BIBLIOTECA MEDICA ROMA
MISCELL
B 45
4

Año 1918 Núm. 3481

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EMBARAZO TUBARIO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS ESTOL

BIBLIOTECA MEDICA ROMA

"LAS CIENCIAS"
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
JUNIN 845 - BUENOS AIRES

EMBARAZO TUBARIO

Año 1918 **Núm. 3481**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EMBARAZO TUBARIO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS ESTOL

"LAS CIENCIAS"
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
JUNIN 845 - 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 MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. „ „ PEDRO N. ARATA
3. „ „ ROBERTO WERNICKE
4. „ „ JOSÉ PENNA
5. „ „ LUIS GÜEMES
6. „ „ ELISEO CANTON
7. „ „ ANTONIO C. GANDOLFO
8. „ „ ENRIQUE BAZTERRICA
9. „ „ DANIEL J. CRANWELL
10. „ „ HORACIO G. PIÑERO
11. „ „ JUAN A. BOERI
12. „ „ ANGEL GALLARDO
13. „ „ CARLOS MALBRAN
14. „ „ M. HERRERA VEGAS
15. „ „ ANGEL M. CENTENO
16. „ „ FRANCISCO A. SICARDI
17. „ „ DIOGENES DECOUD
18. „ „ DESIDERIO F. DAVEL
19. „ „ GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. „ „ DOMINGO CABRED
21. „ „ EDUARDO OBEJERO
22. „ „ JOSE A. ESTEVES
23. „ „ Vacante
24. „ „ Vacante

Secretario general

Vacante

Secretario

Dr. DIÓGENES DECOUD

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
5. „ „ ALOYSIO DE CASTRO
6. „ „ CARLOS CHAGAS
7. „ „ MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
„ „ ELISEO CANTON
„ „ ANGEL M. CENTENO
„ „ DOMINGO CABRED
„ „ MARCIAL V. QUIROGA
„ „ JOSÉ ARCE
„ „ EUFEMIO UBALLES (con lic.)
„ „ DANIEL J. CRANWELL
„ „ CARLOS MALBRAN
„ „ JOSÉ F. MOLINARI
„ „ MIGUEL PUIGGARI
„ „ ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)
„ „ FANOR VELARDE
„ „ IGNACIO ALLENDE
„ „ MARCELO VIÑAS
„ „ PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA
DR. D. JUAN A. GABASTOU

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
„ JUVENCIO Z. ARCE
„ PEDRO N. ARATA
„ FRANCISCO DE VEYGA
„ ELISEO CANTON
„ JUAN A. BOERI
„ FRANCISCO A. SICARDI
„ TELÉMACO SUSINI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
	„ R. SARMIENTO LASPIUR
	„ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	„ PEDRO BELOU
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	„ CARLOS MALBRAN
Química 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	(Vacante)
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	(Vacante)
„ Génito-urinarias	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	„ ENRIQUE B. DEMARIA
„ Médica	„ LUIS GUEMES
	„ LUIS AGOTE
	„ IGNACIO ALLENDE
	(Vacante)
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
	„ DIOGENES DECOUD
	„ ANTONIO C. GANDOLFO
	„ MARCELO T. VIÑAS
„ Neurológica	„ JOSÉ A. ESTEVES
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Obstétrica	(Vacante)
„ Pediátrica	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica	Dr. D. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	,, DANIEL J. GREENWAY
Histología normal	,, JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	,, JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	,, JUAN CARLOS DELFINO
	,, LEOPOLDO URIARTE
	,, ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	,, JOSÉ BADIA
Higiene Médica	,, FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-sifilográfica	,, MAXIMILIANO ABERASTURY
,, Génito urinaria	,, BERNARDINO MARAINI
Patología externa	,, CARLOS ROBERTSON LAVALLE
,, interna	,, RICARDO COLON
Clínila oto-rino-laringológica	,, ELISEO V. SEGURA
,, Neurológica	(Vacante)
	,, MARIANO ALURRALDE
,, Pediátrica	,, ANTONIO F. PIÑERO
	,, MANUEL A. SANTAS
	,, MAMERTO ACUÑA
,, Quirúrgica	,, FRANCISCO LLOBET
	,, MARCELINO HERRERA VEGAS
	,, JOSÉ ARCE
,, Psiquiátrica	,, JOSÉ T. BORDA
	,, BENJAMIN T. SOLARI
,, Obstétrica	,, ARTURO ENRIQUEZ
	,, ALBERTO PERALTA RAMOS
,, Ginecológica	,, JOSÉ F. MOLINARI
,, Médica	,, PATRICIO FLEMING

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	„ GUILLERMO SEEBER
	„ SILVIO E. PARODI
Anatomía Descriptiva	„ EUGENIO GALLI
	„ JUAN JOSE CIRIO
	„ FRANCISCO ROPHILLE
Fisiología general y humana	„ FRANK L. SOLER
	„ BERNARDO HOUSSAY
	„ RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	„ SALVADOR MAZZA
Química Biológica	„ BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica	„ MANUEL V. CARBONELL
	„ SANTIAGO M. COSTA
Semeiología y ejercicios clínicos	„ CARLOS BONORINO UDAONDO
	„ ALFREDO VITON
	„ PEDRO J. HARDOY
Anatomía Patológica	„ JOAQUIN LLAMBIAS
	„ ANGEL H. ROFFO
	„ PEDRO ELIZALDE
Materia Médica y Terapia	„ JOSE MORENO
	„ PEDRO CASTRO ESCALADA
Medicina Operatoria	„ ENRIQUE FINOCCHIETTO
	„ FRANCISCO P. CASTRO
Patología externa	„ CASTELFORT LUGONES
	„ ENRIQUE M. OLIVIERI
	„ ALEJANDRO CEBALLOS
Clínica Dermato-sifilográfica	„ NICOLAS V. GRECO
	„ PEDRO L. BALIÑA
„ Génito-urinaria	„ JOAQUIN CERVERA
	„ JOAQUIN NIN POSADAS
„ Epidemiológica	„ FERNANDO R. TORRES
	„ FRANCISCO DESTEFANO
	„ ANTONINO MARCO DEL PONT
	„ DANIEL THAMM
„ Oftalmológica	„ ADOLFO NOCETI
	„ RAUL ARGAÑARAZ
„ Oto-rino-laringológica	„ JUAN DE LA CRUZ CORREA
	„ MARTIN CASTRO ESCALADA
	„ FELIPE J. BASAVILBASO
	„ ANTONIO R. ZAMBRINI
	„ ENRIQUE FERREIRA
Patología Interna	„ PEDRO LABAQUI
	„ LEONIDAS JORGE FACIO
	„ PABLO M. BARLARO
	„ EDUARDO MARINO
Clínica Quirúrgica	„ ARMANDO R. MAROTTA
	„ LUIS A. TAMINI
	„ MIGUEL SUSSINI
	„ ROBERTO SOLE
	„ PEDRO CHUTRO
	„ JOSE M. JORGE (hijo)
	„ OSCAR COPELLO
	„ ADOLFO E. LANDIVAR
	„ JORGE LEYRO DIAZ
	„ ANTONIO F. CELESIA
	„ TOMAS B. KENNY
	„ GUILLERMO VALDES (hijo)
Clínica Neurológica	„ VICENTE DIMITRI
	„ ROMULO H. CHIAPPORI
„ Médica	„ JUAN JOSE VITON
	„ PABLO J. MORSALINE
	„ RAFAEL A. TUILLRICH
	„ IGNACIO IMAZ
	„ PEDRO ESCUDERO
	„ MARIANO R. CASTEX
	„ PEDRO J. GARCIA
	„ JOSE DESTEFANO
	„ JUAN R. GOYENA
	„ JUAN JACOBO SPANGENBERG
	„ TULIO MARTINI
	„ CANDIDO PATIÑO MAYER
„ Pediátrica	„ GENARO SISTO
	„ PEDRO DE ELIZALDE
	„ FERNANDO SCHWEIZER
	„ JUAN CARLOS NAVARRO
„ Ginecológica	„ JAIME SALVADOR
	„ TORIBIO PICCARDO
	„ CARLOS R. CIRIO
	„ OSVALDO L. BOTTARO
	„ JULIO IRIBARNE
„ Obstétrica	„ CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	„ FAUSTINO J. TRONGE
	„ JUAN B. GONZALEZ
	„ JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	„ JUAN A. GABASTOU
	„ ENRIQUE A. BOERO
	„ JOSUE BERUTI
	„ NICANOR PALACIOS COSTA
	„ VICTORIO MONTEVERDE
Medicina Legal	„ JOAQUIN V. GNECCO
	„ JAVIER BRANDAN
	„ ANTONIO PODESTA
Clínica Psiquiátrica	„ AMABLE JONES
Anatomía topográfica	„ ANGEL J. SAN MARTIN
Toxicología	„ ALFREDO BUZZO

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año:	
Anatomía, Fisiología, etc.	Dr. J. C. LLAMES MASSINI
Segundo año:	
Parto fisiológico	„ MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año:	
Clínica obstétrica	„ FANOR VELARDE
Puericultura	„ UBALDO FERNANDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía y Fisiología comparadas	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica	„ JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica..	„ MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal...	„ ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica ...	(Vacante)
Técnica farmacéutica (1er. curso).	„ J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Etica y Legislación.....	„ RICARDO SCHATZ
Química analítica general	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2.° curso)..	Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general.—Anatomía y fisiologías comparadas.....	Dr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica	,, TOMAS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica..	„ ANGEL SABATINI „ EMILIO M. FLORES
Botánica y Micrografía vegetal.....	,, ILDEFONSO C. VATTUONE
Química farmacéutica orgánica....	Dr. PEDRO J. MÉSIGOS „ LUIS GUGLIALMELLI
Técnica farmacéutica	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA „ PASCUAL CORTI ,, CLEOFE CROCCO
Química analítica general	Dr. JUAN A. SANCHEZ
Farmacognosia especial	Sr. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas...	——
Mineralogía y Geología.....	——
Botánica (2.° curso). Bibliografía botánica argentina	——
Química analítica aplicada (Medicamentos)	Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejer.
Química biológica	„ PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología)	——
Física general	——
Bacteriología	Dr. CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal.....	„ JUAN B. SEÑORANS

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	Dr. RODOLFO ERAUZQUIN
2.° año	„ LEON PEREYRA
3er. año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. D. ALEJANDRO CABANNE (3.er año)
DR. D. TOMAS S. VARELA (2.o año)
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)
SR. D. CORIOLANO BREA »
SR. D. CIRO DURANTE AVELLANAL (1er año)

Padrino de tesis:

Dr. ANGEL VILLA

A LOS MIOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Por última vez vengo ante vosotros para presentar a vuestra elevada consideración, este modesto trabajo inaugural, sobre una de las afecciones más graves a la vez que frecuente de la práctica ginecológica: el embarazo tubario.

