



*Man B. 38. 4*

AÑO 1914

NÚM. 2758

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# EMBARAZO ECTÓPICO

## TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**VICTOR RODRIGUEZ**

Farmacéutico

Ex-interno del Hospital Pirovano



BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRÁFICO "ELACHURLO" — ALMIRANTE BROWN — 1076

1914

## EMBARAZO ECTÓPICO



Año 1914

Núm. 2758

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# EMBARAZO ECTÓPICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

por

**VICTOR RODRIGUEZ**

Farmacéutico

Ex-Interno del Hospital Pirovano



BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRAFICO "MILACHUELO"

ALMIRANTE BROWN 1076

1914

*M. S. 2758*

---

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

*Artículo 102 del R. de la F.*

---

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

### Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

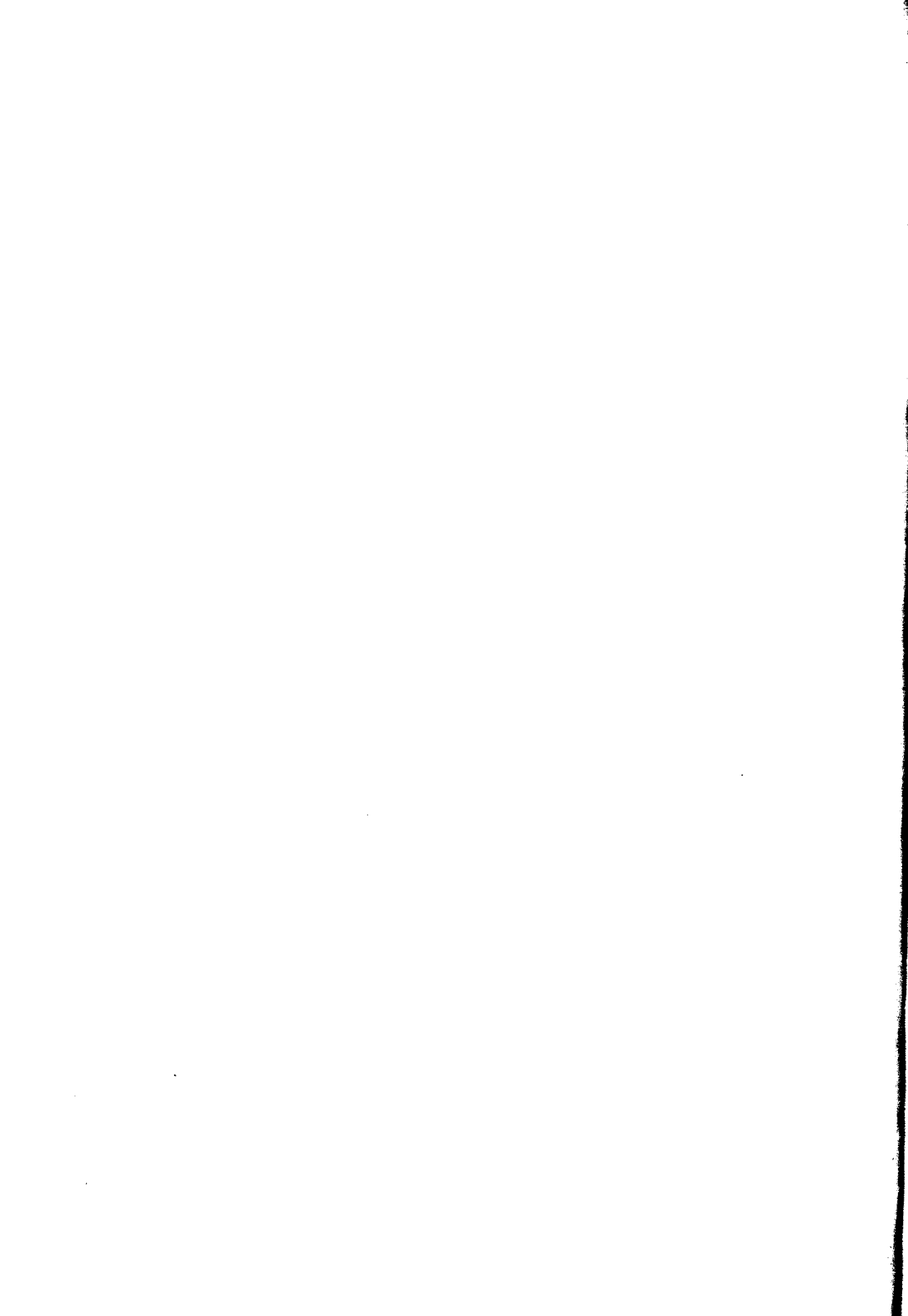
### Miembros titulares

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

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

" " MARCELINO HERRERA VEGAS



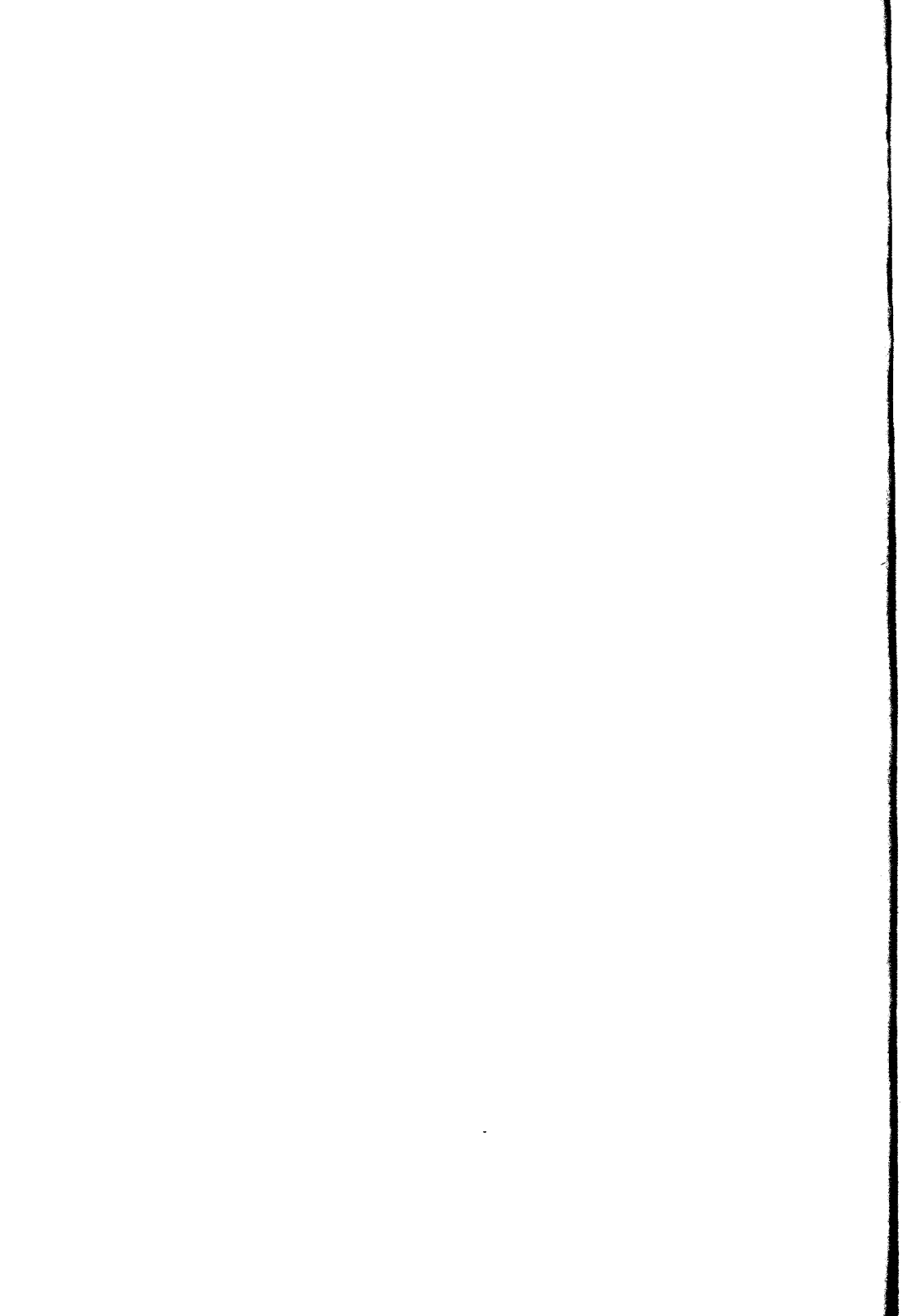
# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. MARFÍN SPUCH
2. " " TELÉMACO SUSINI
3. " " EMILIO R. CONTI
4. " " OLHINTO DE MAGALHAES
5. " " FERNANDO VIDAL



