



class. A 7010

TENTATIVAS DE ABORTO CRIMINAL EN LOS EMBARAZOS ECTÓPICOS



Año 1915

N.º 2989

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TENTATIVAS DE ABORTO CRIMINAL
EN LOS
EMBARAZOS ECTÓPICOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN E. RUDOLF

Ex-practicante del Hospital Rawson
Ex-practicante del Hospital José María Ramos Mejías
Ex-practicante de la Sala de primeros auxilios de la Provincia de Buenos Aires
Ex-practicante del Hospital Misericordia de la Provincia de Buenos Aires
1910 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15



BUENOS AIRES
IMP. "Rosso" DE F. Rosso é Hijos
8220 - RIVADAVIA - 8220

1915

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

PRESIDENZE

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

VICE - PRESIDENZE

DR. D. JOSÉ PENNA

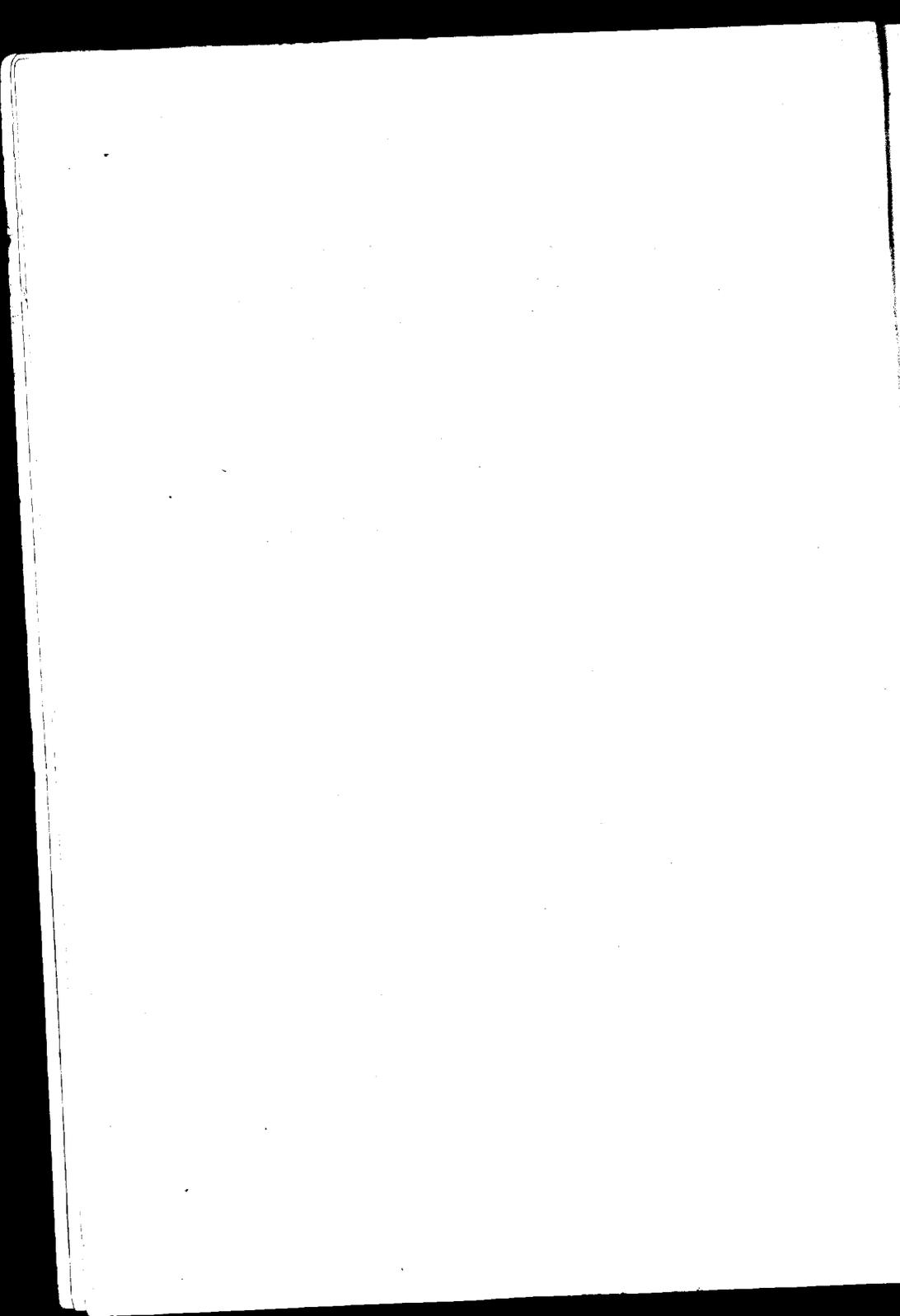
MIEMBROS ZIZULARES

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

SECRETARIOS

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

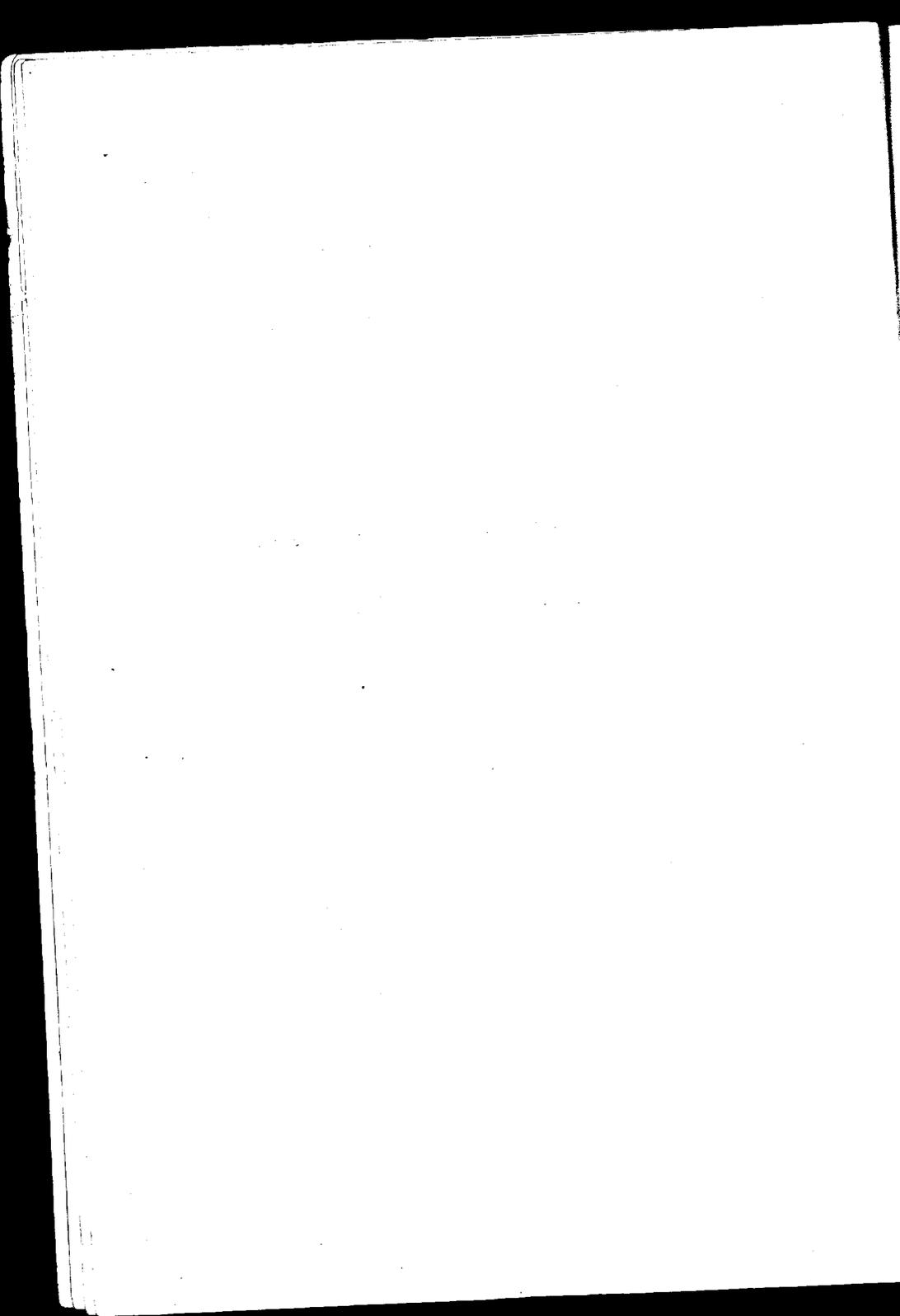


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAE
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

