



N.º 2777

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EMBARAZOS EXTRA—UTERINOS

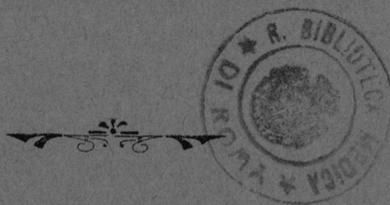
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO PLANES

Practicante de vacuna (1906—1907)
Practicante menor del Hospital Vecinal San Carlos (1909—1910)
Practicante mayor del Hospital Vecinal San Carlos (1910—1911)
Practicante menor rentado del Hospital Torcuato de Alvear (1911—1912)
Practicante mayor rentado del Hospital Torcuato de Alvear (1913—1914)
Practicante menor de la Asistencia Pública de La Plata (1913—1914)



BUENOS AIRES

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

845 — Junín — 863

1914

EMBARAZOS EXTRA-UTERINOS



Año 1914

N.º 2777

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EMBARAZOS EXTRA—UTERINOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO PLANES

Practicante de vacuna (1906—1907)

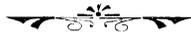
Practicante menor del Hospital Vecinal San Carlos (1909—1910)

Practicante mayor del Hospital Vecinal San Carlos (1910—1911)

Practicante menor rentado del Hospital Torcuato de Alvear (1911—1912)

Practicante mayor rentado del Hospital Torcuato de Alvear (1913—1914)

Practicante menor de la Asistencia Pública de La Plata (1913—1914)



BUENOS AIRES

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

845—Junín—863

1914

*Mi
E. J.*

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

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

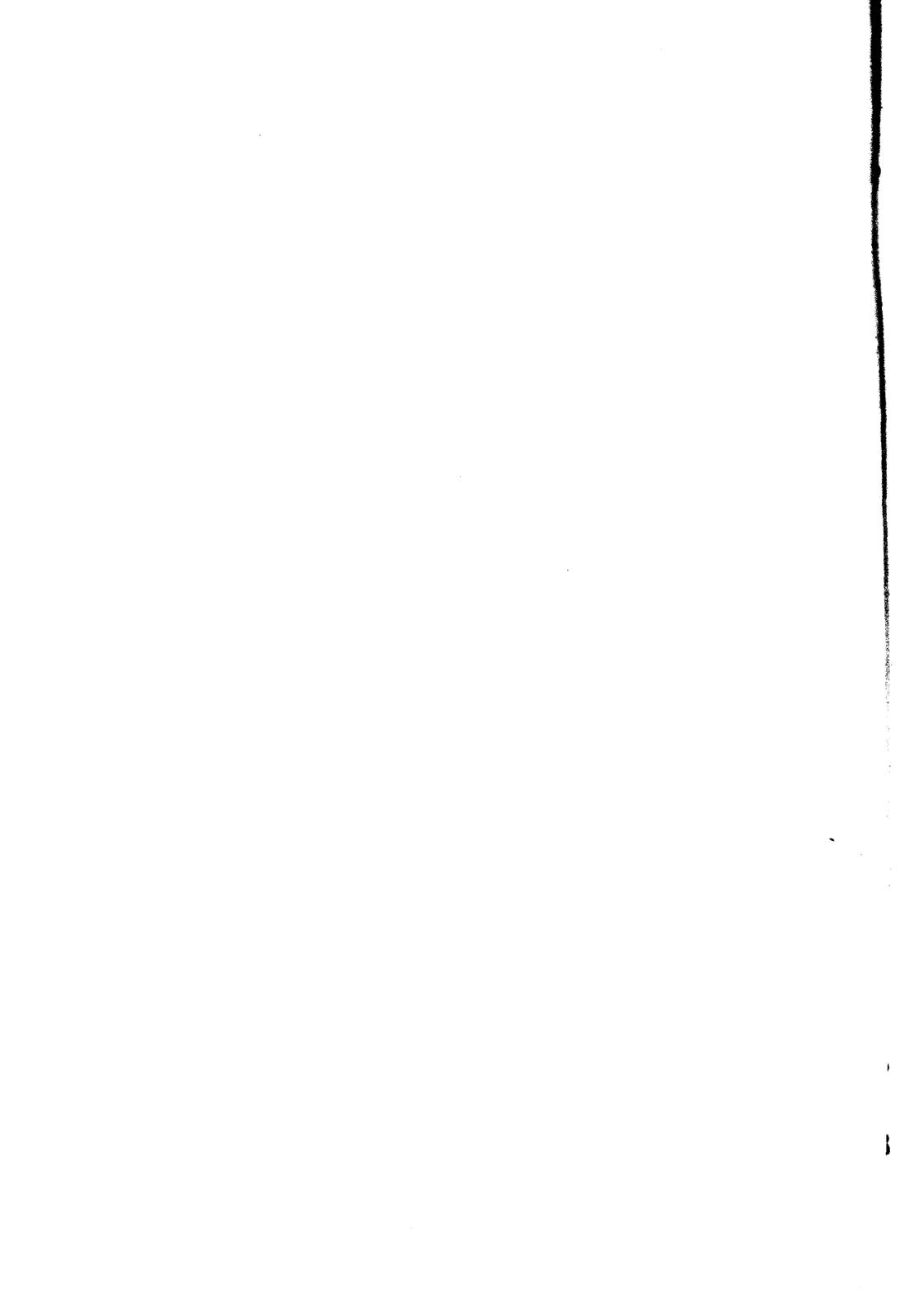
Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » DIÓGENES DECOUD
21. » » BALDOMERO SOMMER
22. » » FRANCISCO A. SICARDI
23. » » DESIDERIO F. DAVEL
24. » » DOMINGO CABRED
25. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL.

* » MARCELINO HERRERA VEGAS

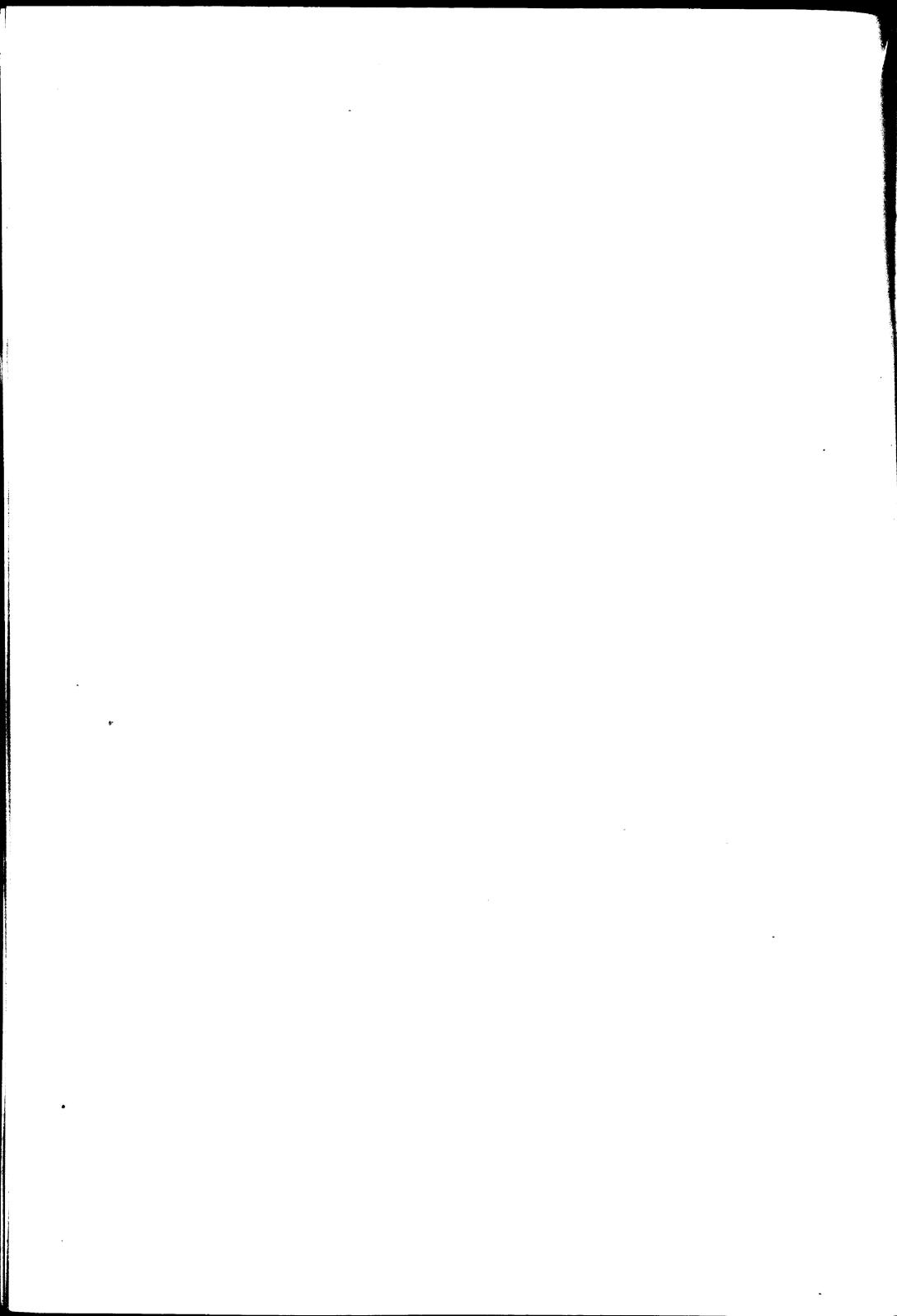


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

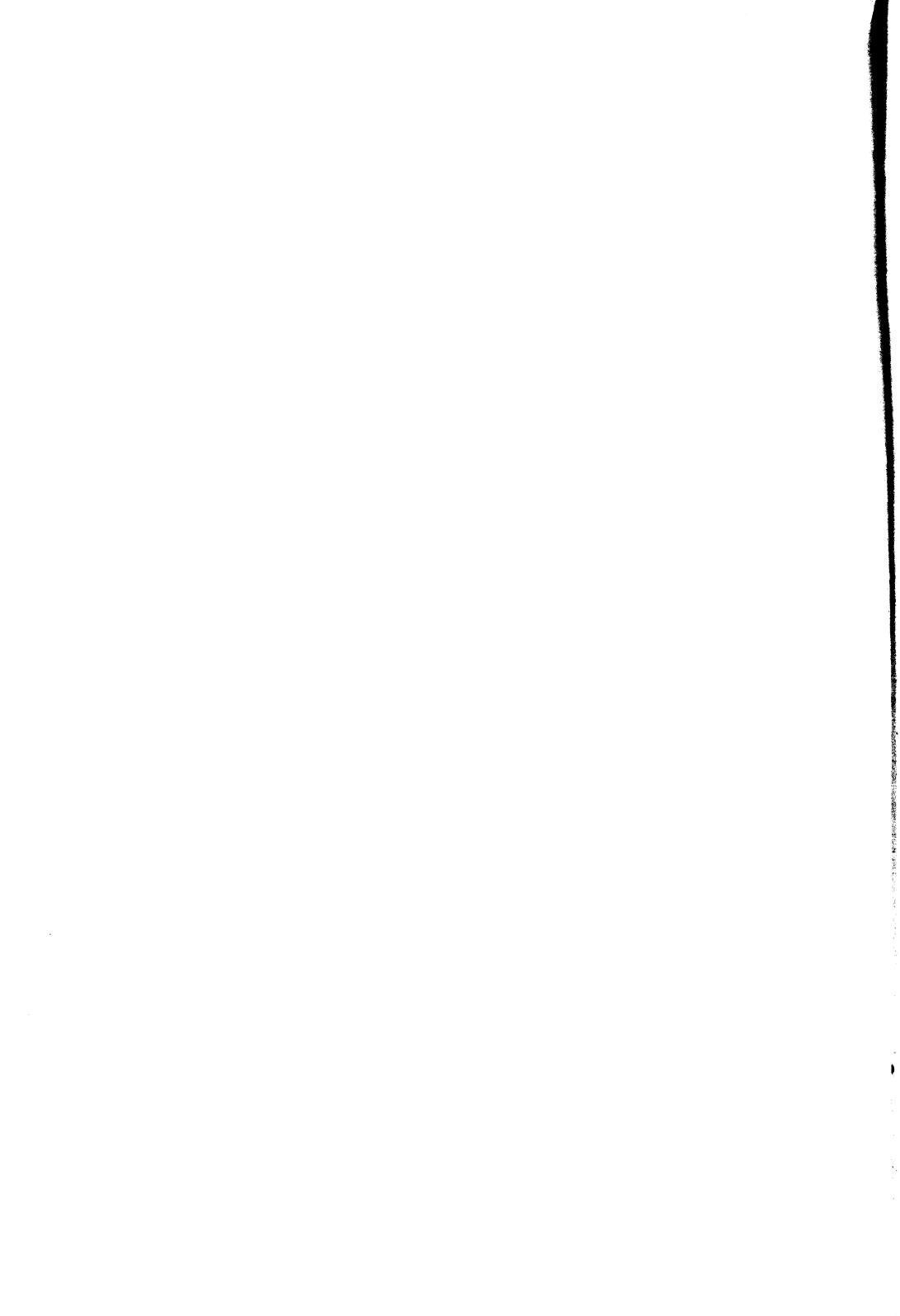
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMAGO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » JUAN A. BOERI (suplente)
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» J. T. BACA