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## **Decano**

DR. D. LUIS GÜEMES

## **Vice-Decano**

DR. D. EDUARDO OBEJERO

## **Consejeros**

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

„ „ FRANCISCO SICARDI

„ „ TELÉMACO SUSINI

„ „ NICASIO ETCHEPAREBORDA

„ „ EDUARDO OBEJERO

„ „ LUIS GÜEMES

„ „ ENRIQUE BAZTERRICA

„ „ JUAN A. BOERI (suplente)

„ „ ENRIQUE ZÁRATE

„ „ PEDRO LACAVERA

„ „ ELISEO CANTÓN

„ „ ANGEL M. CENTENO

„ „ DOMINGO CABRED

„ „ MARCIAL V. QUIROGA

„ „ JOSÉ ARCE

„ „ ABEL AYERZA

## **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

„ „ JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



# ESCUELA DE MEDICINA

---

## PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

„ J. T. BACA

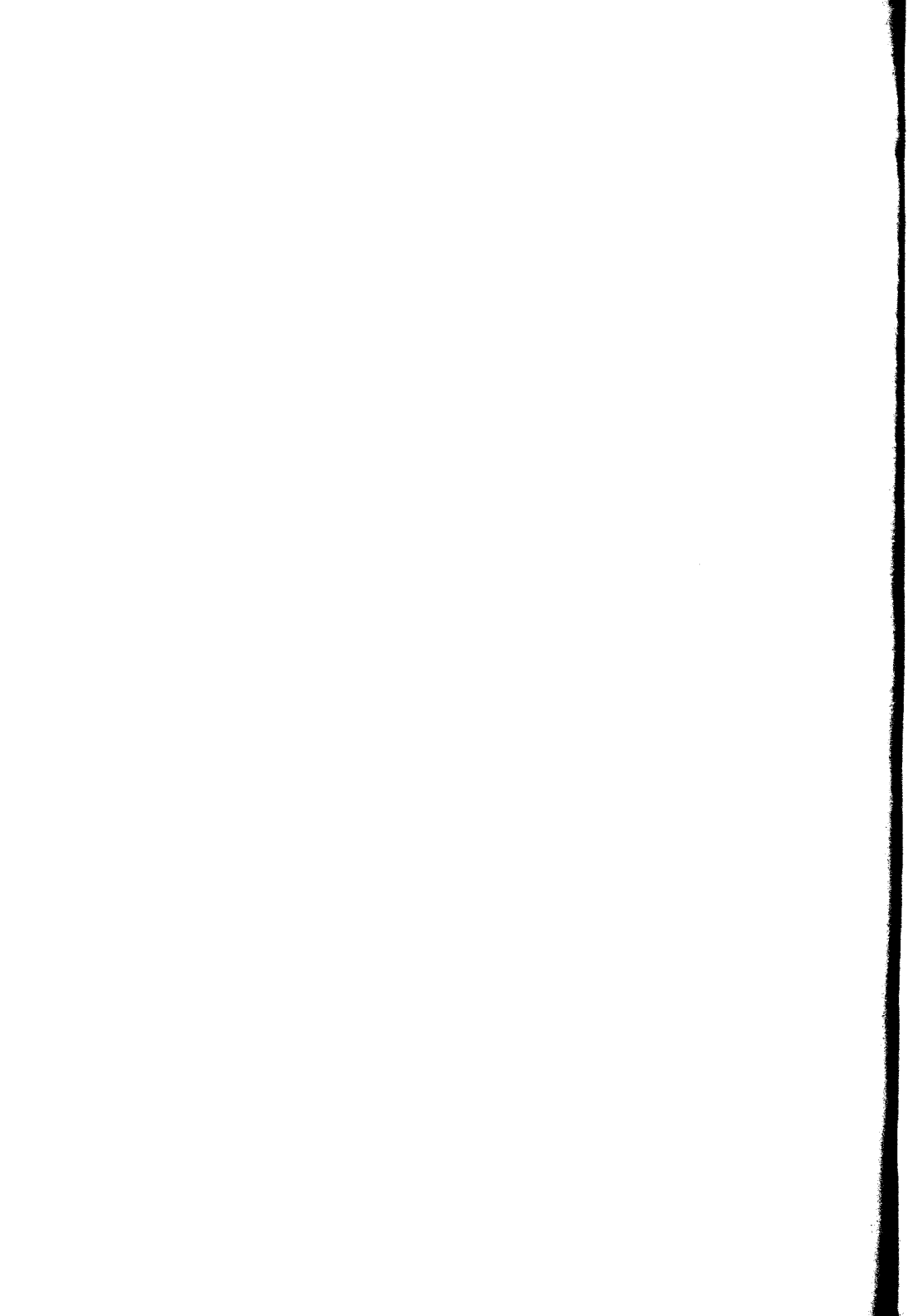
„ J. Z. ARCE

„ P. N. ARATA

„ F. DE VEIGA

„ ELISEO CANTÓN

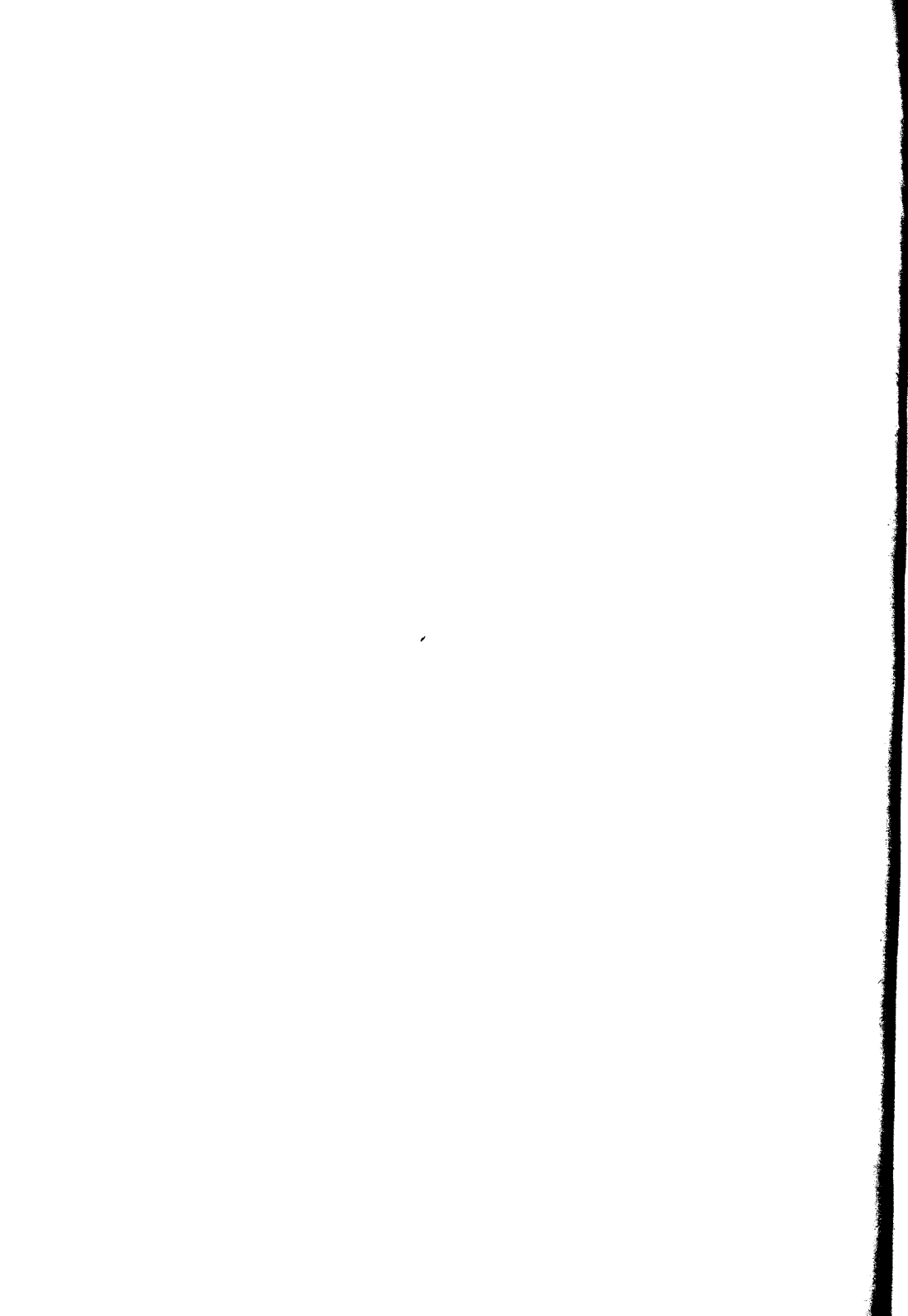
„ J. M. RAMOS MEJÍA



# ESCUELA DE MEDICINA

---

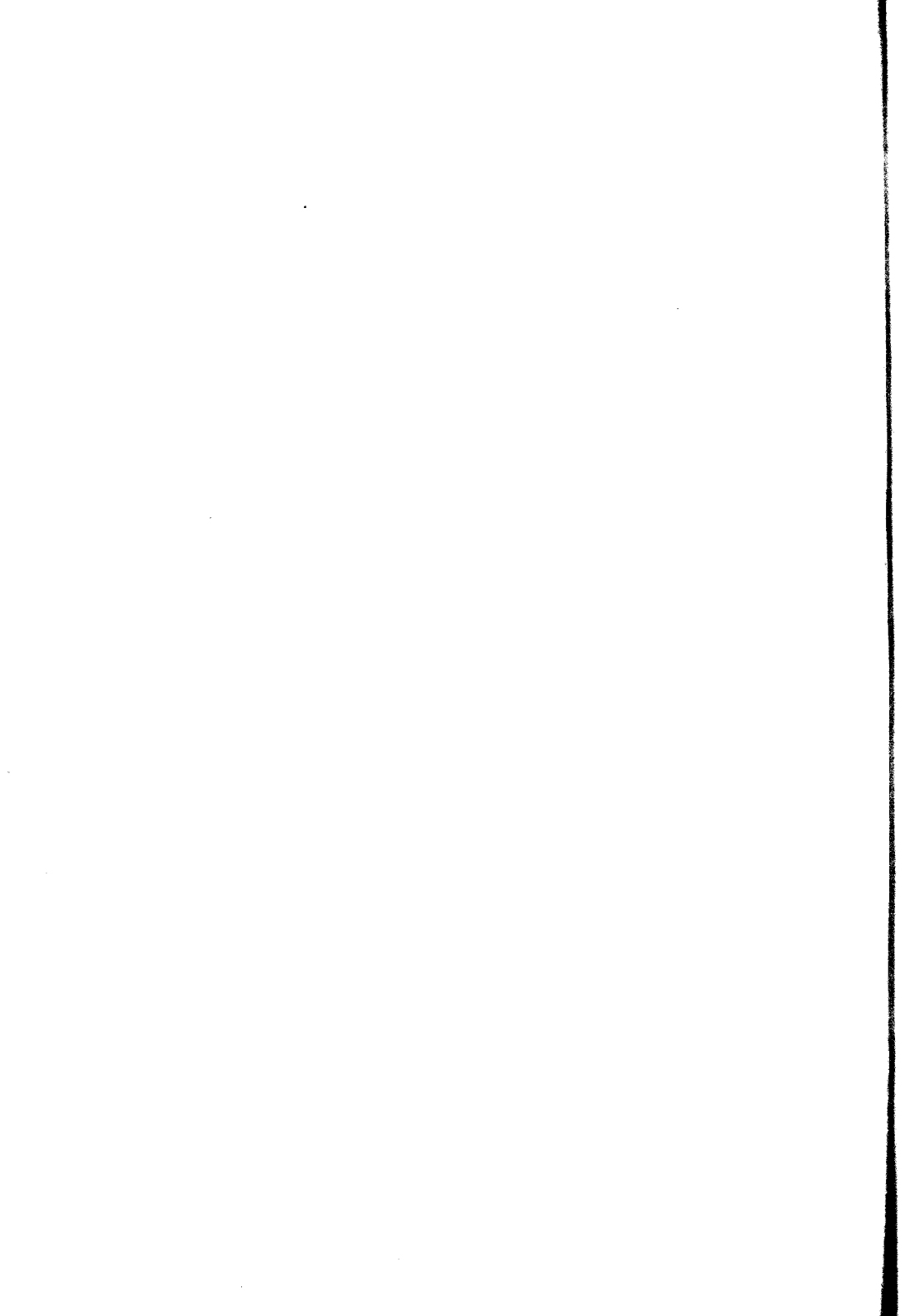
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	„ LUCIO BURASONA
Anatomía Descriptiva .....	„ RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva .....	„ JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Química Médica .....	„ ATANASIO QUIROGA
Histología .....	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica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