He tratado de sintetizar en él, el fruto de la observación de los sumerosos casos que he tenido ocasión de estudiar en el Hospital Fernández y contribuir siquiera en una pequeña parte al conocimiento de esta afección, que por sí misma y por sus numerosas y graves complicaciones, compromete la vida de las mujeres que la padecen, haciendo resaltar al mismo tiempo los excelentes resultados obtenidos por una intervención quirúrgica oportuna.

Pronto quedarán terminadas nuestras relaciones oficiales, por lo que deseo en mi despedida dejar constancia de mi gratitud a los profesores de la Es-

cuela y a todos los que han contribuido con sus consejos y con su ejemplo a mi ilustración científica.

Al doctor Angel Villa mi especial y respetuoso reconocimiento por el honor que me dispensa al acompañarme en este acto.

Generalidades

El embarazo extrauterino o más propiamente el embarazo ectópico en general, consiste en la fijación y desarrollo del óvulo fecundado, fuera de la cavidad uterina normal. Comprende tres variedades principales: el embarazo tubario, el embarazo ovárico y el embarazo abdominal primitivo, a las que se ha agregado el embarazo que evoluciona en un cuerno uterino rudimentario.

De todas estas variedades, la más frecuente es el embarazo tubario, en el cual el huevo se fija y se desarrolla en el interior de la trompa uterina u oviducto. En efecto, si bien es indiscutible actualmente la existencia de verdaderos embarazos ováricos y si también la mayoría de los autores admiten la existencia del embarazo abdominal primitivo, no es menos cierto, sin embargo, que estas variedades de embarazo ectópico son muy raras, casi excepcionales.

El embarazo tubario recién ha comenzado ser bien comprendido en su naturaleza, después del des-

cubrimiento de de Graaf, habiendo sido Levret el primero que lo describió correctamente con el nombre de "mal embarazo".

Posteriormente, los trabajos de Baudelocque, Tarnier, Velpeau, Noegele, Bernutz y sobre todo de Lawson Tait han contribuído considerablemente al conocimiento de esta grave afección y de sus numerosas complicaciones, entre las cuales, una de las más importantes, la constituyen los hematoceles pelvianos que, a raiz de los trabajos de Gaillard, Nelaton, Schrœder y Fritsch son considerados como una consecuencia del embarazo tubario. Mucho más común de lo que creían los antiguos autores, su frecuencia, sin embargo, es difícil establecerla con cifras precisas, ya que no se ha tenido en cuenta hasta ahora en las estadísticas, los numerosos casos de hematosalpinx, que actualmente se colocan entre las consecuencias de la preñez ectópica.

Etiología y Patogenia

El embarazo tubario es raro antes de los veinte años, observándosele con el máximun de frecuencia hacia la parte media de la vida genital de la mujer, es decir alrededor de los treinta años, tratándose casi siempre de multíparas y siendo precedido frecuentemente por un período más o menos largo de trastornos genitales.

Se han formulado numerosas teorías para explicar las causas de los embarazos ectópicos en general, y particularmente del embarazo tubario, pero como veremos ninguna de ellas es del todo satisfactoria.

Las causas morales invocadas por los antiguos autores, como ser las emociones de todas clases, y capaces de producir el espasmo y contractura de las trompas, no se les atribuye en la actualidad importancia alguna.

Las causas mecánicas que pueden dificultar la progresión del óvulo fecundado en el canal de la

trompa e impedirle llegar a la cavidad uterina, su sitio normal de implantación y desarrollo, son muy numerosas: fibromas desarrollados al nivel del *itsmo* de la trompa, sinuosidades o acodamientos del trayecto tubario, tumores de vecindad o falsas membranas peritoneales que compriman o constriñan a las trompas, lesiones inflamatorias o neoplásicas que disminuyan el calibre o que obturen el orificio uterino del oviducto. Sin embargo, hay que hacer notar, salvo en el último de los casos mencionados, que la trompa es siempre permeable aún cuando su calibre esté más o menos disminuído y por lo tanto el óvulo fecundado aunque dificultosamente, puede pasar. Además, hay numerosas observaciones de embarazos ectópicos, en los que no se puede invocar ninguna de las mencionadas causas mecanicas para explicar su formación.

La mayoría de los autores modernos, atribuyen a los procesos inflamatorios y sobre todo a la inflamación crónica de las trompas, un papel preponderante en la producción de los embarazos ectópicos. En efecto, fácilmente se concibe, como las salpingitis crónicas, la descamación del epitelio tubario y la pérdida de sus cilias vibrátiles, tengan como lo ha sostenido Lawson Tait un valor etiológico considerable, dificultando considerablemente la marcha del huevo hacia la cavidad uterina. Pero otros autores, han demostrado la integridad y la ausen-

cia de procesos patológicos anteriores en trompas grávidas, por lo que se ve que estas causas inflamatorias no son aplicables a todos los casos.

Se ha invocado la existencia de predisposiciones anatómicas, porque hay casos bastantes frecuentes de recidiva. Varnier y Sens han observado 100 casos a los que Hardt ha agregado 35 más. Quizás sea aplicable a estos casos la teoría emitida por Webster, según la cual el embarazo tubario debe considerarse como un fenómeno de atavismo, porque el huevo solo puede fijarse y desarrollarse en una trompa capaz de suministrar una caduca. Ahora bien, en los mamíferos inferiores, no existe diferencia ninguna entre la mucosa de las trompas y la del útero, el huevo puede fijarse y desarrollarse en cualquier punto del canal genital.

Haremos por último, un breve resumen de la teoría que el Dr. Toribio Piccardo desarrolla en su obra sobre la "Etiopatogenia de los embarazos ectópicos" y que a nuestro parecer es la más aceptable puesto que es la que mejor se aplica a todos los casos.

La fecundación del óvulo por el espermatozoide, se verifica normalmente en la cavidad de la trompa hacia su tercio externo, quedando constituído desde este momento el huevo. Este huevo es impulsado luego por los movimientos de las cilias vibrátiles del epitelio tubario y por la misma contracti-

lidad de la trompa y avanza hasta pasar a la cavidad uterina. Pero desde el instante de su formación, el huevo comienza a desarrollarse y experimenta transformaciones importantes en su estructura interna y en su configuración exterior siendo una de las más importantes entre estas últimas el desarrollo de los trofoblastos, que le permiten fijarse al llegar a la parte superior de la cavidad uterina. Estas modificaciones en la estructura del huevo, que permiten su fijación, dependen de dos factores: lugar en que se efectúa la fecundación y potencia genética del producto de esta, es decir del mismo huevo.

Si ambos elementos son normales, el desarrollo del huevo también lo será y recién estará en condiciones de fijarse al llegar a la parte superior de la cavidad uterina.

Pero si la fecundación se hace antes de su sitio normal en el tercio externo de la trompa, o si el desarrollo del huevo es prematuro, la fijación del mismo huevo se producirá antes de llegar al útero, su sitio normal, pudiendo detenerse en la trompa o en el mismo ovario constituyéndose en esta forma el embarazo ectópico.

Por el contrario cuando la fusión de los elementos sexuales es tardío o cuando el desarrollo del huevo es lento, recién estará en condiciones de fijarse al llegar a la parte inferior del útero, dando orígen a la inserción baja de la placenta.

Anatomía patológica

El embarazo eubario es tan frecuente a la derecha como a la izquierda; puede ser bilateral como en los 6 casos reunidos por Cestan. Se ha observado embarazos tubarios gemelares y se le ha visto también coincidir con un embarazo normal. La recidiva después de una primera operación no es rara, ya hemos dicho que Varnier y Sens han reunido 100 observaciones; a las que posteriormente se le han agregado otras; según Lejars las recidivas se producirían en el 4 á 5 por 100 de los casos.

El huevo puede desarrollarse en cualquier punto de la trompa, es decir en su parte más interna, en su parte media o en su porción externa.

En el primer caso tendríamos el embarazo tubointersticial o tubo-uterino, variedad poco común, en la que el quiste fatal se adhiere íntimamente al útero. Cuando el huevo se desarrolla en la porción media de la trompa, tenemos las dos variedades ístmica y ampular; finalmente la variedad infun-

dibuliforme es la que determina el desarrollo del huevo en el pabellón de la trompa en cuyo caso el quiste fetal sobresale en el abdomen y sus paredes se completan por neomembranas peritoneales.

Cuando en esta variedad, el ovario forma parte de la pared del quiste, el embarazo se llama tubo-ovárico.

De todas estas variedades, la más frecuente y con mucho es la ampular, siguiéndole la forma ístmica; en cuanto a las variedades intersticial e infundibuliforme, son poco frecuentes. Martin, ha observado 69 veces la forma ampular y solo 8 la forma ítsmica; por su parte Couvelaire nos dá 28 y 7 respectivamente.

La trompa grávida forma un tumor más o menos voluminoso según la edad del huevo; está hipertrofiada, deforme y muy sinuosa. Los sacos ampulares que son los más frecuentes de todos, están provistos de un pedículo, constituído por la porción más interna de la trompa y el meso salpinx. Este pedículo existe siempre, por lo menos en las primeras semanas del embarazo y permite a la trompa cierta movilidad, pudiendo caer a veces en el fondo de saco de Douglas.

