

Univ. A. 1917
Año 1917

Nº 3286

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Doble embarazo simultáneo INTRA Y EXTRA UTERINO

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDMUNDO VAMPA

Ex-practicante Instituto Jenner

Ex-ayudante del Laboratorio de Química Biológica de la Facultad de Medicina

Ex-practicante del Hospital Fiorito

Ex-practicante del Hospital Rawson

Ex-practicante del Hospital Misericordia de La Plata

Ex-practicante del servicio médico de policía de La Plata

Director del Consultorio Oftalmológico de La Plata

Jefe de Clínica de la Maternidad de La Plata



BUENOS AIRES

**IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151
1917**

Doble embarazo simultáneo intra y extra uterino

Año 1917

Nº 3286

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Doble embarazo simultáneo

INTRA Y EXTRA UTERINO

— • —
T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDMUNDO VAMPA

Ex-practicante Instituto Jenner

Ex-ayudante del Laboratorio de Química Biológica de la Facultad de Medicina

Ex-practicante del Hospital Florito

Ex-practicante del Hospital Rawson

Ex-practicante del Hospital Misericordia de La Plata

Ex-practicante del servicio médico de policía de La Plata

Director del Consultorio Oftalmológico de La Plata

Jefe de Clínica de la Maternidad de La Plata



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1917

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ÉLISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretario General

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

» » ELISEO CANTÓN

» » ANGEL M. CENTENO

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. GRANWELL

» » CARLOS MALBRAN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos Titulares

Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAZONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
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
	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Semiología y ejercicio clínico.	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. GRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	(vacante)
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. 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



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología éMdica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	» LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica.....	» ALOIS BACHMANN
Clínica Médica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica génito-urinaria.....	» PATRICIO ELEMING
Clínica Neurológica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Psiquiátrica.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Pediátrica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Quirúrgica.....	» MARIANO ALURRALDE
Patología Interna.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica oto-rino-laringológica..	» JOSÉ T. BORDA
	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Botánica médica.....	
Zoología médica.....	
Anatomía descriptiva.....	
Fisiología general y humana.....	
Bacteriología.....	
Química Biológica.....	
Higiene Médica.....	
Semiología y ejercicios clínicos.....	
Anatomía patológica.....	
Materia médica y terapéutica.....	
Medicina operatoria.....	
Patología externa.....	
Clinica dermato-sifilográfica.....	
• Génito urinaria.....	
• epidemiológica.....	
• oftalmológica.....	
• oto-rino-laringológica.....	
Patología interna.....	
Clinica quirúrgica.....	
• Neurológica.....	
• Médica.....	
• pediátrica.....	
• ginecológica.....	
• obstétrica.....	
Medicina legal.....	
Clinica Psiquiátrica.....	

Catedráticos sustitutos

DR. RODOLFO ENRIQUEZ
• GUILHERMO SEEBER
• SILVIO E. PARODI
• EUGENIO GALLI
• JUAN JOSÉ CIRIO
• FRANK L. SOLER
• BERNARDO HOUSEAY
• RODOLFO RIVAROLA
• SALVADOR MAZZA
• BENJAMIN GALARCE
• FELIPE A. JUSTO
• MANUEL V. CARBONELL
• CARLOS BONORINO UDAONDO
• ALFREDO VITON
• JOAQUIN LLAMBIAS
• ANGEL H. BOFFO
• JOSÉ MORENO
• ENRIQUE FINOCCHIETTO
• CARLOS ROBERTSON
• FRANCISCO P. CASTRO
• CARTELPOR LUGONES
• ENRIQUE M. OLIVIERI
• ALEJANDRO CEVALLOS
• NICOLAS V. GRECO
• PEDRO L. BALINA
• JOAQUIN NIN ROSADAS
• FERNANDO R. TORRES
• FRANCISCO DESTÉFANO
• ANTONINO MARCÓ DEL PONT
• ENRIQUE B. DEMARIA
• ADOLFO NOCETTI
• JUAN DE LA CRUZ CORREA
• MARTIN CASTRO ESCALADA
• PEDRO LABAQUI
• LEONIDAS JORGE PACIO
• PABLO M. BARLARO
• EDUARDO MARINO
• JOSÉ ARCE
• ARMANDO R. MAROTTA
• LUIS A. TAMINI
• MIGUEL SUSSINI
• ROBERTO SOLÉ
• PEDRO CHUTRO
• JOSÉ M. JORGE (H.)
• OSCAR COPELLO
• ADOLFO E. LANDIVAR
• VICENTE DIMITRI
• ROSCELIO H. CHIAPPORI
• JUAN JOSÉ VITON
• PABLO J. MORSALINE
• RAFAEL A. BULLRICH
• IGNACIO IMAZ
• PEDRO ESCUDERO
• MARIANO R. CASTEX
• PEDRO J. GARCIA
• JOSÉ DESTÉFANO
• JUAN E. GOYENA
• JUAN JACOBO SPANGENBERG
• MAXIMTO ACUÑA
• GENARO SISTO
• PEDRO DE ELIZALDE
• FERNANDO SCHWEIZER
• JEAN CARLOS NAVARRO
• JAIME SALVADOR
• TORIBIO PICCARDO
• CARLOS R. CIRIO
• OSVALDO L. BUTTARO
• ARTURO ENRIQUEZ
• ALBERTO PERALTA RAMOS
• PAUSTINO J. TRONGÉ
• JUAN B. GONZÁLEZ
• JUAN C. HISSO DOMÍNGUES
• JUAN A. GABASTOU
• ENRIQUE A. BOERO
• JOAQUIN V. GNECCO
• JAVIER BRANDAN
• ANTONIO PODESTÀ
• AMABLE JONES