PROFESORES EXTRAORDINARIOS

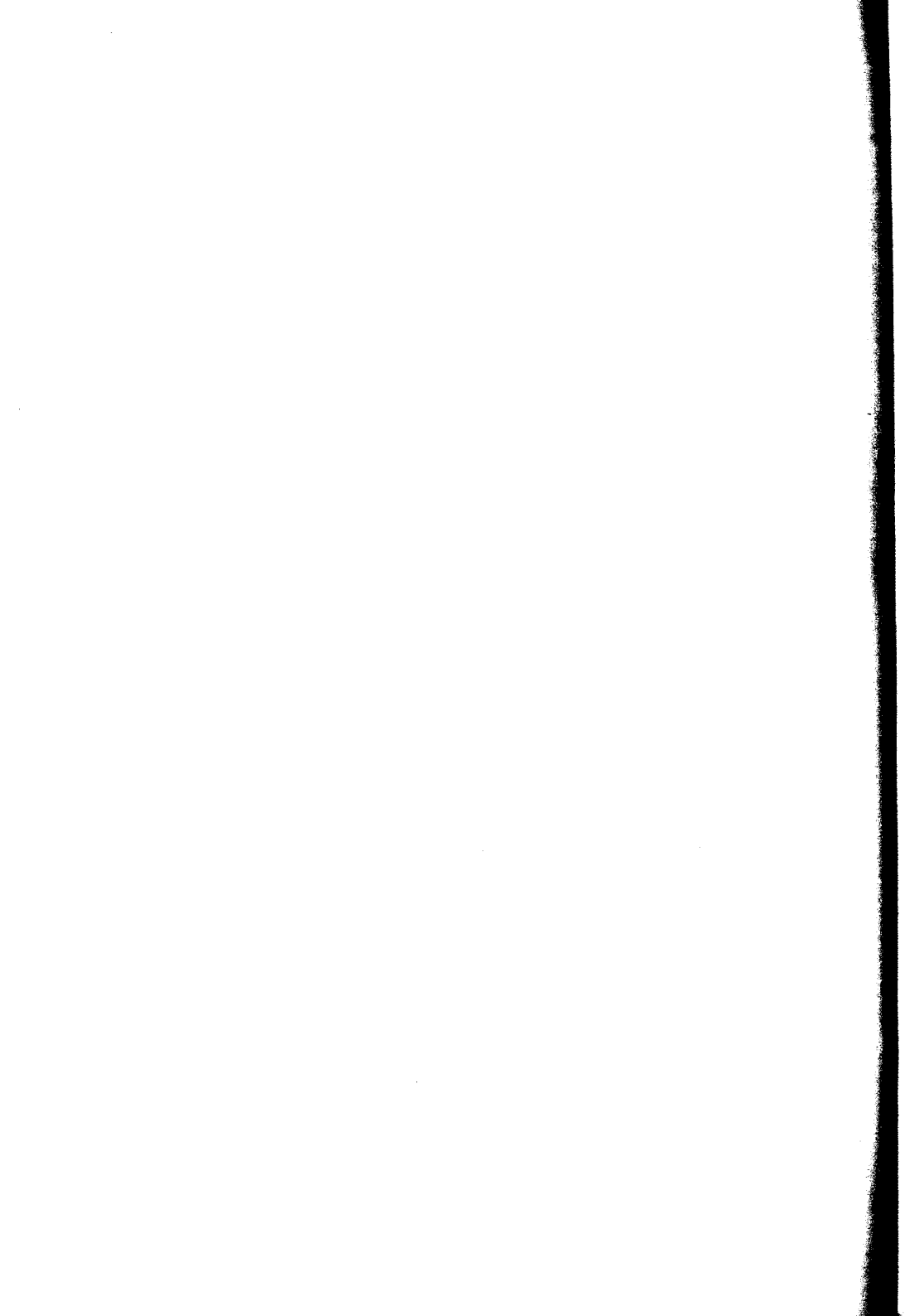
---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología Médica .....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica .....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología .....	{ „ JUAN CARLOS DELFINO
	{ „ LEOPOLDO URIARTE
	{ „ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica .....	„ JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica .....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica .....	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica ...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica .....	{ „ JOSÉ R. SEMPRÚN
	{ „ MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica .....	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica .....	„ ANTONIO P. PIÑERO
Clínica Quirúrgica .....	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna .....	„ RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica ....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica .....	„ JOSÉ T. BORDA



## ESCUELA DE MEDICINA

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



## ESCUELA DE FARMACIA

---

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

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Farmacognosia y posología razonadas .....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Técnica farmacéutica .....	} „ PASCUAL CORTI } „ RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas .....	
Física farmacéutica .....	DR. OSCAR MIALOCK
Química orgánica .....	„ TOMÁS J. RUMI
Química analítica .....	„ PEDRO J. MÉSIGOS
Química inorgánica .....	„ JUAN A. SÁNCHEZ
	„ ANGEL SABATINI



## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica .....	

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .....	DR. UBALDO FERNÁNDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica .....	

## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año .....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año .....	„ LEÓN PEREYRA
3.er año .....	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental .....	SR. ANTONIO GUARDO

### **Catedrático sustituto**

DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS:

*Ingeniero Sr. Domingo Rodríguez Oñate*



*Señores Académicos,*  
*Señores Consejeros,*  
*Señores Profesores:*

El tema que presento a vuestra consideración, como trabajo inaugural, es un capítulo de Ginecología, siempre interesante y siempre nuevo, por los múltiples aspectos que ofrece a la investigación.

Me ha sido sugerido por los numerosos casos observados durante mi internado en el servicio a cargo del profesor doctor Jaime Salvador, en el hospital Pírovano, donde he podido aprovechar de cerca las enseñanzas diarias del citado maestro, que me hago un deber en agradecerle.

Bajo su inmediata dirección hemos examinado, con la minuciosidad que le es característica, nuestras enfermas y hemos confeccionado las Historias Clínicas que se encuentran al final de este trabajo y que por sí solas podrían constituir la tesis.

La bibliografía consultada no ha sido numerosa; me ha bastado agregar a los conocimientos adquiridos en vuestra cátedra, los resultados de mis observaciones personales para confeccionar ésta, que pretendo,

sea, una síntesis armónica de la cuestión tratada, en la que si no apporto ninguna solución a los distintos problemas que ella plantea, traigo por lo menos un concepto claro y un criterio que lo abone.

VICTOR RODRÍGUEZ.

Marzo de 1914.

---

## CONSIDERACIONES GENERALES

No siempre le es dable al útero, cumplir la primordial de sus funciones; albergar al óvulo fecundado, asegurando su ulterior desarrollo. Ocurre con harta frecuencia, que éste, por causas que pasaremos en revista, anida en muy distintos puntos del aparato genital, fuera de la cavidad uterina normal; esto es lo que constituye el embarazo ectópico.

Más amplia, a la vez que más precisa, la denominación de embarazo *ectópico*, ella comprende los que se producen en el origen de la trompa, en un cuerno uterino, dentro del útero por consiguiente, y que la anterior de *extrauterino* tendría que excluir.

Afección que tiende a hacerse cada día más frecuente, no porque exista un aumento patológico real, sino porque los diagnósticos ginecopáticos se hacen cada vez más precisos y porque muchos hematóceles de naturaleza antes desconocida, han podido referirse a embarazos ectópicos.

Las estadísticas con que contamos son deficientes en el sentido de darnos una idea segura del lugar que ocupa esta afección entre las restantes de los órganos genitales de la mujer.

Las cifras globales aportadas en 1909 a los congresos de Roma y San Petersburgo, aunque crecidas, no están relacionados a ningún punto de partida fundamental.

Mientras Toth en Alemania, señala 31 casos de embarazos ectópicos en 1700 mujeres atacadas de afecciones ginecológicas, lo que da un porcentaje de 18 por mil, Werth y Wagner llegan en sus clínicas a proporciones muchos mayores, alcanzando 33 y 35 o/oo, respectivamente.