En cualquier punto de la trompa en qué se implante el huevo, tiene siempre sus dos envolturas de orígen fetal, corion y amnios. Este huevo, completamente velloso, se fija en una parte solamente de

la pared de la trompa. Uno de sus polos, es adherente, en cambio, el otro, está libre en la cavidad tubaria. Más adelante el corion solo es velloso en una parte, habiéndose constituído la placenta; la porción no vellosa corresponde al polo libre del huevo y hasta el tercer mes puede quedar independiente de la pared tubaria opuesta a la de la fijación.

En el punto de la pared de la trompa donde se fija la placenta fetal, se observa modificaciones considerables.

La pared tubaria aumenta de espesor al principio, pierde su epitelio cilíndrico y los vasos sanguíneos, sobre todo los de la capa conjuntiva están dilatados y repletos de sangre. Las fibras conjuntivas se disocian y se separan, formándose lagunas o senos donde penetras las vellosidades coriales.

Estas modificaciones en la estructura de la pared de la trompa, se observan hasta en su capa muscular, donde se notan lesiones análogas a las ya descritas.

En estas lagunas o senos llenos de sangre, las vellosidades coriales se ponen en contacto con la sangre materna y se efectúa el intercambio de gases y de líquidos. Pero, aunque la placenta esté bien constituída, a pesar de que sus vellosidades reciban sangre fetal, está expuesta sin embargo a numerosos accidentes debido a su implantación anormal.

En efecto, la trompa, donde se encuentra esta

placenta ectópica, no es extensible indefinidamente, está pues, sometida a una cierta presión y llega un momento en que la sangre fetal si bien circula en los vellosidades, la sangre materna en cambio donde estas vellosidades están sumerjidas, no se renueva, sino que se coagula alrededor de ellas, lo cual disminuye la vitalidad y aún puede producir la mortificación de estas vellosidades coriales.

La existencia de una caduca refleja, en el embarazo tubario, ha sido negada por varios autores, pero actualmente se admite la existencia de una pseudo caduca refleja proveniente de la trompa y que constituye la envoltura externa de la placenta. El conjunto de todas las partes fetales rodeadas por las paredes de la trompa, constituye el llamado quiste fetal, que presenta con los órganos vecinos, relaciones muy variables, pudiendo contraer adherencias muy íntimas.

Las alteraciones producidas en la estructura de la pared de la trompa, como consecuencia de la fijación del huevo, traen como resultado la fragilidad de este órgano, que queda fácilmente expuesto a una desgarradura o ruptura y, teniendo en cuenta que sus vasos sanguíneos están dilatados e hipertrofiados, se comprende sin esfuerzo, las graves consecuencias que pueden resultar de estas circunstancias.

En efecto, es muy raro que el embarazo tuba-

rio llegue sin trastornos más o menos serios al término de su evolución. Casi siempre su curso es interrumpido por alguna de las siguientes complicaciones que, por orden creciente de gravedad, son: el hemato-salpinx, el aborto o la ruptura de la trompa. El hemoto-salpinx es un accidente por lo general precoz, siendo sus causas, variadas, como por ejemplo, un traumatismo aún ligero, como el que puede resultar del acto sexual; una exploración bimanual un poco brusca; como consecuencia se produce una hemorragia entre el huevo y la pared de la trompa que lo sustenta. Esta hemorragia puede también producirse sin que intervenga ninguna de las causas mencionadas anteriormente, como una consecuencia de la atrofia de las vellosidades coriales, debida a su insuficiente nutrición, atrofia que, a su vez, provoca la retracción de estas vellosidades, causando pequeñas hemorragias de los senos o lagunas sanguíneas de la pared tubaria.

De cualquier manera que se produzca, la hemorragia tiene como resultante, el desprendimiento del huevo de la pared de la trompa y en la mayoría de los casos, la muerte del mismo. Puede reabsorberse y entonces solo queda como vestigios del embarazo tubario, un coágulo adherente y algunas vellosidades, curando en esta forma, expontáneamente, el hemato-salpinx. Pero esta terminación feliz es la excepción y por lo general, el huevo desprendido, es

expulsado posteriormente de la cavidad de la trompa por la ruptura de sus paredes o por aborto tubario.

Por el aborto tubario, el huevo desprendido por la hemorragia, es expulsado de la cavidad de la trompa, sin que se produzca la ruptura de las paredes de este órgano. La expulsión del huevo, puede ser total, de una sola vez, es decir, el huevo y la placenta, al mismo tiempo, en cuyo caso la hemorragia que se produce es moderada. Pero, cuando el aborto es incompleto, cuando la expulsión del huevo y sobre todo de la placenta, se hace fragmentariamente, se produce una serie de hemorragias por desprendimientos parciales de esta placenta y la pérdida de sangre puede ser muy considerable y por lo tanto grave.

En la gran mayoría de los casos, el aborto tubario y la hemorragia consiguiente, se hacen por el orificio abdominal de la trompa; para que esto sea posible, es necesario que este orificio abdominal o peritoneal, esté permeable. La obliteración del *ostiun* abdominal es la regla después de la sexta u octava semana del embarazo tubario, por lo que el aborto tubo-abdominal es un accidente generalmente precoz.

La expulsión del huevo y de la placenta por el orificio uterino de la trompa, constituye el aborto tubo-uterino, el que según Pinard, sería excepcio-

nal, en caso de existir y además su diagnóstico sería muy difícil, confundiéndosele casi siempre, con el aborto uterino vulgar. El aborto tubario es más frecuente de lo que se admitía, Kustner en 75 casos de embarazos ectópicos, lo ha comprobado 59 veces contra 16 rupturas; en otras estadísticas se encuentra también una proporción elevada de aborto; así, Fehling, presenta 71 abortos contra 9 rupturas y Mandl y Schmit, 56 abortos contra 11 rupturas.

La ruptura tubaria es el accidente más grave que puede sobrevenir en el curso del embarazo tubario, porque va acompañada de una copiosa hemorragia, comunmente intraperitoneal, que compromete rápidamente la vida de la mujer. Esta ruptura se produce casi siempre, entre el segundo y el tercer mes del embarazo, pudiendo ser más precoz, rara vez más tardía.

La ruptura de la pared tubaria es una consecuencia de las profundas lesiones y de la distensión que se producen como resultado de la fijación del huevo. Casi siempre se produce al nivel de la inserción de la placenta, en su parte superior, rara vez en la parte inferior intraligamentosa. Esta ruptura es por lo común, única, de uno a tres centímetros de longitud; pero puede también ser más grande, doble, múltiple, de bordes desgarrados; puede ser primitiva o secundaria a una hemorragia por

desprendimiento parcial de la placenta, lo que sería más frecuente según Cestan.

Como quiera que sea, en el momento en que la trompa se rompe, se produce una abundante hemorragia que puede determinar la rápida muerte de la mujer. La ruptura casi siempre se produce en la parte libre, extraligamentosa de la trompa y por lo tanto la hemorragia es intraperitoneal y, si el peritoneo está sano, nada se opone a la hemorragia, la que constituye una verdadera inundación peritoneal. En estos casos al abrir el vientre, al practicar una laparotomía aquél se encuentra lleno de sangre parcialmente coagulada y en cantidad que puede llegar a varios litros. En cambio, cuando hay lesiones preexistentes de pelviperitonitis, aunque sean discretas, la hemostasia es más fácil, la pérdida de sangre es mucho menos considerable y tiende a localizarse enquistándose, de preferencia en el fondo de saco de Douglas, lo que dá orígen a un hematocele pelviano intraperitoneal.

En estos casos el útero es rechazado hacia adelante, contra el pubis; el recto está aplastado contra el plano sacrocoxígeo, y el tumor bombea en la vagina de una manera más o menos perceptible. Hacia la parte superior, el enquistamiento se completa con falsas membranas peritoneales que aglutinan las asas del intestino y más tarde se organizan como una membrana conjuntiva. En los casos en que el

fondo de saco de Douglas esté obliterado por adherencias de alguna pelviperitonitis anterior, la sangre derramada se enquista delante de útero o sino, a los lados del mismo.

En cualquiera de estos casos, la sangre enquistada se coagula completamente, produciéndose depósitos fibrinosos en las paredes del hematocele la cual, con el transcurso del tiempo, puede adquirir una consistencia considerable, para ser seguida de su completa reabsorción, pero, también puede infectarse y supurar, dando lugar a fenómenos generales y locales graves hasta la eliminación expontánea o quirúrgica del absceso formado.

Cuando la hemorragia debida a la ruptura tubaria, se produce entre las hojas del ligamento ancho, es en general moderada y se forma un hematoma o hematocele extraperitoneal, que puede sin embargo, adquirir gran desarrollo, ya que la sangre derramada, desprendiendo y rechazando el peritoneo, puede llegar a las fosas ilíacas y hacia abajo hasta la vecindad del ano rechazando hacia adelante la pared posterior de la vagina.

En algunos casos muy raros, el huevo expulsado completamente de la trompa por aborto o por ruptura, puede fijarse en la cavidad abdominal y continuar viviendo y desarrollándose, en cuyo caso el embarazo primitivamente tubario, se ha convertido en un embarazo abdominal secundario; puede

también ocurrir que el huevo expulsado entre las dos hojas del mesosalpinx se injerte y viva y tendríamos el embarazo extraperitoneal secundario. En estos casos, muy raros por otra parte, el embarazo puede pasar el quinto mes y llegar al término o cerca del término. Fayle y Delherm han reunido 29 observaciones de embarazos tubarios verdaderos después del quinto mes, a los que dividen en tubarios intraperitoneales y tubarios intraligamentosos y hacen notar que es muy difícil reconocer la trompa en la pared del saco fetal y admiten que la trompa se ha roto en un punto que no es perceptible, para dar salida al saco, o sino, que se ha distendido hasta el punto de convertirse en una hoja de extrema delgadez.