DECANO

DR. D. LUIS GÜEMES

VICE DECANO

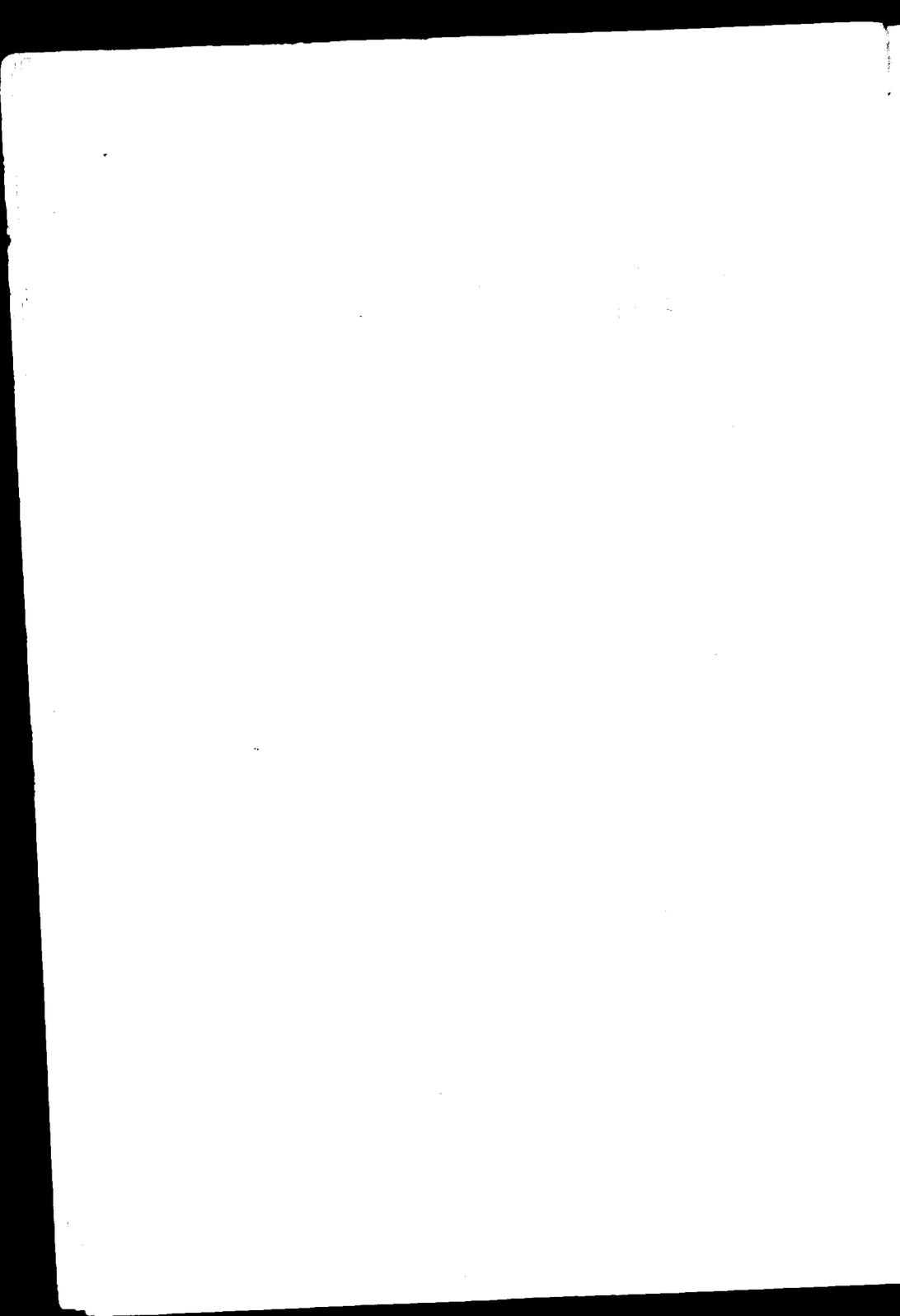
DR. D. PEDRO LACAVERA

CONSEJEROS

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

SECRETARIOS

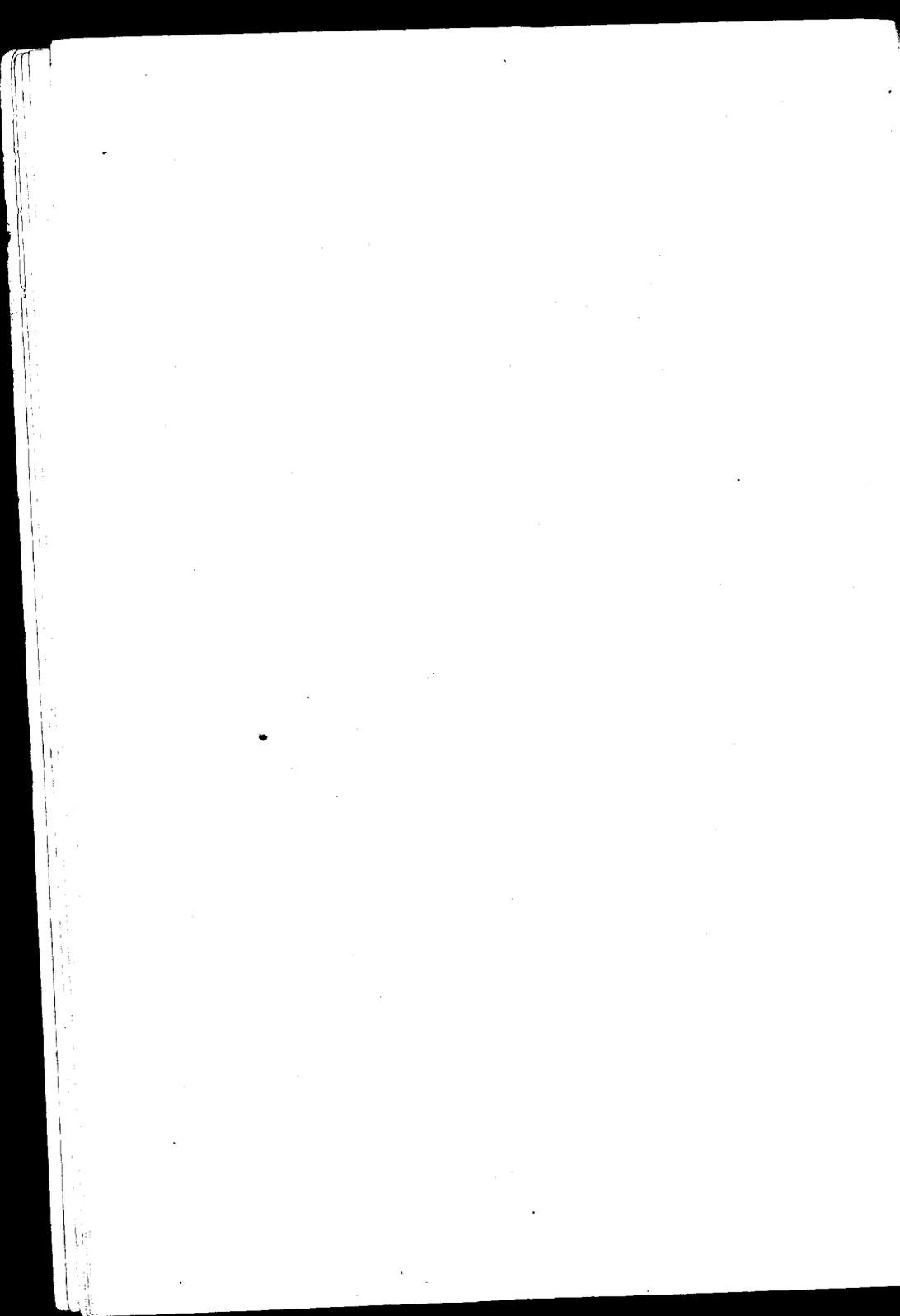
DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GARASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

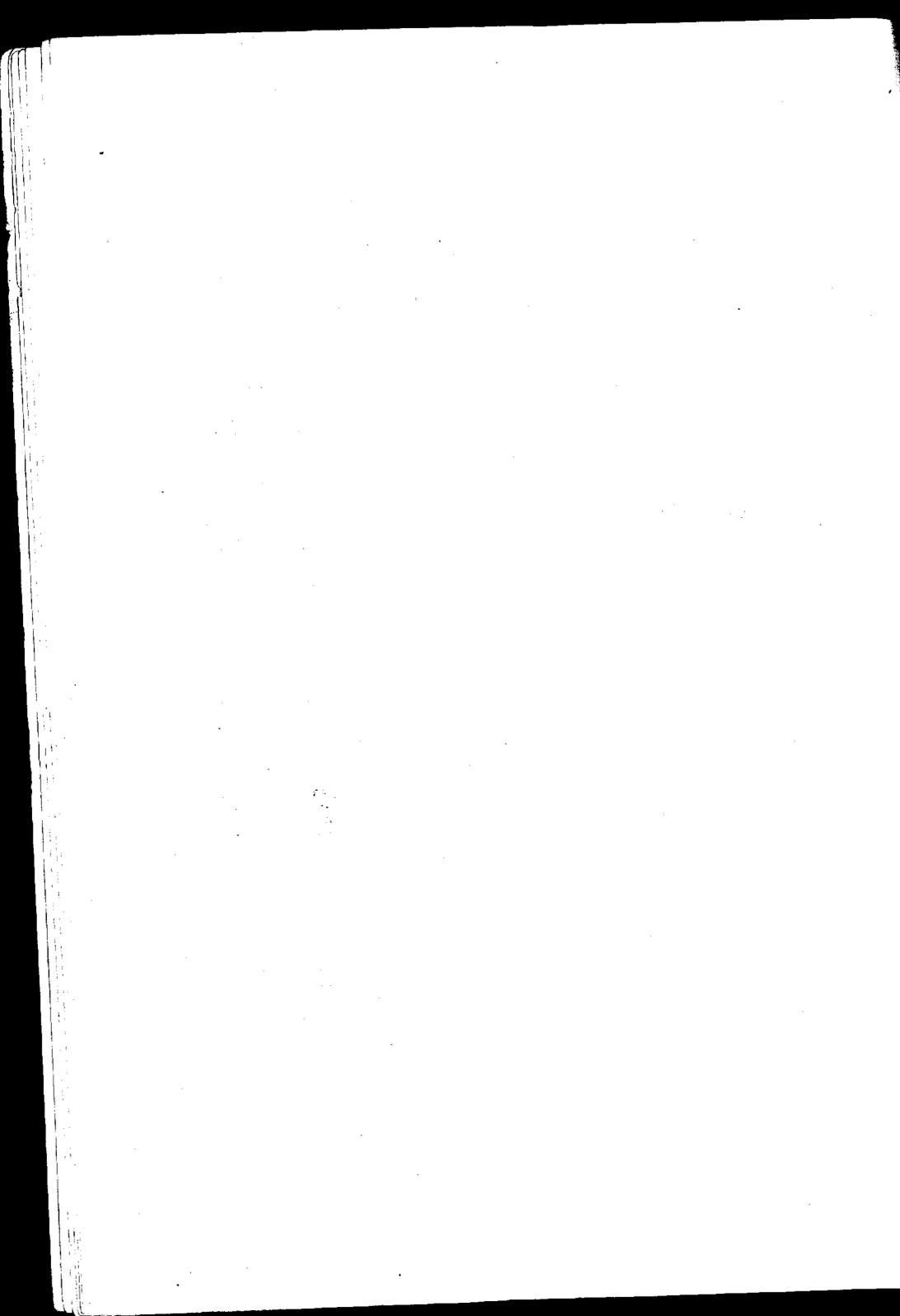
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEIGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

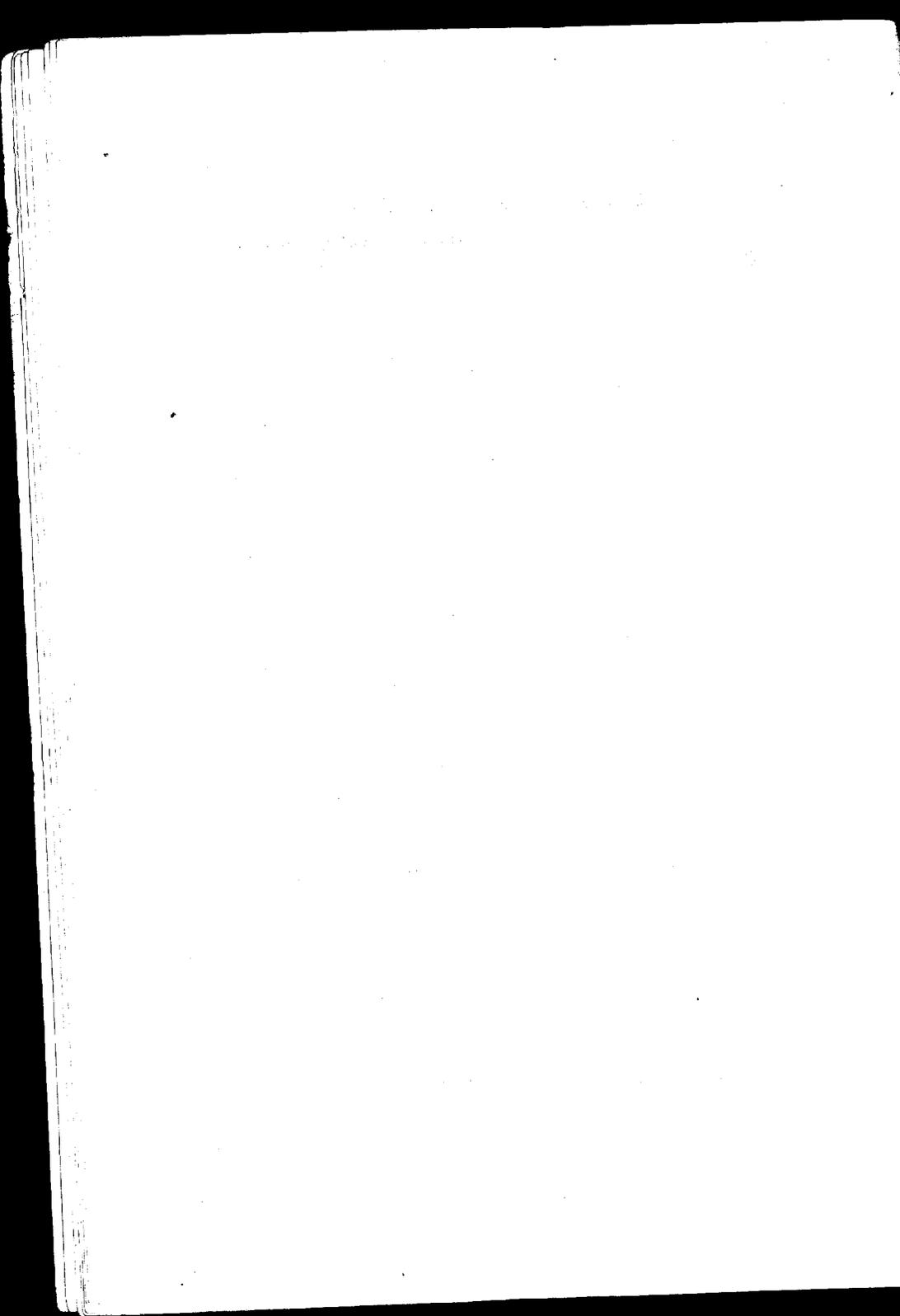
ASIGNATURA	CATEDRATICOS TITULARES
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURARONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» TIBORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANFO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMAGO SUSINI
Materia Médica y Terapia	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
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 Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVEZ
» 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