Karl Braun y Spath, de Viena, sólo han encontrado 5 casos de embarazo en sesenta mil mujeres examinadas en sus clínicas en el curso de cinco años y Spinelli, de Nápoles, encuentra 245 casos sobre un total de veinte y ocho mil doscientas cincuenta enfermas de ginecología, examinadas en quince años.

Ahora, relacionados los casos de embarazo ectópico, a los de preñez común: Fassola, nos refiere que en su clínica de Florencia, ha encontrado cinco, sobre un total de 1.565 preñeces, lo que daría la considerable proporción de 3,26 por o/oo.

Otros autores han relacionado los casos de embarazo ectópico, al número de intervenciones efectuadas por las distintas vías en afecciones ginecológicas de

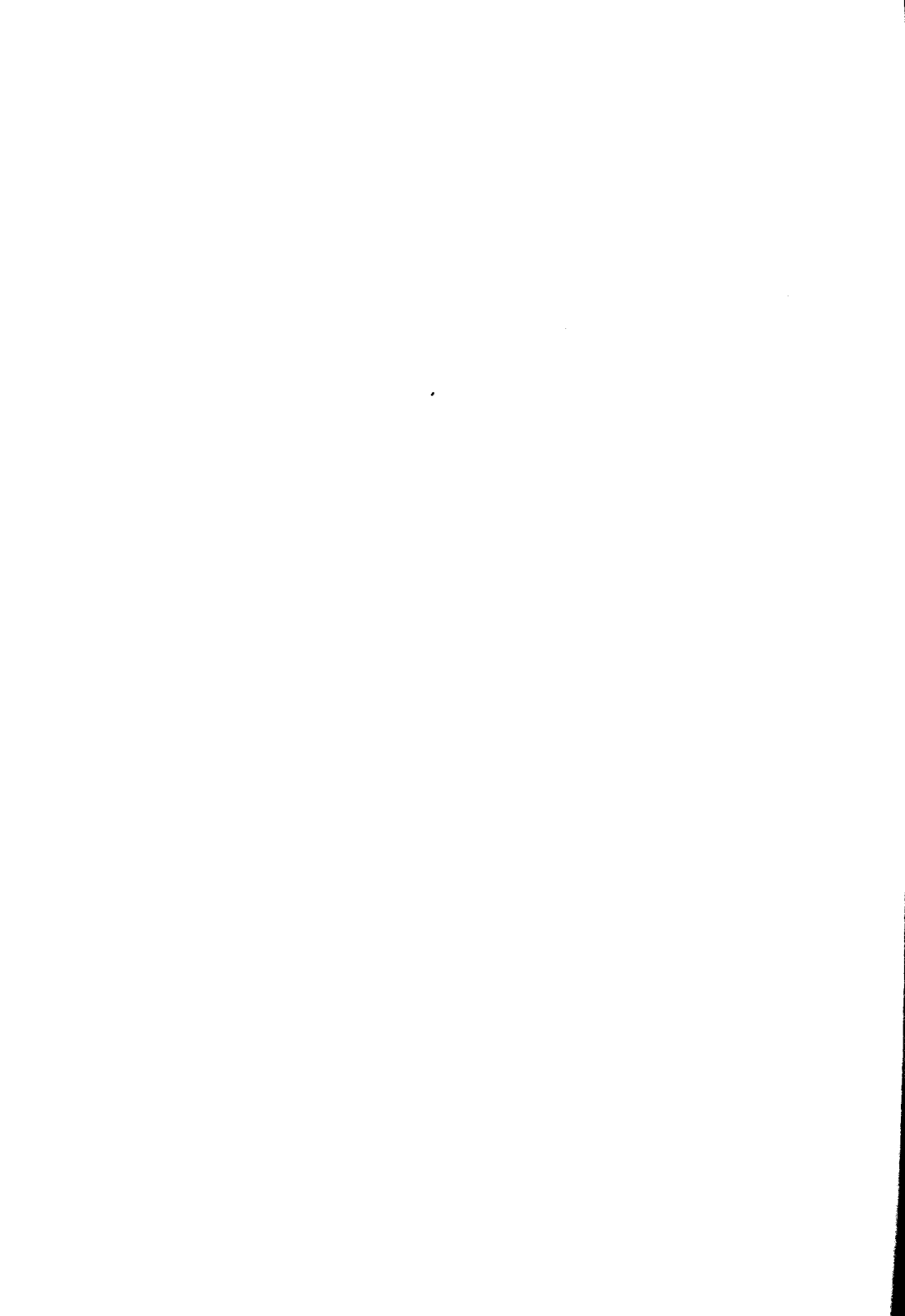
todo orden, lo que viene a hacer más confuso el índice proporcional.

Entre nosotros, sobre un total de 4.500 hospitalizadas en los distintos servicios de ginecología durante el año 1912, se han contado 105 casos de embarazo ectópico. No nos ha sido posible conseguir, como lo hubiéramos deseado, un cuadro completo de las enfermas atendidas durante el año 1913, pero en lo que respecta a nuestro servicio del hospital Pirovano, podemos declarar que su proporción se ha triplicado.

Las *recidivas* son frecuentes. Varnier llega a anotar 60 en 188 casos, admitiendo una proporción del 1 por 2 o 3, y se pregunta si convendría, conforme a la práctica de Beck y Abel, extirpar siempre los anexos del lado opuesto.

Nosotros sólo hemos tenido un caso, el de la observación II, operada dos años antes en el hospital Nacional de Clínicas. Es preciso declarar que después de un examen detenido de los anexos del otro lado, hemos procedido a suprimirlos, por requerirlo así su estado.

---



## ETIOLOGÍA

Capítulo interesante por más de un concepto, la etiología del embarazo ectópico, constituye uno de los problemas de la medicina que tiene pendiente la atención de buen número de observadores.

Se han intentado las más diversas teorías que lo expliquen; contradictorias las unas de las otras, ninguna de ellas ha resistido a la experimentación. La causa íntima se desconoce.

Madurada la vesícula de Graaf, por un proceso congestivo, pone en libertad al óvulo, que llega al pabellón de la trompa por la aspiración que el incesante movimiento de las pestañas vibrátiles del epitelio tubario produce, o por las células ciliadas del peritoneo vecino. Una vez allí, le está encomendada su traslación, al epitelio tubario, que debe llevarlo hasta el tercio externo de la trompa, lugar donde se efectúa la fecundación.

Fecundado, sigue su migración a lo largo de la trompa, hasta la cavidad uterina, donde se fija por sus

trofoblastos a la mucosa, para seguir su evolución de preñez normal.

Ahora, toda causa capaz de turbar la producción del óvulo y su transformación en huevo; o de retardar o interrumpir su migración normal, puede ser incriminada en la patogenia del embarazo ectópico.

Kar Abel ha sostenido como una causa fundamental, el infantilismo de la trompa, que, siendo espiral, retardaría la migración.

Los hechos se han encargado de comprobar la inexactitud de esta teoría: la mayor frecuencia del embarazo ectópico en las múltiparas—en nuestras observaciones lo son todas—y la comprobación de que el infantilismo cuando existe, es bilateral.

Las infecciones preexistentes juegan para muchos autores, entre los que se encuentran Virchow, Frisch, Olshausen y Wyder, un rol decisivo en la fijación anormal del huevo. Los procesos de anexitis, pelviperitonitis, etc., obedeciendo a causas productoras las más diversas, imprimirían modificaciones en los órganos, que nos darían el referido resultado.