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

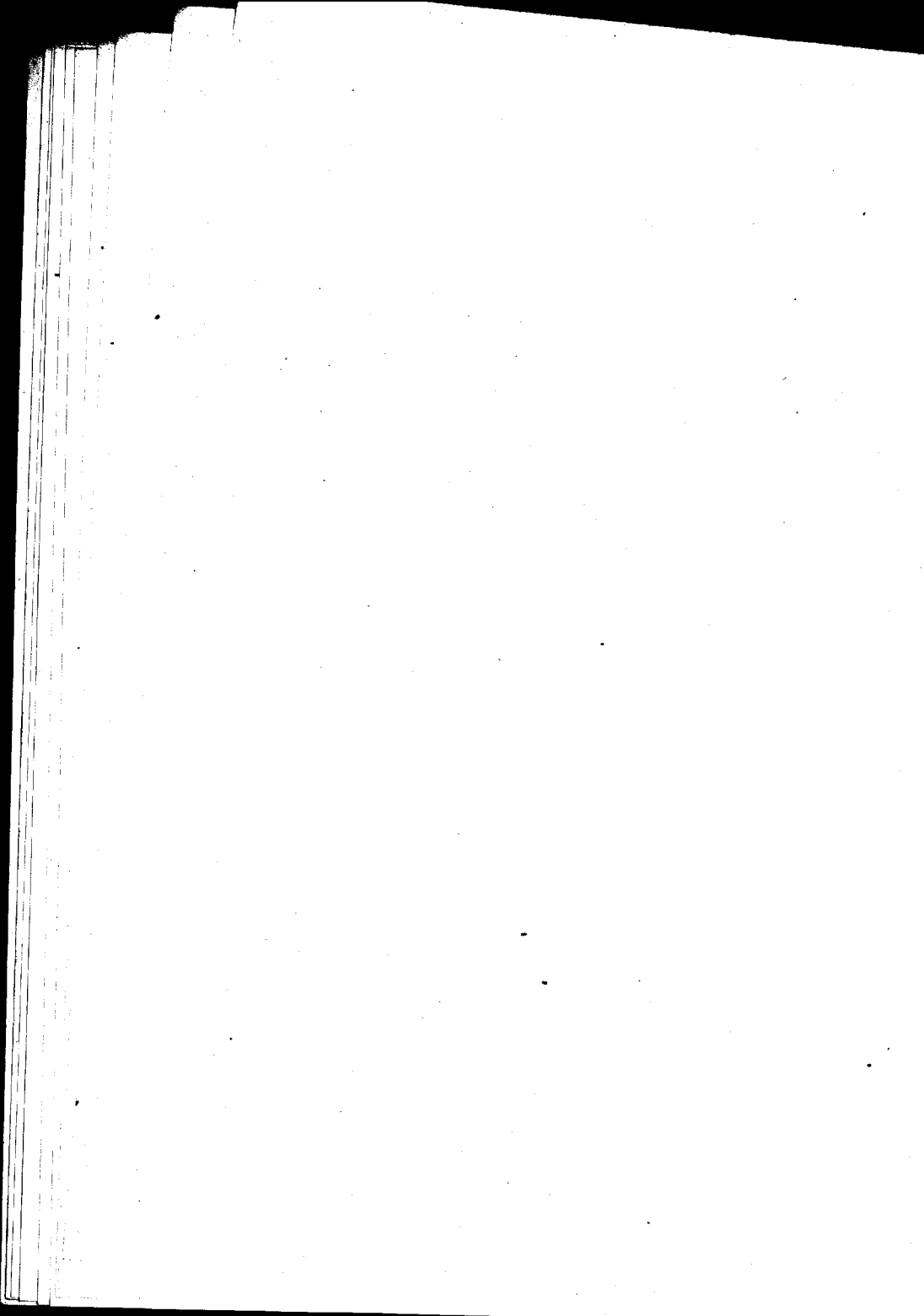
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. URBALDO FERNÁNDEZ



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.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er curso)....	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	» RICARDO SCHATZ
Química analítica general.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial.....	Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Técnica farmacéutica (2º. curso)....	Dr. J. MANUEL IRIZAR
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica.....	Dr. TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica....	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica.....	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química farmacéutica orgánica.....	Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	Sr. OSCAR MIALOCK
Química analítica general.....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ

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. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÀN
Toxicología y Química legal.....	» JUAN B. SEÑORANS

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

PADRINO DE TESIS:

DOCTOR PASTOR MÓLLA VILLANUEVA

A MIS PADRES

A MIS ABUELOS

A MIS HERMANOS

A MI NOVIA



DOS PALABRAS

Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Atento a la disposición reglamentaria que impone un último esfuerzo intelectual al estudiante para obtener la finalización de su carrera, un solo deber me queda por cumplir para ser consagrado con el título de Doctor en Medicina: la presentación y el examen de tesis, que por mi libre elección versará sobre «Doble Embarazo Simultáneo, Intra y Extra Uterino.»

La tesis, significa la coronación de los estudios universitarios, la terminación de la vida de estudiante, de escuela; pero no la de estudioso.

Ella demuestra por otra parte que al alejarnos

de la Facultad, — donde he concurrido siete años consecutivos y sin interrupción, — nuestros maestros no arrojaron la semilla en surco estéril. Llego, pues, a la meta anhelada con el bagaje científico fundamental, si no copioso, proporcionado por la enseñanza de los profesores de la casa: guías inteligentes del saber.

Permitidme, antes de terminar, use de esta oportunidad para expresar mi profundo agradecimiento a todos los maestros y médicos que he encontrado a mi paso en la vida universitaria, ya en la clase, ya en los distintos servicios que he pasado en los hospitales, por sus sabias enseñanzas y el caudal incalculable de sus observaciones y consejos.

A mi estimado amigo el Dr. Alfredo Viton para quien guardo la más franca amistad.

A los doctores Martín Riebel, Vicente Gallastegui y Dr. Viñas, al lado de los cuales y bajo la dirección de quienes aprendí las primeras nociones de cirugía, mis sentimientos de amistad.