En cuanto al feto, llegado el término del embarazo y, si no es extraído, muere, experimentando diversas modificaciones: maceración, degeneración grasa, infiltración calcárea, transformándose en este último caso, en litopedion. En estas condiciones puede ser bien tolerado durante muchos años sin producir trastornos en la salud de la mujer, pero, también puede infectarse el quiste fetal y su contenido, ser expulsado después de haber producido fenómenos generales graves, por el recto, por la vagina, por el mismo útero, por la vejiga o a través de la pared abdominal.

Durante la evolución del embarazo tubario, se

observa modificaciones más o menos importantes en diversos órganos, siendo las más interesantes las que se producen en el útero. Este órgano experimenta una hipertrofia en todas sus partes constitutivas, lo que se manifiesta por su aumento de volumen y la formación de una caduca, la que frecuentemente es expulsada en el curso del embarazo simulando un aborto, pero, también puede eliminarse recién al término o al interrumpirse el embarazo tubario, pudiendo esta eliminación hacerse en un bloque o en fragmentos muy pequeños, difícilmente perceptibles entre los coágulos sanguíneos

Sintomatología

El embarazo tubario dá lugar en el curso de su evolución, a un cortejo sintomático muy variado que es necesario conocer bien para poder establecer el diagnóstico con las numerosas afecciones con que se puede confundir.

Hay casos, muy raros sin embargo, en que puede evolucionar hasta el término o cerca del término, sin provocar perturbaciones muy marcadas habiéndosele considerado como un embarazo normal.

Siguiendo a la mayoría de los autores, dividiremos la evolución del embarazo tubario en dos períodos, que comprende los cinco primeros meses el uno, los últimos meses el otro, diferenciándose mucho el primero del segundo por los síntomas generales y funcionales y sobre todo por los signos físicos. Es poco frecuente tener ocasión de examinar una mujer en el primer período del embarazo tubario, a menos que sobrevengan alguna de las graves complicaciones que vamos a considerar más tarde,

porque los síntomas funcionales son poco marcados y se confunden con los de un embarazo normal.

En efecto, cuando la menstruación está suspendida, cuando hay hinchazón y picoteo en las mamas, acompañadas por perturbaciones digestivas, como ser, disgusto por ciertos alimentos, náuseas a veces vómitos, la mujer se considera embarazada y no reclama ningún examen. Sin embargo, siempre existe más o menos marcada una sintomatología funcional que consiste principalmente en dolores, hemorragias y diversas perturbaciones de orden general. El dolor aparece por lo común al final del primer mes o en los comienzos del segundo, con caracteres muy variables en cuanto se refiere a su duración e intensidad. Localizado casi siempre, ya a la izquierda a veces a la derecha, presenta su máxima intensidad en una de las fosas ilíacas con irradiaciones más o menos pronunciadas hacia la región lumbar, hacia la región inguinal o hacia el muslo correspondiente. Este dolor se atenúa o desaparece por el reposo, sobre todo por el decúbito dorsal, en cambio se exagera en la posición vertical, por la fatiga.

Las reglas están suprimidas mientras dura el embarazo tubario, para reaparecer recién dos meses después de la muerte del feto, pero en cambio es muy frecuente que haya pérdidas de sangre, muy variables en cuanto a su duración y abundancia se

refiere, siendo lo más común observar una hemorragia poco abundante pero continua y rebelde al tratamiento. En otros casos, la pérdida sanguínea es más abundante, de color rojo o sino de color chocolate, acompañada muy a menudo en la primera eventualidad por la expulsión de una caduca. En efecto la mucosa uterina que se ha hipertrofiado como todo el órgano, puede ser expulsada en el curso del embarazo tubario, coincidiendo generalmente esta expulsión con la formación de un hematosalpinx, un aborto tubario o con la ruptura del quiste fetal, pero sin embargo, el huevo puede continuar viviendo y desarrollándose después de la expulsión de esta caduca. En otros casos recién es eliminada en el momento del falso trabajo de parto, es decir cuando termina el embarazo ectópico.

Es muy frecuente también observar durante la evolución del embarazo tubario, perturbaciones en el funcionamiento de los órganos vecinos, vesicales y rectales principalmente, como ser micciones frecuentes y dolorosas, constipación.

Los síntomas físicos obtenidos por la exploración directa de la enferma, son, en este primer período, poco marcados y característicos. En efecto, la palpación abdominal combinada con el tacto vaginal, revela generalmente la existencia, a un lado del útero y muy próximo o en contacto con este órgano, de us tumor de tamaño variable según la edad

del huevo, pequeño por lo general y cuyos caracteres no están bien definidos. Además, el útero está sensiblemente hipertrofiado y el cuello algo reblandecido.

Cuando el embarazo tubario llega y sobre todo cuando consigue continuar su evolución más allá del quinto mes, los síntomas funcionales del primer período, se atenúan notablemente en la mayoría de los casos y sigue su curso como un embarazo normal.

En cambio los signos físicos son cada vez más marcados y más aparentes. Al examinar a la mujer lo primero que llama la atención es el volumen del vientre, el que aparece deformado por un tumor cuyo sitio según la expresión de Pinard, no parece estar en relación con el desarrollo de ningún órgano. Puede suceder también que se observe dos tumefacciones desiguales, siendo una de ellas el quiste fetal, y la otra, mucho menor generalmente, el útero hipertrofiado. La palpación metódica del vientre revela los caracteres principales del tumor: volumen, movilidad, consistencia. El volumen del tumor abdominal varía con la edad del embarazo, aumentando progresivamente hasta el término del mismo; por lo que respecta a la movilidad, en la mayoría de los casos, el tumor está fijo, como enclavado entre los órganos que lo rodean, siendo esta inmovilidad un signo bastante importante para distin-

guirlo del útero grávido; sin embargo, cuando por su crecimiento y desarrollo se hace francamente abdominal, puede tener la misma movilidad que este último.

La consistencia es la de un tumor quístico más o menos lleno de líquido, pero casi siempre tenso. En el embarazo tubario, el líquido amniótico puede persisitir en el huevo mucho tiempo después de la muerte del feto, en cambio, en el embarazo normal, cuando el feto muere y es retenido, el líquido amniótico se reabsorbe rápidamente.

A pesar de la tensión considerable a veces del quiste fetal, a menudo es posible por la palpación, delimitar algunas partes del feto y aún determinar su posición en el quiste. La superficialidad de las partes fetales, admitida como signo clásico de embarazo tubario por muchos autores, no existe en la mayoría de los casos según lo hace resaltar Pinard; sin embargo, puede percibirse el feto libre en la cavidad abdominal, pero esto solo sucede después de la ruptura del quiste fetal.

Durante la palpación del quiste fetal, por larga que sea la exploración, no se nota modificaciones apreciables en su consistencia, no hay contracciones, carácter muy importante para distinguirlo del útero grávido, en el cual siempre se notan contracciones por lo menos en los últimos meses del embarazo.

El tacto vaginal permite apreciar los detalles de la excavación, modificación en la consistencia del cuello uterino, el que está sensiblemente reblandecido, desplazamiento generalmente lateral del mismo; encaje, forma y consistencia del tumor fetal. En ciertas ocasiones se puede reconocer con mucha nitidez las partes fetales, en cambio otras veces se encuentra una pared regular, lisa y espesa que corresponde a la placenta, la cual está entonces, por completo, en la pequeña pelvis.

Al practicar la auscultación, se percibe al nivel del quiste fetal, los ruidos del corazón y los movimientos del feto, pudiendo también notarse a veces, un soplo comparable al de los aneurismas y que corresponde al sitio donde se halla la placenta. Este examen directo de la mujer, debe practicarse con las mayores precauciones, para evitar la producción de cualquier accidente.

Pero es muy raro que el embarazo tubario alcance un período tan avanzado en su evolución, su curso casi siempre es interrumpido en los primeros meses por complicaciones graves, que comprometen la vida de la mujer.

El hematosalpinx es un accidente precoz y mucho más frecuente de lo que antes se creía, se traduce generalmente por síntomas dolorosos en el bajo vientre localizados de un lado y no muy intensos por lo común, acompañados por una hemorragia

más o menos *abundante* casi siempre *moderada.* Al mismo tiempo se produce un esbozo de fenómenos peritoneales, pero esta reacción es poco intensa y se atenúa en los días siguientes.

Cuando se produce un aborto tubario, los síntomas son más acentuados y a veces pueden adquirir caracteres alarmantes; intensos dolores en el bajo vientre, palidez, aceleración del pulso, que revelan una hemorragia interna más o menos abundante. En la mayoría de los casos, los síntomas se atenúan y en los días subsiguientes se manifiesta la reacción peritoneal con la elevación de la temperatura que puede alcanzar y aún pasar los 39°, náuseas, vómitos, meteorismo. El examen directo de la enferma, revela que el derrame sanguíneo se ha enquistado formándose un hematocele. La palpación revela la existencia de un tumor pelviano de desarrollo variable, pudiendo a veces llenar la pelvis y extenderse por arriba hasta el ombligo, de consistencia fluctuante pero que va en aumento con el transcurso de los días.

El tacto vaginal combinado con la palpación abdominal, indica la situación y volumen del útero y la parte del tumor pelviano que deprime los fondos de saco vaginales, especialmente el posterior. Cuando este tumor o hematocele es retrouterino, como sucede en la mayoría de los casos, el útero está desplazado hacia adelante, rechazado contra el

pubis, mientras que el recto está aplastado siendo difícil practicar el tacto rectal.

El fondo de saco de Douglas está ocupado por un tumor fluctuante, cuya consistencia va aumentando progresivamente con el transcurso del tiempo, pudiendo adquirir en los hematoceles antiguos, una dureza considerable.

Otras veces el útero está desplazado hacia atrás, como en el caso de hematocele preuterino o también hacia los lados.

Mucho más graves y dramáticos son los síntomas que se producen en caso de ruptura de la trompa grávida.