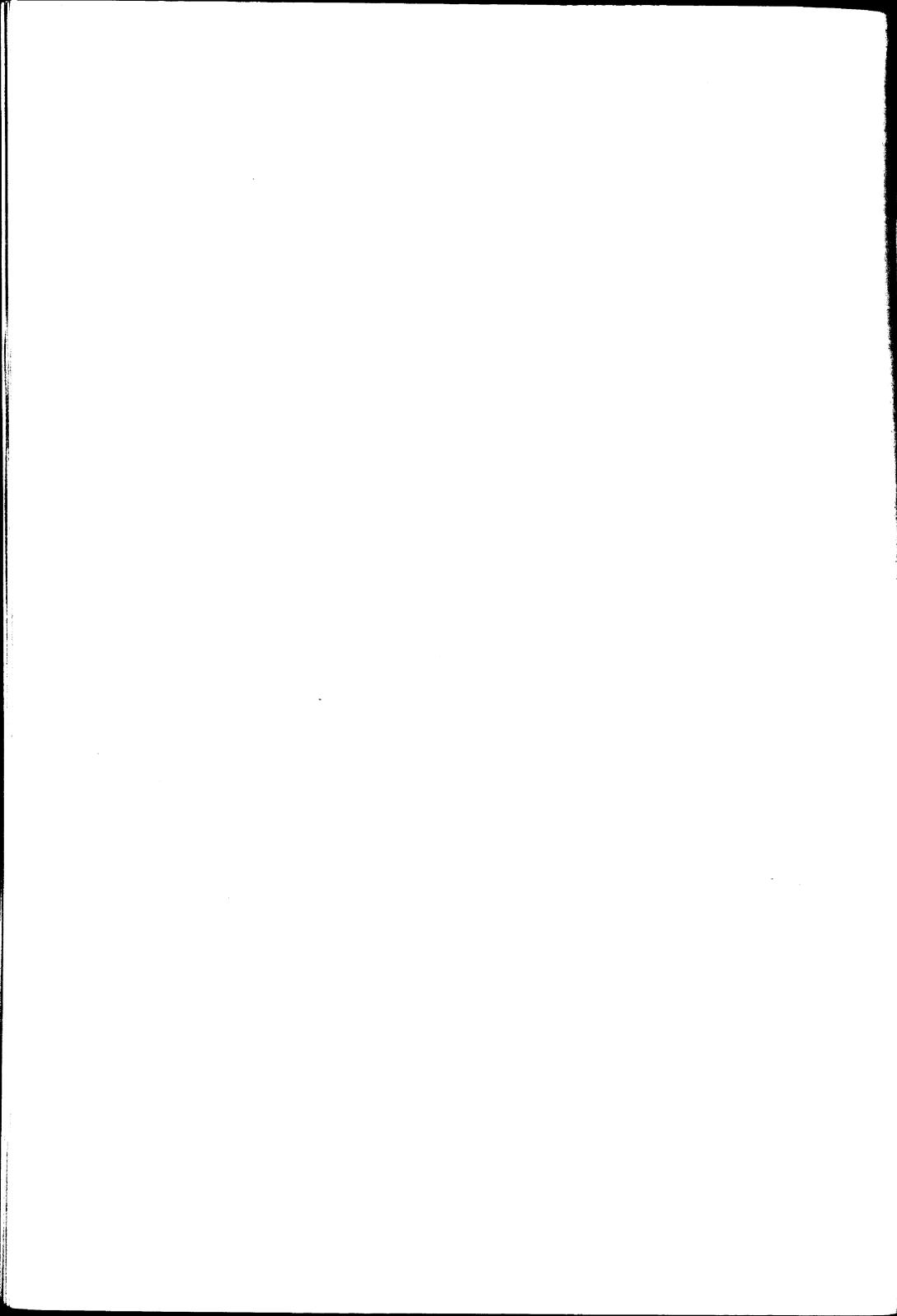
» J. Z. ARCE

» P. N. ARATA

» F. DE VEYGA

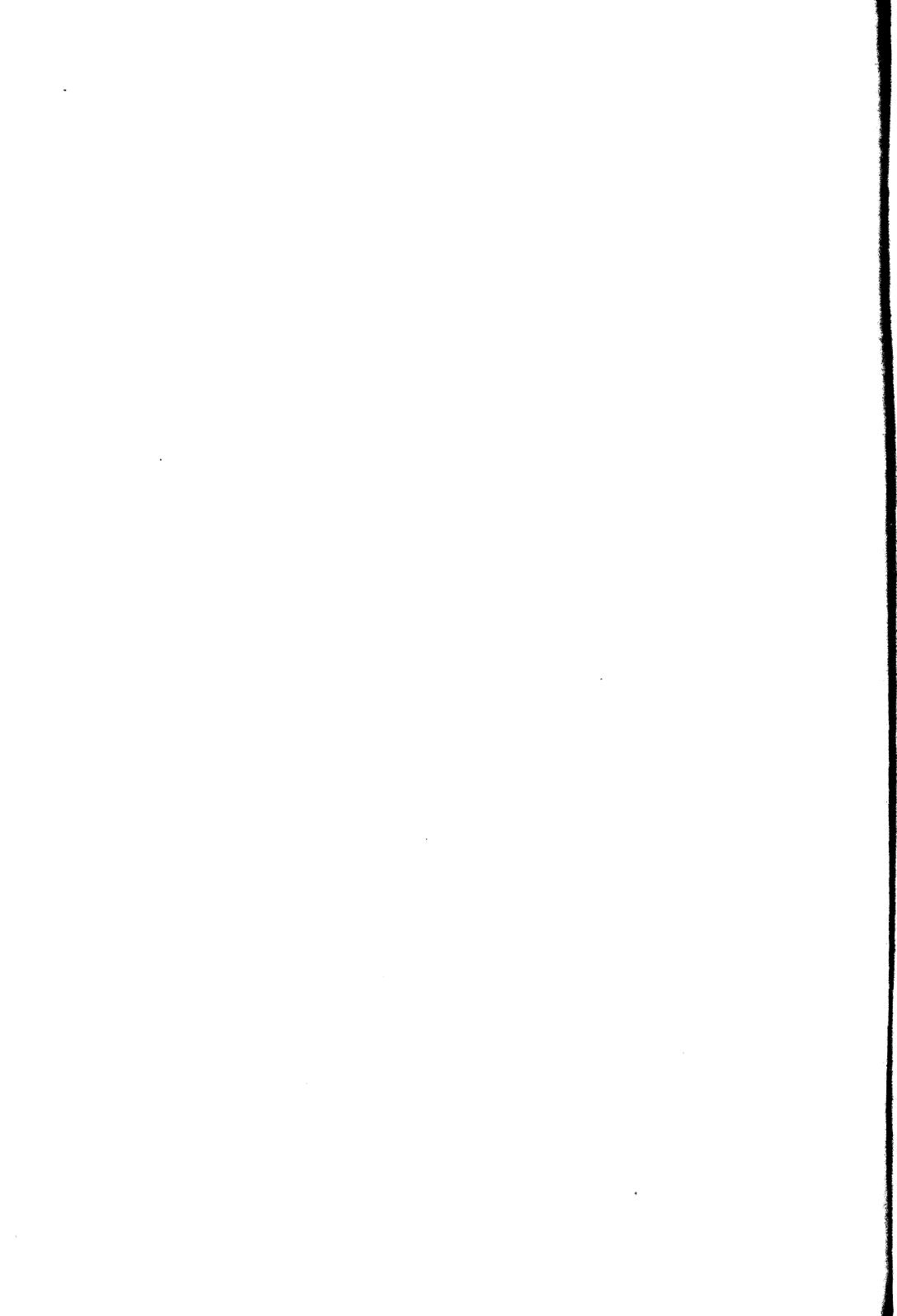
» ELISEO CANTÓN

» J. M. RAMOS MEJÍA



ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | Catedráticos Titulares |
|------------------------------------|----------------------------|
| Zoología Médica..... | DR. PEDRO LACAVERA |
| Botánica Médica..... | » LUCIO DURAÑONA |
| Anatomía Descriptiva..... | { » RICARDO S. GÓMEZ |
| | { » JOSÉ ARCE (interino) |
| Anatomía Descriptiva..... | { » JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA |
| | { » PEDRO BELOU (interino) |
| Química Médica..... | » ATANASIO QUIROGA |
| Histología..... | » RODOLFO DE GAINZA |
| Física Médica..... | » ALFREDO LANARI |
| Fisiología General y Humana..... | » HORACIO G. PIÑERO |
| Bacteriología..... | » CARLOS MALBRAN |
| Química Médica y Biológica.. | » PEDRO J. PANDO |
| Higiene Pública y Privada ... | » RICARDO SCHATZ |
| Semiología y ejercicios clínicos { | » GREGORIO ARAOZ ALFARO |
| | » DAVID SPERONI |
| Anatomía Topográfica..... | » AVELINO GUTIERREZ |
| Anatomía Patológica..... | » TELÉMACO SUSINI |
| Materia Médica y Terapia..... | » JUSTINIANO LEDESMA |
| Patología Externa..... | » DANIEL J. CRANWELL |
| Medicina Operatoria..... | » LEANDRO VALLE |
| Clínica Dermato-Sifilográfica . | » BALDOMERO SOMMER |
| » Génito-urinarias..... | » PEDRO BENEDIT |
| Toxicología Experimental ... | » JUAN B. SEÑORANS |
| Clínica Epidemiológica..... | » JOSÉ PENNA |
| » Oto-rino-laringológica..... | » EDUARDO OBEJERO |
| Patología Interna..... | » MARCIAL V. QUIROGA |
| Clínica Quirúrgica..... | » PASCUAL PALMA |
| » Oftalmológica..... | » PEDRO LAGLEYZE |
| » Quirúrgica..... | » DIÓGENES DECOUD |
| » Médica..... | » LUIS GÜEMES |
| » Médica..... | » FRANCISCO A. SICARDI |
| » Médica..... | » IGNACIO ALLENDE |
| » Médica..... | » ABEL AYERZA |
| » Quirúrgica..... | { » ANTONIO C. GANDOLFO |
| | { » MARCELO VIÑAS |
| » Neurológica..... | » JOSÉ A. ESTEVES |
| » Psiquiátrica..... | » DOMINGO CABRED |
| » Obstétrica..... | » ENRIQUE ZÁRATE |
| » Obstétrica..... | » SAMUEL MOLINA |
| » Pediátrica..... | » ANGEL M. CENTENO |
| Medicina Legal..... | » DOMINGO S. CAVIA |
| Clínica Ginecológica..... | » ENRIQUE BAZTERRICA |



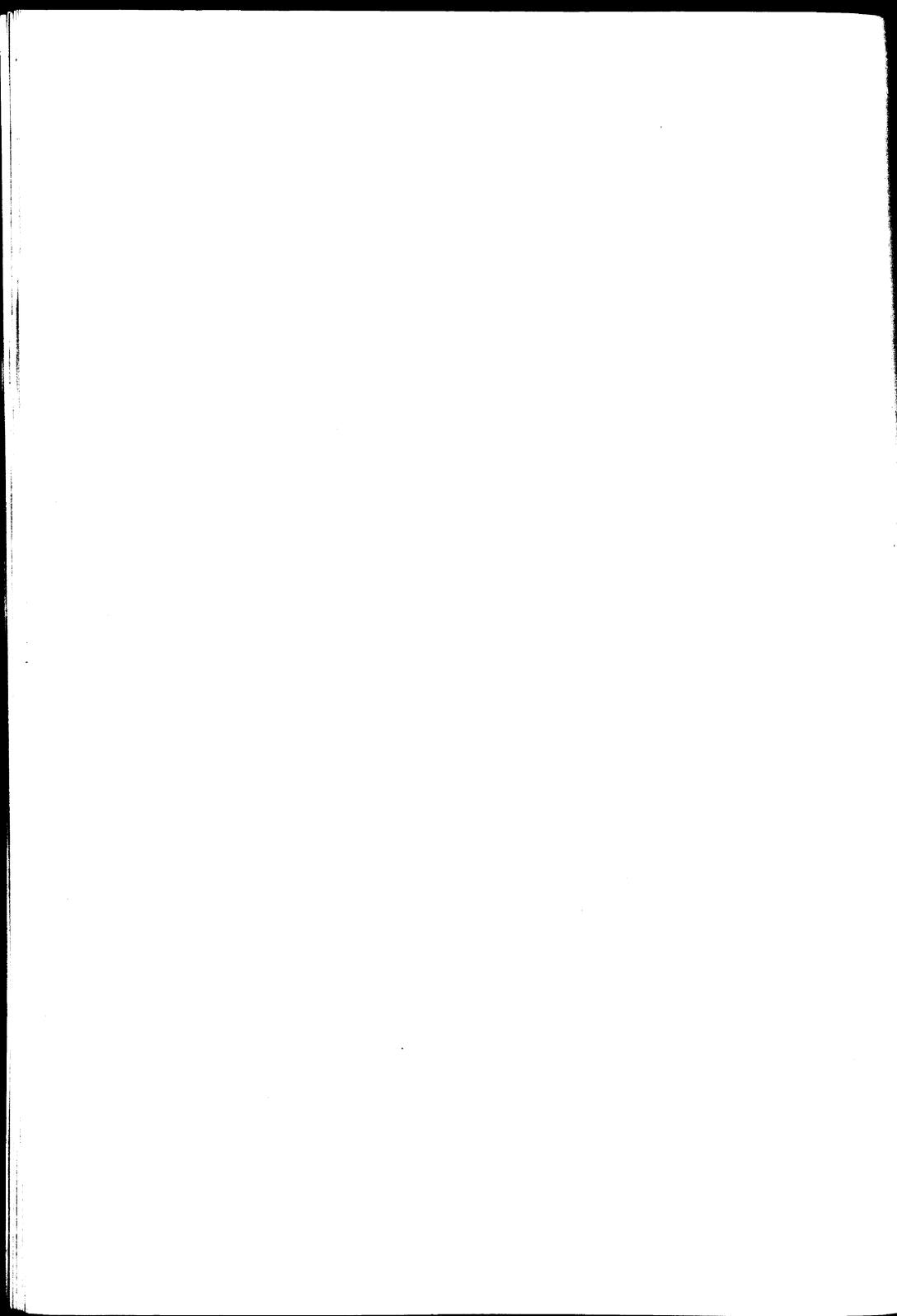
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

| Asignaturas | Catedráticos extraordinarios |
|----------------------------------|------------------------------|
| Zoología Médica..... | DR. DANIEL J. GRENWAY |
| Física Médica..... | » JUAN JOSÉ GALIANO |
| Bacteriología..... | » JUAN CÁRLOS DELFINO |
| | » LEOPOLDO URIARTE |
| | » ALOIS BACHMANN |
| Anatomía Patológica..... | » JOSÉ BADÍA |
| Clínica Ginecológica..... | » JOSÉ F. MOLINARI |
| Clínica Médica..... | » PATRICIO FLEMING |
| Clínica Dermatog. Sifilográfica. | » MAXIMILIANO ABERASTURY |
| Clínica Neurológica..... | » JOSÉ A. ESTEVES |
| | » JOSÉ R. SEMPRUN |
| | » MARIANO ALURRALDE |
| Clínica Psiquiátrica..... | » BENJAMÍN T. SOLARI |
| Clínica Pediátrica..... | » ANTONIO F. PIÑERO |
| Clínica Quirúrgica..... | » FRANCISCO LLOBET |
| Patología interna..... | » RICARDO COLON |
| Clínica oto-rino-laringológica. | » ELISEO V. SEGURA |
| » Psiquiátrica..... | » JOSÉ T. BORDA |



ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | Catedráticos sustitutos |
|----------------------------------------------|--------------------------------|
| Clínica Médica..... | DR. RODOLFO ENRIQUEZ |
| Anatomía descriptiva..... | » PEDRO BELOU |
| Zoología médica..... | » GUILLERMO SEEBER |
| Histología..... | » JULIO G. FERNANDEZ |
| Fisiología general y humana.. | » FRANK L. SOLER |
| Higiene Médica..... | » FELIPE JUSTO |
| | » MANUEL V. CARBONELL |
| Semiología..... | » CARLOS BONORINO UDAONDO |
| Anat. Topográfica..... | » ROBERTO SOLÉ |
| | » CARLOS R. CIRIO |
| Anat. Patológica..... | » JOAQUÍN LLAMBIAS |
| Materia Médica y Terapia..... | » JOSÉ MORENO |
| Medicina Operatoria..... | » PEDRO CHUTRO |
| Patología externa..... | » CARLOS ROBERTSON |
| Clínica Dermat. ^a Sifilográfica.. | » NICOLÁS V. GRECO |
| | » PEDRO L. BALIÑA |
| » Génito-urinaria..... | » BERNARDINO MARAINI |
| | » JOAQUÍN NIN POSADAS |
| Clínica Epidemiológica..... | » FERNANDO R. TORRES |
| Patología interna..... | » PEDRO LABAQUI |
| | » LEÓNIDAS JORGE FACIO |
| Clínica Oftalmológica..... | » ENRIQUE DEMARÍA |
| | » ADOLFO NOCETI |
| | » MARCELINO HERRERA VEGAS |
| | » JOSÉ ARCE |
| » Quirúrgica..... | » ARMANDO MAROTTA |
| | » LUIS A. TAMINI |
| | » MIGUEL SUSSINI |
| | » JOSÉ M. JORGE (H.) |
| | » LUIS AGOTE |
| | » JUAN JOSÉ VITÓN |
| | » PABLO MORSALINE |
| » Médica..... | » RAFAEL BULLRICH |
| | » IGNACIO IMAZ |
| | » PEDRO ESCUDERO |
| | » M. R. CASTEX |
| | » PEDRO J. GARCÍA |
| | » MANUEL A. SANTAS |
| » Pediátrica..... | » MAMERTO ACUÑA |
| | » GENARO SISTO |
| | » PEDRO DE ELIZALDE |
| | » JAIME SALVADOR |
| » Ginecológica..... | » TORIBIO PICCARDO |
| | » OSVALDO L. BOTTARO |
| | » ARTURO ENRIQUEZ |
| | » ALBERTO PERALTA RAMOS |
| » Obstétrica..... | » FAUSTINO J. TRONGÉ |
| | » JUAN B. GONZALEZ |
| | » JUAN C. RISSO DOMINGUEZ |
| Medicina Legal..... | » JOAQUÍN V. GNECCO |

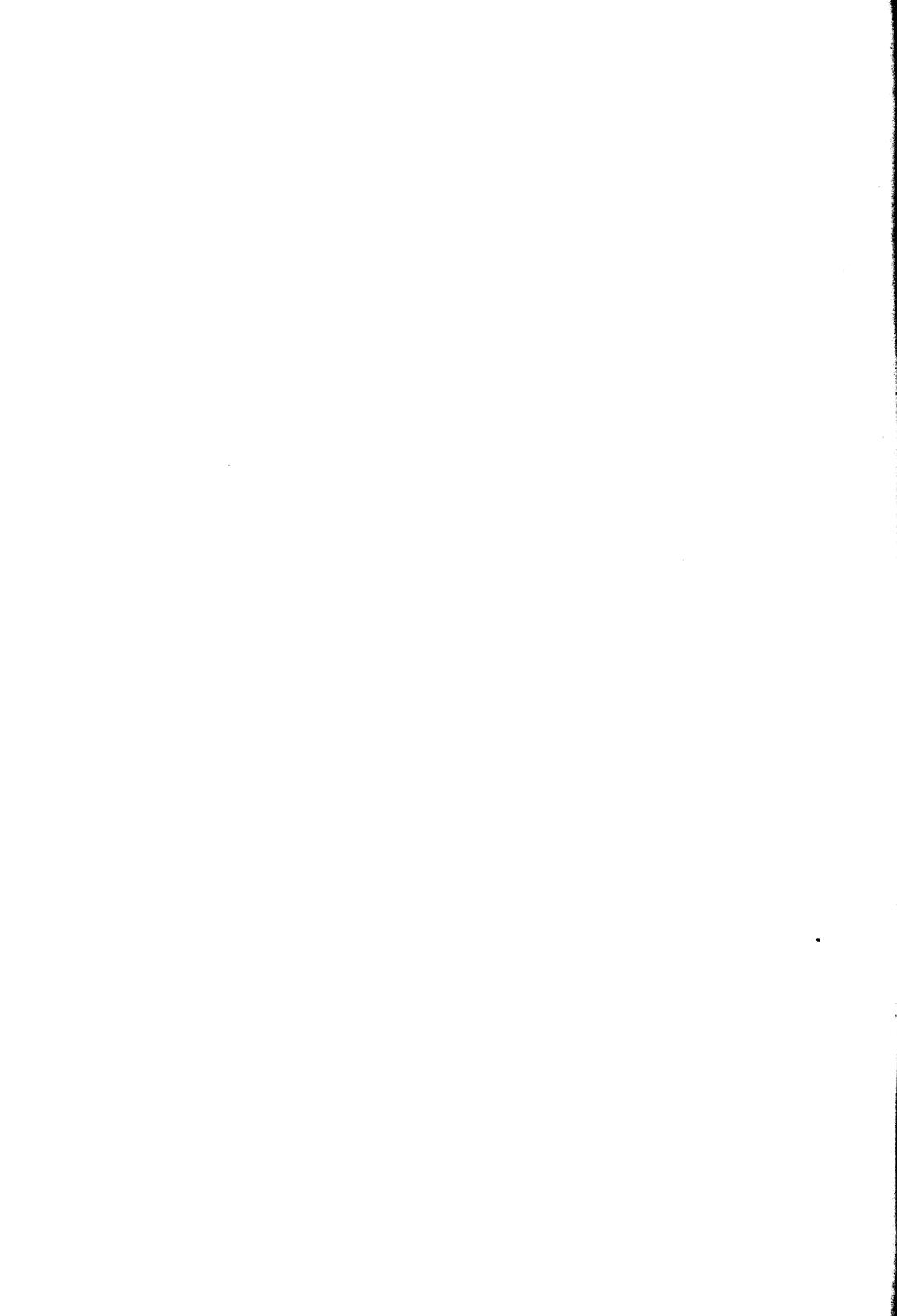


ESCUELA DE FARMACIA

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

| Asignaturas | Catedráticos extraordinarios |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| Farmacognosia y posología razonadas | SR. JUAN A DOMINGUEZ |

| Asignaturas | Catedráticos sustitutos |
|----------------------------------------|--------------------------------|
| Técnica farmacéutica..... | { » PASCUAL CORTI |
| | { » RICARDO ROCCATAGLIATA |
| Farmacognosia y posología razonadas .. | DR. OSCAR MIALOCK |
| Física farmacéutica..... | » TOMÁS J. RUMÍ |
| Química orgánica..... | » PEDRO J. MÉSIGOS |
| Química analítica..... | » JUAN A. SÁNCHEZ |
| Química inorgánica..... | » ANGEL SABATINI |



ESCUELA DE PARTERAS

| Asignaturas | Catedráticos titulares |
|---------------------------------------------|-------------------------------|
| Parto fisiológico y Clínica Obstétrica..... | } DR. MIGUEL Z. O'FARRELL |
| Parto distócico y Clínica Obstétrica..... | |
| | DR. FANOR VELARDE |

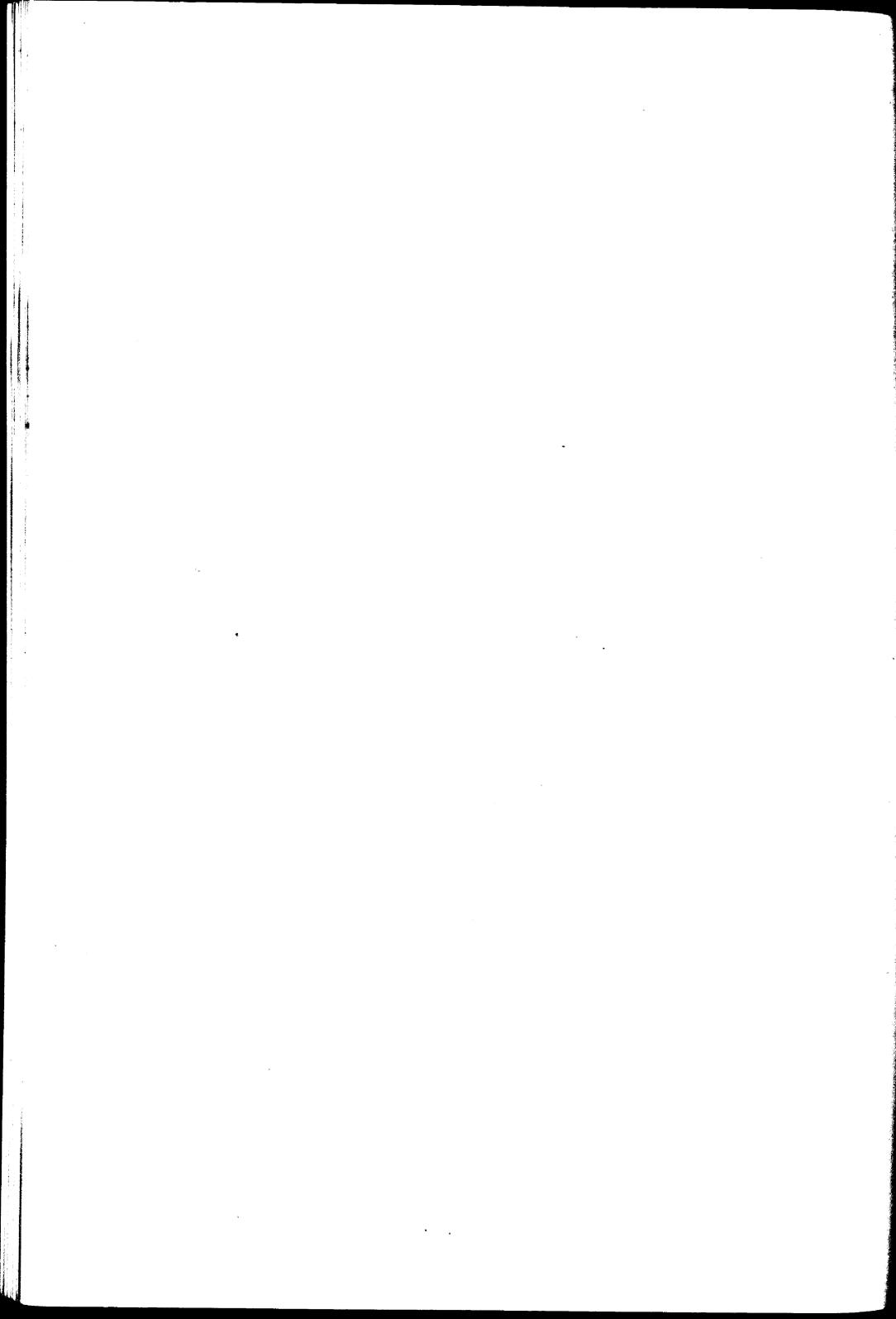
| Asignaturas | Catedráticos sustitutos |
|---------------------------------------------|--------------------------------|
| Parto fisiológico y Clínica Obstétrica..... | } DR. UBALDO FERNANDEZ |
| Parto distócico y Clínica Obstétrica..... | |
| | » J. C. LLAMES MASSINI |

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

| Asignaturas | Catedráticos titulares |
|--------------------------|-------------------------------|
| 1 ^{er} año..... | DR. RODOLFO ERAUZQUIN |
| 2 ^o año..... | » LEON PEREYRA |
| 3 ^{er} año..... | » N. ETCHEPAREBORDA |
| Protésis Dental..... | SR. ANTONIO GUARDO |

Asignaturas: Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS

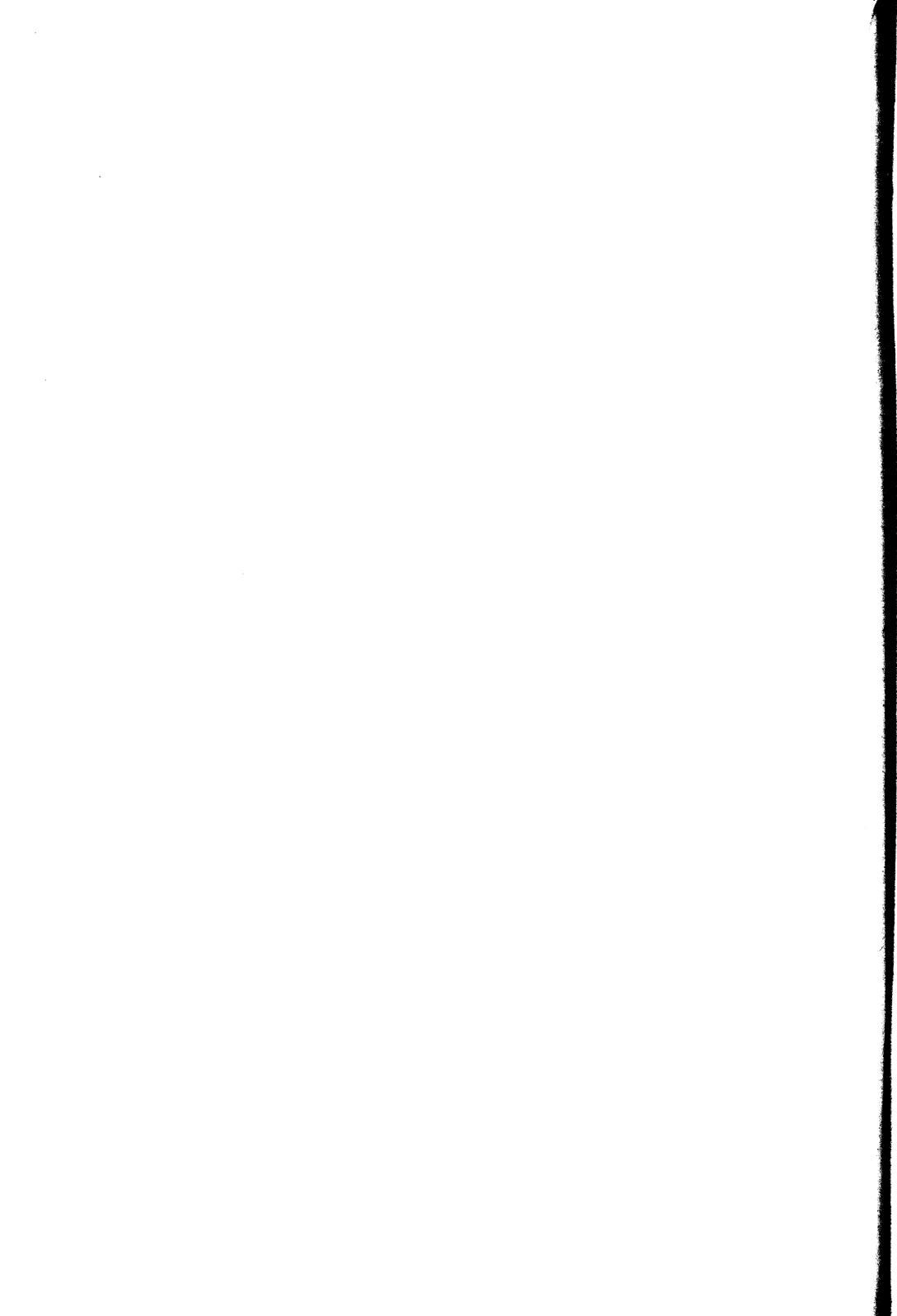
Doctor RICARDO S. GOMEZ

SABIO MAESTRO QUE TANTOS CONOCIMIENTOS ME HA INCULCADO
Y CUYA BONDAD LLEGA HASTA HACERME EL HONOR
DE ACOMPAÑARME EN ESTE ACTO

GRATITUD Y RESPETO



A LA MEMORIA DE MI MADRE



A M I P A D R E

Á M I S E G U N D A M A D R E

ZELMIRA P. DE PLANES

Á AMBOS ETERNA GRATITUD POR SUS SACRIFICIOS PARA DARMÉ
UNA CARRERA AL PAR QUE MI RESPETO Y CARIÑO



A MIS HERMANOS ARTURO Y MARIA CELIA



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Llegó el momento en que, cumpliendo con una de las prescripciones de nuestra Facultad de Medicina, vengo á presentarme ante vosotros por última vez, con el corazón desbordante de alegría; pero sintiendo dentro de mí algo que se acongoja; es el yo, que lamenta haya sido tan breve el tiempo que ha podido aprovechar de vuestros sanos consejos y enseñanzas, y que lamenta tener que abandonaros cuando empezaba á comprenderos.