Al Dr. Pastor Molla Villanueva que me hace el alto honor de acompañarme en esta prueba final como padrino, la expresión de mi reconocimiento.

Definición del embarazo ectópico

Etiología y teoría al respecto

Embarazo ectópico.—Preferimos esta definición de acuerdo con muchos autores, porque el término ectópico es más científico y nos enseña que el desarrollo ovular no se hace en su sitio normal (cavidad uterina) y engloba en una sola enunciación, las distintas modalidades de localización del óvulo fecundado; ovárico, peritoneal, intersticial y tubárico, ampular o ístmico, este último la forma más frecuente de la anomalía de la gestación normal.

Hay autores que consideran hasta diez variedades de embarazos ectópicos, entre ellos se halla Dezeimers.

Creo, en verdad que es más aceptable seguir la antigua clasificación establecida por Levret y Baudeloque, que lo hace teniendo en cuenta la

implantación del huevo, y lo clasifica en las siguientes variedades: tubárico, ovárico y abdominal.

Según las estadísticas que he consultado, respecto a la frecuencia de estas tres modalidades, he obtenido en consecuencia, que el embarazo tubárico se halla en primera fila y se puede estimar su frecuencia en 85 por ciento de los casos.

Algunos ginecólogos creen que el embarazo tubárico se efectúa al lado derecho en mayor número que al izquierdo.

A mi criterio, esto carece de importancia, porque no hay razón de ser, de que haya predilección por uno u otro de los lados.

Luego le sigue en orden el embarazo ovárico, a pesar de ser negada la existencia de esta modalidad por algunos ginecólogos, entre ellos especialmente, Lawson Tait al manifestar que muchos de los casos de esta forma de embarazo no eran sino embarazos tubo-abdominales que quedaban más o menos adheridos al ovario; pero las investigaciones de Puech y más tarde por Mauratoff y Singer, han probado de una manera firme y categórica la existencia de un embarazo ovárico bien caracterizado. Y por último nos hallamos en presencia de los embarazos abdominales en menor número.

Estos embarazos, que eran desconocidos en an-

taño y aun hasta hace poco tiempo, son frecuentes en la época presente y entre nosotros no hay ginecólogos, por pocos enfermos que tengan en asistencia, que no hayan intervenido; y aun más, nuestros cirujanos generales pueden presentar estadística al respecto. Citemos para hacer memoria que sobre 60.000 mujeres examinadas en 7 años en las clínicas de Viena a cargo de Carlos Braun y Sfüth se anotaron solo cinco casos.

Fasola en la clínica de Florencia y durante el transcurso de dos años, desde 1883 a 1885, sobre un total de 1565 preñeces y en mujeres ya madres anota también 5 casos, haciendo notar el hecho de que estas mujeres desde tiempo atrás eran estériles.

Toth ha observado sobre un total de 1.700 mujeres de diversas afecciones ginecológicas, tan solo un número de 31 casos.

Pasando a la memoria de doble embarazo intra y extra uterino simultáneo tenemos los casos acompañados de historia. En el Archivo de 1913, Enero 15, Vautrin publica una observación.

En la Revista de Ginecología de Paul Bor y Jean Luis Faure, año 1914, pág. 110 Mlle. Fingara inserta un estudio titulado: «Contribución al estudio de embarazos intra y extra uterinos simultáneos (N.º 1020 25 de Junio de 1913) donde se encuentran reunidas 123 observaciones y llega a obte-

ner las siguientes conclusiones. Los dos grandes síntomas son la hemorragia y el dolor, coincidiendo con una tumefacción, anexial puesto al lado de un útero más hipertrofiado que en los casos de embarazo ectópico simple.

La mortalidad para los fetos intra uterinos ha sido de 60,7 por 100.

Sobre los 123 casos los fetos extra uterinos no han sido recogidos vivos más de cuatro.

La mortalidad materna por 81 casos observados después de 1880, ha sido de 20 por 100.

M. Keiffer publica otro caso. T. XVI, N.º 6, Junio. Pág. 333-340.

La Gynecologie 1913 (p. 550) publica una observación de embarazo intra y extra uterino simultáneo.

Bichot en 1903 ha reunido 20 observaciones de esa índole.

Mlle. Fingara lleva reunidas y publicadas 171 observaciones.

La Gynecologie de Febrero 1914, tomo XI, décima serie, página 527, publica una observación de Jules Ronvier, titulada: Coexistencia de embarazo intra y extra uterino interrumpido simultáneamente al cabo de tres meses, curación sin intervención operatoria.

La Société Anatomique de París, pag. 73, pu-

blica una observación de embarazo tubario roto y embarazo intra uterino.

La revista de J. A. Doleris y L. G. Richelot, Mayo 1914, publica una observación.

Franz Primsar inserta en los números 22 y 23 del año 1913 dos observaciones.

Neugebauer en la Gynackologische Rundschau, presenta una serie de 73 casos de embarazo gemelares simultáneamente intra y extra uterinos.

Argentina Médica, año XII número 45. Una observación de embarazo intra y extra uterino combinados.

Société Obstetricale et Gynecologique de Nancy, Abril 1914. Una observación de M. M. Weiss y Lencert.

El Dr. Martín Riebel, Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Rawson de esta Capital, tiene registrado en los registros de esa institución, una observación.

En el archivo del servicio de ginecología del Hospital Nacional de Clínicas, a cargo del doctor Bazterrica, se tienen también registrados dos casos.

Durante mi permanencia en el Servicio de Ginecología del Hospital Misericordia de La Plata, se registró una observación.

Fabre, en su obra intitulada: «Manual de Obstetricia», año 1916, pág. 170, dice: «En algunos

casos se ha podido observar la implantación de dos huevos uno en cada trompa, o bien uno en una trompa y el otro en el útero.»

