratoria por anoxemia, 36,5 grados centígrados de temperatura; las extremidades frías, sed intensa; en una palabra, todo el cortejo de síntomas que acompañan las hemorragias internas copiosas. El examen físico del vientre lo revela doloroso á la palpación; un poco de defensa muscular. A la percusión una zona de matitez en la región iliaca izquierda. En las partes genitales se nota la vulva de un color violáceo; el tacto acompañado de la palpación bimanual comprueba un cuello y cuerpo de útero voluminoso, rechazados

hacia el pubis y el fondo de saco posterior ocupado por un tumor de sensación blanda.

Diagnóstico.—Embarazo tubario. Ruptura de la trompa é inundación peritoneal.

Operador : doctor Consigliere—Anestesia : Eter.

Tratamiento—Intervención.—Sin pérdida de tiempo se inyecta 1000 gramos de suero fisiológico para levantar las fuerzas de la enferma que está casi exangüe y se opera. Se hace una laparotomía mediana infraumbilical. Al llegar al peritoneo se nota que tiene un color negruzco ; se incinde y hace irrupción una cantidad de sangre líquida y coagulada que llena el campo operatorio. Sin titubear se va en busca del foco hemorrágico y se encuentra que es la trompa con una desgarradura. Se coloca una pinza y cohibiendo la hemorragia se nota al lado de la desgarradura una placenta con un cordón que la une á un feto que nada en la cavidad peritoneal. Se extirpa el anexo enfermo, se extrae el feto y la sangre que se encuentra esparcida por el interior de la cavidad peritoneal (alrededor de dos mil gramos). Se cierra suturando la cavidad en tres planos, dejando un drenaje. En el momento de la operación se hace una inyección dermoclítica de 500 gramos de suero. Se lleva á la cama previamente calentada y se le coloca con la cabeza baja. A las doce horas se le hace otra inyección de suero de

500 gramos, alternando con inyecciones de cafeina, éter y aceite alcanforado. Al día siguiente el estado general de la enferma mejora, el pulso se hace menos frecuente y más tenso. A los cuatro días se saca el drenaje; á los treinta días sana, se da de alta (20 de agosto de 1906).

OBSERVACION II

Servicio del doctor Marcelo Viñas.—Sala 3ª, cama número 24.

Catalina M., 33 años, casada, italiana, domiciliada en Paseo de Julio.

Fecha de entrada.—26 de enero de 1907.

Antecedentes hereditarios.—Padre murió de una afección al corazón. La madre vive, tiene 80 años. Tiene 4 hermanas sanas.

Antecedentes personales.—Sarampión y escarlatina en su infancia. Regló por primera vez á los 11 años, siendo siempre regulares, abundantes, indoloras, durando de 3 á 4 días.

Se casó á los 15 años; á los pocos días observa que le escurre por la vulva un flujo amarillento que le hacía arder mucho la uretra al orinar. Bajo un tratamiento médico, curó á las cuatro semanas. A los 4 meses de casada tiene un aborto de dos

meses, quedando bien. Ha tenido seis embarazos con partos normales y fetos vivos.

Enfermedad actual.—Hace tres meses que se encuentra embarazada, notando del lado derecho pequeñas molestias, á las que no les hizo caso. Una mañana al levantarse siente un dolor intenso en el bajo vientre, del lado derecho, acompañado de náuseas y vómitos que la obligan á quedarse en cama. Llaman á un facultativo, quien aconseja reposo absoluto, bolsa de hielo en el vientre y lavajes calientes, etc.

A los quince días se levanta y al cabo de otros tantos vuelve á repetirle el mismo ataque, pero más intenso. Llaman á un médico, quien aconseja el internado.

Estado actual.—Mujer de constitución delgada, palidez marcada de los tegumentos, mucosas anemiadas, pulso frecuente, 120 por minuto, 30 respiraciones por minuto, temperatura 36.8; las náuseas y vómitos se repiten continuamente. El vientre es doloroso á la palpación. La percusión no da nada de anormal.

El examen de los órganos genitales revela el útero aumentado de volumen y rechazado hacia delante, el fondo de saco posterior ocupado por un tumor limitado, separado del útero por surco; una pequeña cantidad de sangre escurre por el cuello.