El comienzo es por lo general brusco, repentino, la enferma experimenta en el bajo vientre un dolor de extrema violencia y rápidamente aparecen todos los síntomas de una grave hemorragia interna, palidez, decoloración de la piel y de las mucosas, enfriamiento progresivo, extrema frecuencia y pequeñez del pulso, síncope. La muerte puede producirse rápidamente, en pocas horas, como consecuencia de esta abundante hemorragia que constituye una verdadera inundación peritoneal, como también puede producirse después de un segundo o tercer ataque sobrevenido a intérvalos más o menos cortos; pero, felizmente, estas formas de extrema gravedad son poco frecuente e indican por lo general una extensa rotura de la trompa.

Los signos físicos en estos casos son muy vagos, en efecto, a causa del dolor y de la consiguiente contractura de los músculos de la pared, el vientre es difícil de explorar y como por otra parte la sangre extravasada y aún líquida, no se colecciona en un tumor apreciable, el tacto vaginal no suministra datos precisos, a penas si se nota y aún no siempre el reblandecimieneo del cuello uterino. En otras circunstancias, los accidentes del principio están muy atenuados, no comienzan bruscamente, por el contrario revisten una forma insidiosa, la hemorragia se produce entre falsas membranas peritoneales preexistentes, se continúa por accesos sucesivos, los fenómenos de reacción peritoneal son ligeros, pero el tumor sanguíneo crece progresivamente y la pérdida de sangre puede ser muy considerable. Esto se observa en ciertos abortos tubarios y sobre todo en las rupturas incompletas de la trompa.

Evolución y pronóstico

Cuando el embarazo tubario pasa del quinto mes, sigue su curso, por lo común, como si se tratara de un embarazo ordinario sin presentar grandes síntomas funcionales y como dicen Fayle y Delherm, puede oponerse este segundo período de relativa calma, al período precedente, tan temible por sus frecuentes y graves complicaciones.

Puede llegar en estas condiciones hasta el término, produciéndose en estas circunstancias un conjunto de fenómenos que constituyen el falso trabajo de parto y que consisten principalmente en dolores análogos a los del parto ordinario, debidos como se ha probado por algunas laparotomías practicadas en estas condiciones, a las contracciones uterinas. Además, frecuentemente, se produce una pérdida de sangre más o menos abundante que puede ir acompañada por la expulsión de una caduca.

Este falso trabajo de parto como se comprende no dá resultado, es decir el feto no es expulsado del

quiste que lo contiene. Si durante las crisis dolorosas, se palpa el tumor fetal, se nota que no se contrae como sucede con el útero en condiciones análogas; además si se practica el tacto vaginal se observa que el cuello uterino eseá sensiblemente blando, pero no se dilata como acontecen poco antes del parto normal.

Casi siempre, después de este falso trabajo de parto, la mujer se encuentra aliviada en sus sufrimientos y molestias, en cambio el feto muere, quedando retenido y en estas condiciones puede ser bastante bien tolerado durante muchos años sin experimentan mayores modificaciones, o lo que es más frecuente sufriendo la degeneración grasosa o la infiltración de sales calcáreas que lo convierten en litopediom.

Pero es raro que el embarazo tubario alcance hasta este período, en la mayoría de los casos su evolución es interrumpida por numerosas complicaciones siempre graves.

En el primer período el gran peligro está en el aborto y sobre todo en la ruptura de la trompa grávida.

En la segunda mitad del embarazo la ruptura del quiste fetal puede también producirse, aunque es más rara, en cambio, después de muerto el feto, es fácil la infección y la consiguiente supuración del quiste; los gérmenes pueden venir directamente del

útero o indirectamente por vía linfática o por emigración a través de las paredes del intestino.

Esta infección del quiste fetal, se traduce por la aparición de síntomas generales graves, dolores en el vientre, escalofríos, fiebre que puede ser muy elevada, vómitos, diarrea, y puede producir una peritonitis rápidamente mortal.

Puede también producirse la expulsión del contenido del quiste fetal, por un absceso seguido de perforación de las paredes abdominales o bien por el recto, por la vagina y aún por la vegiga, todo lo cual es causa de supuraciones interminables que comprometen casi siempre la vida de la enferma.

Hay casos, en los que aún sin haber sobrevenido ninguna complicación, sucumben las mujeres, mucho tiempo después de la muerte del feto, como consecuencia de una caquexia por reabsorción tóxica. Por otra parte, el tumor considerable que forma el quiste fetal, puede producir todas las complicaciones comunes a los tumores abdominales voluminosos como ser: compresión de distintos órganos, oclusión intestinal, albuminuria, etc.

En caso de haberse producido un hematocele, puede este reabsorberse lentamente hasta su desaparición, pero lo más frecuente es que se infecte y supure con todas las consecuencias que puede esta complicación acarrear.

El embarazo tubario es, pues, una afección gra-

ve, que compromete seriamente la salud y la vida de la mujer.

En los primeros meses de su evolución, el principal peligro lo constituye la ruptura de la trompa y la grave hemorragia consiguiente; en cambio, la extirpación del pequeño quiste fetal no ofrece mayores dificultades.

En los últimos meses persiste el riesgo de la ruptura aunque muy atenuado, siendo más de temer la infección y la septicemia; el tratamiento quirúrgico además, en estos casos avanzados, comporta riesgos muy serios para la vida de la enferma.

Parry ha reunido 508 casos de los que en 499 está indicada la suerte de la mujer, ahora bien 336 han sucumbido y solo 163 han curado lo que daría una mortalidad de 67.2 por ciento.

Debido a los progresos realizados en la técnica quirúrgica, el pronóstico del embarazo tubario y de sus complicaciones, ha mejorado considerablemente, sin ser posible dar por el momento cifras precisas al respecto.

Diagnóstico

El diagnóstico del embarazo tubario se presenta en condiciones distintas según se considere en los primeros meses de su evolución, o en los últimos, cuanto no ha sido interrumpido por algún accidente precoz y llega al término.

El primer período comprende los 4 ó 5 primeros meses de la vida del feto, pero puede prolongarse cuando este muere, a menos que sobrevenga algún accidente, como ser la ruptura o infección del quiste fetal, que altere el curso de la afección. Es este el caso que suele presentarse con mayor frecuencia, siendo también el que puede dar lugar a mayores dudas, ya que los síntomas que presenta no ofrecen nada especial y consisten casi siempre, en trastornos más o menos acentuados de los órganos genitales que corresponden al sindrome uterino de Pozzi.

Pueden presentarse al principio, los signos de un embarazo normal; supresión de las reglas, modificaciones en las mamas, trastornos simpáticos del

aparato digestivo y del sistema nervioso. Para hacer la distinción hay que delimitar los más exactamente posible al útero y entonces se encuentra que su volumen no corresponde con la edad presumida del embarazo. La expulsión de una caduca cuando se produce, después de una crisis de cólicos, indica casi siempre que se ha producido una perturbación en la vida del huevo y es confundida a menudo con un aborto, sobre todo cuando va acompañada de una pérdida sanguínea. La diferenciación es fácil si se continúa observando a la enferma, puesto que en caso de embarazo tubario el tumor persiste después de los fenómenos indicados, en cambio desaparece si se trata de un simple aborto.

Más tarde, cuando se descubre un pequeño tumor a un lado del útero y muy próximo a este órgano, doloroso a la palpación, se presta a confusión con un hidro, pio o hematosalpinx, pues en nada se diferencia el pequeño quiste fetal de estos otros tumores de la trompa. A veces puede hacerse el diagnóstico, cuando se logra trazar los límites del útero que está más o menos hipertrofiado y desplazado hacia un lado y sobre todo cuando se produce la expulsión de una caduca; sin embargo, hay casos en que el diagnóstico diferencial es imposible, lo cual no tiene por otra parte gran importancia desde el punto de vista del tratamiento.

Cuando el quiste fetal ha descendido al fondo

de saco de Douglas, queda enclavado en este sitio y puede dar lugar a confundirlo con el útero grávido en retroversión. Un síntoma que puede guiar el diagnóstico, es el de las contracciones uterinas, la exploración del quiste fetal no las descubre nunca al nivel de este, en cambio en los casos de retroversión, se pueden apreciar a veces por la palpación bimanual. Por el tacto rectal se completan los demás datos acerca del volumen y conexiones del tumor.

Una lateroversión del útero grávido puede hacer creer en la existencia de un embarazo tubario y en algunos casos se ha practicado una laparotomía que ha permitido comprobar este error.

Las graves complicaciones que se producen en los primeros meses, el aborto y sobre todo la ruptura tubaria, pueden dar lugar a confusiones cuando algunos síntomas están muy marcados. Así, por ejemplo, cuando hay fuertes dolores abdominales acompañados de frecuentes vómitos, diarrea, hipotermia y cuando estos accidentes sobrevienen poco después de la ingestión de alimentos o bebidas, pueden hacer creer en un envenenamiento. En otros casos la intensidad de la reacción peritoneal, simula una perforación intestinal, una peritonitis aguda y cuando el dolor está localizado en la fosa ilíaca derecha hace creer en la existencia de una apendicitis; también se ha confundido con cólicos hepáticos o

nefríticos o con la torsión del pedículo de un quiste del ovario.

En todos estos casos en que los signos físicos están poco marcados, el diagnóstico se basa en los antecedentes de la enferma, que un cuidadoso interrogatorio, debe poner bien en claro; además, debe tenerse en cuenta los signos funcionales, el dolor abdominal atroz, seguido de la palidez y decoloración general de la piel y de las mucosas, enfriamiento de las extremidades, aceleración y debilidad muy marcada del pulso, que indican la existencia de una grave hemorragia interna, debida frecuentemente a la ruptura de una trompa grávida, cuando se trata de una mujer en edad genital y suceptible de haber sido fecundada.