El trabajo que presento á vuestra consideración no tiene nada de nuevo ni nada que me pertenezca. ¿Qué puedo producir yo, joven novicio, que ni aún todo lo conocido en un campo tan amplio como es el que tenemos ante nuestros ojos, he podido dominar? Conque apelo, una vez más, venerados profesores, á vuestra reconocida buena voluntad para que no juzguéis mi trabajo en sí, que nada

vale, sino la sana intención que me ha guiado á ejecutarlo.

Al retirarme de vuestro lado para emprender la lucha en pro de la humanidad doliente, me queda un deber por cumplir: agradeceros á todos y cada uno de los maestros que me habéis guiado paso á paso, iluminándome y ayudándome á allanar las dificultades que se me presentaban, y quiero hacerlo en especial para el que con toda paciencia me inició en el difícil estudio de la Anatomía, el Dr. J. López Figueroa, como también á los doctores G. Aráoz Alfaro, Juan B. Señorans y Enrique Zárate, que con paternal paciencia me transfirieron una pequeña parte de sus vastos conocimientos.

Al Dr. Ricardo S. Gómez, distinguido maestro, al lado de quien he adquirido los escasos conocimientos de cirugía que poseo, y que me honra apadrinándome en este acto, á la par que mi respeto y gratitud, le brindo mi humilde pero sincera amistad.

Injusto sería si no recordara en este acto al Dr. Alejandro Squassini, mi primer director, y que me guió al lado del enfermo, tal cual viene á nosotros en el público, como también á los diferentes médicos internos y jefes de servicios, que me han ayudado á hacer mi práctica hospitalaria; para todos ellos mi gratitud.

A mis compañeros de internado, que, al serlo, lo han sido de penurias y alegrías, que todos y cada uno de ellos queda grabado con caracteres indelebles en el fondo de

mi alma; para ellos un afectuoso saludo de despedida, diciéndoles no adiós, sino hasta más tarde, pues hemos de encontrarnos en el sendero de la vida luchando por un mismo ideal.



DEFINICIÓN É HISTORIA

Se da el nombre de embarazo extra-uterino aquel en que el huevo fecundado se fija para desarrollarse y crecer fuera de la cavidad uterina en vez de hacerlo en ella, como sucede en la mayoría de los casos.

La fecundación se efectúa en el tercio externo de la trompa, y una vez el huevo fecundado, sigue el camino más corto á recorrer para llegar al útero, sobre el cual se fija para seguirse desarrollando.

Hasta el siglo XIX no se había hecho mención de esta clase de embarazos, y recién en este siglo en los estudios que hacen Regnier, De Grace, Boer y Coste sobre la fecundación, es que se empieza á diferenciar de las rupturas uterinas y otras complicaciones del embarazo con relación á la implantación del huevo en el embarazo ectópico.

Después Gallard, Shoëder y Frisith colocan el hematocole entre las complicaciones del embarazo extra-uterino.

Hasta llegar al período quirúrgico, el embarazo extra-uterino sólo se había constatado en el anfiteatro, y recién

en este período es cuando Lawson Tait al hacer su primer laparatomía mediana explicó la cuestión científicamente.

El embarazo extrauterino se divide, según el sitio en que el huevo se detenga para desarrollarse, en: ovárico, cuando es el ovario el sitio en que el huevo se ha detenido; tubario, cuando son las trompas el sitio elegido.

Luego han venido las clasificaciones *in situ* de estas diversas modalidades, en que es frecuente el embarazo extra-uterino.

Así, en el embarazo ovárico debemos considerarlo interno ó externo, según que la implantación se haya efectuado dentro ó fuera de un folículo de Ivace.

En el tubario debemos tener presente: el intersticial cuando se fija, como su nombre lo indica, en la porción intersticial de la trompa; el tubario verdadero cuando queda fijado en la porción libre de la misma y cuando llega á producirlo en el pabellón es que se le da el nombre de tubo abdominal.

La frecuencia de estos embarazos es:

1. Tubario.
2. Abdominal.
3. Ovárico.

Existen autores como Hecker, Campbell, Martino y Sehrenek que han tratado de fijar de cuál de los dos lados es más frecuente el embarazo extra-uterino; los primeros aseguran que en el lado derecho, y el último asegura que es indiferente.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Mucho se ha discutido en cuanto á la causa que produce el embarazo extra-uterino, habiéndose llegado á comprobar que son múltiples, pero sin llegar á poder ponerse de acuerdo. Es opinión de los que más se han ocupado del asunto que toda lesión que impida al huevo abandonar la trompa para seguir su curso normal, es capaz de producir un embarazo de esta índole. Estas causas pueden depender del huevo, del ovario, de la trompa ó del útero.

Causas provenientes del ovario.—Las causas provenientes del ovario se confunden con las de la trompa, y una de las más razonables es la *pelvi-peritonitis*, que formando adherencias, puede hacer variar la colocación de los órganos y producir torsiones ó estrecheces.

Los tumores pelvianos, quistes, etc., comprimiendo y pudiendo producir una inflamación crónica de los alrededores, obrarían de la misma manera.

Las endo-salpingitis catarrales de origen blenorragico producen un exudado é inflamación que obstruyendo la luz de la trompa impiden la progresión del huevo, siendo por lo tanto ésta, otra de las causas que pueden llegar á producir un embarazo ectópico.

Además las salpingitis hemorrágicas son citadas por Sehauta y Durhsen como causas de la lesión que nos ocupamos.

Leopold y otros autores dan mucha importancia á los pólipos tubarios.

No pueden dejar de citarse entre las causas que pueden producir la ectopia de un embarazo la pequeñez de las trompas llamadas infantiles que conservando aún su forma de espiral, que tuvieran en el período fetal, su mucosa forma repliegues que impiden la progresión del huevo y hacen que en ella se detenga y se desarrolle.

Causas provenientes del útero.—Entre las causas debidas al útero, que son muy escasas, debemos citar los tumores uterinos, que llegando á obstruir la desembocadura de las trompas producen así una estrechez que impide el avance del huevo. Se ha acusado también á las endometritis y á los fibromas de producir lo que es motivo de estas líneas.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Teniendo que revistar las alteraciones que sufren diversos órganos en su estructura al ser asiento de un embarazo ó las consecuencia de éste, justo es entonces que demos una ojeada á la estructura normal de ellos, para después hacer notar las alteraciones que pueden sufrir.

Teniendo, entonces, que ver los órganos que pueden ser asiento de un embarazo ectópico ó extra-uterino, empezaré por revistar la estructura de la trompa de Falopio, aunque sea de una manera fugaz, por ser los embarazos tubarios los que más frecuentemente tenemos ocasión de constatar.

La trompa de Falopio nos presenta dos porciones á considerar:

1. Una pequeña porción comprendida en el espesor del músculo uterino, llamada porción intersticial.
2. Una porción libre que se halla enclaustrada en el ala media del ligamento ancho, que le forma un meso (me-

sosalpinx) que se extiende desde el cuerno uterino al ligamento infundíbulo-pelviano.

Los embarazos que se desarrollan en cada una de estas porciones, tienen caracteres especiales, lo cual me obliga, para mayor facilidad, á estudiarlos por separado, empezando por los intersticiales.

Embarazos intersticiales.—Ya su nombre lo indica en que parte de la trompa es que se encuentran localizados, por lo cual no voy á entrar en repeticiones. La luz de la trompa es en esta porción muy reducida, teniendo escasamente de 1 milímetro á $1\frac{1}{2}$ milímetros de diámetro; está recubierta por una capa mucosa, constituida por una capa de células cilíndricas con pestañas vibrátiles; no es completamente lisa y se constatan en ella elevaciones pequeñas en forma de rodetes, constituídos por el corium mucoso que está formado por células conjuntivas de pequeño tamaño, con un núcleo de forma fusiforme ú ovalar, y puede constatarse en esta capa algunas fibras musculares lisas que provienen de la capa subyacente, que está constituida, como ya lo he dado á entender, por fibras musculares lisas que se disponen en dos planos: un plano profundo formado por fibras circulares, y luego, el más superficial, formado por fibras longitudinales, siendo en el primero de éstos en que reposa la base del corium.

Estas capas musculares son imposibles de separar de las que forman el útero, y que se insinúan entre ellas.

Estando la porción intersticial de la trompa comprendida en el espesor de la pared uterina, todo embarazo que

se desarrolle en esta porción está, desde luego, embutido, ó mejor dicho, como enquistado en la pared uterina.

El embarazo, al alojarse allí, constituye un tumor sesil que cubre y deforma el cuerno uterino, formando masa con el cuerpo del útero.

La mucosa de la trompa, al implantarse en ella el huevo, se hipertrofia al mismo tiempo que las fibras musculares lisas, de que ya he hablado, son rechazadas de adentro á afuera.

Además, debemos de hacer notar que en esta variedad de embarazos ectópicos, suele el útero aumentar de volumen y llegar á formar una caduca que es expulsada, lo que puede dar lugar á que se tome por aborto uterino lo que en realidad no lo es.

Otra cosa debe tenerse presente, y es la posición de los anexos con relación al saco, pues ello nos guiará al diagnóstico. Al efectuar un tacto, constatamos la presencia del ligamento redondo por delante y afuera del tumor.

El final de esta variedad de embarazos tubarios es la ruptura del saco, ruptura que se efectúa generalmente antes de los tres primeros meses de vida.

Esta desgarradura se efectúa casi siempre al nivel de la extremidad del saco fetal, por ser éste el punto de menor resistencia, es decir, el menos capaz de sufrir dilataciones que, hablando en relación al diámetro de la trompa, pueden llamarse enormes.

En otras ocasiones, en su empeño el huevo por llegar

al útero, franquea la porción intersticial y consigue su propósito comportándose entonces como un embarazo común que da lugar á un aborto uterino; no sé si he expresado bien; lo que quiero decir es que, franqueada la trompa por el huevo, llega éste al útero para de allí salir al exterior.

Al palpar en esta afección no se constata sino una irregularidad muy clara del desarrollo del útero; la impresión que la mano recibe es de una doble tumefacción.

Una de ellas no es nada más que el útero; la otra, que es lateral y aun anterior, como asegura Bar, de volumen variable, pero que nunca sobrepasa el de una mandarina, de consistencia blanda y pastosa, encontrándose algunas veces contraída, haciendo cuerpo con el útero, junto con el cual se inmoviliza, pero pareciendo separado por un surco bastante profundo.

Al hacer palpación del cuello uterino, nos sorprende á veces la dureza relativa de él. El ablandamiento del segmento inferior ó signo de Hegar, es tardío y sólo aparece allá por el cuarto mes, como lo hace notar Bar.

Debe buscarse el ligamento redondo para notar su ubicación, como he dicho anteriormente, con el tumor que estudiamos, porque Bar, Puech y Velluet dicen que éste se encuentra fuera del tumor juxta-uterino.

Embarazo tubario en la porción libre. — La parte libre de la trompa se extiende desde el punto de emergencia del ligamento redondo y el punto de emergencia del liga-

mento del ovario sobre un plano un poco más elevado, encontrándose provista de una expansión peritoneal: el mesosalpinx.

La luz de la cavidad tubaria libre no es igual en toda su extensión, como tampoco la repartición de los elementos que constituyen su pared; ni las relaciones topográficas motivo por el cual los autores distinguen en la porción libre de la trompa otras tres subdivisiones:

1. El istmo, porción la más interna.
2. La ampolla, así llamada por Henle, porción la más externa.
3. El infundíbulum.

La trompa, en la porción que estamos tratando, está constituida por diversas capas, que son, yendo de afuera hacia adentro:

1. Peritoneo.
2. Capa músculoconjuntiva vascular, constituida por tejido laxo, fibras elásticas y fibras musculares lisas, de dirección oblicua ó longitudinal y, por último, en la parte menos superficial tenemos las arterias y venas.
3. Una espesa capa de fibras musculares lisas formando la verdadera pared de la trompa.
4. El corium mucoso, cuya superficie interna está erizada de papilas y de franjas de tejido conjuntivo, simples ó ramificadas, que tapizan el revestimiento epitelial.
5. Una capa mucosa constituida por células cilíndricas que delimitan la luz de la trompa.

El espacio libre de la cavidad tubaria es exiguo: $1 \frac{1}{2}$

milímetros á 3 milímetros para dar lugar al desarrollo de un embarazo de más de tres meses.

Al subdividir la porción libre de la trompa hemos mencionado primero la istmica por esto vemos á empezar el estudio por ella.

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

Couvelaire en su tesis (París año 1901) ha tratado esta variedad como también las otras de la porción libre con toda detención.

El ingerto del huevo en el istmo no es muy frecuente á juzgar por las estadísticas de Martin publicada en el año 1895 en colaboración con el anatomista Ortham estadística que nos merece toda fé pues se trata de 77 observaciones personales sobre las cuales constató 8 casos, lo que nos permite decir que no es muy frecuente. . . El embarazo istmico tiene su autonomía propia por la manera de desarrollarse así se constata que forma un tumor cercano al útero sobre el borde superior del ala media del ligamento ancho, tumor á expansión libre peritoneal que no forma adherencias ó forma muy pocas; es autónomo por su evolución, pues el desarrollo del embarazo se interrumpe muy precozmente hacia la octava semana generalmente y por último lo que le caracteriza también es la apoplegia ovular que trae la interrupción del embarazo dado por resultado la ruptura primaria intra-peritoneal,

con lesion local puntiforme aveces ó verdaderas desgarraduras otras y el resultado he éstas es una hemorragia difusa que pone en peligro la vida de la enferma.

Las razones de esta reacción especial no se conocen bien, Couvelaire cree que deben ser buscadas en los caracteres anatómicos propios de esta región de la trompa como taubién en su topografía y relaciones.