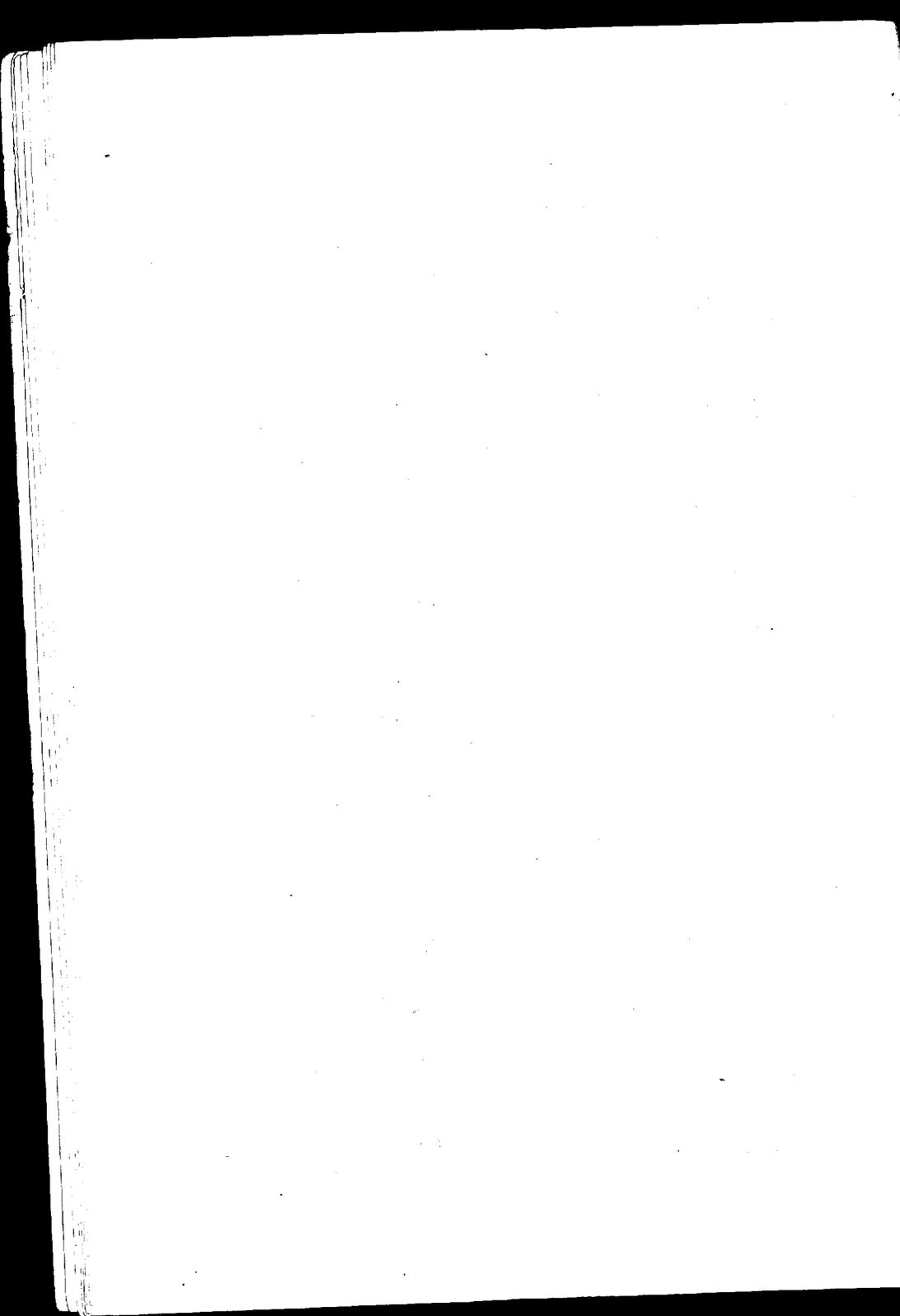
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS EXTRAORDINARIOS
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	(» JUAN CARLOS DELFINO
	(» LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clinica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica	(» JOSÉ R. SEMPRUN
	(» MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica	(» BENJAMÍN T. SOLARI
	(» JOSÉ T. BORDA
Clinica Pediatría	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOVET
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clinica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA



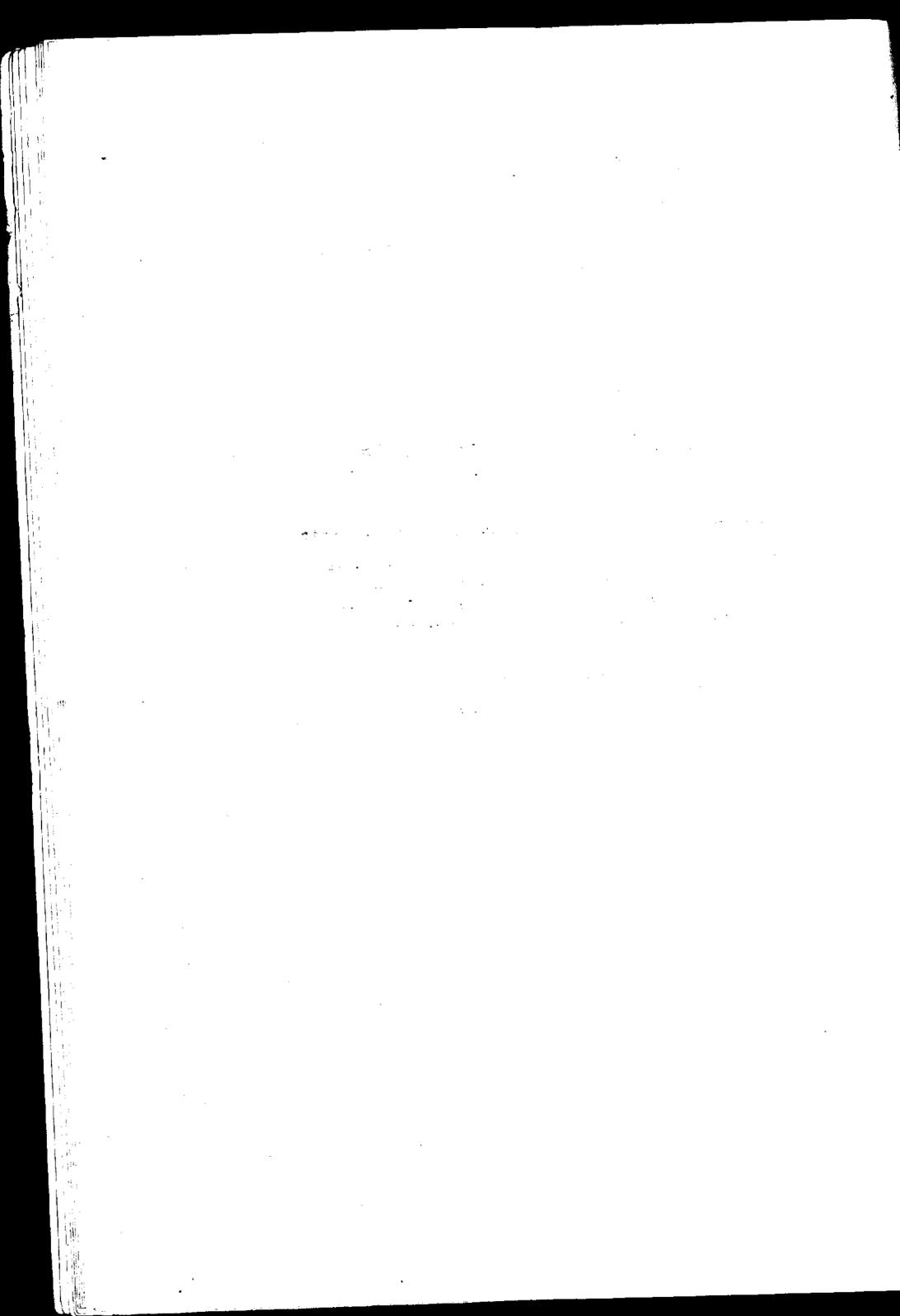
ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURA	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	» GUILLERMO SERBER
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Anatomía descriptiva	» EUGENIO A. GALLI
Fisiología general y humana	» FRANK L. SOLER
Bacteriología	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia	» JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria	» ENRIQUE PINOCCHIETTO
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» FRANCISCO I. CASTRO
Clinica Dermatoria Sifilográfica	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
Clinica Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Clinica Epidemiológica	» FERNANDO R. TORRES
	» PEDRO LABAQUI
Patología interna	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
Clinica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETTI
Clinica oto-rino-laringológica	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGA
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
Clinica Quirúrgica	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» JOSÉ ARCE
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
Clinica Médica	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTEFANO
	» JUAN B. GOYENA
	» MANUEL A. SANTAS
Clinica Pediátrica	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWELER
	» JAIME SALVADOR
Clinica Ginecológica	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clinica Obstétrica	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» JOAQUÍN V. GNECCO
Medicina Legal	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES																		
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO																		
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA																		
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI																		
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA																		
Farmacognosia y posología razonadas..	SR. JUAN A. DOMINGUEZ																		
Física farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI																		
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE																		
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR																		
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE																		
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 50%;">ASIGNATURAS</th> <th style="text-align: left; width: 50%;">CATEDRATICOS SUSTITUTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Técnica farmacéutica</td> <td>{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>{ » PASCUAL CORTI</td> </tr> <tr> <td>Farmacognosia y posología razonadas..</td> <td>» OSCAR MIALOCK</td> </tr> <tr> <td>Física farmacéutica</td> <td>DR. TOMÁS J. RUMÍ</td> </tr> <tr> <td>Química orgánica</td> <td>{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>{ » LUIS GUGLIALMELLI</td> </tr> <tr> <td>Química analítica</td> <td>DR. JUAN A. SÁNCHEZ</td> </tr> <tr> <td>Química inorgánica</td> <td>» ANGEL SABATINI</td> </tr> </tbody> </table>		ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS	Técnica farmacéutica	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA		{ » PASCUAL CORTI	Farmacognosia y posología razonadas..	» OSCAR MIALOCK	Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ	Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS		{ » LUIS GUGLIALMELLI	Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ	Química inorgánica	» ANGEL SABATINI
ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS																		
Técnica farmacéutica	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA																		
	{ » PASCUAL CORTI																		
Farmacognosia y posología razonadas..	» OSCAR MIALOCK																		
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ																		
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS																		
	{ » LUIS GUGLIALMELLI																		
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ																		
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI																		