Cuando el embarazo tubario pasa del quinto mes, el diagnóstico puede ser establecido con mayor seguridad, fundándolo en el estudio de los antecedentes de la enferma, en los síntomas funcionales y sobre todo en los síntomas físicos. Se distingue del embarazo normal por diversos caracteres: situación lateral del tumor fetal y desplazamiento del útero hacia el lado opuesto, separación casi siempre aparente, entre el tumor y el útero, volumen menor de este órgano del que tendría en un embarazo normal de la misma edad, poca movilidad del quiste fetal, comparada con la del útero grávido y, sobre todo, ausencia de contracciones del mismo quiste; con-

tracciones indoloras que casi nunca faltan en el útero, por lo menos en la segunda mitad del embarazo normal.

Cuando el feto ha muerto y ha sido retenido un tiempo más o menos largo, el diagnóstico del tumor formado por el quiste fetal, con otros tumores abdominales, como ser quistes del ovario o fibromas uterinos, solo puede hacerse basándose en el estudio cuidadoso de los antecedentes de la enferma. El diagnóstico de la muerte del feto se funda en la desaparición de los ruidos del corazón, en el aumento de volumen y reblandecimiento del tumor fetal y en la subida de la leche.

Las fístulas consecutivas a la eliminación de quistes fetales supurados, se diagnostican gracias a fragmentos del esqueleto del feto que frecuentemente salen al exterior por estos conductos patológicos.

Tratamiento

El tratamiento del embarazo tubario según el acuerdo unánime de todos los autores, es actualmente, exclusivamente quirúrgico. Otros tratamientos propuestos con anterioridad y cuyo objeto era producir la muerte del embrión en los primeros meses del embarazo, cuando tiene más probabilidades de ser reabsorbido, solo tienen hoy un valor histórico.

Tales eran la llamada cura de hambre, la administración de ergotina, estricnina, ioduro de potasio, las sangrías repetidas y más recientemente la inyección de morfina en el quiste fetal, y la electricidad.

Estos dos últimos medios, por su simplicidad, su inocuidad aparente y su relativa eficacia, han tenido bastantes defensores pero actualmente están abandonados.

De manera pues, que el tratamiento quirúrgico es el único que se sigue actualmente y Werth lo ha sintetizado diciendo: "todo embarazo ectópico debe

considerarse como si fuera un tumor maligno y debe tratarse como tal". Aplicada al embarazo tubario, esta fórmula de Werth es un tanto excesiva para los últimos meses del embarazo, aunque es perfectamente conveniente para los primeros meses.

Como para el estudio de los síntomas y del diagnóstico, conviene considerar separadamente desde el punto de vista del tratamiento, los 4 ó 5 primeros meses, y los últimos.

En la primera mitad del embarazo tubario, aún cuando no haya complicaciones, no hay lugar a vacilaciones ni dudas, debe intervenirse operatoriamente lo más pronto posible para prevenir los gravts riesgos que pueden ocurrir. En estas condiciones, el diagnóstico se hace generalmente hacia el tercer o cuarto mes del embarazo, en que se percibe un pequeño tumor doloroso muy próximo al útero. La mayoría de los cirujanos prefieren la vía abdominal para intervenir, porque es, la que en la generalidad de los casos permite extirpar mejor el quiste fetal, prevenir o tratar la hemorragia siempre posible y también porque permite detenerse en el camino, si el examen directo muestra que pueden ser conservados los anexos de un lado.

En estas condiciones, la intervención quirúrgica es muy parecida a la que se practica para la extirpación de una salpingitis quística. Practicada la laparotomía mediana infraumbilical, se encuentra

la trompa grávida más o menos voluminosa, se desprenden las adherencias a veces muy íntimas con los órganos vecinos, tratando de no romper el quiste fetal en estos esfuerzos de liberación, para evitar la hemorragia copiosa que se produce en caso de ruptura y se procede a la extirpación de la misma. Si se tratara de una bolsa no pediculizable como ocurre en el embarazo intraligamentoso o subperitoneo pelviano, habrá que proceder a la decorticación de la misma, para lo cual se comienza por incidir la cápsula serosa en un sitio en que no haya vasos y lo más rápidamente posible se desprende esta cápsula serosa del tumor fetal, tratando de separar de este las venas muy voluminosas generalmente que lo rodean. A pesar de la rapidez y destreza con que se proceda en estos casos, casi siempre se produce una abundante hemorragia, la que puede dominarse en este período precoz por la extirpación inmediata de la placenta y el taponamiento con gasa aséptica.

Si los anexos del lado opuesto están enfermos, se les extirpa en la misma sesión, pudiendo en estos casos practicarse la histerectomía abdominal sub-total lo que facilitará mucho la extirpación del quiste fetal. Esto mismo puede hacerse cuando se trata de un embarazo tubointersticial, puesto que el quiste fetal es muy difícil o imposible separar del útero. Kelly ha propuesto también en este último caso, abrir el quiste fetal por la cavidad uterina pre-

viamente dilatada. Durante los 4 primeros meses del embarazo tubario, se ha propuesto también la vía vaginal, pero en caso de complicaciones hemorrágicas, la elitrotomía es muy inferior a la laparotomía.

Cuando se trata de un embarazo tubario en su primer período, interrumpido por una grave complicación, como es la ruptura de la trompa con abundante hemorragia intraperitoneal, se impone la intervención quirúrgica inmediata. En efecto, la curación expontánea en estas condiciones, es excepcional y abandonadas las mujeres a su suerte mueren en gran proporción. Según Cestan la expectoción de una mortalidad de 86 por 100, la intervención operatoria, 85 por 100 de curaciones. Ya en 1872 Heller había sostenido la oportunidad de la intervención inmediata en los casos de ruptura de la trompa con hemorragia abdominal, pero correspondió a Lawson Tait el mérito de haberla introducido en la práctica después de una serie de operaciones afortunadas, 40 éxitos en 42 operaciones. Está indicado antes de intervenir operatoriamente, obrar sobre el estado general de la enferma, por medio de inyecciones subcutáneas o intravenosas de suero artificial y demás estimulantes usuales en estos casos.

La operación debe practicarse lo más rápidamente posible, dado el estado de postración y debi-

lidad en que generalmente se encuentran las enfermas. Abierto el vientre por la laparotomía mediana infraumbilical, en muchos casos, la sangre aún líquida y los coágulos salen abundantemente por la herida abdominal, debiendo tratar de extraerlos en la mayor cantidad posible, y luego, protegiendo la parte superior del abdomen con compresas asépticas, la enferma es colocada en posición de Trendelenburg y se va en busca de la parte que sangra. Encontrada la trompa rota, se aplica una pinza a ras del útero, otra sobre el ligamento infundíbulo pelviano y se trata de sacar la mayor parte posible de la sangre y coágulos que aún queden en el vientre. Se procede luego a practicar las ligaduras necesarias, y se extrae los anexos y los restos fetales; por último, se cierra el vientre, dejando a no, según los casos, drenaje de Mickulicz. En algunos casos de extrema urgencia, debida a la postración muy marcada de la mujer, no bien practicada la laparotomía, hay que ir en busca de la fuente de la hemorragia, sin preocuparse de la sangre derramada ni de los coágulos, y aún así, a veces, la enferma sucumbe debido a la intensidad de la hemorragia.

Cuando los accidentes del principio no son tan graves ni tan amenazantes, puede ser ventajoso esperar.

La enferma es puesta en reposo absoluto, se

aplica hielo sobre el vientre, si es necesario se administra ergotina, opio en pequeña cantidad para calmar el dolor, enemas para combatir la constipación; si es necesario se practica el caterismo vesical y se mantiene la vagina en el mayor grado de asepsia posible por medio de inyecciones. En esta forma puede esperar hasta que la sangre derramada se enquiste, constituyéndose un hematocele. Pero es necesario tener bien presente que la hemorragia puede repetirse, revistiendo caracteres de suma gravedad, por lo que hay que estar pronto para intervenir a la primera señal de alrama.

Una vez formado el hematocele, si el tumor sanguíneo no es muy grande o si la enferma rechaza cualquier intervención operatoria, puede esperarse su curación espontánea por reabsorción, teniendo cuidado de mantener la limpieza de la vagina por frecuentes inyecciones. Pero en general, ésta es una mala práctica. Dada la extrema lentitud de la reabsorción, los fenómenos de compresión a que puede dar lugar y la gravedad de la infección siempre posible del tumor sanguíneo, está justificada una intervención operatoria por laparotomía o por colpotomía, ya que la punción del fondo de saco posterior de la vagina está hoy completamente abandonada.

Los partidarios de la laparotomía, encabezados por Reynier, sostienen que esta intervención per-

mite, además de vaciar bien la bolsa, reconocer el estado de los anexos y extirparlos si fuera necesario y, sobre todo, combatir la hemorragia que se puede producir durante la intervención.

Por su parte, los partidarios de la colpotomía dicen, que una incisión amplia del fondo de saco posterior basta para evacuar el contenido de la bolsa y que asegura mejor el drenaje, permitiendo la hemostasia por taponamiento en caso de hemorragia.

En realidad, como con mucha razón sostienen Schwartz y Ricard, ambas operaciones tienen sus indicaciones especiales: la laparotomía es preferible en los grandes hematoceles de desarrollo abdominal, y la colpotomía, en los hematoceles retrouterinos. Si el hematocele está infectado, la colpotomía está más indicada aún; la laparotomía debe quedar reservada para las grandes bolsas anfractuosas francamente abdominales. La colpotomía debe practicarse con una incisión transversal del fondo de saco posterior, amplia, que permita evacuar cómodamente el contenido de la bolsa; los lavajes de la misma deben hacerse con soluciones antisépticas débiles y no deben ser ni muy abundantes ni muy repetidos. El drenaje se efectúa con uno o dos tubos gruesos, en cruz, o según los casos, un taponamiento con gasa aséptica.