Couvelaire dice: quiza la exiguidad de la cavidad tubaria que por ser tal permite el ingerto del huevo en la casi totalidad de la circunferencia de la pared ó por lo menos una gran parte del sector libre de la trompa favoreciendo de esta manera la espación del saco hacia el abdomen privándole de esta manera del reforzamiento que le suministraría la expansión interligamentosa ó bien, si por la continuidad del saco al nivel de sus dos polos con una trompa estrecha, poco blanda, poco extensible más amenudo contorneada replegada y fijada en una actitud por los dos polos, pueden influir y ser una razón de esta reacción especial ó bien todavía es la ausencia al nivel de un polo del saco de una válvula como el ostium abdominal que permita el escurrimiento facil de la sangre y por consiguiente el descenso de la tensión en el saco sobre distendido por la brusca apoplegia ovular.

Lo que dice Couvelaire como hipótesis, seguramente obráran de una manera muy eficaz para dar la sintomatología propia de un embarazo en la porción libre de la trompa y cada una de ellas debe de obrar según las circunstancias en modo variable; pero lo que se comprende

facilmente es la razón de la hemorragia difusa que no puede ser otra que la falta de adherencias y así se constata una vez más aquella máxima célebre en cirugía, de que en peritoneo sano, grandes hemorragias; en peritoneo enfermo pequeñas hemorragias.

Existe á propósito de la ruptura del embarazo una observación de Pinard que dice: que la ruptura de la trompa es tanto más precoz y dá hemorragias tanto más considerables cuanto más cerca del útero se ha implantado el huevo.

Embarazo tubario ampular.—El embarazo se denomina así cuando se produce en la parte de la trompa que se encuentra lindando hacia la parte interna con la ístmica y por la extremidad externa con el infundibulum; su longitud es de 7 á 8 centímetros siendo su ancho de 8 a 9 milímetros y su luz mayor que la de la parte anterior; las paredes son delgadas, flexuosas, movibles y extensibles.

En el embarazo tubario ampular como en el ístmico, la apoplejía ovular precoz es frecuente, pero las consecuencias son casi siempre la formación de un hematosalpinx no produciéndose tan frecuentemente como en la variedad anterior la ruptura del saco.

La manera de evolucionar de esos 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 las variedades

anteriores. Debido á esta menor facilidad para romperse es que es general el poder recoger durante el acto operatorio, hematosalpinx y constatar en ella los despojos de un huevo joven ahogado en un hematoma primario, rodeado por estratificaciones concéntricas que indicarían apoplegías repetidas.

Pueden en algunos casos observarse que el hematosalpinx está acompañado de hematocele sin que se pueda encontrar solución de continuidad de la trompa y en otros por último, se constata el hematocele á la par que la ruptura secundaria del hematosalpinx ó del saco que constituye el embarazo.

En esta variedad no se constata con tanta frecuencia la ruptura prematura del saco antes de la octava semana como en la variedad ístmica y Couvelaire dice en la obra anteriormente citada, que sobre 35 casos de embarazo tubario que tuvo ocasión de observar, 28 eran ampulares y 7 ístmicos no habiendo tenido ocasión en estos últimos de constatar la presencia de hematosalpinx.

¿Porqué no se produce la ruptura del saco como en la variedad ístmica?

Dice Couvelaire, hay que buscarlo aquí también en la constitución anatómica de esta parte de la trompa y, en efecto, la extensibilidad de sus paredes es mayor y además existe en su vecindad el ostium abdominal que le forma una verdadera válvula de seguridad.

En efecto, basta esto para explicar de una manera clara, porqué la ruptura prematura aquí no se produce y

para asegurar de una vez la veracidad de las teorías del gran Couvelaire.

Existe una modificación al nivel del ostium abdominal, que hace notar Bland Sutton, que se vuelve turgesciente y edematosa para cerrarse por último; esto que no se observa en la variedad ístmica, debe influir en el embarazo ampular.

En esta variedad de embarazo está ligado el útero por la parte interna de la trompa y por el meso-salpinx, que le forma como un pedículo.

Con relación á este pedículo es que Couvelaire presenta tres casos según se comporte con el saco fetal.

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

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

3.º El pedículo se tuerce sobre el mismo, lo que sucede muy raramente.

Al crecer el embarazo ampular puede hacerlo en tres direcciones, ya sea hacia la cavidad peritoneal ó bien desplegar las dos hojas del ligamento ancho, formando así dos modalidades.

La primera á expansión peritoneal como la llama Couvelaire, en este caso el saco puede quedar siendo exclusivamente tubario extendiéndose debido á la dilatación progresiva subperitoneal de la ampolla, puede también el saco al expandirse ser á la vez tubario é intraperitoneal, estando constituido en este caso por una parte por la pa-

red tubaria y por otro lado por neo-membranas que lo adhieren á los órganos vecinos.

Dos son los mecanismos por los que puede efectuarse esta variedad tubo-peritoneal secundaria.

En uno es directamente por el ostium abdominal que se efectúa la expansión intraperitoneal, denominándose en este caso tubo-abdominal secundario directo.

Otras veces es por ruptura de la pared tubaria que el huevo se hace intraperitoneal denominándosele en este caso embarazo tubo-abdominal secundario indirecto.

La otra variedad que he mencionado, la intra-ligamentosa, y parece que ésta se produce cuando por la inserción de la placenta sobre el sector meso-salpingiano, el embarazo se ve obligado á desarrollarse excéntricamente desdoblado las hojas del ligamento ancho.

En esta variedad es que Couvelaire dice ser racional distinguir dos casos según la evolución:

1.º En que la evolución intra-ligamentosa no es total y que parece se hiciera lo más á menudo en la parte más externa tubo-ovárica del ala media del ligamento ancho, quedando el saco libre ó adherente secundariamente á los órganos que le rodean.

2.º Una evolución intra-ligamentosa completa que es muy rara en que el saco está profundamente unido en el basinete, el útero desviado lateralmente, adhiriéndose al saco por su cara posterior y su borde lateral.

Todavía nos queda por considerar la variedad que se denomina infundiliforme que se desarrolla sobre las fran-

jas del pabellón de la trompa y puede relacionarse á esta variedad, los casos que se desarrollan en pabellones accesorios.

Para terminar con esta variedad voy á hacer 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 por ser la más común que se observa). Cuando el huevo llega á fijarse en este sitio de la trompa, ésta aumenta de peso por las fibras musculares que se hipertrofian por el mayor desarrollo que adquieren las arterias y venas unido á una reacción leucocitaria de las paredes musculares, se pone turgesciente á pesar del aumento general del espesor del órgano, existe una región en que el adelgazamiento es marcadísimo, especialmente después del primer mes de embarazo; este sitio coincide con el de inserción de la placenta.

Antes de seguir adelante describiré el huevo, ingertado en la región ampular á los dos meses de gestación.

Las relaciones que existen entre el huevo normal y el ectópico son muy semejantes, idéntico número de membranas, cáduca, corium y amnios.

La cáduca tubaria está formada por la mucosa tubaria modificada, pues ha perdido las cilias de su epitelio para transformarse en cúbico. Se discute sobre la presencia de la cáduca 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, en otras ocasiones estas células tienen protoplasma granuloso; no se encuentran vasos sanguíneos en dicha capa.

Para Cornil estas células conjuntivas son de origen materno. Para Kuhne lo son de origen fetal. Por lo que vemos, por algunos es negada la cáduca refleja.

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

En 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 excepción hecha de la región donde se ingerte el huevo que más tarde va á constituir la placenta. Solamente en este sitio es donde el huevo está adherido á la pared; la restante es lisa y no vellosa, queda libre y deja al conducto tubario permeable.

La tercera y última membrana constituida por el amnios, no presenta ninguna particularidad; el líquido generalmente es muy escaso, y autores hay que ven en esto la causa de la gran cantidad de malformaciones congénitas que ya he mencionado como pie bott, labio leporino, espina bífida, asimetría craneana, meningocele, etc.

La fijación y evolución de un 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 últimas tanto

más notables cuanto más cercano al útero está el tumor ectópico.

El útero, que es uno de los órganos más vecinos que guarda gran número de relaciones funcionales con la trompa, es desde luego el que mayor número de modificaciones sufre.

Es rechazado ya hacia adelante del tumor fetal; caso el más frecuente, ya lateralmente hacia el sitio opuesto al que ocupa el susodicho tumor; su volumen aumenta, se vasculariza, se reblandece el cuello y el cuerpo; su mucosa sufre interesantes fenómenos estudiados muy bien por Kolliker, se transforma en cáduca como el embarazo normal se desarrollan tubos glandulares y capilares, cuya ruptura da lugar á sufusiones sanguíneas de la mucosa, la cáduca es expulsada en block ó parcialmente, dejando las capas profundas para reconstrucción de la mucosa, la eliminación de la cáduca es que deja á menudo como recuerdo una endometritis.

La trompa del lado opuesto sufre muy pocas ó ninguna modificación.

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

La vagina se pone de un color violáceo intenso, los senos turgescen y el mamelón de un color más obscuro, como también la línea parda; en una palabra, aparecen todos los síntomas de un embarazo común, hasta las lipotimias, vómitos, náuseas, se apoderan de muchas mujeres.

Embarazo ovárico.—Este embarazo, que es negada su existencia por muchos autores como Lawson-Tait, y que hoy se ha demostrado su existencia de una manera indubitable por estudios hechos por Van Tussembrok, es muy raro.

Se divide este embarazo en interno y externo.

Interno cuando el huevo fecundado queda encerrado en el interior del pedículo.

Externo cuando el pedículo queda abierto y el huevo fecundado se desarrolla fuera del peritoneo.

La evolución del embarazo ovárico se detiene en el primero ó segundo mes por hemorragias sumamente abundantes intrafoliculares, que es una terminación feliz, pero puede terminar por hemorragias abundantes y graves.

Es difícil, en realidad, diagnosticar esta variedad de embarazo, ya por sus adherencias tan íntimas con los órganos vecinos que en múltiples ocasiones ni en las intervenciones se puede constatar.

Puech afirma: que basta que el ovario forme parte de la pared del quiste, para que se pueda diagnosticar embarazo ovárico; como vemos, es un poco arriesgada tal afirmación, pues sabemos que hay embarazos abdominales que el ovario forma parte de la pared del quiste.

A. Heineken le basta que la placenta se encuentre en el interior del ovario y el saco en la cavidad peritoneal para diagnosticarlo.

Embarazo abdominal.—Puede éste ser primitivo y secundario.



El abdominal primitivo es negado por muchísimos autores, y si bien las publicaciones de Gutiérrez, Zmigrodzky y Shlegtendal han tendido á demostrarlo, sólo han conseguido comprobar que es posible el desarrollo de un quiste ectópico que no se halle en relación con los órganos genitales en la cavidad abdominal.

Esta demostración, á mi manera de ver, no implica que sea posible un embarazo primitivo del peritoneo.

El embarazo abdominal ó peritoneal secundario es un embarazo primitivo de la trompa, en cualquiera de sus variedades que al crecer el huevo ha desgarrado las paredes del órgano en que se desarrollaba y ha ido á caer á la cavidad abdominal.

Después de la ruptura de la trompa y de la caída del huevo á la cavidad peritoneal, el feto muere por lo general; sin embargo, hay observaciones de casos seguidos por Walter y Lawson-Tait, que han seguido viviendo y desarrollándose. De las variedades de embarazos ectópicos nos queda por estudiar los que se desarrollan en un cuerno uterino rudimentario, variedad sumamente rara; pero que no parece serlo tanto al leer los trabajos de Kleinwacher que publicó en el año 1894, sobre 42 casos, y los trabajos de Beckmann que registran varios casos.

Esta variedad de embarazo anatómicamente está caracteriza por formar un tumor de volumen variable y de pedículo corto y espeso que se inserta en la unión del cuello con el cuerpo del útero.

El fin habitual de este embarazo es la ruptura y muer-

te del feto, como puede verse por la estadística de Beckmann, que sobre 25 enfermas no operadas registra 22 muertes; de manera que no solamente para el feto, sino para la madre es la variedad de pronóstico más sombrío.



SINTOMATOLOGIA

La sintomatología de esta afección es muy variada, pero lo que desde luego llama la atención de la enferma es la suspensión de sus reglas en igual forma que en un embatazo uterino.

Sin embargo, puede suceder y sucede con frecuencia, que se observen metrorragias en que la sangre tiene un color borra de café ó chocolate, siendo esto únicamente lo que hace que la mujer se aperciba que no es su regla.

Luego aparecen los dolores abdominales que obligan á la enferma á que guarde cama. Además Freund dice haber notado cólicos intestinales y diarreas en los embarazos abdominales que explica por la irritación íntima que ejercen las adherencias del quiste con el intestino.

Después se producen, por regla general, la ruptura del embarazo, que puede producirse desde el primer mes y que al efectuarse da toda la sintomatología del hematocole.

Como la ruptura se produce en plena salud de la enferma, generalmente inmediatamente después de una comida, lo primero en que se piensa es en un envenenamiento.

Sin embargo, teniendo en cuenta los datos anteriores suministrados por la enferma, es fácil llegar al diagnóstico.

Los accidentes que se producen son los de una hemorragia interna.

Sucede algunas veces que después del primer ataque la enferma se tranquiliza, y poco rato después vuelve á presentarse un nuevo ataque, y si estas alternativas se suceden, la enferma puede fallecer por hemorragia después de dos ó tres ataques y aun más lentamente.

Generalmente en el segundo ó tercer mês de embarazo es cuando aparecen los síntomas que han de llevarnos á hacer el diagnóstico de embarazo extra-uterino; estos están caracterizados:

1.º Por un fuerte dolor en la fosa iliaca del lado en que se ha producido el embarazo dolor que puede llevar la enferma hasta el síncope, más fácilmente todavía si se han estado produciendo ó se producen en ese momento hemorragias.

Es muy común observar en el momento en que estos fuertes dolores se producen la frecuencia de hemorragias lentas pero que llega á durar varios días, y hasta algunas semanas terminandose algunas veces con la expulsión de una cáduca. Generalmente después de estos síntomas el

embarazo se interrumpe pero si esto no llegara á suceder los dolores toman un carácter expulsivo en una época más ó menos alejada del momento del parto, el quiste formado por el embarazo puede entonces romperse hacia el peritoneo y producir así la infección de este y por ende una peritonitis mortal la mayoría de las veces.

Si esta crisis la enferma la pasa con felicidad luego la enfermedad entra en una faz de tolerancia en que el embarazo, ó se ha reabsorbido ó se ha transformado en litopedium; pero á pesar de esto puede luego suceder contratiempos á la enferma cuando se creía que todo peligro había desaparecido. Se ha visto, por ejemplo, un litopedium producir una obstrucción intestinal después de seis años y como consecuencia de esta obstrucción presentarse una peritonitis, se ha visto otros casos en que el litopedium ha sido eliminado por el recto en un lapso de tiempo que varia de uno á cuarenta y tres años.