Diagnóstico.—Embarazo tubario. Ruptura tubaria. Hematocele.

Operador : doctor Abalos.

Anestesia : cloroformo.

Tratamiento.—Laparotomía mediana infra-umbilical.

La trompa aumentada de volumen, con una desgarradura, dejando entrever un feto, el fondo de Douglas se extraen sangre líquida y coágulos frescos y debajo de ellos coágulos viejos rodeados de adherencia. Se extirpa la trompa enferma ; se hace la toilette y se sutura la cavidad en tres planos y se deja drenaje. A los 20 días se da de alta curada (febrero 14 de 1907).

OBSERVACION III

Hospital Pirovano.—Servicio del doctor Marcelo Viñas.—Sala 3ª, cama número 6.

Lorenza M., argentina, casada, 24 años, domiciliada en Villa Urquiza, calle Forest.

Fecha de entrada.—29 de agosto de 1908.

Antecedentes hereditarios.—El padre ha muerto, no sabe de qué enfermedad. La madre de tuberculosis. Tuvo un solo hermano; murió tuberculoso.

Antecedentes personales. — Sarampión á los 8 años. Regló á los 14 años, regulares, abundantes, dolorosas; duran de 4 á 5 días. Se casó á los 20 años; al año tiene un parto normal con feto vivo. Cinco meses después del primer parto, tuvo un aborto de un mes y medio. Luego tuvo una afección pruriginosa, probablemente sarna. Al poco tiempo queda embarazada, tiene un parto normal, con feto vivo.

Enfermedad actual.—Hace tres meses se encuentra embarazada y una tarde se siente presa de un dolor agudísimo en el bajo vientre ; vómitos y gran hemorragia salía por el cuello del útero. En vista del estado de la enferma llaman á un médico que aconsejó el inmediato internado, hospitalizándose.

Estado actual.—Mujer bien constituída, regular panículo adiposo. Los síntomas objetivos y subjetivos revelan una hemorragia interna de mediana intensidad. A la palpación acompañada del tacto, se nota el fondo de saco posterior é izquierdo ocupado por un tumor blando, renitente, independiente del útero.

Diagnóstico.—Embarazo tubario. Ruptura tubaria. Hematocele.

Operador : doctor Marcelo Viñas.

Anestesia : Cloroformo.

Intervención.—Laparotomía mediana infraumbilical, ablación del anexo izquierdo ; se deja drenaje por 8 días ; la enferma evoluciona bien y á los 22 días se da de alta curada.

OBSERVACION IV

Hospital Pirovano.—Servicio del doctor Marcelo Viñas.—Sala 3ª, cama número 2.

AIex A., 32 años, alemana, casada, domiciliada en Villa Urquiza.

Fecha de entrada al servicio—12 de septiembre de 1908.

Antecedentes hereditarios. — El padre murió de una afección cerebral á los cincuenta y ocho años. La madre vive aún; tiene 73 años. Tiene cuatro hermanos sanos.

Antecedentes personales.—Siempre sana. Regló á los 16 años, poca sangre, dolorosas, irregulares. Se casó á los 23 años. Desde entonces la menstruación se ha regularizado. Tuvo tres embarazos á término con partos normales y fetos vivos.

Enfermedad actual.—La enferma nota que hace tres meses que las reglas son escasísimas en can-

tidad, poco dolorosas ; que sus mamas se han puesto turgentes. El 8 de septiembre andando por la tarde paseando, siente un dolor agudo en el bajo vientre que la obliga á irse en la cama ; se le calma el dolor y se levanta á las pocas horas. El día 10 entragada á sus quehaceres vuelve á repetirle el dolor, pero más intenso ; á las doce horas empieza á perder sangre por la vulva ; llaman al hospital, cuyo practicante recomienda internarla.

Estado actual. — Llega en un estado de anemia profundo, tegumentos y mucosas descoloridas, accesos sincopales, respiración anhelante, 45 por minuto, pulso frecuentísimo, filiforme, 150 por minuto ; temperatura 36,3 grados centígrados, inteligencia conservada. El examen del vientre dolorosísimo. El examen físico de los órganos genitales constata el fondo de saco posterior ocupado, el útero rechazado hacia adelante, por la vulva escurre una gran cantidad de sangre.