Conocido ciertamente ya por todos los médicos el desarrollo anormal del feto fuera de la cavidad uterina, se pasa a investigar la causa de este fenómeno desconocido hasta hoy, no siendo pocos los ginecólogos que han tomado el trabajo de resolver esta nebulosa, origen desde luego de las anomalías de la gestación normal. Sabemos que el sitio normal de la implantación del huevo fecundado es la cavidad uterina y toda vez que el óvulo se detenga en un sitio distinto, habrá embarazo ectópico. ¿Cuáles son las causas que determinan la anidación anormal?

Este es un asunto de no fácil solución. Sin embargo no pasará mucho tiempo sin que pueda obtenerse la determinación necesaria de su causa originaria, con razones que tengan la virtud de satisfacer aunque fuera en parte, a los ginecólogos más exigentes. Pero entre tanto no se llegue a lo apuntado seguirán existiendo la serie de teorías al respecto, llevando todas ellas consigo la autoridad profesional de sus respectivos defensores y sostenedores.

Ch. Mygrier y A. Schwab, pág. 461 dice: «Los factores etiológicos según unos son:

«Todas las condiciones que se oponen a la in-

migración del óvulo fecundado desde el ovario a la trompa hasta el útero, obran favoreciendo el embarazo ectópico y se puede decir así:

«1.º Los vicios de conformación congénitos de la trompa (Kabel), trompa infantil sinuosa, moniliforme, trompa bifida, existencia de pabellones accesorios (Richard), etc.

«2.º Las adherencias peritoneales (pelviperitonitis) impidiendo que la trompa se disloque y se aplique sobre el ovario o produciendo una acodadura de la trompa.

«3.º Los tumores pélvicos comprimiendo o acodando el conducto tubario.

«4.º Las lesiones de la mucosa, pólipos intra-tubarios (Wyder, Duhrssen) lesiones salpingíticas, en general gonocócicas, con hinchazón de la mucosa; lesiones de salpingitis descamativas con desaparición de las pestañas vibrátiles.

Para Paqui, en la mayor parte de los casos, la mucosa está sana; y en opinión de Legnen se trata de un simple trastorno funcional de la trompa, que dificulta la progresión del huevo fecundado.

Como causas excepcionales se han podido invocar, la imperforación congénita de la trompa, habiendo sido fecundado el óvulo por un espermatozoides procedente de otra trompa (migración intraperitoneal del espermatozoide), una brecha inter-

na consecutiva a una operación cesárea y la caída del óvulo al peritoneo (Lecluye). De todas maneras el embarazo extra uterino se observa especialmente a las multíparas y sobre todo los casos en que después del primer parto, han quedado durante largo tiempo estériles.

Algunos ginecólogos encuentran como causa fundamental para la detención del huevo en la trompa de Falopio, a la estrechez ostium uterino por procesos inflamatorios. Esta teoría defendida y aceptada por muchos no es suficiente para determinar la causa del fenómeno.

Wirchow, Heckel, Fritsch, Obhansen, Wider, Kelly, hablan de anexitis, peritonitis de vecindad genital, procesos de pelviperitonitis que obedecen a diversas causas, fuera de las alteraciones anexiales, la infección puerperal, la infección blenorragica, intervenciones quirúrgicas sépticas hechas sobre el útero, cateterismo séptico, etcétera.

Vemos que la infección es la causa productora del embarazo extra uterino.

¿Cómo quedan estas opiniones, ante los estudios de Webster en 1895 y Paquy en su tesis de 1897 que hace presente diciendo que hay embarazos ectópicos en trompas sanas?

¿Y la de Couvelaire que estudiando la anatomía patológica de esta afección llega a la conclu-

sión de que puede producirse el embarazo ectópico en trompa sana?

Dünrsen y Schauta inculpa a la blenorragia, siendo la salpingitis catarral la que provoca la pérdida de las cilia vibrátiles y por lo tanto la falta de elemento mecánico. Sin embargo entre nosotros Taintourier y Carlos R. Sirio no han podido obtener el embarazo ectópico a pesar de destruir el epitelio tubárico en conejos.

Las teorías de pelviperitonitis las sostienen Fritch, Bhaussen, Wyder, Webster y Patellani nos habla de infantilismo tubario, la de Hossonan sobre alteraciones del aparato folicular, la de Cruden sobre alteraciones íntimas del óvulo, la de Martín sobre hipertrofia general de la mucosa tubaria traída por inflamaciones consecutivas sin descamación del epitelio.

Maudl y Schmidt han detenido un huevo fecundado ligando la trompa continente y tampoco obtuvieron éxito, no fecundándose el huevo.

Strassman habla de pólipos tubarios, de acciones mecánicas externas obliterantes de la luz tubaria, de huevos enfermos lanzados a la función generatriz por un ovario patológico.

Sin embargo los estudios de Peters hechos en 1899, Leopold en 1906, Bryce y Teacher en 1908, han dado al óvulo un rol perfectamente activo en su nidación.

Entre nosotros el Dr. Toribio T. Picardo ha presentado a nuestra escuela en el año 1908, un trabajo en el cual se muestra partidario de esta teoría.

Sea lo que fuere, creo que a pesar del valor de las opiniones de todos los señalados, la etiología del embarazo ectópico, tiene su causa o quizá todo su valor, en las alteraciones ovulares que sufre, en estados especiales que halla a su paso a la trompa.

Anatomía patológica

De lo dicho en el capítulo anterior aduciendo a causas generales o locales extrínsecas o intrínsecas, sacamos como conclusión que el huevo fecundado puede anidarse en cualquier punto fuera del útero, y presentar diversas variedades de embarazo ectópico, y que habiendo aceptado la clasificación establecida por Levret y Baudeloque, lo agrupamos en:

Tubaria, ovárica y abdominal.