Puede suceder otras veces que la ruptura del quiste en vez de producirse hacia la cavidad peritoneal se produzca hacia el espesor de las hojas del ligamento ancho.

La sintomatología es entonces menos alarmante; además si el feto continúa con vida el desarrollo extraperitoneal del huevo es más favorable para el buen resultado de una operación ulterior; por último en algunos casos, desgraciadamente escasos, la ruptura del embarazo se produce hacia el útero, para que esto se produzca es preciso que el embarazo sea tubario-intersticial, es decir que

se encuentre en la parte de la trompa que se haya comprendida en el espesor del útero.

La expulsión espontánea puede producirse como consecuencia de una supuración y arrojar el quiste al exterior.

Para ser arrojado al exterior puede hacerlo por varias vías: siguiendo á travez de la pared abdominal; ser arrojado por el recto y más raramente esta eliminación puede hacerse por la vagina ó la vegiga; pero en estos casos si no se interviene la supuración se hace interminable.

DIAGNOSTICO

En las mismas condiciones que nos hemos encontrado al tratar la sintomatología, y hemos visto que ésta varía según nos hallemos en presencia de un embarazo de menos de cinco meses ó más, nos hallamos al tratar de hacer el diagnóstico; por esto, hay que dividir el estudio del embarazo en estas dos épocas: en el primer caso, es decir, de que el embarazo sea menor de cinco meses, los síntomas son los de un embarazo común, por lo que es raro que en esta época venga la enferma á consultar al médico, y solo debido á algún fenómeno es que la enferma se resuelve á visitarlo.

Al encontrarnos en presencia de una enferma de esta naturaleza que al hacer un examen ginecológico constatamos un tumor en el fondo de saco de Douglas, tumor que es debido al embarazo tubario y que podría confundirse con el cuerpo retroflexo de un útero grávido; pero fijando la atención, constatamos la ausencia de contracciones uterinas.

Además, puede confundirse con la salpingitis quística, de la que es imposible diferenciarlo en las primeras épocas del embarazo.

Además, puede confundirse con el píosalpinx, pero los antecedentes de la enferma lo eliminan. Entre estos antecedentes, los que tienen más valor son: fiebre puerperal anterior, blenorragia crónica. Los dolores son como cólicos, acompañados de la salida de un líquido, que puede ser claro, turbio ó purulento; además, el tacto con la palpación bimanual constata la trompa deformada, dolorosa, y las perturbaciones por el lado del recto y sobre todo la temperatura, hace que nos inclinemos á pensar en un píosalpinx.

Si en los antecedentes ginecológicos no existieran datos como los que acabo de enumerar, si á la enferma le faltaran sus reglas de dos ó tres meses atrás, sin fiebre, con dolores, salida de líquido sanguinolento, y si al tacto acompañado de la palpación bimanual constatáramos la presencia de un tumor inmóvil en uno de los fondos de saco, de forma redondeada, doloroso, y con perturbaciones intensas del lado del recto, debemos creer en un embarazo ectópico.

Puede también confundirse con un fibroma pediculado ulceroso, con un quiste del ovario y abreviando con todos los tumores del pequeño bacinete, por lo cual Wyder aconseja que en los casos dudosos se haga un curetaje uterino con el fin de sacar fragmentos de cáduca. En cambio, Lohlein critica esta manera de proceder, dicen-

do que es peligrosa, y Pilliet va más allá, pues llega á decir que esta maniobra, á más de ser peligrosa, es inútil, pues la mucosa uterina de un útero con endometritis es en tal forma semejante á la cáduca de un embarazo ectópico, que es imposible diferenciarlo lo que hace esta operación previa, inútil en absoluto.

El embarazo intersticial puede diagnosticarse por el asiento del tumor y la presencia del ligamento redondo por delante y fuera de él.

Muchos son los accidentes que se pueden producir, tales como: aborto tubario, ruptura de la trompa, etc. Las hemorragias son las que, además de llamar la atención, hacen hacer el diagnóstico diferenciando el aborto tubario de un aborto uterino y eliminando todas las causas que puedan producir hemorragias.

Debido á lo último que acabo de decir, es que debe tenerse muy presente que toda mujer que presente un estado que indique una hemorragia interna ó un estado septicémico sobreagudo, buscar la existencia de un embarazo ectópico.

Este estado ha llegado á confundirse hasta con un envenenamiento, caso citado por Brouardel, con peritonitis, con cólico hepático, con cólico nefrítico, infección *post abortum*, etc.

Cuando el embarazo llega á los cinco meses y se constata un tumor yuxta-uterino, con signos ciertos de embarazo, como ser: movimientos del feto, abultamiento del vientre, percepción de latidos del corazón fetal, el ruido

de los movimientos fetales percibidos con la ayuda del estetoscopio hacen hacer el diagnóstico de embarazo, y si á esto se agrega el ablandamiento del cuello uterino que algunas veces llega á ser tan neto, que hace pensar en un embarazo uterino. Para Pinard, como he dicho más arriba, la falta de contracciones uterinas harían hacer el diagnóstico de embarazo ectópico.

Transcurriendo el tiempo, el tumor que hemos constatado por el tacto y palpación bimanual, sufre modificaciones que pueden ser debidas á la muerte del feto, ó que éste ha llegado á término y producirse el falso trabajo de parto, trabajo que no da resultado alguno, limitándose á fuertes dolores abdominales intermitentes y salida de secreción sanguinolenta, llegando algunas veces á entreabrirse el cuello y á producirse una verdadera hemorragia.

Este falso trabajo puede reproducirse por espacio de varios meses.

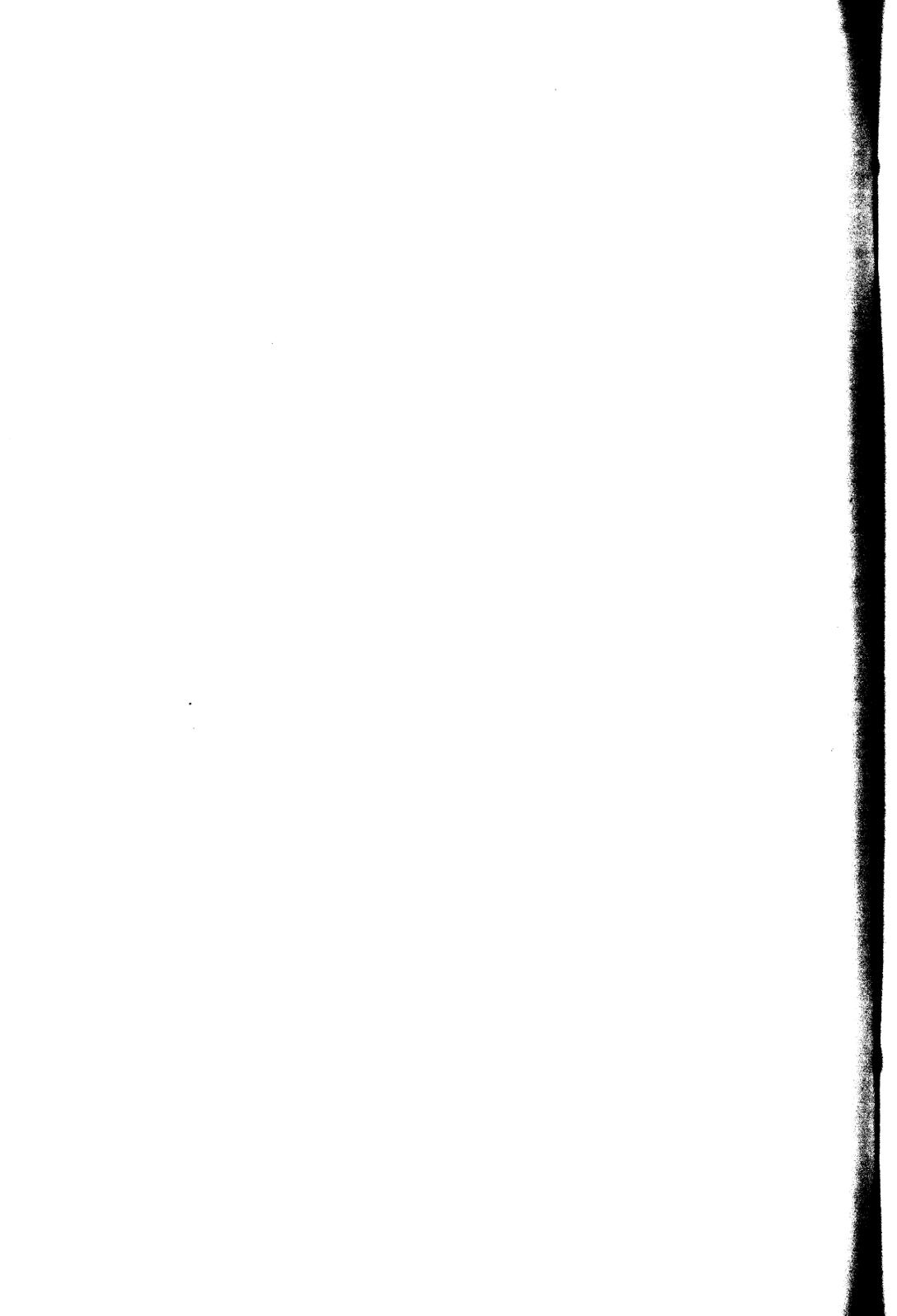
Después de este falso trabajo, el feto sucumbe y queda transformado en quiste fetal, el cual le quedan dos caminos á seguir: alterarse, transformándose en este caso el líquido amniótico en un líquido espeso, purulento, fétido, igualmente que el feto, ó bien transformarse en litopedium, sufriendo las partes blandas del feto la degeneración grasosa y se reabsorben.

Follet cita un caso en que el feto tenía la consistencia de tocino, después de 15 años de enquistamiento.

Lo común es que un tiempo después de muerto el feto

se produzca la supuración y que el pus se abra vía al exterior.

En cuanto á diagnosticar el sitio del embarazo ectópico, es difícil un diagnóstico, y sólo puede asegurarse que no es tubario cuando llega en su evolución á más de cinco meses por la exigua luz de ésta, 1 milímetro, y lo escaso del grosor, para que á expensas de él pueda ceder 8 milímetros á 4 milímetros, aumentando el diámetro hasta poder llegar á contener el volumen que adquiere el feto al desarrollarse.



PRONÓSTICO

Salvo en los casos que seguían la evolución de transformarse en litopedium, Mattei 12 % de los casos, de reabsorberse ó eliminarse sin traer complicaciones, los menos, el pronóstico era fatal hasta la época quirúrgica en que Lawson-Tait, en su obra maestra, lo mejora, dando así al médico un recurso y á la enferma una tabla de salvación.

A pesar de la humanitaria operación de Lawson-Tait, y que hoy se hace sin peligro de ninguna naturaleza, los embarazos ectópicos son de pronóstico grave ó por lo menos reservado.

En efecto, constatamos que en los primeros meses la hemorragia interna, que acompaña siempre al aborto y á la ruptura de la trompa, pone en peligro la vida de la enferma.

En los meses sucesivos este peligro no desaparece, sino se aminora; pero aparece la putrefacción del feto; la supuración del quiste con la brecha, que la eliminación del pus

abre al exterior, supuración interminable que trae el debilitamiento, agotamiento, septicemia y, por fin, la muerte de la enferma.

Si grave es el pronóstico que debe hacerse de un embarazo intersticial, mucho más grave lo es el que debe hacerse si el embarazo se halla localizado en un cuerno uterino rudimentario. Según la estadística que publicó el «Journal Russe de Obstetricia», 1888, del Dr. Himelfarb, en 35 casos de preñez, desarrollados en el cuerno uterino rudimentario, 24 enfermas murieron por ruptura del saco; tres fetos se transformaron en litopedium; 7 laparotomías se hicieron para extraer el feto, muerto y sólo uno llegó á término.

Como vemos, esta estadística, en plena era quirúrgica, hace que no se pueda hacer menos que un pronóstico grave ó más bien reservado de una enferma de esta naturaleza.

Si grave es el pronóstico para la madre, más grave lo es todavía para el feto, pues en la mayor parte de ellos se interviene para extraerlos muertos; mueren dentro de las 24 horas de haber visto la luz; perecen á muy temprana edad ó viven malformados (asimetrías craneanas, pie bot, espina bífida), todo lo cual hace imposible su vida.

Para aclarar más lo que acabo de decir, voy á mencionar una estadística de Orillar, llevada sobre 61 casos:

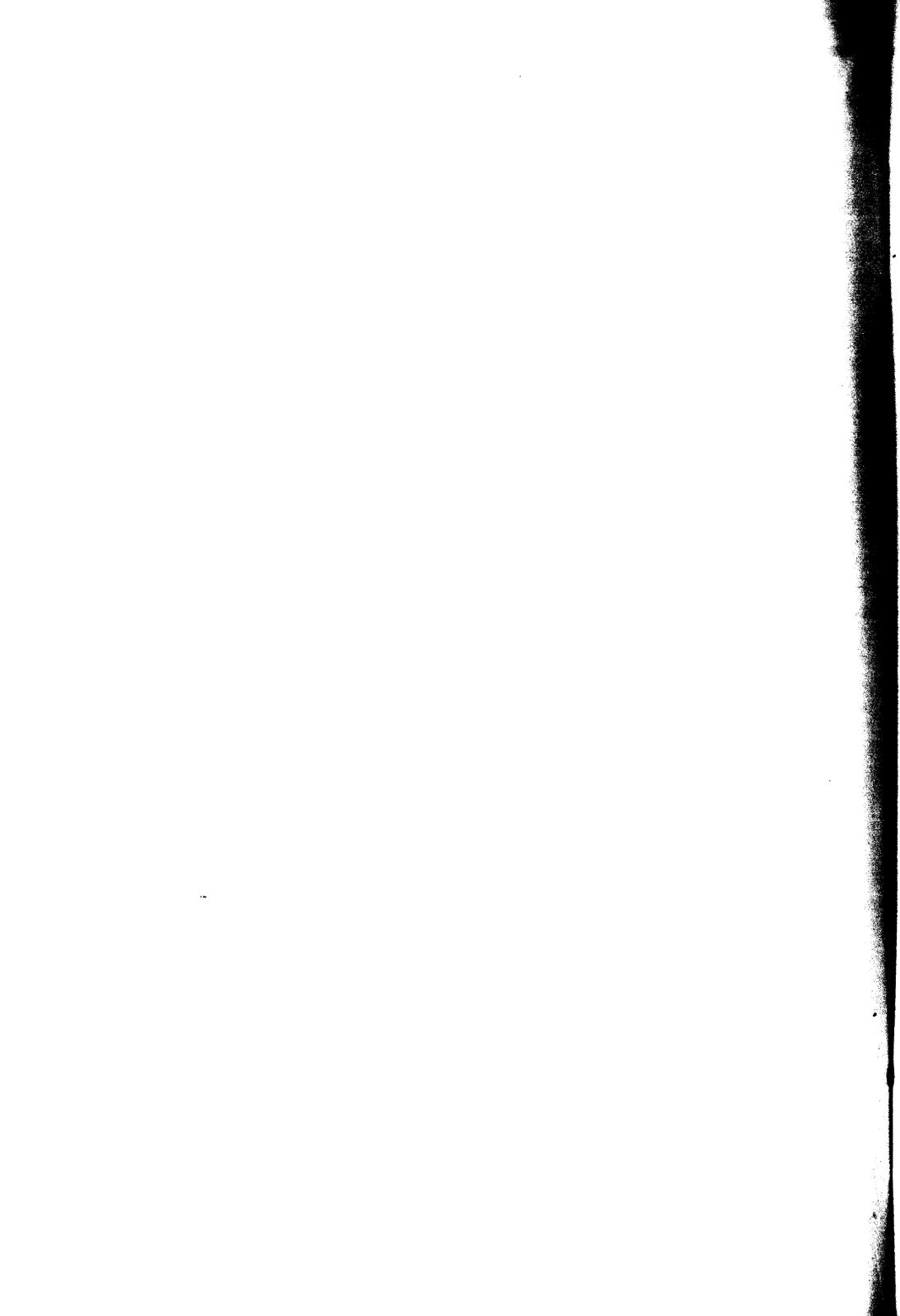
17 siguieron viviendo con salud;

30 murieron antes de las 24 horas;

14 murieron en épocas más ó menos cercanas; todos ellos vivieron con malformaciones, especialmente craneanas y pie-bot.