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS

CATEDRATICOS TITULARES

Primer año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
Segundo año	> LEÓN PEREYRA
Tercer año	> N. ETCHEPAREBORDEA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

CATEDRATICO SUSTITUTO

DR. ALEJANDRO CABANNE

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.	Vacante
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica	» FANOR VELARDE
Puericultura	(Vacante)

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Clínica obstétrica	» J. C. LLAMES MASSINI encargado del curso del 1.er año
" "	DR. UBALDO FERNÁNDEZ encargado del curso de Puericultura



PADRINO DE TESIS

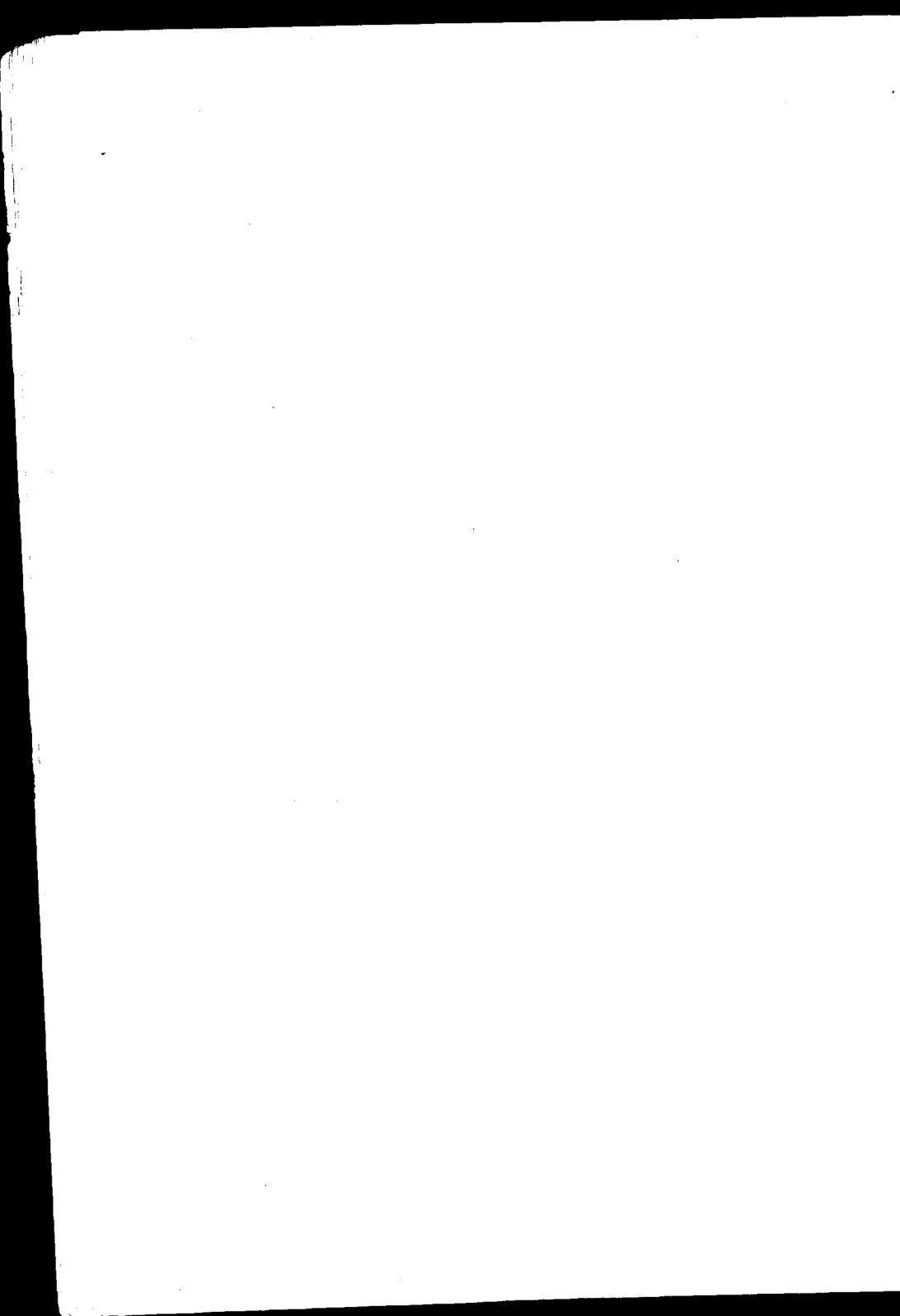
DR. PASTOR MOLLA VILLANUEVA

Jefe de servicio de Ginecología del Hospital Misericordia



A MIS PADRES Y HERMANOS

GRATITUD Y CARIÑO



A LA MEMORIA DE MI HERMANO ALBERTO

HOMENAJE



A LOS SEÑORES DOCTORES

A. OYUELA, G. B. CAVAZZUTTI, JUAN RIERA,

RODOLFO ROSSI



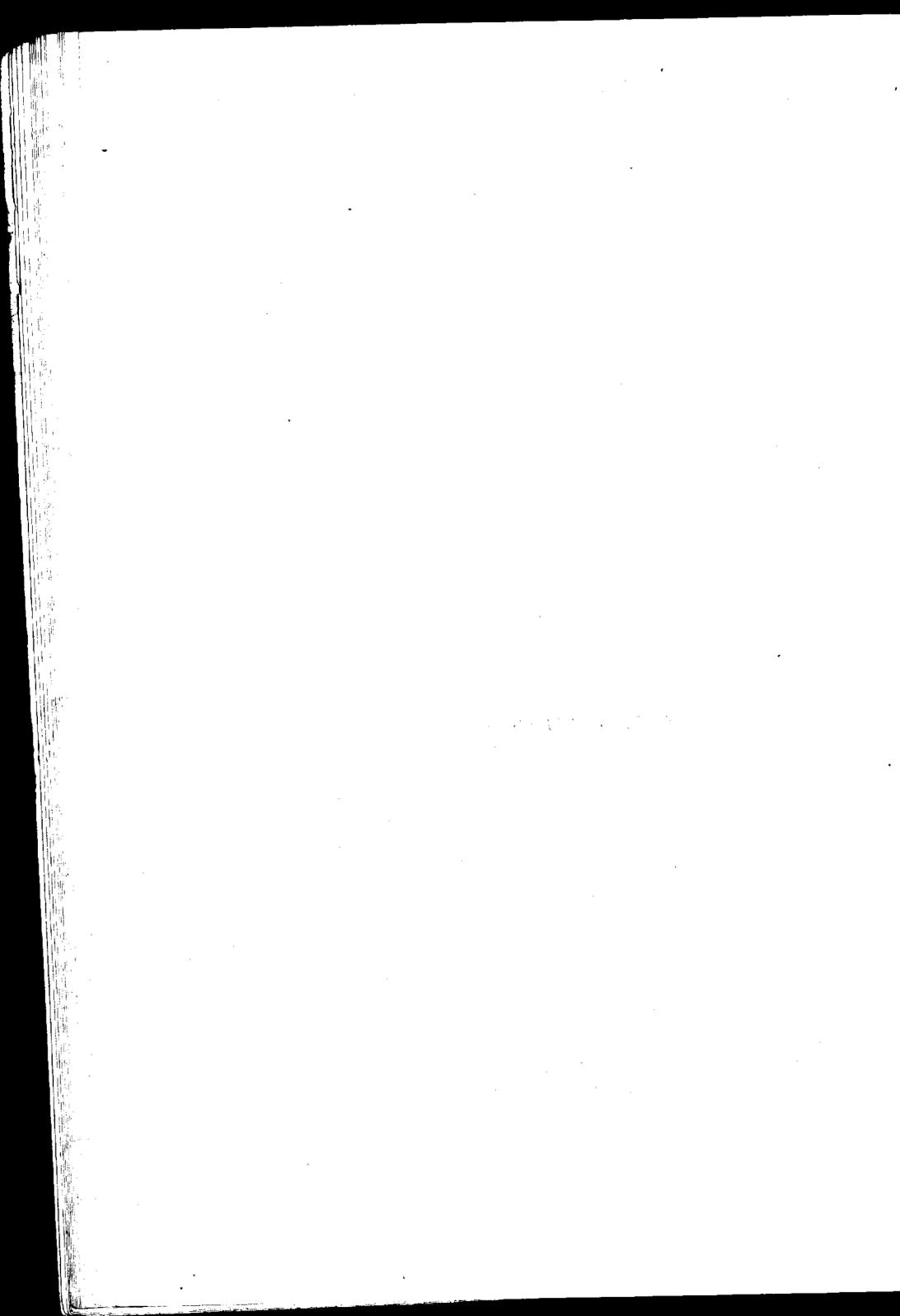
SEÑORES

CONSTANTINO GOMEZ y PABLO BAUDIN

RECONOCIMIENTO

1870
1871
1872
1873
1874
1875
1876
1877
1878
1879
1880
1881
1882
1883
1884
1885
1886
1887
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
1900

A MIS AMIGOS



Señores Académicos: .

Señores Consejeros:

Señores Profesores:



Presento estas páginas a vuestra consideración científica, cumpliendo así con la última formalidad que para optar al grado de Doctor en medicina, exigen los Reglamentos de la Facultad.

Quiero, al hacerlo, dejar constancia de mi agradecimiento hacia todos los profesores de esta escuela que con sus lecciones y consejos han intervenido en mi educación médica, y de quienes trataré de mostrarme digno en el desempeño de mi profesión.

Al abandonar las aulas universitarias para iniciarme en la vida profesional, quiero dejar constancia de mi más expresiva y profunda gratitud, a los señores doctores Julio Méndez, Niceto Loizaga, Carlos María Romero, por el inapreciable legado de sus sabias lecciones dadas en la cabecera del enfermo.

Al Dr. Pastor Molla Villanueva eternamente agradecido por alto honor que me dispensa como padrino de esta tesis.

Al Dr. Manuel Cieza Rodríguez, jefe del servicio de cirugía general del Hospital Misericordia, caballero amable y preparado, le debo gran parte de mi bagaje de conocimientos quirúrgicos.

Al Dr. Vicente Gallastegui, Director del Hospital Misericordia, mis agradecimientos.