Diagnóstico.—Embarazo tubario. Ruptura tubaria. Hematocele cataclísmico.

Operador : doctor Coronel.

Anestesia : Eter.

Tratamiento.—Laparotomía mediana infra-umbilical. El vientre se encuentra inundado en sangre, se encuentra la trompa rota y un feto nadando en la cavidad. Se liga y extirpa la trompa. Se sutura

y deja drenaje. Grandes dosis de suero fisiológico se le inyecta. La enferma sigue en un estado gravísimo durante todo el día, se hace inyecciones de aceite alcanforado, cafeina y eter. Al día siguiente entra en una mejoría que se acentúa en los días sucesivos. A los 35 días se da de alta (noviembre de 1908).

OBSERVACION V

Hospital Pirovano.—Servicio del doctor Marcelo Viñas.—Sala 3ª, cama número 16.

Amelia S. de S., 21 años, argentina, casada, domiciliada en Belgrano, calle Moldes.

Fecha de entrada.—Noviembre 5 de 1908.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió de cáncer; la madre vive, padece de cólicos hepáticos. Tiene tres hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales.—Sarampión cuando muy niña. Regló á los 13 años; duran las reglas 6 días, dolorosas, abundantes, regulares. Contrajo matrimonio á los diez y siete años. Tuvo un embarazo á término con parto normal y feto vivo. Hace dos años padeció de un aborto de tres meses, quedando en buen estado.

Enfermedad actual.—Hace un año que viene notando dolores en el vientre que se exasperan du-

rante los períodos menstruales ; en septiembre los dolores recrudecen en intensidad y se hacen continuos. Llaman á un médico, quien le atenúa la dolencia mediante un tratamiento apropiado, esa misma tarde nota con sorpresa que le escurre un poco de sangre negra por la vulva. A los pocos días recurre al hospital para examinarse.

Estado actual.—Mujer de regular constitución física, poca cantidad de tejido adiposo ; las vías respiratorias, circulatorias y digestivas bien. Pulso frecuente, 110 por minuto, 30 respiraciones. Temperatura 37 grados. La piel y mucosas un poco anemiadas ; el examen físico de los órganos genitales constata la vagina blanda, el cuello del útero grande, el cuerpo en retroflexión y grande. Del lado derecho se toca un tumor que no forma cuerpo con la matriz, separado de éste por una especie de surco. Del interior del útero escurre un poco de sangre.

Diagnóstico.—Embarazo tubario. Ruptura de la trompa. Hematocele.

Anestesia : Cloroformo.

Operador : doctor Viñas.

Tratamiento.—Laparotomía mediana infra-umbilical. La trompa derecha grande, asiento del tumor ectópico, es extirpado juntamente con el ova-

rio ; se liga y sutura la pared. La herida cierra por primera intención. A los 20 días se le da de alta curada (noviembre 25 de 1908).

OBSERVACION VI

Hospital Pirovano.—Servicio del doctor Marcelo Viñas.—Sala 3ª, cama número 11.

María B., 19 años, casada, italiana, domiciliada en Belgrano, calle Freyre.

Fecha de entrada.—30 de diciembre de 1908.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Siempre ha sido sana. Sus primeras reglas las tuvo á los trece años, poco dolorosas, escasas, regulares; duran de uno á dos días. Contrajo matrimonio á los diez y ocho años; tuvo un embarazo á término y parto normal, con feto vivo.

Enfermedad actual.—Hace como tres meses que nota síntomas subjetivos de embarazo, le falta la menstruación, tiene vómitos y lipotimias. El día 29 de diciembre, estando acostada siente un dolor intenso como si se le hubiera desgarrado algo en su

interior ; tiene vómitos toda la noche, escalofríos, una debilidad extrema, solicita los auxilios del hospital, aconsejando el practicante el internado inmediatamente.