Sea cualquiera de estas tres variedades en su gestación anormal, el huevo evoluciona con sus envolturas propias.

En cuanto a la envoltura de origen materno que reemplaza a la caduca denominada pared quística fetal, no se presenta lo mismo en todos los casos.

Tenemos el embarazo tubario.

El quiste fetal tubario está constituido por las partes siguientes: el peritoneo, túnica muscular de la trompa, la caduca verdadera tubárica, la caduca refleja que existe casi siempre, pero que no forma jamás al huevo una envoltura completa, el corión fetal y, por último, el amnios.

La caduca casi está formada por la extroma de la mucosa tubaria que se hipertrofia después de la caída del epitelio cilíndrico y la proliferación de sus gruesas células.

Las vellosidades coréales se hunden en los intervalos y en el espesor de las papilas de su extroma así transformado en caduca.

Las vellosidades coréales están formadas por un eje de tejido conjuntivo conteniendo los vasos capilares.

Esta trama conjuntiva está tapizada por una doble capa celular, llamada de Langhaus constituida por células ectodérmicas pavimentosas o cúbicas y una capa sincicial formada por anchas placas protoplasmáticas con núcleos ovoideos.

Estas vellosidades se dividen y se subdividen, y al llegar a la pared de la trompa la penetran.

Los tejidos que se encuentran en contacto con el corión vellosos sufren profundas modificaciones: se hacen muy vasculares, toman aspecto tomentoso presentando también verdaderas vellosidades que se entrecruzan con las vellosidades co-

reales, más tarde llegan á ser vellosidades placentarias.

La pared tubárica ofrece en la proximidad de la pared ovular, una infiltración leucocitaria difusa.

El grosor del saco tubárico es menos considerable a nivel de la inserción parietal del huevo que en todo otro punto.

El polo ovular opuesto a la inserción parietal permanece libre durante los tres primeros meses.

La zona de inserción parietal llega a ser fácilmente asiento de alteraciones que consisten esencialmente en apoplegias intersticiales que se verifican entre la cápsula del huevo y la pared o en el espesor mismo de esta pared.

Estas apoplegias tienen su causa, en la ruptura del embarazo tubárico.

La trompa aumenta de volumen, adquiriendo un aspecto quístico, distendida, rajada, contrae frecuentemente adherencias con los órganos vecinos, adherencias que inmovilizan el quiste fetal.

La mucosa (en las porciones que no corresponden al huevo) no se modifica apenas o nada, y no toma de ninguna manera el aspecto de deciduoma (Couvellaire).

Las fibras conjuntivas reblandecidas y disociadas, permiten la formación de hendiduras donde penetran las vellosidades coriales que llegan

hasta la pared muscular de la trompa, en la cual también sufre modificaciones el tejido conjuntivo vascular, que desaparece dando lugar a la formación de lagunas vasculares llenas de sangre que a su vez se ponen en contacto con la sangre de las vellosidades coriales, donde se efectúa el intercambio de líquido y de gases entre la sangre materna y la sangre de las vellosidades coriales al través de las células de Langhams, del sincitium y del tejido celular.

La circulación de la sangre materna entre los espacios intervillosos existe después del segundo mes; pero en algunos momentos del desarrollo del huevo, la fusión no es muy íntima entre las vellosidades fetales, de una parte, y los relieves de la caduca o los capilares de esta caduca, por otra parte, en la zona correspondiente a la serotina.

Los vasos de la trompa están muy dilatados, sus paredes muy débiles por la separación del tejido conjuntivo; pero aunque parezca estar bien constituido el saco fetal alimentado por los vasos del corión, no por eso deja de estar expuesto a sufrimientos y grandes modificaciones.

El ovario presenta el cuerpo amarillo hipertrófico, característico de todo embarazo.

El útero experimenta igualmente la reacción grávidica: se hipertrofia durante los dos o tres

primeros meses, después conserva este volumen; su cavidad mide de 12 a 14 centímetros.

El cuello se reblandece, pero menos que en el embarazo normal.

La mucosa se hipertrofia y toma los caracteres de caduca que cae de seis semanas a tres meses después de la fecha de la concepción.

La caduca interna afecta la forma de una bolsa análoga a la cavidad del órgano que la contenía, pero de una cavidad aumentada en proporción a las dimensiones que tiene el útero, según la edad de la concepción ectópica.

Bolsa de paredes espesas y que posee en su fondo, en cada ángulo, un orificio que ha correspondido al ostium uterino de la trompa de Falopio.

En su parte superior existe una entrada de diámetro suficiente que permite en ciertos casos la introducción del dedo índice.

De sus caras, la externa es vellosa y la interna lisa, que se diferencia de la bolsa dismenorreica que con relativa frecuencia se le encuentra en la endometritis, que tienen pared delgada, pequeña, representando el tamaño de la cavidad de un útero normal, y sus caras, la externa es lisa y la interna vellosa.

El embarazo tubárico se interrumpe muy pronto, en virtud de las malas condiciones de desarrollo en que se encuentra el embrión; existe insu-

ficiencia de nutrición que acarrea la atrofia de las vellosidades coriales; retrayéndose éstas abren en los lagos sanguíneos que penetran, vías, por donde se escapa la sangre en hemorragias repetidas; de esta manera se forma un hematosalpíx en medio del cual se encuentra el huevo desprendido.

Este hematosalpíx puede reabsorberse lo mismo que el embrión.

Lo más frecuente es que las hemorragias se repitan arrastrando al huevo fuera de la trompa por: hacia el útero, aborto tubo uterino, hacia el peritoneo, aborto tubo peritoneal.

El hematodele es la consecuencia de esto.

Algunas veces, lejos de producirse el aborto tubario, se efectúa la ruptura tubárica. Este es un accidente frecuente que se produce en el transcurso del tercer mes, raro después del cuarto y excepcional después del quinto mes.