DEFINICION DEL EMBARAZO ECTOPICO Y TEORIAS AL RESPECTO

Embarazo ectópico.—Definición dada por Barnet, la que se estima más conveniente que decir embarazo extrauterino, porque si bien es cierto que la mayor parte de los embarazos se efectúan fuera del útero, existen otros que se desarrollan en el cuerno uterino y por consiguiente en el útero mismo; así que cabe llamarle dentro de la denominación más científica, embarazo ectópico.—Denominación que se describe diciendo que es la evolución anormal del feto dentro de órganos de condiciones anatómicas y de funciones fisiológicas distintas para la formación y desarrollo del feto.

Estos embarazos, desconocidos en otros tiempos y aún considerados como casos raros hasta estos últimos años, son hoy más frecuente encontrarlos dadas las intervenciones quirúrgicas que permiten observarlos y

constatarlos.

Conocidos ya por todos los médicos el desarrollo anormal del feto fuera de la cavidad uterina, se pasa a investigar la causa de ese fenómeno desconocido hasta hoy, dando para ello razones claras y lógicas que explican esta anomalía natural en ciertos casos, quedando algunos otros envueltos en la nebulosa obscuridad que en el campo de la experimentación científica se trata de aclarar.

Algunos ginecólogos encuentran como causa fundamental para la detención del huevo en la trompa de Falopio, la estrechez del ostium uterino que no pudo dar salida al germen fecundado para caer al cuerpo uterino, estrechamiento de la luz del orificio que todo proceso inflamatorio trae sobre la mucosa un aumento de sus células y por consiguiente una disminución del calibre del conducto de la trompa.

Esta teoría hoy aceptable y defendida con casos que le sirven de cimiento para apoyarla, no llegaría a satisfacer para explicar la causa en aquellos embarazos ectópicos donde ella, no es la de las inflamaciones del ostium uterino o la de descamación del epitelio de la trompa traída por salpingitis, teoría fundada por Johnstone y Sutton que tan unánimemente fué aceptada, o la de las adherencias perimétricas sostenida por Virchow, Spielberg, Schroder, Scanzoni, Von Rump, o las de pelvi-peritonitis manifestadas por Fritch, Ol-hausen, Wyder y la hipótesis que tan ardientemente

fué sostenida por Webster y Patellami del infantilismo tubario, la de Hossonan sobre alteraciones del aparato folicular, la de Grusden sobre alteraciones íntimas del óvulo, la de Martín sobre hipertrofia general de la mucosa tubaria traída por inflamaciones consecutivas sin descamación del epitelio, la más reciente la de Boldt sobre predisposiciones al embarazo tubario producidas por inflamaciones de intensidad mínima en la mucosa y tejidos inmediatos a ellos de la trompa de Falopio. Por último, nuevas hipótesis traen gestaciones ectópicas en órganos completamente sanos verificados por el estudio microscópico, que ninguna alteración se encuentra en la intimidad del órgano, salvo las que acarrea la mano del cirujano que intervino en la operación.

Los ginecólogos no trepidan en dilucidar la causa de esa gestación ectópica y piensan que el óvulo en contacto con la mucosa tubaria tenga la propiedad de despertar en la trompa de Falopio movimientos peristálticos que tienen por exclusivo fin de hacerlo progresar hacia el sitio de su evolución normal, y dicen, que si ese peristaltismo es disminuído o suprimido por causas locales o generales fuera de todo proceso que afirman las otras teorías, sino la del óvulo fecundado en contacto con la mucosa, no despierta en ella su contractibilidad peristáltica, deteniéndose el óvulo, siguiendo su crecimiento será imposible que una causa mecánica lo lleve por un conducto de menor calibre al órgano que

se desarrolla normalmente (útero), dando lugar al crecimiento dentro de la cavidad anormal para constituir el embarazo ectópico.

A estas teorías le siguen otras no menos apreciables, determinando como causa la que actúe sobre la constitución íntima del óvulo, que adelantándose se encuentra sorprendido en cualquier punto de la trompa por el espermatozoide, sufriendo a su contacto un aumento tan inusitado que hace que en breve tiempo su marcha progresiva hacia el útero sea detenida.

Todo esto está muy bien; son teorías muy lógicas y respetables, pero sin una base que las fortalezca puesto que todavía nada sabemos de la potencialidad del óvulo y de las enfermedades del espermatozoide, de su poder fecundante inherente a su vitalidad no determinada por el mundo científico.

ANATOMIA PATOLOGICA

De lo dicho anteriormente aduciendo como causas locales o generales intrínsecas o extrínsecas resulta que una vez fecundado el huevo puede detenerse en cualquier punto fuera del útero, y presentar diversas variedades de embarazo ectópico, que lo podemos agrupar en tres variedades principales: tubaria, ovárica y abdominal, a la que Pozzi agrega otra variedad que evoluciona en el cuerno uterino.

Bajo estas tres variedades y cualquiera que sea la gestación ectópica, el huevo evoluciona con sus envolturas propias: corion y amnios.

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.

Los elementos del ligamento ancho o una porción del ovario constituida con el peritoneo y la neoforma-

ción de membrana que la protegen, constituyen las membranas de envoltura que enquistan al huevo, y en la variedad tubaria la trompa substituye a la membrana de protección que envuelve al feto.

El líquido amniótico puede ser abundante o no y la placenta se presenta irregular en forma y espesor.

El embarazo tubario trataré de explicar únicamente en forma clara y concisa, por ser la parte esencial del tema que trato.

Es una de las variedades más frecuentes que las estadísticas dan en mayor proporción y que se puede encontrar tanto del lado derecho como del izquierdo, lo mismo puede presentarse bilateral, como también cuentan Brooks, Wells, Desguin, haber coincidido un embarazo normal con un ectópico.

Respecto a la ubicación del huevo fecundado, puede hacerse una división según la localización del germen; y así tenemos los embarazos tubo-uterinos o intersticiales en la que el quiste fetal forma cuerpo con el útero. En el embarazo tubario, propiamente dicho, corresponden dos formas distintas: la ístmica y la ampular, según el asiento del huevo sea a nivel del istmo o de la ampolla.

En el embarazo tubo-abdominal, el quiste fetal forma prominencia en la cavidad abdominal y la pared quística se completa con falsas membranas peritoneales, y cuando en esta variedad el ovario toma parte en la formación de la pared quística, tendríamos constituí-

da una segunda variedad: embarazo tubo-ovárico.

La histología y anatomía patológica del embarazo tubario ha despertado en Alemania el interés científico, contribuyendo con numerosos trabajos, y en Francia. Peilliet y Cornil, han estudiado detenidamente esta anomalía, acercándose todos a una misma conclusión.

El huevo fecundado y fijado en la cavidad tubaria sigue su desarrollo como si evolucionara en una cavidad normal.

El corion desarrolla sus vellosidades que se observan diseminadas en un principio sobre él, y que más tarde se concentran en un punto para constituir la placenta fetal.

Los tejidos que se encuentran en contacto con el corion sufren modificaciones notables, se hacen muy vasculares adquiriendo un aspecto tomentoso, presentando vellosidades que se entrecruzan con las coriales y más tarde con las placentarias.

Las vellosidades coriales están formadas por un eje de tejido conjuntivo conteniendo los vasos capilares. Esta trama conjuntiva está tapizada con 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 ovóideos. Estas vellosidades se dividen y se subdividen, y al llegar a la pared de la trompa la penetran.

La mucosa tubaria cuando el huevo se desarrolla

en su contacto sufre también modificaciones.

La trompa aumenta de volumen, adquiriendo un aspecto quístico con dilataciones de caracteres distintos, según sea la implantación del embrión. A nivel de la inserción de la placenta fetal desaparece el epitelio cilíndrico, y el tejido conjuntivo de la mucosa presenta vasos dilatados, ingurjitados de sangre, conteniendo células plasmáticas hipertrofiadas, destinadas a formar las células deciduales.

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 líquidos y de gases entre la sangre materna y la sangre de las vellosidades coriales, al través de las células de Langhaus, del sincicium y del tejido celular.

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

Como el huevo, sigue su evolución de crecimiento,

llega un momento en el que, como el canal de la trompa no es extensible indefinidamente, y las vellosidades maternas aprisionadas por el crecimiento de las vellosidades coriales, la sangre no circula ni se renueva, coagulándose a su derredor, lo que causa mortificaciones a las vellosidades placentarias. En la periferia las vellosidades son más activas porque se hace más fácil la circulación, las cuales continuando su trabajo proliferativo llega casi a la capa peritoneal.

Todas estas modificaciones no sólo son experimentadas en estos órganos en que se aloja el feto, sino también sufre alteraciones apreciables el cuerpo uterino, que se agranda adquiriendo dimensiones de 13 a 15 centímetros de longitud con un reblandecimiento del cuello, como en los embarazos normales. La mucosa uterina se transforma en una membrana (caduca) y cuando el embarazo ectópico termina, ésta se elimina entre los coágulos sanguíneos; fenómeno que generalmente se produce cuando los accidentes de gestación tubaria entrañen regresión.

La caduca uterina 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 suficien-

te 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 las 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.

EVOLUCION DEL HUEVO EN LA CONCEPCION ECTOPICA

El embrión producto de la conjugación del elemento macho y hembra dentro de una cavidad (trompa) distinta a su medio de vida, se realiza en malas condiciones, sufriendo alternativas perjudiciales tanto el óvulo fecundado como el órgano que lo contiene.

La pared tubaria engrosa, vascularizándose con el aumento de la pared interna de estos vasos, y la mucosa de la trompa se eriza de vellosidades, cosa que efectúa lo mismo el corion entrecruzándose entre sí. Este entrecruzamiento de vellosidades, y su aumento en volumen, trae una compresión, y por consecuencia una deficiencia en la nutrición, las vellosidades coriales se atrofian, se retraen poco a poco dejando abierto conductos por los cuales se escapa la sangre en pequeñas hemorragias, que se repiten y se multiplican influenciadas

por causas diversas, que actúan sobre la presión arterial hasta que traen por consecuencia el desprendimiento del huevo de la pared tubaria, y lo rechazan hasta el centro de la trompa, en donde se le puede encontrar perdido y alterado en medio de un coágulo sanguíneo, constituyendo por lo tanto un hematosalpinx. Si continúa la hemorragia, ya sea por esta intensidad, sea por la crisis de los espasmos tubarios, o para mejor decirlo por las dos causas unidas, pueden llevar el huevo a la cavidad tubaria (aborto tubario) pudiendo caer en la cavidad uterina (aborto normal). Pero lo más común es que en los primeros tiempos de la gestación se haga el aborto por el pabellón, por ser de acceso más fácil y porque la obliteración del pabellón no se hace sino después de la quinta semana. Si es, pues, expulsado a la cavidad abdominal y si el huevo fenece, la hemorragia intraperitoneal le servirá de mortaja, y si persiste vi- viendo tendremos constituida la gestación secundaria abdominal.

Si el huevo ectópico, en sus primeras épocas, bien constituido, resiste a las agresiones de las primeras hemorragias será mayor su desarrollo cuanto más persista, pero si estas hemorragias continúan de más en más influenciadas por traumatismos, y si entre estos traumatismos constantes efectuados en la cavidad uterina por manos criminales, las paredes de la trompa no resis-

ten más, se producirá el accidente más grave de la gestación tubaria: la ruptura tubaria y, laparatomizada la enferma, se encontrará un tumor característico rodeado de coágulos sanguíneos al que se ha propuesto llamar, zona hemorrágica y zona fetal, siempre que el feto o el huevo no sea arrojado de su nido inicial.