Estado actual.—Mujer delgada, escaso panículo adiposo, tiene una palidez acentuada de todos los tegumentos y mucosas ; tiene vómitos frecuentes, pulso pequeño, 130 por minuto, respiraciones 35 ; temperatura 36,8 grados centígrados.

El abdomen es doloroso á la presión y expontáneamente ; existe una defensa muscular en la fosa iliaca derecha ; á la percusión da matitez.

Se practica el tacto vaginal acompañado de la palpación bimanual y se constata los fondos de saco laterales y posterior ocupados ; el útero rechazado contra el pubis.

Diagnóstico.—Embarazo ectópico. Ruptura de la trompa. Inundación peritoneal.

Operador : doctor Carlos Coronel.

Anestesia.—Eter.

Intervención.—Incisión de apendicitis ; se llega al peritoneo, se incinde y da salida á una gran cantidad de sangre ; toda la cavidad está inundada de dicho líquido ; se busca el anexo, se liga y extirpa. Se extrae un feto que nada en la cavidad peritoneal. Se hace la toilette, se sutura. Se deja drenaje, el

que se saca á los ocho días. La enferma se levanta á los diez y ocho días y se da de alta á los veinticinco, curada (enero 24 de 1909).

OBSERVACION VII

Hospital Pirovano.—Servicio del doctor Marcelo Viñas.—Sala 3ª, cama número 2.

Elisa L. de G., italiana, casada, domiciliada en Belgrano, calle Congreso.

Entrada al servicio—25 de marzo de 1909.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sarampión y dipteria en la infancia; luego ha sido siempre sana. Regló por primera vez á los 13 años, siendo regulares, indoloras, abundantes, durando de 5 á 6 días. Contrajo matrimonio á los 19 años; tuvo dos embarazos á término con partos normales y fetos vivos. Hace tiempo que padece de un flujo amarillento que le mancha las ropas interiores.

Enfermedad actual.—Hace como dos meses que se encuentra embarazada, dolores en el bajo vientre, le molestan continuamente, observando con sorpre-

sa que le escurre un poco de sangre color negra por la vulva, coincidiendo con la época menstrual. En la noche del 24 de marzo, al acostarse, siente un dolor intenso en un lado del bajo vientre; llaman al doctor Canevari, quien aconseja la intervención inmediata, solicitando la familia la ambulancia del hospital.

Estado actual.—Mujer bien constituída, de una palidez intensa, las mucosas descoloridas, pulso frecuente y pequeño, 160 pulsaciones por minuto, 45 respiraciones, temperatura 36,4; tiene vómitos y lipotimeas; el vientre es doloroso expontáneamente, dolores que se exacerban á la palpación. En la fosa ilíaca izquierda existe defensa muscular. El examen genital revela el útero grande, rechazado hacia el pubis; los fondos de saco lateral izquierdo y posterior ocupados.

Diagnóstico. — Embarazo tubario. Ruptura tubaria. Hematocele cataclísmico.

Operador: doctor Cánepa.

Anestesia: Eter.

Tratamiento. — Laparotomía infra-umbilical. Se encuentra la cavidad peritoneal inundada de sangre, líquida y coagulada; se ve un feto como de dos meses nadando en dicho líquido; se coloca una pinza de la trompa enferma, se cohibe la hemorragia, se extirpa el anexo, se extrae el feto, se hace

la toilette de la cavidad y se cierra en tres planos el vientre, dejando drenaje.

Se hace antes y después de la operación 1000 gramos de suero fisiológico; inyecciones de éter y cafeina. La enferma se repone rápidamente y el 28 de abril se da de alta curada.

OBSERVACION VIII

Hospital Pirovano.—Servicio del doctor Marcelo Viñas.—Sala 3ª, cama número 11.

Olga B., 28 años, casada, italiana, domiciliada en Núñez, calle Congreso.

Entró á la sala el 29 de marzo de 1909.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sana durante su niñez. Regló á los 15 años, regulares, algo dolorosas, abundantes; duraban de 4 á 5 días. Se casó á los 25 años y ha tenido dos embarazos con partos normales y fetos vivos. Padece de un flujo de color amarillento que le hace arder mucho al orinar; los primeros días de su aparición, por medio de lavajes por prescripción médica, se curó.