Además de los peligros que traen el embarazo ectópico en sí, como si esto no fuera bastante desdicha de la humanidad, queda todavía el de las recidivas que se producen desde los 8 meses, término más breve del mal que tratamos. El más común es de 3 á 12 meses, luego de 1 á dos años, y el más corto es de 6 semanas; todo lo cual lo cita el Dr. Chueco en la «Semana Médica», núm. 38, año 1908.

Hace notar el mencionado doctor, que en 10 ó 12 casos que cita de recidivas, entre un embarazo ectópico y otro, no ha tenido lugar ninguno uterino.



COMPLICACIONES

Múltiples son las complicaciones que pueden sobrevenir: pero no me voy á ocupar sino de las complicaciones sépticas, de las hemorrágicas y del falso trabajo de parto que se puede considerar como otra complicación.

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 vaniedad 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: registrase en la literatura médica, casos de embarazos ectópicos intraligamentoso y ováricos, que pasan de los cinco meses y hasta llegan á término. El em-

barazo desarrollado entre las hojas del ligamento ancho llamado extraperitoneal se puede diferenciar con el abdominal.

Tiene una pared el quiste, espesa, difícil de palpar las partes fetales, situado lateralmente mientras que el segundo, son palpables las partes fetales y la placenta, á esta 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 fuera de éste.

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 se infecta y 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 y la cura se produce.

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

Cuando existen supuraciones bilaterales en los anexos poco accesibles, es mejor hacer una laparatomía.

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

Inundación peritoneal.—Es una de las complicaciones más graves que sobrevienen en el embarazo ectópico; puede ser producida por el 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 laparatomía 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 le cohibe aquella inmediatamente, se liga y se 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 drenage 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 1000 á 2000 gramos según el

caso; es aquí donde el suero obra verdaderos prodigios. Se completarán estas inyecciones con las de cafeína, aceite alcanforado, éter, según las indicaciones; calentar bien la cama y dejar la enferma con la cabeza baja.

Todos estos medios para combatir los accidentes post-hemorrágicos, son los mejores para obtener algún resultado.

La intervención en estos casos es la conducta que siguen la mayoría de los cirujanos, pues da un 85 % de éxitos, mientras que antiguamente con la expectación según la estadística de Cestan daba 88 % de mortalidad, luego la temporización en esta complicación del embarazo ectópico esperando que se haga la hemostasia espontánea, es dejar morir la enferma, sino en el primer ataque en el segundo ó tercero. Lawson-Tait, de 42 laparotomías ha tenido 40 éxitos.

Falso trabajo de parto.—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 ulteriores que sobrevengan, como ya hemos dicho al hablar anteriormente de éste.

TRATAMIENTO

Siendo la afección de que nos ocupamos de desenlace fatal en la mayoría de los casos no tratados ó mal tratados, justo es que hubiera llamado á sí toda la atención de los médicos de muchos años atrás y por consiguiente que tengamos un cambio sucesivo de métodos curativos, hasta llegar á nuestros días en que ya está sancionado que deban interveairse sin pérdida de tiempo.

Antes de entrar á describir y discutir el tratamiento actual, voy á hacer un poco de historia de éste:

El tratamiento más antiguo que encontramos citado, es el de la cura por el hambre (Riegen), las sangrías repetidas (Caseaux), las inyecciones de ergotina, el empleo de la estricnina (R. Barnes), las fricciones mercuriales, el uso del yoduro de potasio (Solais). medios todos estos que estaban dirigidos á la madre para obrar de una manera indirecta sobre el producto de la concepción; eran tratamientos peligrosos y ridículos; luego se han usado otros

procedimientos dirigidos ya directamente sobre el quiste fetal, y si bien algunos de ellos han sido seguidos de éxitos, no se pueden recomendar; éstos son:

La punción del quiste; ésta tiene por objeto evacuar el quiste, ó mejor dicho el líquido amniótico, efectuándose por medio de unos trócares finos ó capilares.

La vía que se toma para punzar, varía según el autor, vagina, recto ó pared abdominal.

Las estadísticas de las enfermas sometidas á este tratamiento son pésimas, desde que de 12 enfermas tratadas 8 murieron.

Además se debe tener presente el peligro de las peritonitis, etc.

Además tenemos que su aplicación en determinados casos, punzando el quiste, con la pérdida de líquido amniótico ha seguido la sobrevivencia y evolución del feto.

La punción seguida de la inyección de sustancias tóxicas tales como estricnina, atropina, para esta maniobra se toma una jeringa, se punza el quiste é inyecta una solución de éstas. Veremos que muchas son las complicaciones que pueden sobrevenir, como hemorragia interna, peritonitis, perforación de un ansa intestinal, etc.

Por último se ha empleado también la electricidad empleada bajo tres formas: electro-puntura, galvanización y faradización.

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

Para los otros métodos, se coloca el polo positivo que es una chapa de metal forrada en gamusa que se moja en agua acidulada para hacerla buena conductora y se coloca sobre la pared abdominal y el polo negativo, se aplica en el recto ó en la vagina.

Así dispuesto el aparato se deja pasar la corriente eléctrica alrededor de 10 minutos.

De estos métodos de tratamiento, hoy se emplea, aunque muy poco, la faradización.

El tratamiento por la electricidad tampoco se puede recomendar por su poca eficacia y además por su peligro.

Así se citan varios casos de ruptura de las trompas por contracciones tubarias producidas por la excitación eléctrica, entre otros casos uno citado por Brother que produjo la muerte de la enferma por hemorragia intraperitoneal.

Ya que he descripto en que consiste el tratamiento por la electricidad, voy á decir aunque sean dos palabras sobre lo que consistían los otros tratamientos que he mencionado. El tratamiento por el hambre consiste en tener la enferma á dieta absoluta y purgantes (tratamiento de Riegen), los demás ya los he explicado.

Además existía otro tratamiento que consistía en colocar una bolsa de arena sobre el vientre de la enferma al nivel del tumor fetal.

Todos estos tratamientos han sido abandonados por inútiles y nocivos, recordándoseles tan sólo como curiosidades.

El único tratamiento racional es el quirúrgico, que en resumen se reduce á extraer el feto con ó sin saco.

Para justificar esta manera de proceder, podemos guiarnos de la célebre frase de Pinard, que dice: «Todo embarazo extra-uterino diagnosticado, requiere la intervención quirúrgica»; y, sin embargo, esta fórmula es menos radical que la de Werth, que dice: «Todo embarazo ectópico debe ser considerado como un tumor maligno y ser extirpado como tal». Como vemos, este segundo consejo, ó mejor dicho, orden por la celebridad de quien procede, nos indica la urgencia de la intervención.

En el día, todas las autoridades médicas están de acuerdo en que se debe intervenir, pero se discute el momento y la vía operatoria á seguir, según los casos y circunstancias, por más que estos puntos están bastante claros, gracias á los trabajos de Pinard, Pozzi, Martin, Shwartz, Bouilly, Tuffier, Routier, Ricord, Rieque y Reyniereto.

En los primeros meses, un embarazo extra-uterino puede confundirse con una salpingitis quística, pues está constituido por un tumor yuxta-uterino; pero como la salpingitis quística tiene igualmente indicación operatoria, el cirujano siempre beneficiará á la enferma, aun en el caso que hubiera error de diagnóstico, como asimismo si al intervenir encontrara otro tumor localizado en el pequeño bacinete.

Para el tratamiento quirúrgico tenemos dos vías: la colpotomía y laparotomía; pero en la actualidad, con los adelantos de la asepsia y antisepsia, que permiten ir á

través del peritoneo sin peligro de infección, se decide por la laparotomía.

En el Congreso de Ginecología de Marsella, en el año 1898, Segond presentó una clasificación que seguiré al exponer en este trabajo; ésta es:

En la preñez extra-uterina menor de cinco meses, evolucionando normalmente; si al intervenir nos encontramos con un tumor de otra naturaleza que no sea fetal, la intervención no estaría mal indicada, pues aún en este caso es la misma conducta la que debíamos seguir.

Para extraer el tumor ectópico, se procede como si se tratara de un tumor anexial de cualquier origen, dependiendo de las dificultades de cada caso.

Así algunas veces se encuentran adherencias, pues se encuentran en íntima relación con los órganos vecinos que debemos cuidar: intestino, cuya abertura constituye siempre un peligro de peritonitis, y al romperse estas adherencias, por más cuidado que se tenga, quedan siempre superficies cruentas; en algunas ocasiones encontramos el tumor aislado, lo que nos facilita la intervención.

Hay que tener muy presente al intervenir un anexo, de examinar el del otro lado, pues si está enfermo es mejor extirparlo.

Muchos autores hay que al operar un embarazo ectópico y encontrando los anexos del otro lado con adherencias resistentes y vasculares, se resuelven por hacer una colpotomía total ó parcial.

Cuando al efectuarse una operación por embarazo tu-

bario intersticial, donde la hemostasia del útero es imposible de hacer, debe efectuarse la extirpación del útero.

Esta manera de proceder es criticada por Kelly, que no quiere se haga una operación tan radical y hace la abertura intra-uterina del saco por medio de una sonda rígida que la hace pasar hasta la cavidad del útero.

Es lógico que según la variedad de embarazo con que se encuentre el cirujano tendrá que hacer una operación diversa, pero por lo general simple, pues el tumor sin complicaciones, con pocas ó ninguna adherencias y además la anestesia y la posición de Trendelenbourg y los separadores ideales que hoy tenemos, hacen que se pueda trabajar con cierta facilidad, y que una vez abierto el vientre se vea lo que deba hacerse sin mayores dificultades.

En caso de hematocele que acompaña casi siempre al aborto tubo abdominal y cuando la sintomatología cede rápidamente y que el estado local no es muy manifiesto á pesar del diagnóstico seguro de hematocele, conviene hacer un tratamiento médico, consistente en reposo é inyecciones calientes como base. Pero cuando el volumen de la colección, la lentitud de la reabsorción, las perturbaciones de compresión que provoca y por último la supuración interminable indica que es necesaria la intervención armada.

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

Algunas veces es necesario esperar algunas semanas,

y si se observa que el tumor no se concreta, que por el contrario, queda tendido, elástico, que el útero se encuentra siempre prensado contra la sínfisis, hay que considerar si conviene esperar y entonces observar si el estado general de la enferma sufre, y de cualquier manera ésta debe permanecer en cama y operar en caso que amenazara una hemorragia interna y de resolverse qué vía debe elegirse, la vaginal ó la laparotomía.

Algunos autores hacen la extirpación del tumor por la vía vaginal, por una colpotomía posterior, según cuando se encuentra con lesiones dobles de los anexos, hace la isterectomía vaginal total.

En los tiempos presentes son pocos los cirujanos que se deciden por la vía vaginal, por la que se trabaja á ciegas y sin comodidad alguna. Es justo que esta vía fuera aceptada, cuando los principios de asepsia eran desconocidos, pero hoy que se opera con seguridad de tener todo esteril, la vía abdominal es la ideal, poseyendo todas las condiciones favorables para efectuar una feliz intervención.

Después de intervenida una enferma, el colocarle ó no drenaje, depende de las circunstancias del caso y del criterio del operador.

Embarazo extra-uterino de menos de cinco meses, complicado.—Dos son las especies de complicaciones que pueden presentárenos en este período: hemorrágicas y sépticas.

Entre las primeras, tenemos el hematosalpinx, hematocele enquistado, hematocele á poussée hemorrágico repetido é inundación peritoneal.

Para cada una de estas variedades, tenemos un tratamiento adecuado.

Hematosalpinx.—El tratamiento de esta afección es simple é idéntico al de los embarazos ectópicos que evolucionan normalmente; en ambos se enuclea el tumor.

Hematocele enquistado.—Varios pueden ser los orígenes de estos, pero la mayor parte 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 por Nélaton, peri-uterino por Gallard. La ya mencionada 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. Si este fondo estuviera ocupado por una lesión anterior, la sangre se acumula hacia adelante entre la vejiga y el útero, formando un hematocele pre-uterino. Estos hematoceles al principio producen una cierta reacción peritoneal extensible y á los pocos días pasa y queda un tumor sanguíneo que produce trastornos leves de compresión sobre la vejiga, plexos nerviosos, después el coágulo disminuye de volumen por reabsorción lenta y todo desaparece. Sería de desear que todo pasara así, pero en la generalidad de los casos el tumor aumenta de volumen por nuevas hemorragias y

los fenómenos de compresión se hacen insoportables.

Sucede á veces que se agrega una infección y el tumor evoluciona entonces hacia la supuración. Según la mayoría de las autoridades médicas, todos los hematoceles de alguna importancia deben operarse, pues nadie puede preveer las diversas complicaciones á que puede dar lugar.

Bouilly dice: cuando el hematocele es pequeño y no se complica, debe esperarse su regresión natural.

En cuanto á la vía por que se debe llegar á él, existen opiniones diametralmente opuestas. Pozzi y Segond prefieren la vía vaginal, empleando la colpotomía. TAYLOR y Fernier prefieren la laparotomía 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, y 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.

Sin embargo, haciendo justicia, hay que reconocer que existen casos en que la vía vaginal está justificada.

Como cuando estamos frente á hematoceles supurados, ó que ocupan el fondo de saco posterior. Esta operación es benigna y sin peligro.

La operación por la vía abdominal consiste en hacer una laparatomía: abrir el saco hemático evacuarlo con cuidado examinar los anexos y de estos extirpar el que está enfermo.