Estas rupturas tubarias no siempre se hacen de modo que el feto caiga dentro de la cavidad abdominal, sino que puede hacerse, como en ciertos casos sucede, en el borde adherente del ligamento ancho, formándose un embarazo subperitoneal.

En los embarazos tubo-abdominales ocurre algo distinto de los otros embarazos ectópicos, el feto puede llegar a término y la madre sentir trastornos análogos a los que ocasionan un parto normal; es decir, sentirá en estos casos los efectos de un falso parto, con dolor, períodos de expulsión, y hemorragias hasta el desprendimiento de la caduca que se forma en el útero en los embarazos ectópicos.

Esta sintomatología puede persistir con este cuadro llamativo por unos días hasta que la mujer va notando un apaciguamiento de sus dolores y una calma en sus períodos de expulsión; indicio que nos autoriza a pensar en el peligro que corre la vida del feto, hasta que la muerte de él paraliza en la mujer los grandes dolores presentados.

El feto, en estas condiciones, evoluciona como un

cuerpo extraño en el organismo; el líquido amniótico desaparece, el feto se enquista, se infiltra de sustancias calcáreas y persiste indefinidamente; o bien se infecta secundariamente, ya sea por las proximidades de las asas intestinales u otras causas que acarreen enfermedades sépticas y graves para la enferma. No obstante, en este último proceso en que sufre la enferma muchas veces influencias naturales favorables para ella, hacen que el foco infectivo se abra en una cavidad natural, vagina, recto, o en la piel, haciéndose una curación espontánea o terminando, si se le agregan otros productos sépticos, en una fuente inagotable de supuración.

SINTOMATOLOGIA

En todo embarazo ectópico, la sintomatología es tan distinta y variada, que difícil es llegar a determinar un embarazo ectópico en su comienzo, o en su defecto saber apreciar en cada forma de gestación los síntomas y medios que puedan completar un diagnóstico, y más cuando se trata de examinar una enferma por primera vez.

Indudablemente, que un embarazo ectópico en su comienzo es menos frecuentemente observado, y con mayor razón raras veces se le diagnostica tratándose del primer mes de gestación. La simple carencia del período menstrual acompañada del síndrome de embarazo normal se le atribuirá a un embarazo fisiológico, si no se recurre a hacer un prolijo examen físico, pero como el malestar y el dolor poco intenso, localizados en

el sitio de la lesión no son suficientemente acentuados para que exijan un examen inmediato, atribuyéndose ellos a ciertos procesos anexiales de otra índole; a no ser que la perspicacia del médico, sospechando un embarazo ectópico, llegue a hacer un reconocimiento, y así mismo, si éste se hace dentro del primer mes de gestación ectópica no hay un aumento pronunciado del volumen del órgano, y si lo hay, sería difícil establecerlo cuando se trata de una múltipara de la que se ignora el volumen normal del útero.

Evidente es, que, tratándose de una nulípara, más fácil sería determinarlo; más aún, cuando se siente en las manos del que examina un tumor tubárico, lo que no siempre se revela, y que podría también atribuirse a procesos patológicos anexiales; pero descartada esta sospecha por no existir antecedentes de esta clase de procesos, se podrá pensar en un embarazo ectópico prematuro. Si a este cuadro patológico se agrega la hemorragia inicial que favorece y exagera la contractibilidad de la trompa, el saco tubario que contiene el embrión nos dará otro síntoma que es el dolor agudo de la trompa denominado cólico tubario; y como muchas veces este dolor no es tan intenso, será para la enferma un dolor sin importancia y si éste no se repitiera sería indicio que asegura la muerte del huevo ectópico. Pero si estos dolores tubáricos persisten o se repiten acompañados de hemorragias más intensas, podrán favorecer la expulsión del huevo hacia la cavidad abdo-

minal, produciéndose el verdadero aborto tubario. La sintomatología que en tal caso se observa es, a no dudar, más llamativa, la crisis de cólicos tubáricos será intermitente, los espasmos ano-vésico-vaginales aparecen, las hemorragias son grandes, pero no tanto como para alarmar a la enferma, y todo esto no siempre entra en breve tiempo en una normalidad definitiva.

Pero si las crisis dolorosas se acentúan y se repiten, se dirá como dice Bum: estamos en presencia de un aborto tubario prolongado, consecuencia que este autor atribuye a que el embrión ectópico, al recorrer el segmento estrecho que lo separa del pabellón, no lo puede franquear sino difícilmente y las contracciones infructuosas persisten por eso mucho tiempo.

Además a esta sintomatología del cólico tubario, su persistencia e intermitencia, se podría agregar el estudio del carácter de la sangre expulsada por vía vaginal y que es inherente a las tres variedades que describo: es decir, negra, más negra, y a veces del tinte de borra de café, sangre que, cuando sobreviene antes de la época catamenial correspondería a la primera de las formas estudiadas, es decir, el deceso del huevo ectópico, y cuando aparece en la época catamenial o post-menstrual, correspondería a las otras dos formas, es decir, a la forma del aborto tubario prolongado y al simple aborto tubario abdominal. Estas hemorragias presentan caracteres de consistencia siruposa, son más o menos prolongadas, continuas, con exacerbaciones mar-

...cadas en ciertas circunstancias, de un color obscuro, porque es sangre desoxigenada, es decir, venosa, y proviene de las hemorragias en napa que se efectúan en la pared tubaria y uterina enfermas, en el momento en que empieza a operarse en la trompa el desprendimiento del huevo ectópico.

...Como las hemorragias son intermitentes y subordinadas casi siempre a la intensidad de los cólicos tubarios, la sangre que las forman permanece en el útero un tiempo más o menos largo, lo que influye para que tome el aspecto siruposo característico que hace difícil su confusión con la sangre roja, que proviene de los senos abiertos de una placenta uterina en vías de desprendimiento, ni menos aun con el tinte rojizo de los coágulos voluminosos que se observan en lo abortos uterinos.

...En los embarazos ectópicos, dentro de los dos meses de la gestación a que me refiero, con accidentes de aborto tubario poco intensos, la expulsión de la caduca uterina tiene una importancia capital, cuando se la considera como síntoma en el diagnóstico de una gestación ectópica. Por eso es bueno reconocer esta membrana y no confundirla con membranas dismenorreicas, que con relativa frecuencia se encuentran en las endometritis (ver anatomía patológica).

...A toda esta sintomatología debemos agregar la existencia en la orina de los elementos de la sangre derramada en la cavidad intra-peritoneal, que viene a contri-

buir como un elemento accesorio, para el diagnóstico diferencial.

El análisis de la acetonuria en la orina, propuesto por Baffoni, Luciani y Elia, tiene gran importancia para poder demostrar que la hemorragia inicial intraperitoneal se ha detenido o reaparece. Pero el método de Gunning es más práctico para obtener los elementos buscados. En efecto, basta adicionar a las orinas de una mujer, a la que se cree atacada de una hemorragia intraperitoneal, unas gotas de tintura de iodo y luego amoníaco líquido: se formará un precipitado amarillo en caso positivo.

Por último falta diferenciar el diagnóstico de aborto tubo-abdominal, completo, ruidoso, y el de una ruptura tubaria de igual naturaleza. Indudablemente, las dificultades son grandes para aclarar este punto, y más cuando se trata de enfermos que reagran la sintomatología presentándonos un cuadro conmovedor, que despiertan sus síntomas dolorosos, y es aquí cuando el médico debe obrar con más cautela si quiere llegar a establecer un diagnóstico preciso. Los cólicos tubarios serán menos intensos, intermitentes y repetidos, y por último, la sedación completa de los fenómenos será más rápida en producirse. En cambio, tenemos para la ruptura tubaria que se hace a veces sin síntomas prodrómicos, en plena salud, con violencia, abriendo la escena el cataclismo del accidente grave; el dolor dislacerante, anemia aguda, caída de temperatura, el shock evidente

y la sintomatología de una anemia aguda. Este último síntoma no es muy preciso para la diferenciación porque tenemos también grandes hemorragias sin ruptura peritoneal y pequeña en serosas rotas.

Como vemos, el punto capital de la diferenciación es el dolor, que viene a ser agudo, brutal, único, y termina en un tiempo dado para la ruptura tubaria; mientras que en el aborto tubario es menos intenso, intermitente, y la hemorragia que lo acompaña, nunca reviste la gravedad de la de la ruptura tubaria.

CAUSAS QUE DETERMINAN LA RUPTURA Y ABORTO EN LOS EMBARAZOS ECTO- PICOS

La etiología de la ruptura de la trompa es muy variable, como ya lo he dicho repetidas veces.

La cavidad tubaria, cavidad de condiciones anatómicas y fisiológicas desfavorables para la fijación del huevo influye en el retroceso de la gestación ectópica y si se le agrega la acción erosiva de las vellosidades coriales que penetran a más grande profundidad que las del útero, que más tarde terminan por reducirse, perdiendo en actividad y sus relaciones dando lugar a hemorragias intratubarias que coadyuvan a la distensión de la trompa, (reducida ésta en muchos puntos a su túnica serosa), evidente es que el cataclismo de ruptura se ha de producir si una causa que despierte las contracciones de las fibras musculares de la trompa, o una tensión brusca de sangre, llevada al lugar del proceso por congestiones menstruales provocadas por el coito, esfuerzo al defecar, emociones bruscas, dan lu-

gar por la fragilidad de la pared tubaria a su ruptura, efracción que, como ya he dicho, puede hacerse en cualquiera zona de la pared tubaria; zona en la que generalmente se inserta la placenta y punto de menor resistencia de la pared.

A este número de causas le podemos agregar como complemento, las maniobras verificadas en el cuerpo uterino con el fin de provocar un aborto normal y que día a día se viene efectuando en proporciones alarmantes, como lo demuestran las estadísticas que doy para ilustrar mi exposición, publicadas por el Dr. E. Zárate, comprendiendo los años 1908, 1909, 1910, 1911 y el primer semestre de 1912.

La totalidad de los abortos observados durante esos cuatro años y medio asciende a 168 casos, divididos de la manera siguiente: 24 corresponden al primer año, 33 al segundo, 43 al tercero, 46 al cuarto y 22 al último semestre, dividiendo las causas que lo provocan del siguiente modo: 17 de antecedentes específicos; 6 por tuberculosis; 16 por interrupción del embarazo por afecciones uterinas, entre ellas la retroflexión adherente; 5 por afecciones cardíacas y pulmonares; 2 por traumatismo; 46 mujeres que han confesado el aborto por la intervención de manos criminales, y las restantes hacen suponer que el aborto ha sido provocado.

De esta estadística se deduce que el 60 por ciento de los casos han sido provocados, y el aumento se sucede de año en año en mayor proporción, causando verdade-

ro estrago en el orden social.

Obstausen cree que el 80 por ciento de los abortos son criminales; Jackson, en Norte América, estima en 50.000 el número de casos de esta índole. La Sociedad Obstétrica de París aprecia en 36.000 los abortos provocados, con un 6 al 10 por ciento de mortalidad materna.

En el análisis de estas estadísticas observamos que el aumento de abortos provocados es considerable y a la vez que este aumento se realiza, el porcentaje de embarazo ectópico también aumenta.