Sin duda, muchos casos de embarazo ectópico, podrían explicarse perfectamente por esa teoría, pero investigaciones posteriores de Webster y Paquy, nos dan la certidumbre de que existen preñeces ectópicas, desarrolladas en trompas sanas.

La blenorragia, ha merecido una consideración especial para Duhsen y Schauta, por la salpingitis cata-

rral que produce y que trae como consecuencia la pérdida de las cilias vibrátiles, vale decir, del agente normal de progresión del huevo. De esta opinión participa L. Tait, para quien esas mismas cilias juegan un rol preponderante en la fijación anormal del huevo; pero Tainturir considera insuficiente la teoría mecánica y procura encontrar la explicación del hecho en una vascularización exagerada de la mucosa, que resultase de un estado inflamatorio preexistente.

A su vez Paquy, contradice lo anterior por haber encontrado trompas grávidas, que al examen, han resultado macro y microscópicamente sanas; se inclina con Leguen a pensar que se deba más bien, a trastornos funcionales del órgano.

Entre nosotros, el doctor Carlos Cúrio, que ha realizado experiencias en este sentido, destruyendo el epitelio tubario en las conejas, no ha obtenido nunca nidaciones ectópicas, por lo que se deduce que para ello el huevo requiere una mucosa absolutamente sana.

Los pólipos intratubarios (Wyder); las bridas cicatriciales que compriman la trompa (Doleris); los espasmos, etc.; también han sido considerados como causas productoras de embarazo ectópico.

Hasta aquí, vemos que todos los autores han estado de acuerdo en atribuir al aparato urogenital un papel activo en la fijación del huevo, asignando a éste una absoluta pasividad en el fenómeno. Las teorías de Coste, han tenido su influencia. Estudios efectuados en

estos últimos años por Teacher, Bryce y Leopold, convencen de la actividad del huevo en la placentación. Muy poco sabemos, es verdad, de las enfermedades del huevo, inherentes a ciertas ovaritis; pero así como se encuentran espermatozoides anormales en la orquitis, debemos suponer que no escapan los elementos ováricos a ciertas reacciones violentas del organismo en general y muy especialmente de las específicas del aparato genital.

La sífilis con sus abortos repetidos; la tuberculosis con sus trastornos menstruales precoces, no son, a buen seguro, indiferentes en la patogenia del embarazo ectópico, aunque no sepamos aún cuál sea el mecanismo íntimo de su producción.

También aquí la teoría ovular ha hecho camino; y uno de sus más decididos partidarios, el Dr. Toribio J. Piccardo, ha sostenido brillantemente la tesis en su trabajo de adscripción al profesorado.

“Es un hecho comprobado—dice el doctor Piccardo—que existen numerosos casos de preñez ectópica en la que no nos es posible explicar su producción por ninguna de las causas anteriormente enumeradas. Ahora bien; si no es posible, explicar por los factores descriptos el por qué de la preñez ectópica, hemos creído que se debe hacer intervenir en su producción, otro elemento que hasta ahora se ha tenido muy poco en cuenta: nos referimos al óvulo fecundado, el que como

ya hemos dicho tiene la propiedad de fijarse y nidarse en la mucosa que le sirve a su nutrición.

.....

Por otra parte, suponiendo que en la generalidad de los embarazos hay un acuerdo o coincidencia favorable, merced a la cual el óvulo es fecundado en el sitio ya indicado y su desarrollo ovular se hace normalmente de modo a ponerse en condiciones de nidarse recién cuando llega a la cavidad uterina; ¿por qué no aceptar, que en los embarazos ectópicos, la reunión del óvulo y el espermatozoide es prematura y el desarrollo del huevo es tan rápido, que mucho antes de ponerse en contacto con la mucosa uterina, ya está por exceso de actividad celular en condiciones de fijarse y constituir su nidación en la mucosa tubaria? Después de discutir la teoría de Martín Seppel, continúa:

Nosotros no creemos sea necesario este aumento de volumen del óvulo para su defectuosa inserción. Creemos que más importancia tienen las modificaciones estructurales que hagan oportuna su fijación (brotes plasmodiales), así como el lugar de reunión del óvulo y espermatozoide, que la estrechez de calibre tubario y que si aceptamos que esta fijación en la preñez normal es el resultado de la actividad ovular exclusivamente, lo mismo debe suceder en el embarazo ectópico.

Ahora bien, estas modificaciones estructurales que hacen oportuna la fijación del huevo, dependen a nuestro modo de ver de dos factores esenciales; por una

parte del lugar en que se hace la fusión del óvulo y el espermatozoide y por otra del potencial genético del óvulo fecundado.

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

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

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

¿No podría ser la nidación baja del huevo en el útero (placenta previa), el resultado de la fusión del óvulo y el espermatozoide no ya en su lugar normal, tercio externo de la trompa, sino por dentro de esta

zona, es decir, más cerca de la porción intersticial del oviducto, por una parte, y de una lenta división celular, intraovular por otra, la que recién pondría el huevo en condiciones de nidarse en la caduca cuando hubiere llegado al segmento inferior del útero?

Las conclusiones a que llega el citado autor son las siguientes:

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

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

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

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

5.º Excepcionalmente, cuando la fijación del huevo ha sido prematura, realizada por fuera del tercio externo de la trompa, o su potencialidad genético exagerado, el óvulo se fijará en un punto variable en su

situación desde el ovario hasta el cuerno uterino (embarazos ectópicos).