El embarazo tubárico puede llegar más o menos próximo del término cuando se halla en variedad infundibuliformes, estando el feto en buenas condiciones de desarrollo.

En la variedad de abdominal la caduca se forma a expensas del peritoneo y ordinariamente es ella la que tapiza la cara posterior del útero.

Un exudado fibrinoso que puede llegar a un

centímetro o un centímetro y medio de espesor refuerza la pared del quiste fetal.

El se desarrolla de fibras musculares dentro del nido de su serosa.

En todas las variedades de embarazo ectópico, la ruptura del quiste fetal depende del espesor de su paredes y el desarrollo de su túnica muscular.

El embarazo ovárico es la forma más rara de los embarazos ectópicos y, por lo tanto, no lo trato en este capítulo.

Sintomatología

La preñez extra uterina tiene una sintomatología muy especial y rica en accidentes.

Tiene una sintomatología muy variada.

Los accidentes que sobrevienen durante el curso de la preñez ectópica, son múltiples y en la mayor parte de las veces, graves; por lo tanto, estamos obligados a conocerlos, para tomar las medidas necesarias, velando por la vida de la enferma.

Muy rara vez sucede que evolucione como un embarazo normal siendo más frecuente que los síntomas patológicos se asocien a los síntomas fisiológicos de una preñez normal.

En otras ocasiones es recién hacia el fin del embarazo que la mujer consulta al médico, ya sea porque no sienta los movimientos fetales, ya porque se haya producido un simulacro de par-

to con todo su cuadro clínico o, por último, que hubiese sobrepasado el término de su embarazo sin que el parto se produzca.

Es indudable que un embarazo ectópico en su comienzo, es menos frecuentemente observado y, por lo tanto, es imposible diagnosticarlo en el primer mes de la gestación.

Rara es la vez que el embarazo ectópico llega a término.

Entre nosotros tenemos el hermoso caso relacionado por el Dr. Picardo, el cual nos da cuenta de un embarazo ectópico tubo abdominal a término con feto vivo.

En la enferma se inició el trabajo, y el parto no se producía. Un accidente de rotura del saco fetal ocasiona la muerte de la madre y con la esperanza de salvar el feto se hizo una cesárea post-mortem. Se llegó tarde; el feto había muerto.

Cuando el embarazo ectópico llega a término, y para ello ha tenido que evolucionar como una preñez normal, sin accidentes, la enferma nos viene al final de la gestación y obtenemos todos los síntomas de una preñez normal, salvo la ocupación y las modificaciones que aquélla imprime a la matriz.

Es, pues, en este caso que debemos arribar a un diagnóstico exacto por eliminación de síntomas y por un prolijo examen.

Conocemos toda la importancia que llevan en sí, las modificaciones que sufre la matriz ocupada, ya en su cuerpo, como las modificaciones que sufre el cuello, este último principalmente en su blandura y el aumento del otro.

Pues tan sólo estos dos síntomas de cabal importancia no los hallamos y el apresuramiento del examen podrán equivocarnos.

Sin embargo, en cuanto a los otros síntomas, es decir, aumento del volumen del vientre, los movimientos activos del feto, los ruidos fetales a través de la pared abdominal son apercibidos; la menstruación que tomaré a estudio, repito, que si no se tiene presente la probabilidad de la posible existencia de un embarazo ectópico a término, puede en todo momento que exista de nuestra parte deficiencia de examen, hacernos caer en el inocente error de tomarlo como embarazo uterino.

La supresión de reglas que es propio del embarazo normal, no existe en todo el transcurso del embarazo ectópico.

Sin embargo, puede haber escurrimiento sanguíneo, pero de un aspecto tan distinto, que en ninguna forma puede confundirse con el flujo catamenial.

Como la sangre que la forma permanece en el útero un tiempo más o menos largo, lo que hace

que tome un aspecto siruposo característico, que se hace difícil el confundirlo con la sangre roja, que proviene de los senos abiertos por el desprendimiento de la placenta uterina, ni el tinte rojizo de los coágulos que se observan en los abortos uterinos y, por último, diré que nunca se ha observado sangre ni en calidad ni en cantidad a la de la menstruación.

Se observa también el aumento de volumen del abdomen.

Y luego tenemos los síntomas secundarios de todo embarazo: trastornos digestivos, aumento de volumen de las mamas, cleosmas, etc., etc.

Entre los síntomas funcionales, hallamos el dolor que es intenso y que aparece en la época menstrual de la enferma.

También puede producirse meteorismo.

Y en el caso que fuese un embarazo ectópico a término, tendremos en cuenta ciertos detalles que tienen en sí toda su importancia, el útero pequeño, un cuello sin modificaciones y el examen de la cavidad uterina que se nos presenta vacía.

El cuello puede, según atestiguan algunas historias que han sido publicadas, sufrir el reblandecimiento, pero en los casos que he podido tener a mano, en su examen, no lo he hallado nunca.

Pero sí, el tumor; luego debe a él prestarse

mucha atención y darle sumo valor de diagnóstico.

La presencia de un tumor más o menos desarrollado suele originar desde su comienzo algunas veces una serie de trastornos.

Es común hallar en todos los casos que un cuerpo anormal haga asiento en cualquier sitio de la economía y como cuerpo extraño no es de dudar que siempre los síntomas estarán supeditados y de acuerdo con la relación que tenga con un órgano y el sistema circulatorio y nervioso.

Así tendremos, primero: comprensión del recto, vejiga, útero, anexos, etc., etc.

La constipación, la disuria, la polaquiuria, el edema, metearismo, etc.

Este tumor, siempre que nos permita la pared abdominal, y que el dolor no sea intenso y que el estado de la enferma nos acompañe, y más aún, con el procedimiento bimanual, nos da en todos los casos, la revelación de la existencia de él.

El tamaño varía; algunas veces es de una mandarina, ya más grande; en otros se sitúa acercándose al ombligo y en otros lateralmente y, por último, está junto a la pared pelviana.