¿Por qué, entonces, tentativas de aborto criminal en los embarazos ectópicos se registran en la literatura médica pocos casos?

Responder de inmediato a esta pregunta significaría exponernos a caer en errores, pero no dudamos que cuando el conocimiento de esta anomalía esté más difundido y mejor estudiado, será mayor el número de casos publicados.

En la literatura médica se registra pocos de ellos, como el caso presentado por Guerdjikow (1907), de Lorier (1911), Klänber (1912), Rosenstein (1913) y Turenne (1913), y a todos estos le puedo agregar un caso presentado por el Dr. Peralta Ramos en 1912, y otro que publico ahora; caso cedido por el Dr. Pastor Molla Villanueva y que menciono en la correspondiente historia clínica, contribuyendo así al conocimiento clínico y de interés práctico.

Caso presentado por el Dr. Peralta Ramos.

Señora J. B., de 32 años, argentina, casada.

Ingresó a la clínica el 2 de Febrero de 1912.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales y fisiológicos: Regla bien, tuvo siete partos a término, fetos vivos y sanos, dos de ellos muertos en los primeros años de edad, siendo hijos de un mismo padre.

Antecedentes patológicos: Hace ocho años tuvo una parálisis del nervio facial del lado izquierdo, ignorándose la causa, persistiendo actualmente, aunque menos marcada.

Enfermedad actual: Tuvo su última menstruación hace cuatro meses; durante el primer mes que le faltó la menstruación y que le acompañó síntomas atribuidos por ella a un embarazo, se hace sondar el útero con

una partera, sin resultado alguno.

En la época de su segundo mes de supresión, hace renovar sus tentativas de aborto con el resultado de la primera vez.

Una vez más, al terminar el tercer mes sin llegar a menstruar, la partera la sonda de nuevo con una sonda armada de un mandrín y con introducción brutal; fué entonces esta maniobra seguida de dolores en el bajo vientre, acompañados de expulsión de algunas membranas y de sangre en pequeña cantidad.

Siete u ocho días después sobreviene fiebre, chuchos, abombamiento del vientre, acompañados de dolores, de vómitos y de constipación.

El médico que intervino hace diagnóstico de peritonitis y ordena hielo sobre el vientre.

Ese tratamiento mejora en pocos días el cuadro sintomático, persistiendo la fiebre y diarrea muy blanda. Pasa al Hospital Muñiz, donde permanece ocho días, asientan el diagnóstico de infección puerperal, donde se la aísla y se prescribe hielo al vientre e irrigaciones calientes en la vagina.

La familia decide transportarla a la clínica del profesor Dr. Cantón.

Estado actual: Mujer demacrada y profundamente anémica, con una diarrea profusa, temperatura 38.5, pulso débil: 130 por minuto.

Corazón con sus tonos alejados.

Pulmones, hígado, bazo, normales.

Abdomen: En toda la región umbilical, y especialmente en la fosa iliaca y una parte del flanco del costado izquierdo, se percibe, a la inspección, un tumor de superficie irregular que hace salienza, semejando un embarazo de cinco meses más o menos. Este tumor se deja palpar en los límites indicados ofreciendo una superficie abovedada, resistente, sin alternativas de relajación ni contracciones, no es doloroso.

La porción sub-umbilical de la pared abdominal se deprime sin dolores y sin ofrecer cosa anormal.

La percusión del tumor, timpánico en toda su extensión, a no ser en el límite de la región hipogástrica, donde es mate.

Auscultación: No existe movimientos fetales.

Aparato genital: Vulva y vagina normales. El cuello del útero es del grosor del cuello de una multípara, sin desgarraduras, ligeramente blando, de superficie lisa, orificio interno medio abierto, pero infranqueable. El fondo del saco vaginal anterior y lateral izquierdo están ocupados, es decir, se percibe un empastamiento haciendo un tacto profundo, siendo más apreciable este empastamiento en el fondo del saco lateral.

Por la exploración combinada se percibe que el tumor abdominal está adherido al empastamiento del cuello del saco y los movimientos se transmiten en bloc de uno a otro lado a lo alto del cuello uterino. Es difícil sentirlo en el fondo del útero, pero a la mitad de la altura de la distancia pubeo-umbilical, como encajada sobre la cara

anterior del tumor, se nota un relieve que la presión hace sentir directamente del cuello uterino al dedo vaginal que palpa.

Anexos: No se siente.

Histerometría: 10 centímetros.

Llega el momento de proceder; dado la presencia del tumor se laparatomiza a la enferma en la región lateral izquierda.

Se hace una incisión de 10 centímetros sobre el borde del músculo (gran recto) en el punto más saliente de la zona de matitez, como también del lado de las grandes adherencias del tumor. El peritoneo, íntimamente adherido al tumor, es incindido junto con él, saliendo sangre oscura de un olor fétido y penetrante. Evacuación de una cavidad de pared lisa, aparece la placenta, semejante por su volumen a un embarazo de tres meses, adherida a la trompa, probablemente (según el aspecto de la pared) correspondiente al costado izquierdo; se le extrae casi totalmente, es muy friable y se destaca fácilmente sin dar sangre; no hay feto.

Como el tumor está perfectamente adherido y aislado del resto de la cavidad peritoneal, al último tiempo de la operación se deja un drenaje con un tubo de goma envuelto en gasa y se cierra el resto de la incisión abdominal.

Al día siguiente se saca el drenaje y el tubo de la cavidad y se hace lavaje con permanganato de potasio

o con agua oxigenada.

La temperatura desciende lentamente hasta llegar al quinto día, que aparece normal; el estado local y general son inmejorables.

Un mes después de la operación la enferma sale de la clínica completamente curada.

Caso que se registra en la clínica ginecológica del

Dr. Pastor Molla Villanueva.

Señorita de 25 años, nacionalidad argentina, profesión q. d., soltera.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales y fisiológicos: Buenos. Nunca estuvo enferma de afecciones que la obligaran a guardar cama o que le molestara mayormente. Regla bien.

Enfermedad actual: La enferma nota la cesación de su menstruación el 20 de Septiembre de 1914; privada de esta pérdida habitual y con presunciones de un embarazo, trata de abortar para borrar por este medio ante la sociedad la exteriorización de su desliz.

Interviene para esto una partera, la que, con un histerómetro, hace las maniobras abortivas, consiguiendo hacer despertar a la enferma un dolor agudo en la re-

gión inguinal derecha, seguida de una hemorragia poco intensa.

Acompáñanle vómitos.

En estas condiciones es llamado un facultativo, el cual observa este cuadro, examina el vientre de la enferma, nota un plastrón duro adherente, poco doloroso que abraza la región inguinal derecha y parte del flanco del mismo lado, hace preguntas concernientes, si hubo relación sexual, y no sólo niega esto sino que tampoco se deja practicar un examen ginecológico.

En estas condiciones prescribe el facultativo hielo al vientre. La enferma continúa mejorando y a los diez días deja de sentir sus dolores y al encontrarse sin temperatura resuelve levantarse; pero apenas había caminado por un espacio de poco tiempo, vuelve nuevamente a sentir un dolor intenso que la obliga a guardar cama; continúa con hielo y aparece de nuevo el facultativo, quien nota al aproximarse a la enferma un olor fétido, descubriendo un coágulo sanguíneo color borra de café. Examina más detenidamente el vientre de la enferma y nota que el tumor ha aumentado de volumen y le acompaña una sintomatología de anemia aguda. Viendo esto el facultativo, y con la idea, que se imponía, de un derrame sanguíneo intraperitoneal, llama un colega en consulta, interviniendo el Dr. Pastor Molla Villanueva; los médicos consiguieron, por fin, que la enferma confesara y se dejara examinar.

Antecedentes de la enfermedad.—La enferma decla-

ra que la partera intervino con una sonda Nelatón, armada de un histerómetro, que le aplicó brutalmente, dando salida a sangre roja en un principio, obscura después, mezclada con coágulos. Interrogada si habia visto salir membrana o huevo responde negativamente, diciendo que lo que le salía era puramente sangre.

Examen actual.—Señorita de regular estatura y de un color blanco pálido, de un panículo adiposo poco desarrollado, con pérdidas de fuerzas, de tez pálida, de conjuntivas anémicas, pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación, lengua saburral, seca, poco edematosa. Tórax: simétrico, respiración costal, hay disnea objetiva.

Pulmones: Por detrás y por la parte anterior no se encuentra anormalidad.

Corazón: La punta se ve y se palpa a la altura del quinto espacio intercostal; línea mamilar: su perímetro se encuentra dentro de la matitez normal. Tonos un poco alejados; hay taquicardia rítmica.

Pulso: frecuente, 125 pulsaciones por minuto, de ritmo normal y poco tenso.

Abdomen: a la inspección se nota un abombamiento general, poco doloroso, blando, sobresaliendo una eminencia notable en la región hipogástrica derecha que toma parte del flanco del mismo lado, a la palpación se nota semiduro, poco movable, dando a la percusión una zona de matitez en la región del tumor y timpanismo en la demás extensión del abdomen.

Bazo e hígado: normales.

Vías digestivas: estómago normal; zona del intestino grueso timpanizada, distendida, se palpa cuerda cólica en el asa sigmoidea; hay tenesmo ano-vesical; temperatura: 38 grados.

Examen ginecológico: útero pequeño (normal), histérometría: 6 con 5.

El cuello un poco blando, de orificio interno infranqueable, se nota a la palpación un plastrón del lado derecho del fondo de la vagina, rechazando un poco el cuerpo del útero.

A la palpación bimanual se nota un tumor del volumen de un feto de dos a tres meses más o menos, al que se le puede hacer ejecutar, con la mano apoyada sobre el tumor del lado del abdomen, un movimiento que percibe el dedo explorador dentro de la vagina aproximarse y retirarse.

En estas condiciones la enferma, con un tumor voluminoso, con una anemia intensa y con sus antecedentes, se diagnostica una ruptura tubaria post-embarazo ectópico, y se interviene a la enferma haciendo una incisión mediana; llegado al peritoneo, se incinde y se encuentra una bolsa quística en una cavidad de paredes lisas, rodeadas de sangre líquida y coágulos de un color obscuro; se extrae este tumor y su trompa, se limpia bien la cavidad de sus coágulos, se rocía con aceite alcanforado y se hace cierre completo.

La enferma sigue mejor día a día; a los veinte se

da de alta y al mes camina sana y buena.

La observación en estos dos casos nos demuestra que las maniobras abortivas tentadas en un útero normal, en los embarazos ectópicos, traen la muerte del huevo o feto, aborto tubo-abdominal con ruptura de la trompa. ¿Esta última consecuencia, de gravedad para la enferma, se le podrá imputar a las maniobras bruscas ejecutadas? Y si es así, ¿por qué el huevo teniendo más facilidades en sus primeros días de gestación para su emergencia, por el desprendimiento que le acarrea la hemorragia, ayudado de las contracciones que efectúa la trompa, no se hace un aborto tubo-abdominal sino una ruptura?

Se le podrá atribuir al tamaño del huevo que en un caso evolucionó hasta dos meses y siendo difícil su expulsión terminó con la ruptura de la trompa por no resistirlo.