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

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

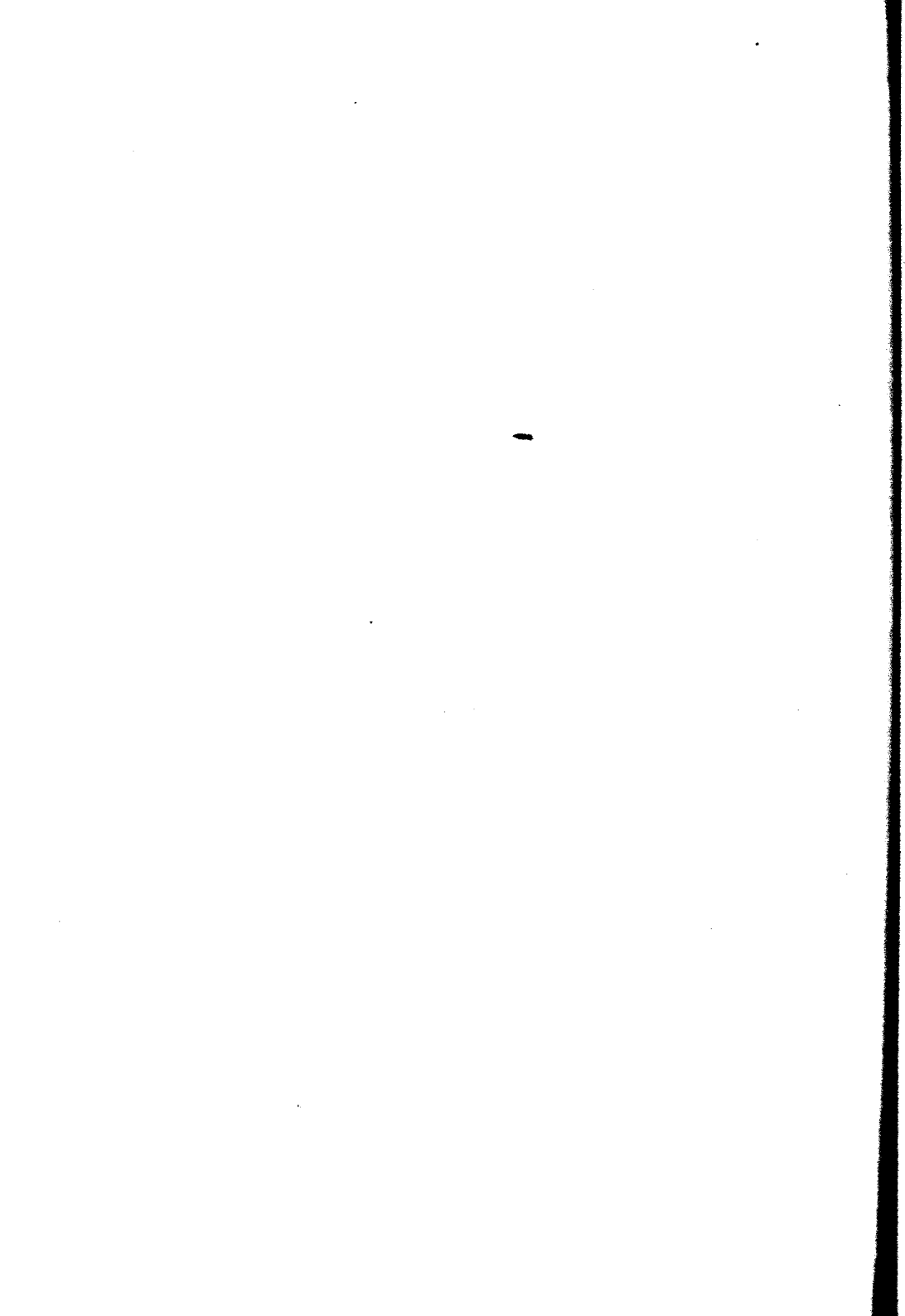
Agregaremos, por nuestra parte, que la teoría del doctor Piccardo, es exclusivista; acuerda al huevo el absoluto privilegio de su implantación, replegando a un plano secundario la influencia que puedan ejercer los distintos procesos patológicos del aparato genital.

Mucho más aceptable nos parece una teoría ecléctica, que dando prioridad a uno de los factores, cualquiera que fuese, reconociera en el otro una importancia concurrente.

En nuestro concepto, es el laboratorio el llamado a despejar la incógnita. El método riguroso en el examen de las piezas procedentes de las salas de cirugía; la reacción de Wasserman, sistemáticamente aplicada

a las enfermas de la afección; agregado a las estadísticas minuciosas que tiendan también a descubrir el factor social, que sin duda interviene en su patogenia, nos harán llegar a conclusiones que avancen nuestra respuesta a la etiología del embarazo ectópico, que es hoy un interrogante.

---



## ANATOMÍA PATOLÓGICA

Cualquiera que sea el punto donde se implante el huevo, presentará siempre dos membranas de envoltura: una interna de origen fetal y otra externa de origen materno. La naturaleza de esta última, varía según la variedad anatómica de la preñez, pero posee siempre este carácter constante: de hacerse enseguida eminentemente vascularizada.

Las variedades de embarazo ectópico admitidas hoy, por la mayor parte de los autores son tres: tubaria, ovárica y abdominal. Pozzi agrega una cuarta: la desarrollada en un cuerno uterino rudimentario.

La estadística de frecuencia que da Schrenck para las distintas formas, es la siguiente:

Tubaria . . . . .	83.5 o/o
Abdominal. . . . .	8.2 o/o
Ovárica . . . . .	4.6 o/o
En un cuerno uterino rudimentario	3.6 o/o

Las cifras referentes a las formas ovárica y abdo-



minal son consideradas por algunos autores como exageradas.

El *embarazo tubario* se desarrolla lo mismo a un lado que a otro. Se han encontrado bilaterales y aún dos fetos en la misma trompa.

Ha sido subdividido en tres variedades: el embarazo tubario propiamente dicho, que se desarrolla en la porción media de la trompa; el embarazo tubo-abdominal, desarrollado en la porción externa; y el embarazo intersticial o tubo-uterino, desarrollado en la porción interna.

Algunos agregan una cuarta variedad, que se desarrollaría en un pabellón accesorio, o en un divertículo congénito de la trompa.

Haremos una breve consideración sobre las modificaciones que experimentan los organismos materno y fetal y sobre la marcha, en cada una de estas variedades.

En el embarazo tubario, propiamente dicho, la trompa hipertrofia su mucosa, separa sus fascículos musculares y dilata o hipertrofia sus vasos. La situación del útero se modifica, desviándose lateralmente al principio y más tarde es rechazado hacia adelante; conserva su forma, pero aumenta sus dimensiones; la mucosa se hipertrofia y se forma una caduca.

El organismo fetal está constituido por el huevo, que tiene la estructura ordinaria y vellosidades que constituyen la placenta.

En la marcha pueden ocurrir tres casos: 1.º La muerte del feto por nutrición imperfecta o por hemorragias que desprendan la placenta. Entonces se produce la reabsorción total o el enquistamiento. 2.º La ruptura de la trompa, que podría hacerse entre las hojas del ligamiento ancho, constituyendo el hematoma superitoneal; o en el peritoneo, lo que daría lugar a una hemorragia abundante, rápidamente mortal, como la de nuestra observación IV; al hematócele, forma muy frecuente, que la constatamos en la mayor parte de los casos, en todas nuestras observaciones a excepción de la mencionada; o al embarazo abdominal secundario. 3.º El desarrollo a término del quiste fetal, produciéndose entonces un falso trabajo, como lo consideramos en el capítulo siguiente; la muerte del feto con enquistamiento y modificaciones propias si no se interviene oportunamente.

En la variedad intersticial, la mucosa tubaria también se hipertrofia, las fibras musculares son rechazadas de dentro afuera y el útero alcanza su mayor volumen. Hay metrorragias abundantes y en las tres cuartas partes de las veces; el huevo se expulsa hacia el tercer mes por la cavidad uterina.

En la variedad tubo-abdominal la trompa, que ha adelgazado sus paredes y se ha dilatado, sufre fáciles desgarraduras, lo que da lugar a la producción de brotes de peritonitis y formación de falsas membranas, pudiendo entonces el embarazo llegar a término.

La existencia del *embarazo abdominal* como variedad primitiva ha sido negada por algunos autores, que sostienen que siempre es secundaria y consecutiva a la preñez tubaria con sobrevivencia del feto.

Zmigrodski, indica dos signos que considera característicos de esta variedad: integridad de la trompa y ausencia de conexiones placentarias con este órgano.

Pero esos signos no tienen valor decisivo por qué:

- 1.º La preñez abdominal puede ser la consecuencia de la preñez tubaria, sin que la trompa se haya roto. El huevo ha pasado por el orificio abdominal: ha habido aborto tubario.
- 2.º El huevo expulsado en tales condiciones puede seguir viviendo.

Sólo la integridad histológica de la mucosa tubaria, en un embarazo abdominal considerado primitivo, nos permitirá asegurar que ella no ha anidado el huevo. Cualquiera que sea la variedad de la preñez abdominal primitiva o secundaria, el huevo asegura su conservación y desarrollo por un proceso de peritonitis adhesiva que lo rodea de pseudo-membranas.

El *embarazo ovárico*, es para Legueu un capítulo todavía obscuro y dice que es preciso contestar a estas dos cuestiones:

- 1.º Cuándo debe admitirse teóricamente que hay preñez ovárica.