En cuanto a la predilección del lado, diré que no existe; ya se produce al lado derecho, ya al

izquierdo, y en otros en ambos lados simultáneamente.

Este tumor está en algunas ocasiones adherido a la pared del útero o ya libre de él. Y al tacto, hallamos que los fondos del saco se encuentran ocupados a veces al posterior, ya al lateral derecho, ya al lateral izquierdo.

A la percusión podemos circunscribir el tumor, pero debido a las ansas intestinales que llena de gases, ocupa por delante y lateralmente los bordes del tumor, hace que sea imposible delimitarlo con exactitud.

A la auscultación no tenemos mayor suerte.

Y por último, diré que G. Bertolini, en una publicación hecha el 30 de Abril de 1912 en la revista italiana «La Ginecología», nos da cuenta de un signo precoz.

Según Bertolini, se halla en los casos de embarazo ectópico una resistencia pastosa especial al nivel del fondo del saco de Douglas, y este signo es tan exacto, que la no presencia de él, implica una falta de método de examen.

Hallado en todo caso este signo se recurre a todos los otros que complementaría y daría base al diagnóstico.

Historia

Hospital Misericordia de La Plata. Sala IV, del Dr. Pastor Molla Villanueva. Julio 12 de 1916. Paulina G., 38 años, argentina; 64, 10 y 11, 670; casada, quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios. — Padre y madre, muertos, por causas desconocidas. Tiene cuatro hermanos vivos y sanos. Dos hermanas muertas; la una de parto y la otra de resultas de una intervención en la glándula mamaria.

Antecedentes personales y patológicos. — Fiebre tifoidea a los 14 años. Nunca tuvo enfermedades ni afecciones, fuera de la señalada que la hayan obligado a guardar cama.

Antecedentes ginecológicos. — La primera menstruación la tuvo a los 15 años; ha sido siempre regular de tres a cuatro días de duración, poco abundantes, indoloras; ha tenido su primer parto a los 20 años, él fué espontáneo a término de

vértice, con feto vivo y alumbramiento y puerperio normales. Lactancia materna hasta los 10 meses. Ha tenido después tres partos más, en las mismas condiciones y con puerperios apiréticos. Último parto hace cuatro años. No ha tenido abortos; no ha tenido padecimiento genital alguno.

Enfermedad actual.—Últimas reglas del 11 al 15 de Abril. Dice la enferma que después de algunos días de retardo en su menstruación, tuvo una pérdida sanguínea de un día de duración acompañada de intensos dolores abdominales y gran decaimiento general.

Igual pérdida sufrió al mes siguiente, con sorpresa de la enferma que se creía embarazada, porque había notado igual malestar (vómitos, mareos) que en sus embarazos anteriores. Pocos días después de su última pérdida sufrió súbitamente un agudísimo dolor en la fosa ilíaca izquierda que compara a una puñalada; dolor que fué cada vez más intenso y que era acompañado de vómito, enfriamiento, transpiración profusa y un estado semisíncope que la obligó a guardar cama.

Alguien aconsejó a la enferma que tomara un purgante y tres días después sufrió con nuevos desvanecimientos y dolores, una hemorragia abundante por sus órganos genitales. Llamada una partera, comprobó la existencia de un aborto de dos a tres meses; la enferma refiere que vió

el feto de un tamaño de 0.05 metros de largo más o menos, y los restos placentarios; que después de terminado su aborto tuvo una escasa pérdida de sangre que paró en pocos días, para reaparecer al poco tiempo, hasta que quince días después un nuevo dolor la ataca y entonces consultado un facultativo (Dr. E. Bejarano) le es aconsejado su ingreso al servicio de ginecología de este hospital.

A pesar de la indicación del médico quedó dos días más en su casa hasta que otra crisis dolorosa la decide ingresar al servicio del Dr. Pastor Molla Villanueva, jefe del servicio de ginecología del Hospital Misericordia.

Estado actual. — Enferma en decúbito dorsal, de estatura regularmente alta, y de color extremadamente pálido a pesar de su tez morena, desarrollo óseo y masas musculares regular; panículo adiposo poco desarrollado, conjuntivas anémicas, pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación, lengua algo saburral, seca.

Torax simétrico, respiración costal. Pulmones, inspección, palpación, percusión y auscultación normal.

Corazón: El choque de la punta se ve y se palpa a la altura del quinto espacio intercostal, línea mamilar: su perímetro se encuentra dentro del área de matitez normal.

Tonos velados; hay taquicardia; pulso frecuente: 140 pulsaciones por minuto, de ritmo normal, poco tenso.

Abdomen: A la inspección se nota el vientre elevado y en su pared grietas nacaradas de sus embarazos anteriores; a la palpación se comprueba que hay ligera defensa muscular, que el vientre es poco depresible, sobre todo en el hipogastrio y fosa iliaca izquierda; la percusión **revela** sonoridad exagerada en la región supra umbilical y matitez en la infra umbilical.

Bazo e hígado, normal.

Vías digestivas: Hay constipación; hay tenesmo ano-vesical.

Temperatura: 38°5.

Aparato genital: Vulva y vagina normal; desgarradura antigua del periné; ligero colpocelo posterior, útero ligeramente aumentado de volumen; histerometría, 10 centímetros.

Cuello grande, algo reblandecido, de orificio entreabierto; hay una escasa pérdida sanguínea.

Al tacto se observa un empastamiento del lado izquierdo del cuerpo que se extiende hasta el fondo del saco posterior; hay dolor espontáneo que se exacerba con el examen.

La exploración bimanual demuestra la existencia de una masa pastosa que se extiende hasta cerca del ombligo y que ocupa toda la fosa iz-

quierda; sus límites superiores son difusos y en su parte inferior ocupa todo el fondo del saco posterior, el izquierdo y parte del derecho.