En este caso, estaría de acuerdo la explicación, pero tratándose del otro, que el huevo era franqueable al conducto tubárico, no sustenta la misma razón.

En fin, se llegará a una explicación a medida que los casos aumenten y nos proporcionen mayores datos para el estudio científico de su mecanismo.

Evidentemente que en estos dos casos está demostrado que la intervención o maniobras ejecutadas en un útero vacío, trae consecuencia funesta de aborto con ruptura de la pared de la trompa.

Si entramos a analizar la expulsión de la decidua

en estos dos casos, observamos que en uno ha sido retirada y en el otro no se ha podido constatar, aun después de un raspado. Contribuirá esto a decirnos que en los embarazos ectópicos no siempre es dado la formación de la caduca.

Yo creo, que no nos autoriza a pensarlo un caso aislado para decir que la decidual uterina no se desarrolla en ciertos casos de embarazo ectópico y si a éste se nos uniera casos de la falta de la decidual nos privaría de un elemento de diagnóstico de capital importancia, y digo de capital importancia, porque la presencia de este elemento nos indica y nos lleva a pensar siempre en complicaciones, en un embarazo ectópico.

En cuanto corresponde a la otra sintomatología, (dolor), nos trae aparejada una idea: la del desarrollo rápido intenso, agudísimo que calma más tarde, con pérdida de sangre obscura desoxigenada, color borra de café, tumor voluminoso, lo que nos va indicando un proceso grave de ruptura de la trompa.

La anemia intensa, las pulsaciones rápidas, la tez pálida, angustia, respiración frecuente, nos indica que al aborto abdominal le sigue hemorragia intensa, que obliga al cirujano a intervenir para cohibirla.

Los chuchos, seguidos de sudación, acompañados de temperatura, con recrudescimiento de los dolores pelvianos, constipación, meteorismo y vómito, que se observó después de unos días que se había trazado el cuadro del primer cataclismo de aborto y ruptura, nos lle-

va a interpretar la posible infección del saco tubario llevada por las tentativas criminales repetidas de aborto por personas ajenas a todo conocimiento de asepsia.

TRATAMIENTO

No menos interesante que el problema a resolver, en cuanto atañe al diagnóstico, es el que se refiere al tratamiento a seguir.

En todos los embarazos ectópicos, la madre y el feto están constantemente en un peligro, que puede poner término a sus días, y por eso, necesario es, poder aplicar un tratamiento a medida que el desarrollo del huevo se efectúe; aunque es imposible llevar una regla precisa, trataré de explicar la conducta a seguir en embarazos ectópicos con sus accidentes, y la de los embarazos ectópicos en su curso evolutivo sin interrupción.

Respecto a la conducta a seguir en los embarazos ectópicos con accidentes, no debemos olvidar que, según la intensidad de ellos y el tiempo transcurrido des-

pués de su producción, hay que manifestar que existen abstencionistas e intervencionistas.

En cuanto se refiere a estos últimos, las ideas están divididas; los unos son partidarios de la vía abdominal, y los otros, gran parte de los ginecólogos, son partidarios de la vía vaginal intraperitoneal, y otros, como Spinelli, preconizan por esa misma vía un método extraperitoneal.

La vía vaginal intraperitoneal, por colpotomía anterior o posterior, tiene para ello más facilidad para el acceso del tumor grávido y la supremacía de realizar una intervención rápida, que permite vascular al útero y exteriorizar fácilmente a la trompa grávida sin mayores preparativos, pues la asepsia es fácil, sin shock operatorio, porque la intervención poco dañosa se hace con anestesia intraraquídea a novococaina, con drenaje eficaz, con curación rápida, y expuesta a la ausencia de toda hernia operatoria.

Los ginecólogos que intervienen por vía abdominal, están de acuerdo en practicarla por vía vaginal, pero, en ciertos y determinados casos, con resultado práctico bueno, especialmente cuando el tumor fetal forma prominencia en la vagina, pero, en cuanto a otros, lo detestan, por considerarlo un procedimiento faccioso y expuesto a complicaciones.

Los procedimientos por vía vaginal dan, muchos de ellos, buenos resultados, pero debe ser siempre preferible la laparatomía, aunque requiera mayores cuida-

dos; pero, con los requisitos de una buena asepsia, está todo en salvo; además, se consigue trabajar en un campo que presenta mayor comodidad, con los órganos a la vista, procediendo de acuerdo con la observación que tan requerida es: llevar sistemáticamente en todos los embarazos ectópicos, antiguos o recientes, con feto vivo o muerto, las indicaciones:

En los embarazos ectópicos con accidentes, el tratamiento operatorio es respetado; pero, cuando entra a discutirse el tratamiento llevado en los embarazos ectópicos que siguen su evolución sin accidentes, las opiniones están también divididas. Los unos apoyan el tratamiento operatorio, siempre que el embarazo ectópico sea diagnosticado antes de los cinco meses, legitimando cierta contemporalización en aquellos casos de dudas, en que no hay razones fundamentales para afirmar el diagnóstico del embarazo.

Partidarios y defensores del tratamiento intervencionista los tenemos a Werh y Pinard, y a la par de ellos, la mayoría de los ginecólogos, que excluyen a los de la idea de la abstención, por considerar a la madre, vivir en un peligro inminente de ruptura de la cavidad que aloja el huevo, con las consecuencias que sobrevienen. De ahí la expresión de Werh, considerando un embarazo ectópico semejante a un tumor maligno, y, por lo tanto, tratarlo como tal.

En efecto, es necesario seguir esta conducta respecto a la intervención, porque soy de los que piensan que más vale perder tres o cuatro fetos y no una madre.

Pero, cuando el embarazo ectópico pase del quinto mes, los peligros de ruptura son más raros, y el feto se acerca a la época en que es más viable, pero no por esto se dejará de aplicar un tratamiento operatorio, quizás no menos grave para la enferma, porque el tumor en aumento va constituyendo adherencias con los diferentes órganos vecinos, exponiéndola así a hemorragias más intensas, que, muchas veces, en manos no muy adiestradas a estas intervenciones quirúrgicas, no podrían ser detenidas y proseguirse el trabajo.

Pero, si la enferma continúa bien, goza de buena salud, bueno es ser prudente y dejar que el embarazo continúe, y seguir vigilándola de cerca por si algún accidente ocurriera ser inmediatamente sometida a una intervención.

En lo concerniente al momento de intervenir, algunos cirujanos lo hacen al octavo mes, antes de que cualquier accidente sobrevenga; pero, si la enferma sigue bien y con los cuidados indispensables, es bueno esperar para intervenir a mediados del octavo mes o unos días antes de terminar el noveno, teniendo más probabilidades de vida y salud del feto.

TRATAMIENTO OPERATORIO

El tratamiento operatorio a seguir es distinto, según que la evolución del embarazo ectópico sea con accidentes o ya sea que el feto entre a término. En cuanto al primero se elegirá la vía más accesible, la vaginal o abdominal; en cuanto al segundo se elegirá la vía abdominal.

La enferma, una vez preparada, es decir, previo hecho el sondaje para evacuar el contenido vesical y un enema para eliminar algunos restos fecales, se la conduce a la mesa operatoria con el mayor cuidado posible en los movimientos de traslado, evitando choques que pudieran ocasionar la ruptura del tumor grávido.

Previa anestesia clorofórmica y la antiséptica del campo operatorio, que se hace con doble capa de tintura de yodo, lavajes con alcohol y éter, se procede a

la laparatomía, eligiendo, si es posible, la incisión amplia, mediana, infraumbilical, a la incisión de Pfannenstiel. Se corta piel, tejido celular, y se cae sobre la línea blanca formada por la conjunción de las dos aponeurosis de los grandes rectos del abdomen; se incide a un costado de la línea blanca y se separan los músculos rectos; y se está en presencia del peritoneo, el cual se toma entre dos pinzas Peam y se corta con tijera formando un pequeño ojal. Para poder cerciorarse si hay adherencias intestinales; se introduce el dedo y se incide por arriba de él todo el peritoneo hasta los límites de la herida.

Hecho esto, estamos en presencia del tumor quístico; se le rodea de compresas, protegiendo de este modo a los demás órganos vecinos. Se abrirá el tumor rápidamente y sin pérdida de tiempo se extraerá el feto, seccionando el cordón entre dos pinzas que se confían al ayudante encargado de ello.

La extracción de la placenta se hará siempre que no haya ningún inconveniente, es decir, que las adherencias con los órganos vecinos no sean tan íntimas y se pueda desprender sin haber hemorragias muy intensas; caso contrario, se dejará que se haga por eliminación lenta, marsupializando el saco y exteriorizando la placenta, cosa que se hará en un período de dos a tres meses con algunos inconvenientes menores de lo que uno muchas veces suele pensar, pero con un buen cuidado a la infección, puede evitarse la supuración, hec-

tiquez y la septicemia que acompaña al período de disgregación de la placenta.

Es bueno recomendar, y están de acuerdo todos los ginecólogos, en hacer lo posible para la extirpación de la placenta; salvando los peligros de la hemorragia, siguiendo los consejos de Potoki, quien ha estudiado muy detenidamente el desarrollo del embarazo tubárico a término. Ha dicho que cuando la placenta se desarrolla en la trompa, la sangre que llega a ella procede exclusivamente de las arterias que alimentan este órgano, es decir, la útero-ovárica y la rama de la uterina que se anastomosa con ella a nivel de la raíz de la trompa. Deduce de ello, que para detener o cohibir toda hemorragia es suficiente con colocar pinzas a los dos vasos, una en el ligamento útero-ovárico, fácil de encontrar, y la otra se colocará a nivel del cuerno uterino, sobre el punto de inserción de la trompa, que se encontrará fácilmente recorriendo el borde del útero. De esta manera se podrá extirpar la placenta en aquellos casos en que esté parcialmente desprendida y evitar la pérdida grande de sangre. Lo mismo deberá hacerse cuando el saco fetal se ha roto o no existe y el niño se encuentra alojado en la masa intestinal, porque en estas condiciones es casi imposible marsupializar y exteriorizar la placenta y confiarle a la naturaleza el cuidado de reabsorberla.

En cuanto se refiere al tratamiento del embarazo ectópico con ruptura de la trompa, se seguirá esta misma

indicación, previa evacuación de los coágulos sanguíneos y del feto, se terminará con la salpingectomía y el cierre completo de la pared en diversos planos.

Se dejará drenaje, especialmente en aquellos casos en que, siendo muy avanzado el desarrollo del huevo, éste hubiera adquirido adherencias tales que fuera imposible extraerlo de una manera completa.

En los hematoceles supurados, la vía baja se impone y el drenaje es el complemento de la operación.

Juan E. Rudolf.



Buenos Aires, Mayo 26 de 1915.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Lucio Durañona y al profesor suplente Dr. Carlos R. Cirio, 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".

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou,
Secretario.

Buenos Aires, Junio 11 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2989 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Qué vía debe preferirse en la intervención por embarazo ectópico?

José F. Molinari.

II

Indicaciones y contraindicaciones de la incisión de Pfannenstiel en el tratamiento del embarazo ectópico.

Lucio Durañona.

III

Diagnosticado un embarazo ectópico con feto vivo de seis meses, ¿cuál es la conducta que debe seguir el médico?

C. R. Cirio.