Cuando se trata de un embarazo tubario, que ha pasado del quinto mes y con el feto vivo, la cue-

tión de la conducta a seguir se plantea en condiciones diferentes, según que este feto sea o no viable. En el primer caso, sobre todo cuando el término del embarazo está próximo, debe intervenirse lo más pronto posible, pero si el feto aún no es viable, la conducta a seguir ha dado lugar a numerosas discusiones. Algunos autores, con el objeto de salvar a la madre, recomiendan la intervención inmediata aún a costa de sacrificar la vida del feto, y se fundan para esto en que en el lapso de tiempo que tiene que transcurrir, de dos o más meses, hasta que el feto sea viable, puede sobrevenir graves complicaciones que comprometan la vida de la madre y además en que las dificultades para la extración del feto y del saco fetal aumentan a medida que se acerca el término del embarazo. Por otra parte, sostienen que los niños extraídos de una trompa grávida presentan generalmente diversas malformaciones que les hacen poco aptos para vivir, sucumbiendo en su mayoría.

Sin embargo, la tendencia actual de los cirujanos es la de salvar a la vez a la madre y al niño, teniendo en cuenta que una intervención en el octavo mes del embarazo, por ejemplo, no es sensiblemente más difícil que a los 6 meses, y además muchos de los niños salvados en estas condiciones puede vivir y desarrollarse en buenas condiciones. Es indispensable para poder aguardar, que la mu-

jer sea estrechamente vigilada para poder intervenir de urgencia a la primera señal de peligro.

Se esperará, en esta forma, el momento más oportuno para la intervención, lo más cerca posible del término del embarazo; Pozzi recomienda aguardar hasta los 8 meses u 8 meses y medio, no siendo conveniente más tarde porque pueden aparecer los síntomas del pseudoparto, en cuyas circunstancias el feto sucumbe casi siempre. Se fija este período, como lo recomienda Fraenkel, por el examen del feto, por su volumen, apreciable a la palpación.

Practicada la laparotomía, y estando a la vista el quiste fetal, se fija éste, provisionalmente, a los bordes de la herida abdominal, lo que puede hacerse rápidamente con un *surjet;* luego se procede a abrirlo, de preferencia en su punto más delgado, evitando el sitio de la inserción de la placenta, por la abundante hemorragia a que daría lugar. El feto es movilizado y extraído rápidamente, tomándolo de preferencia de los pies; luego se practica la ligadura y la sección del cordón.

En cuanto a la conducta a seguir con respecto al saco fetal, hay dos procedimientos que difieren considerablemente. El primero consiste en la extirpación inmediata de todo o de la mayor parte del saco fetal en seguida de extraído el feto; el otro, abandona el saco fetal con la placenta a la eliminación espontánea, previa marsupialización. Ambos

procedimientos cuentan con partidarios y detractores y, como veremos, tienen también indicaciones especiales. El gran peligro de la extracción inmediata del saco y de la placenta, está en la hemorragia muy considerable, mortal a veces, que se produce en el momento de la extirpación. En efecto, en estos embarazos avanzados, que son casi siempre abdominales, la placenta se adhiere a las paredes pelvianas y a los órganos vecinos, epiplón, útero, vejiga y, sobre todo, al intestino. El difícil desprenderla de estos órganos sin desgarrarlos y sin provocar abundantes hemorragias, por lo cual se explica que muchos cirujanos prefieran seguir los preceptos de Pinard, es decir, marsupializar el saco fetal, abandonando la placenta, la que se eliminará progresivamente.

Este procedimiento de la marsupialización del saco es más seguro en cuanto se refiere a los resultados inmediatos de la intervención, pero no está exento de riesgos, también considerables. En la mayoría de los casos, esta eliminación es lenta, pudiendo durar varios meses; la infección del saco es casi inevitable, y los riesgos de supuración prolongada y de septicemia deben tenerse muy en cuenta. Además, expone a la eventración.

En realidad, no es posible sentar reglas absolutas; en principio, y de una manera general, la extracción del saco y de su contenido (feto y placen-

ta), cuando las adherencias no son muy considerables y lo permite el estado general de la enferma, es preferible a la marsupialización, porque abrevia la curación y pone al abrigo de la infección y de la septicemia.

Pero, hay casos, en que, dadas la extensión y la intimidad de las adherencias del saco fetal con los órganos vecinos, sobre todo con el intestino, cuyo desprendimiento expondría a desgarraduras del mismo o a graves hemorragias, es prefirble proceder a practicar la marsupialización. Los mismo puede decirse cuando la enferma está muy debilitada, en cuyo caso no sería prudente exponerla a sufrir una pérdida de sangre casi siempre abundante, o simplemente a una prolongación del acto operatorio.

Para proceder a practicar la marsupialización, una vez abierto el saco y extraído el feto, se fija este saco fetal, de una manera definitiva, a los bordes de la herida abdominal por dos series de suturas. La primera comprende la bolsa y todo el espesor de la pared abdominal, a dos centímetros del borde de la herida, y se hace por puntos separados con seda o catgut fuerte; la segunda afronta exactamente los bordes de la abertura del saco a la piel. La eliminación de la placenta debe ser aséptica en la medida de lo posible. La bolsa se rellena con gasa aséptica o ligeramente iodoformada y se puede

aplicar una mezcla pulverulenta de tanino y ácido salicílico, con objeto de momificar la placenta o mejor aún, benzoato de sodio.

En caso de supuración se hace lavajes con líquidos esterilizados o soluciones ligeramente antisépticas. La curación se efectúa lentamente por granulación y la placenta se desprende por fragmentos.

Para proceder a la extirpación completa del saco fetal y su contenido, se practica la laparotomía, se sutura provisoriamente el saco a los bordes de la herida abdominal, se abre el saco con precaución en su punto más delgado; para evitar la hemorragia hay que tener cuidado de no herir la placenta, se moviliza y se extrae el feto, se liga y se secciona el cordón. Se saca luego las suturas provisorias del saco y se extrae este saco, para lo cual hay que romper las adherencias y descortezar la porción subserosa; en este momento hay que aplicar, con toda rapidez, pinzas, en todos los puntos que den sangre y si es necesario el ayudante los comprimirá con los dedos.

Se practica la hemostasia definitiva del fondo de la herida por ligaduras o por taponamiento con gasa aséptica; aún en los casos en que se haya prescindido del taponamiento, será conveniente no cerrar completamente la herida abdominal y dejar drenaje en la parte inferior de la misma. Cuando el saco presenta fuertes adherencias con el intesti-

no, forzozo será limitar la resección del mismo saco, hasta el nivel de dichas adherencias, practicando y renovando el taponamiento del fondo de la herida, hasta tanto se produzca la eliminación de las partes no extirpadas.

En el caso de un embarazo tubario, que ha pasado del 5.° mes y cuando el feto ha muerto, hay que distinguir según que la muerte de este feto se haya producido de varios meses atrás o, por el contrario, que sea reciente. En el primer caso, la intervención inmediata para extraer el saco fetal y su contenido está indicada; en efecto, hay que tener en cuenta que la tolerancia de un feto ectópico siempre es precaria y en cualquier momento y hasta que no se esté definitivamente convertido en litopedion, puede producirse la descomposición del huevo y la consiguiente infección del peritoneo y aún a veces hasta con el litopedion formado puede producirse la infección y la supuración seguidas de fenómenos expulsivos causando graves accidentes.

Cuando la muerte del feto es reciente, la conducta a seguir ha dado lugar a controversias. La mayoría de los autores sostienen que es conveniente esperar, antes de intervenir, a que la circulación placentaria haya disminuído o cesado por completo, para ponerse a cubierto de las complicaciones hemorrágicas y fijan un plazo de dos meses, a contar desde la muerte de feto.

Por su parte, los sostenedores de la intervención inmediata, aducen que el plazo de dos meses fijado para la obliteración de la circulación placentaria, puede ser insuficiente, puesto que se ha visto sobrevenir hemorragias mortales tres meses después de muerto el feto y, en cambio, durante este lapso de tiempo, puede producirse la infección del saco fetal.

Si el estado de la enferma lo permite, y si puede ser vigilada para intervenir de urgencia en caso de necesidad, es preferible aguardar, antes de proceder a la intervención quirúrgica. La operación es análoga a la que se practica en el caso anterior, es decir, con feto vivo.

Hay que modificar la técnica en algunos puntos; no hay que abrir el saco fetal, y además, tratar de no romperlo, para evitar la hemorragia, que siempre puede producirse y, sobre todo, porque puede estar infectado. Siempre que sea posible se extirpará por completo, lo que es más fácil que cuando el feto está vivo, y si esto no fuera posible se procede, después de extraído el feto, a practicar la marsupialización.

Cuando el feto ha muerto y han transcurrido varios meses, y además, cuando el quiste fetal deprime el fondo de saco posterior de la vagina, puede extraerse este feto por la elitrotomía. El peligro de hemorragia en estos casos está muy disminuído.

Practicada la incisión de la vagina se extrae el feto o los restos fetales fácilmente accesibles, *y las partes accesibles del saco*. El resto del saco se exfolia y se elimina lentamente; el drenaje es indispensable, como también lavajes con soluciones ligeramente antisépticas, sobre todo cuando hay síntomas de infección. La curación es siempre muy lenta y de una manera general puede decirse que es preferible la laparotomía.

Por último, en el caso en que el quiste fetal estuviera infectado, y si la supuración se anunciara por síntomas generales, aún cuando no se hubieran formado abscesos de vecindad, debe procederse sin vacilación a extraer el feto y, si fuera posible, también el saco infectado, por medio de una laparotomía. Si se hubiera formado un absceso, se le abriría por una incisión de las paredes abdominales o de la vagina, según los casos, y luego se buscaría y se extraería, al través de la incisión, el esqueleto fetal.

Muchas veces existe un trayecto fistuloso por el cual fácilmente se puede introducir un estilete, que servirá de guía para la incisión de las paredes de saco. Una vez vacío de su contenido el quiste fetal, hay que proceder a un tratamiento antiséptico enérgico, del mismo, porque generalmente está muy infectado.

Cuando la fístula se ha abierto en regiones di-

fícilmente accesibles, como ser en la parte superior del recto o en la vejiga, es preferible no tratar de aprovecharlas; conviene seguir otra vía para llegar al saco fetal, de preferencia por una laparotomía.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

HOSPITAL FERNANDEZ — SERVICIO del Dr. VILLA

Las siguientes observaciones, que publico con objeto de ilustrar este modesto trabajo, son las que juzgo más interesantes entre los numerosos casos clínicos que he tenido ocasión de observar.