Análisis de orina: No hay albúmina, ni glucosa; el examen del sedimento es normal.

Diagnóstico. —Hematocele por ruptura de un embarazo extra uterino.

Previo inyección de 500 gramos de suero Hayen cafeinado es llevada a la sala de operaciones y bajo anestesia clorofórmica se hace una incisión de diez centímetros sobre la línea media infra umbilical. Se secciona piel y tejido celular; llegamos sobre la línea blanca, seccionamos ésta en la extensión de la incisión superficial, separamos los músculos rectos, seccionamos el peritoneo y colocamos un separador para tener un ancho campo operatorio.

En la cavidad abdominal hay gran cantidad de sangre líquida, coágulos de color oscuro, además de un pequeño feto de tres centímetros que encontramos en medio de coágulos en el fondo del saco de Douglas.

Son extraídos rápidamente y se practica un ooforo salpinguectomía izquierda.

Se comprueba una ruptura del quiste tubario.

Después de la intervención se continúa inyectando suero Hayen, 500 gramos diarios, y la enferma se repone rápidamente; desciende su tem-

peratura a los cuatro días a la normal y su pulso mejora paulatinamente. A los ocho días son retirados los puntos de sutura y a los dieciocho días es dada de alta, curada.

Esta historia demuestra la coexistencia de un embarazo uterino con uno tubario simultáneamente.

EDMUNDO VAMPA.

Buenos Aires, Marzo 31 de 1917

Nómbrese al señor Consejero Dr. Eliseo Cantón, al profesor titular Dr. Samuel Molina y al profesor suplente Dr. Arturo Enriquez para que, constituidos 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.

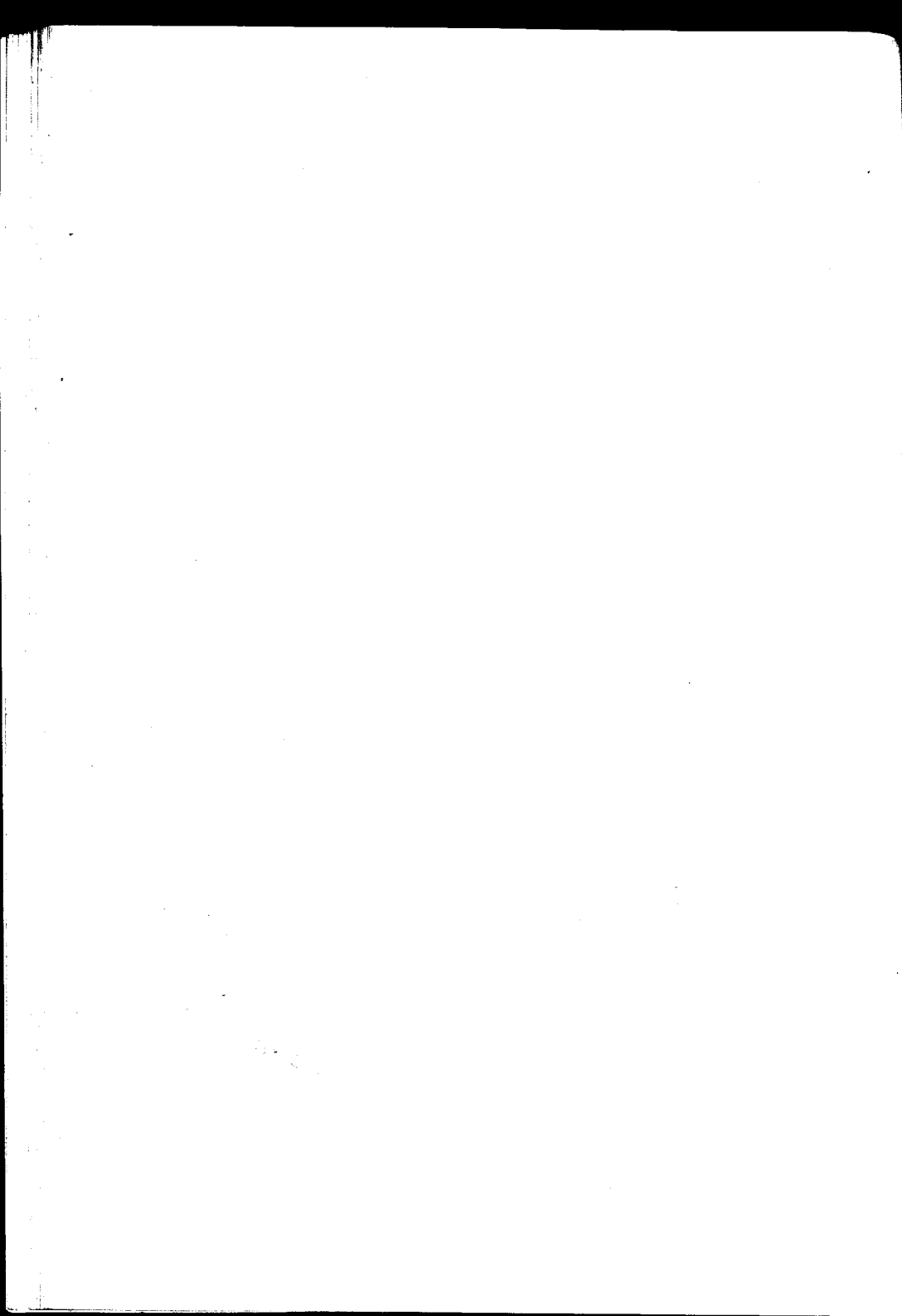
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Mayo 29 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3286 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Qué conducta debe seguirse en los casos de embarazo doble y simultáneo?

Eliseo Cantón.

II

Causas de la preñez intra-uterina.

Samuel Molina.

III

Teoría ovular en la etio-patogenia de los embarazos ectópicos.

Arturo Enriquez.



1290