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

Tratamiento con feto vivo.—Aún hoy después de haberse tratado mucho el asunto no se está de acuerdo sobre la época evolutiva en que debe intervenirse.

Cuando se encuentra feto vivo y no viable algunos cirujanos operan de inmediato y no se preocupan de la vida del feto del cual aseguran que morirá debido á las malformaciones que ya he mencionado anteriormente, y que uno debe prodigar los cuidados á la madre.

Otros emplean un método más humanitario, la expectación armada esperando que el feto vivo sea viable teniendo por consiguiente que observar de cerca la enferma. Otros hay, que en su proceder humanitario van más lejos pues esperan que el feto esté cerca de término para intervenir; así Pinard espera hasta los 8 ó 9 meses colocando á la enferma en reposo absoluto. Duncan dice: que es bueno esperar pero que debe tenerse cuidado de no hacerlo hasta que se produzca el falso trabajo de parto para intervenir, porque el feto en este acto muere rápidamente y no dá tiempo de llegar á él; unos y otros dicen: que la laparatomía es la operación indicada. Esta se hace en cinco tiempos:

- 1.º Incisión.
- 2.º Extracción del feto.
- 3.º Tratamiento de la placenta.

4.º Tratamiento del saco.

5.º Cierre de la pared con ó sin drenage.

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 Falopio, una incisión longitudinal y transversal combinada.

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

Extracción del feto.—Llegado al quiste fetal se le aísla y con el bisturí se le incinde, se introduce la mano, se toma el pié del feto y se extrae con la premura posible. Se coloca una pinza sobre el cordón se le liga y se le corta. Para la incisión del quiste se busca siempre hacerla de manera de no caer sobre la inserción de la placenta, sin embargo algunos cirujanos no tienen este reparo y cortan en pleno tejido placentario sin preocuparse de la hemorragia que se produce.

Tratamiento de la placenta.—La placenta se puede tratar de varias maneras: puede procederse dejándola abandonada dentro del abdomen, dejándole en su sitio pero drenando y además se puede extirpar.

El procedimiento primero es peligroso, pues en un momento dado puede infectarse estando tan vecina de un órgano tan séptico como es el intestino y poner de esta manera en peligro la vida de la operada.

Pinard recomienda el segundo procedimiento. Se saca el niño se corta el cordón, una vez que deje escurrir bien la sangre se fija la bolsa del quiste á la pared y se coloca gaza estéril en su interior; la placenta se elimina en trozos al cabo de 2 ó 3 semanas. Este método no está exento de complicaciones, las hemorragias secundarias, la infección, eventración, pueden sobrevenir.

El otro método que he mencionado es el de la extirpación de la placenta del sitio de su inserción; es muy bueno, pero á veces se acompaña de hemorragias tan intensas y graves que hacen dudar de elegir este método.

Sin embargo, en determinados casos el cirujano se encuentra en la obligación de elegir este método. Así cuando se halla frente de un embarazo libre en la cavidad abdominal que no tiene saco, no le queda otro camino que sacarlo.

Se está obligado también á extraer la placenta cuando está algo desprendida, pues da lugar á hemorragias alarmantes; de manera que en estos casos debe tratarse de desprender y extraer la placenta y luego taponar fuertemente si la hemorragia siguiera.

Tratamiento del saco.—Dos son los procedimientos que existen para el tratamiento del saco; uno llamado radical, que consiste en la extirpación total de él con feto y placenta. Es un procedimiento ideal que día á día va ganando más partidarios; sin embargo, á veces se está obligado á dejar una parte del saco por las adherencias

que lo recubren, y entonces se recurre á otro método, la marsupialización, que consiste en fijar el saco á la pared abdominal, procurando llevar la aguja por las capas superficiales sin perforar las paredes del saco.

Si la extensión del quiste fuera muy grande, se puede reseca una parte de la pared. Algunos aconsejan el drenaje vaginal, otros lo critican.

En cuanto á la bolsa se le hacen lavajes con una solución débil de permanganato de potasio ó agua oxigenada muy diluída.

Cierre de la pared.—Después de haber peritonizado debidamente, se sutura el peritoneo, luego las capas musculares y aponeurosis, y por último la piel, dejando un amplio drenaje si se creyera conveniente.

Feto muerto.—Cuando la muerte del feto hace poco que se ha producido, existe una gran vascularización, y el peligro de las hemorragias al extirparse el tumor es grave, debido á lo cual es que los cirujanos no están contestes sobre la oportunidad operatoria.

- La laparotomía precoz es aconsejada por Pozzi que dice: que cuando en algunos casos la fiebre y demás signos de septicemia se presentan, lejos de contraindicar la intervención, la hacen más urgente y necesaria.

Werth espera unos días después de la muerte del feto para que la circulación interplacentaria haya disminuído por las obliteraciones que sobrevienen.

El tiempo que se debe dejar transcurrir es calculado en dos meses.

Kirhly opera á los tres meses.

Litzman opera á los cuatro.

Pinard lo hace, al retornar las reglas. Parry es partidario de esperar indefinidamente, dejando á la naturaleza obrar, para esperar á que lo transforme en litopedium. La época que se debe esperar es de cuatro á seis semanas.

De nuevo en este caso se nos presenta esta pregunta ¿qué debe hacerse con el saco y qué vía debe seguirse para la operación?

Pozzi es partidario de la extirpación total del saco por una laparotomía mediana; teóricamente el método es ideal; pero en la práctica á la fijación del saco y marsupialización se recurre la mayoría de las veces; porque casi siempre se encuentran adherencias íntimas y vascularizadas tan engorrosas de desprender y en conexiones con órganos que hacen toda tentativa peligrosa y se resuelve uno á optar por fijar el saco.

En los casos de embarazos ectópicos con feto muerto que se halla desarrollado entre las hojas del ligamento ancho, se hace una laparotomía lateral con insición paralela al arco de Poupart, de manera que se encuentra el quiste y se extirpa sin entrar en el peritoneo y sin tener el peligro ni siquiera lejano de producir una peritonitis que en el mejor de los casos alargaría la cura.

Embarazo de más de cinco meses con feto muerto de mucho tiempo atrás.--Si el feto hace mucho tiempo que ha muerto y la tolerancia se ha establecido, los cirujanos no trepidan en intervenir y Pozzi dice que esto debe hacerse para evitar más tarde sorpresas desagradables, como serían la infección del saco y supuración de éste, que en el mejor de los casos abriéndose camino al exterior, el pus formaría una fístula que mortificaría mucho tiempo á la enferma y haría la cura interminable para tener por último que hacer la extirpación del trayecto fistuloso.

La vía vaginal se ha empleado mucho y se sigue empleando en la actualidad en los casos en que el quiste bombea el fondo de saco posterior.

Sin embargo la vía abdominal es preferible porque no se trabaja á ciegas y por consiguiente no ofrece los peligros de la vaginal; es por esto que en la actualidad la vía abdominal es la preferida.



OBSERVACIONES CLINICAS

Observación I

HOSPITAL T. DE ALVEAR

SERVICIO DEL DR. RICARDO S. GÓMEZ

V. T., 27 años, casada, italiana. Ingresa al servicio el 27 de Diciembre de 1913 á la sala III, cama 14 del hospital «T. de Alvear».

Antecedentes hereditarios.—Padres sanos, cuatro hermanos sanos, ninguno muerto.

Antecedentes personales.—En la primera infancia enterocolitis. Regló á los 14 años, duran sus reglas 7 días, siendo dolorosas y escasas.

Se casó á los 27 años. Hace seis meses de su casamiento.

Enfermedad actual.—Hace tres meses que se siente en-

ferma á raíz de un susto y estando embarazada de dos meses. Se sentía con fuertes dolores de vientre, hemorragias con expulsión de membranas. Examinada en el público le diagnosticaron aborto, por lo que ingresa á este servicio.

Estado actual.—Mujer de regular estatura, de escaso panículo adiposo, esqueleto bien constituido y conformado, no se perciben ganglios, piel y mucosas bien coloreadas.

Sistema nervioso.—Normal.

Organos de los sentidos.—Normales.

Aparato circulatorio.—Corazón, tonos normales. Pulso, 80 pulsaciones por minuto, pulso regular, tenso, igual.

Aparato respiratorio.—Normal.

Aparato digestivo.—Normal.

Aparato urinario.—Normal.

Organos genitales.—Matriz blanda, cuello entreabierto con pérdidas sanguíneas. Se palpa un plastrón en el fondo de saco derecho, el vientre es doloroso á la palpación, se constata á la percusión una zona mate á la altura del tumor que se continúa con la matitez uterina.

Diagnóstico.—Embarazo extra-uterino derecho tubario.

Tratamiento.—Quirúrgico.

Operador.—Dr. R. S. Gómez.

Ayudante.—Dr. A. P. Barceló.

Anestesia.—Clorofórmica, 50 gramos.

Laparotomía mediana sub-umbilical, valva Doyen, abierto el peritoneo se pone la enferma en la posición de Trendelenburg, defendida la cavidad abdominal por compresas esterilizadas. Se procede al examen de los anexos, encontrándose en embarazo tubario del lado derecho por lo que se resuelve hacer una salpinguectomía de ese lado; cierre de la pared.

Curaciones.—Se le hacen curaciones y en las primeras se le da 500 gramos de suero fisiológico.

La enferma sale de alta curada el 31 de Enero de 1914.

Observación II

HOSPITAL TEODORO DE ALVEAR.—SERVICIO DEL DR. RICARDO
S. GÓMEZ.

Sala III, cama 38

Lucía D. P. de P., 24 años, casada, italiana, q. d.

Fecha de entrada: 8 de Diciembre de 1913.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Dice la enferma haber sido siempre sana. Tuvo sus primeras reglas á los 12 años, no son dolorosas, escasas, regulares; duran de uno á tres días. Se casó á los 20 años; ha tenido dos embarazos á término y parto normal; viven las criaturas.

Enfermedad actual.—Hace como tres meses y medio que nota los síntomas subjetivos de embarazo, le falta su menstruación, tiene náuseas, vómitos y lipotimias.

A fines de Noviembre, no fija el día, encontrándose acostada, siente un dolor intenso como si se le hubiera desgarrado algo en su interior; estuvo con vómito toda la noche, con escalofríos, sintiéndose con una debilidad ex-

trema; luego pasó su malestar, que se repitió el día 7 de Diciembre por la noche, viéndose obligada á llamar un médico, quien le aconseja ingrese á un hospital, lo que hace al día siguiente por la noche.

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

El abdomen es doloroso á la presión y espontáneamente; se comprueba una defensa muscular en la fosa ilíaca derecha; á la percusión da matitez.

Al practicarse un tacto vaginal, acompañado de palpación bimanual, se constata los fondos de saco laterales y posterior ocupado; el útero rechazado contra el pubis.

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

Intervención.—Operador: Dr. A. B. Barceló.

Anestesia clorofórmica, 50 gramos.

Laparotomía sub-umbilical; se llega al peritoneo, se incinde y da salida á una gran cantidad de sangre; toda la cavidad se encuentra inundada de este líquido; se busca el anexo enfermo, se liga y se extirpa.

Se hace la toilette, se sutura, dejando drenaje, que se saca á los 8 días; la enferma se levanta á los 15 días, y se va de alta, curada, á los 22 días de haber ingresado al servicio.

Observación III

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

Sala III, cama 29

Carlota J., 28 años, española, casada, q. d.

Entrada: el 25 de Agosto de 1913. Alta: el 1.º de Octubre de 1913.

Diagnóstico. — Embarazo tubario derecho, degeneración quística de ambos ovarios.

Tratamiento. — Laparotomía. Oóforo-salpinguectomía doble.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No ha padecido de enfermedad alguna digna de mención.

Regló á los 14 años; han sido siempre regulares en cantidad, calidad y duración.

Se casó á los 22 años, ha tenido tres hijos con partos normales.

Enfermedad actual. — Comenzó con pérdidas sanguí-

neas con ciertas intermitencias un mes antes de ingresar al hospital, ha tenido fuertes dolores al vientre que se irradiaban á la pelvis y muslos; han existido mareos, constipación, vómitos é inapetencia.

Estado actual.—Mujer blanca, bien desarrollada, no hay anemia pronunciada aún teniendo en cuenta las frecuentes pérdidas sanguíneas que ha sufrido.

El examen ginecológico demuestra el útero algo grande, móvil, siendo la palpación algo dolorosa; sin embargo, permite palpar el sitio de los anexos, ocupado por un tumor móvil, renitente; la sensación de tumor líquido se percibe en ambos lados. Estos tumores son independientes del útero, notándose un surco entre ambos á la palpación.

El fondo de saco posterior se encuentra ocupado por ese tumor que hace prominencia hacia el fondo de saco de Douglas. El útero, en ligera anterversión, permite limitar bien el fondo á la palpación bimanual.

Operador.—Dr. R. S. Gómez.

Ayudante.—Dr. Barceló.

Anestesia.—Cloroformo, 40 grs.

Operación.—Se hace una laparotomía infraumbilical.

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

Se hace oósforosalpingectomía doble.

Sutura en tres planos.

Drenaje de gasa.

La enferma cura, sin complicaciones.

Alta curada, el 1.º de Octubre de 1913.



Buenos Aires, Abril 14 de 1914

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al profesor titular Dr. Fanor Velarde y al profesor suplente Dr. Jaime Salvador, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis de acuerdo con el art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

EDUARDO OBEJERO

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Abril 28 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2777 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial del embarazo tubario, en los tumores del útero y anexos.

F. Bazterrica.

II

Aborto tubario.

F. Velarde.

III

Diagnóstico del embarazo angular.

Jaime Salvador.

BIBLIOGRAFÍA

- Lawson-Tait.*—Maladies des femmes.
- Pozzi.*—Traité de Ginecologie.
- Testut.*—Traité d'anatomie humaine.
- Cirio C. A.*—Embarazos ectópicos y hematoceles pelvianos. Tesis 1904.
- Chucco A.*—Embarazos ectópicos. Tesis 1901.
- Lissac J.*—Contribution a l'étude de l'avortement tubaire. Thèse de Paris 1903.
- Couvelaire.*—Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. Thèse de Paris 1901.
- Ismael Alonzo.*—Embarazo extra-uterino. Tesis 1909.
- José María Correa.*—Embarazo extra-uterino. Tesis 1909.
- Alfredo Boden.*—Embarazos ectópicos, Tesis 1908.
- Juan B. Cestino.*—Embarazo ectópico. Tesis 1910.
- Toribio J. Piccardo.*—La etiopatogenia de los embarazos ectópicos.
- Tainturier.*—Etiologie des grossesses extra-uterines. Thesse de Paris, 1885.
- Chucco A.*—Semana Médica N.º 88, año 1908.
- Ribemont Dessaignes et Lepage.*—Precis d'Obstétrique.
- Bouilly.*—Notes sur la grossesse extra-uterine. La Ginecologie, 1888.
-



30670