Enfermedad actual.—Desde hace unos dos meses que está embarazada; á pesar de lo cual en las épocas menstruales le sale un poco de sangre, cosa

que no le había pasado en los otros embarazos. Siente algunas molestias en el vientre en la fosa iliaca izquierda. El día 29 de marzo al acostarse se siente súbitamente presa de un dolor en el bajo vientre y unos mareos continuos. Viendo que estos trastornos aumentaban llaman á un facultativo concurriendo el doctor Canevari, quien diagnostica rápidamente la afección y aconseja la intervención inmediata.

Estado actual.—Mujer de constitución buena, algo delgada, una palidez marcadísima de los tegumentos, las mucosas pálidas, el pulso filiforme, la respiración anhelante, sudores profusos, sed intensa, temperatura 36.1. Organos respiratorios, circulatorios y digestivos normales. El examen genital deja ver sangre que sale del cuello, útero grande y rechazado hacia delante, el fondo de saco posterior ocupado por un tumor grande.

Diagnóstico.—Embarazo tubario. Ruptura de la trompa é inundación peritoneal.

Operador : doctor Coronel.

Anestesia : Eter.

Tratamiento.—Laparotomía infra-umbilical. Se ve toda la cavidad peritoneal llena de sangre y un feto libre ; se encuentra en la trompa izquierda una

desgarradura. Se extirpa el anexo enfermo, se cierra la cavidad y se deja drenaje. A los 45 días se da de alta curada (13 de mayo de 1909).

OBSERVACION IX

Hospital Pirovano.—Servicio del doctor Marcelo Viñas.—Sala 3ª, cama 28.

Juana R. de B., casada, argentina, 34 años, domiciliada en Belgrano.

Entró al servicio—24 de febrero de 1910.

Gran parte de la historia del presente caso fué referida galantemente por el doctor Correa, quien tuvo la oportunidad de asistirla.

Antecedentes personales y hereditarios.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Dice la enferma que hace unos tres meses que se cree embarazada. No ha notado nada de particular en este lapso de tiempo, sólo unos pequeños dolores en un costado. En la tarde del 24 de febrero al hacer un esfuerzo es atacada súbitamente de un dolor en el bajo vientre, especialmente en el lado izquierdo, que se acom-

pañó de un desmayo, teniendo que acostarse. La familia llama al doctor Correa, quien encuentra á una mujer con todos los síntomas de una hemorragia interna ; el examen físico de los órganos genitales constata los fondos de saco ocupados por un tumor blando y renitente ; el útero rechazado hacia adelante, un poco de sangre escurre por el cuello de la matriz. No tarda en hacer el diagnóstico de embarazo tubario, con ruptura de la trompa é inundación peritoneal. Aconseja la intervención inmediata, solicitando el servicio de urgencia del hospital.

Estado actual.—Mujer bien constituída, con una palidez intensa, mucosas descoloridas, pulso inconstable, respiración anhelante, temperatura 35°8 ; la inteligencia lúcida, sed intensa, extremidades frías, sudores profusos y accesos sincopales, se repiten continuamente.

Mientras se examina la enferma, se hace una inyección intra-venosa de suero fisiológico (500 gramos), inyecciones de éter y cafeina para estimular el estado crítico de la paciente. Instantes después quedó en síncope, á pesar de los esfuerzos que se le prodigaron y apelando á los medios terapéuticos más enérgicos fué imposible reanimarla.

Juan B. Cestino.

Mayo de 1910.

Buenos Aires, Mayo 6 de 1910.

Nómbrase al señor consejero Dr. E. Bazterrica, al profesor titular Dr. S. Molina y al profesor suplente Dr. J. Salvador, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Artículo 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.

R. S. Gómez.

Secretario.

Buenos Aires, Mayo 10 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta Nº. 2178 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. S. Gómez.

Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.

Conducta del cirujano en presencia de un embarazo ectópico diagnosticado.

E. Bazterrica.

II.

El forceps en que casos se usa.

S. Molina

III.

Anatomía y fisiología de la trompa Falopio.

Jaime Salvador.