Observación I

Rosario C. de P., casada, costurera. Ingresó al servicio el 10 de Marzo de 1916. Sala I, cama 16

Antecedentes hereditarios. — La madre murió de congestión pulmonar, el padre vive y está sano.

Antecedentes personales. — Ha tenido sarampión. Dice haber tenido accesos dolorosos en el vientre seguidos de ictericia. Sufre desde años de bronquitis catarral.

Regló a los 16 años, sus reglas le han durado generalmente de 4 a 8 días. Se casó a los 18 años y ha tenido 3 abortos y 3 partos. Desde hace dos meses las reglas están suspendidas.

Estado actual. — Enferma en grave estado anémico, decoloración marcada de la piel y de las mucosas, pulso muy frecuente e hipotenso, tendencia al síncope.

Enfermedad actual. — Se ha iniciado el mismo días a la 1 a. m., con fuerte dolor en la fosa ilíaca derecha.

Se hace diagnóstico de embarazo tubario izquierdo y se decide la intervención, que se practica el 30 de Septiembre, para dar tiempo a que se forme el hematocele. Abierto el vientre se nota el útero rechazado hacia arriba y a la derecha. Hay grandes adherencias con el epiplón e intestino. Se comienza a romper estas adherencias y se trata de extraer un tumor sanguíneo, formado por coágulos negruzcos y que se desgarra con facilidad.

Al querer extirpar la porción adherente al intestino éste se desgarra, practicándose su sutura y después de secar y lavar con éter se hace drenaje vaginal, cerrando por completo la pared.

El 1.° de Octubre hay fenómenos peritoneales y drena mucho, se saca un poco el drenaje, saliendo mucha serosidad y un poco de sangre.

Se administra a la enferma inyecciones de suero, cafeína y esparteína. El 4 de Otcubre los fenómenos peritoneales van desapareciendo, la enferma se encuentra mucho mejor, se retira el drenaje y se pone otro nuevo.

Octubre 6: la enferma sigue bien, se saca los puntos, cierra por primera intensión, pero sigue drenando por la vagina, aunque poco.

Octubre 14: Se saca por completo el drenaje, la enferma sigue muy bien.

Observación III

María M. de P., 36 años, española, casada. Ingresa al servicio el 16 de Septiembre de 1916. Sala I, cama 19.

Los *antecedentes hereditarios y personales* de la enferma no tienen importancia, con respecto a su enfermedad actual. La primera menstruación la tuvo a los 14 años, sus reglas son regulares, indoloras, habiendo continuado normalmente hasta hace 2 meses, en que tuvo, durante 15 días, un flujo que parecía agua sucia, según el decir de la enferma; desde entonces sus reglas están suspendidas. No ha tenido ningún parto ni aborto durante los 16 años de su matrimonio.

Enfermedad actual. — La palpación del abdomen revela, en la fosa íliaca izquierda, la existencia de un tumor del tamaño de una naranja, renitente, poco doloroso, no hay contractura de la pared.

El fondo de saco posterior y el izquierdo, están totalmente ocupados por un tumor que hace cuerpo

con el útero, el que se halla rechazado hacia adelante.

La palpación combinada hace sentir la resistencia transmitida. Se diagnostica embarazo tubario izquierdo.

Resuelta la intervención, se practica el 23 de Septiembre. Laparotomía mediana infraumbilical.

Se desprenden las adherencias epiploicas del tumor, el que resulta constituído por un quiste fetal de la trompa izquierda, el que contiene coágulos sanguíneos y un feto de 4 meses.

Se extirpa el anexo del lado izquierdo y se deja un drenaje de gasa. La pared del quiste no fué extirpada para respetar adherencias de la misma con el intestino grueso. Cierre parcial de la herida en 3 planos. La enferma es dada de alta, curada, el 9 de Noviembre.

Observación IV

Dora R., 27 años, española, soltera. Ingresa al servicio el 4 de Diciembre de 1916. Sala I, cama 24.

Los *antecedentes hereditarios* no tienen importancia. Regló a los 14 años, sus períodos han continuado siempre regulares hasta el comienzo de su enfermedad actual. Ha tenido un parto, ningún aborto.

Enfermedad actual. — Hace dos meses la enferma tuvo su regla, que le duró 3 días, y 4 ó 5 días más tarde experimenta un agudo dolor en el lado derecho del vientre, que va acompañado con pérdida de sangre. El dolor se atenúa y desaparece, para volverle más tarde, no así la hemorragia, que persiste hasta principios de este mes, en que se acompaña de agudos dolores en todo el vientre, que la deciden a ingresar al servicio.

Estado actual. — El estado general de la enferma, salvo la anemia, es bueno. Palpando el ab-

domen se le encuentra doloroso y, además, se nota un tumor que ocupa todo el bajovientre, es decir, el hipogastrio y ambas fosas íliacas.

Practicando el tacto vaginal, se nota el útero rechazado hacia arriba y hacia la derecha. Los fondos de saco vaginales están ocupados por un tumor fluctuante y doloroso.

Se hace diagnóstico de hematocele pelviano y se resuelve intervenir, practicando una colpotomía posterior y dejando buen drenaje. La operación se practica el 7 de Diciembre. El 21 del mismo mes, la enferma está muy mejorada y supura muy poco, el estado general es bueno.

En los días siguientes la mejoría es cada vez más marcada hasta el alta de la enferma el 21 de Enero de 1917.

Observación V

Eduviges T., 29 años, suiza, soltera, institutriz. Ingresa al servicio el 1.° de Mayo de 1917. Sala I, cama 9.

Los *antecedentes hereditarios y personales,* sin importancia. Menstruación: Regló a los 14 años, sus reglas han sido abundantes, indoloras y le duraban 4 días generalmente. Dice haber tenido a los 19 años una supresión de las reglas, que le duró 8 meses, para reaparecer después con sus caracteres anteriores, hasta el día 15 de Abril del corriente año, en que le sobreviene una hemorragia que le dura hasta el 1.° de Mayo, por lo cual ingresa al servicio. No ha tenido partos ni abortos.

Enfermedad actual. — Debido a su hemorragia ingresa al hospital, pero una vez en cama, le desaparece para volverle el 28 de Mayo, día en que pierde sangre en abundancia durante 3 días, y después sigue perdiendo en pequeña cantidad sangre negruzca hasta el día en que se la opera.

Estado actual. — Hay dolor en el hipogastrio y fosa ilíaca derecha. Al examen ginecológico no se nota nada particular, por lo que se deja a la enferma en reposo. A los 2 días de estar en la sala aparece una ictericia catarral, instituyéndose un tratamiento apropiado, por lo que desaparece en 10 días.

El 24 de Mayo se la examina nuevamente, encontrándose un tumor en la región inguinal derecha, poco doloroso. Se nota, además, que el útero está rechazado hacia arriba y el fondo de saco posterior está ocupado por un tumor indoloro y renitente.

Se le recomienda reposo y se le aplica hielo sobre el vientre.

El 7 de Junio se practica un nuevo examen, encontrándose la enferma en el mismo estado, por lo que se confirma el diagnóstico ya hecha de embarazo tubario derecho y se decide operarla el día siguiente.

Practicada la laparotomía se encuentra un embarazo de la trompa derecha, enquistado y que ocupa toda la pequeña pelvis. Extraído el tumor, se deja el ovario que estaba sano y se cierra el vientre sin drenage. En los días siguientes la enferma sigue muy bien hasta su curación definitiva.

Observación VI

Angélica G., 22 años, casada. Ingresa al servicio el 6 de Junio de 1917.

Los *antecedentes hereditarios* carecen de importancia.

Regló a los 16 años, sus reglas son regulares, algo dolorosas, de 4 días de duración. La última menstruación fué el 29 de Abril.

Enfermedad actual. — 20 días antes de ingresar al servicio, experimenta dolor en todo el abdomen y al mismo tiempo pierde un poco de sangre.

8 días antes de ingresar al hospital, los dolores se acentúan pero no son todavía muy intensos porque la enferma los soporta de pie y continúa sus quehaceres. El 6 de Junio por la mañana y estando aún en la cama dormida, la enferma se despierta con intensísimos dolores en el vientre que le impiden hacer el menor movimiento.

Aparecen después náuseas, vómitos al principio mucosos luego biliosos y una sed ardiente. Co-

mo los dolores continuaran en forma atroz, la enferma es conducida al hospital, donde, al examinarla se comprueba la existencia de síntomas de hemorragia interna, palidez de piel y de las mucosas, debilitamiento y extrema aceleración del pulso, lo que unido a los antecedentes de la enferma, inclinan el diagnóstico hacia la ruptura de una trompa grávida.

Resuelta la intervención inmediata, se practica una laparotomía mediana infraumbilical, extrayéndose del vientre una gran cantidad de sangre y al nivel de la trompa derecha, en su tercio externo, un quiste fetal roto con un embrión de 40 días.

Estando la enferma sin pulso, se le hace una inyección de 1500 c.c. de suero endovenosa, consiguiendo levantarla del estado de semicolapso en que se hallaba. Junio 10, la enferma tiene un poco de temperatura, se extrae la mecha y se hace la primera curación. Junio 15, la enferma sigue muy bien, no tiene fiebre, estado general bueno, pero el pulso está aun acelerado.

CARLOS ESTOL.

Buenos Aires, Junio 15 de 1918

Nómbrase el señor Consejero Dr. Fanor Velarde al profesor titular Dr. Juan C. Llames Massini y al profesor suplente Dr. Juan B. González para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.° de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Agosto 3 de 1918.

Habiendo la comisión predente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.° 3481 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Accidentes a que puede dar lugar la coexistencia del embarazo uterino y del ectópico.

Fanor Velarde.

II

Embarazo angular; diagnóstico diferencial con la preñez ectópica.

Juan C. Llames Massini.

III

Patogenia y tratamiento del hematocele.

Juan B. González.

30740