- 2.º Cuáles son los medios de control anatómico que permiten reconocer esta variedad.

Lo que se contesta de la siguiente manera: cuando el espermatozoide ha fecundado al óvulo en el folículo

de Graaf roto, y se admite por la evolución ulterior del huevo uno de estos procesos:

1.º La desgarradura del folículo se separa y el huevo se desarrolla en el espesor del ovario que es rechazado excéntricamente.

2.º La desgarradura queda abierta y el feto cae a la cavidad abdominal, pero la placenta queda adherida al tejido ovárico.

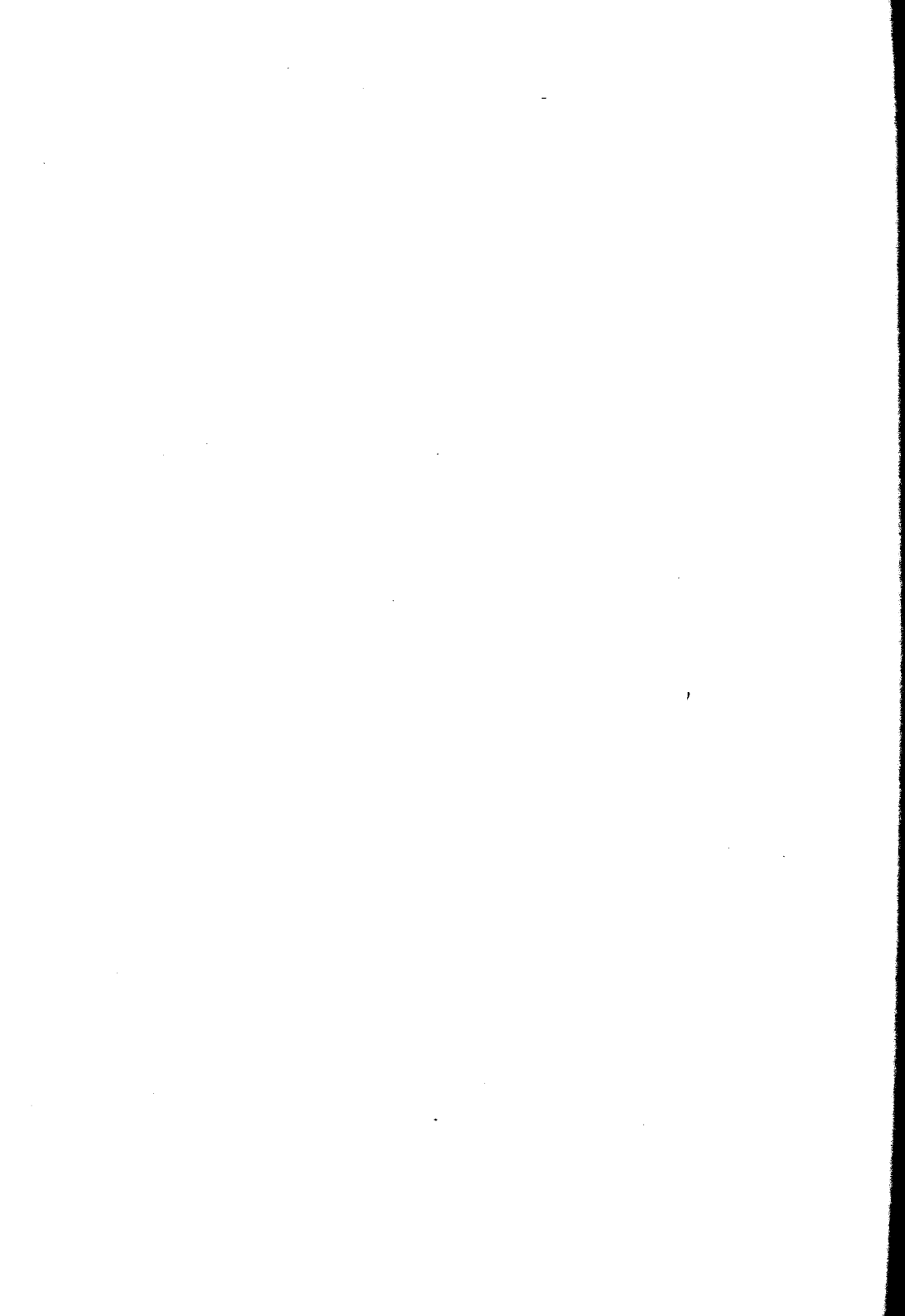
En el primer caso tendríamos una preñez ovárica propiamente dicha; en el segundo una preñez ovaro-abdominal.

*La preñez en cuerno uterino rudimentario* es una variedad rara, por más que el autor que he citado le asigne en una proporción del 3 o/o.

Su diagnóstico no ofrece mayores dificultades; hay que diferenciarla de la intersticial, en la que el quiste fetal es sesil, mientras que en aquélla está siempre pediculado al lado del útero.

Como signos que nos la evidenciarían tendríamos una trompa intacta y de longitud normal; el pedículo uterino, agregado en la vecindad del cuello y no en la parte superior del útero; y sobre todo la inserción del ligamento ancho, que se hace por dentro del quiste fetal y no por fuera, como ocurre en la preñez tubaria.

Como no hemos tenido el propósito de hacer un estudio detallado de las modificaciones histológicas que se experimentan en la intimidad del aparato genital, consideramos suficiente lo expuesto para no excedernos en los límites de este trabajo.



## SINTOMATOLOGÍA

La sintomatología del embarazo ectópico, hay que dividirla atendiendo a un conjunto de factores individuales y físicos, pero nunca forma un cuadro clínico fundamental.

En los accidentes que se presentan intempestivamente, en la vida genital de la mujer hay que tener siempre presente esta efección. Muchas veces, pensar en ella es diagnosticarla.

Excepcionalmente la preñez ectópica llega a término sin accidentes. En la mayoría de los casos, la enferma consulta al médico en los primeros tiempos de su gestación, porque se han presentado en ella síntomas alarmantes.

Para comodidad de su estudio y de acuerdo con casi todos los autores, dividiremos los síntomas del embarazo ectópico en la siguiente forma:

1.º Preñez ectópica de los primeros meses evolucionando normalmente.

2.º Preñez ectópica de los primeros meses, en la que se han presentado accidentes.

3.º Preñez ectópica normal después del quinto mes.

4.º Preñez ectópica, del segundo período con complicaciones.

El embarazo ectópico de los primeros meses a evolución normal es el menos observado, porque no sintiendo molestia alguna su portadora, no recurre a un examen ginecológico. Pero producido éste por cualquier causa, comprobaríamos los siguientes síntomas:

Signos propios de la preñez común, ausencia de reglas, modificaciones de los senos y fenómenos simpáticos. Ausencia de dolores, ni espontáneos, ni a la palpación; órganos genitales cianosados, útero poco o no aumentado de volumen. Tumor yuxtaterino; blando, indoloro, situado en posición alta, liso, no adherente y ligeramente móvil.

La posición del útero poco modificada en los dos primeros meses, se desvía tanto más cuanto mayor es la edad de la preñez.

Hoy se admite, las contracciones del saco tubario determinadas por los movimientos antiperistálticos de la trompa, que habían sido negadas por algunos autores. Ott, ha visto restablecerse estos movimientos, una vez extirpado el huevo y Bumm le asigna gran importancia diagnóstica. No se pretende que sea un signo patognomónico porque se ha comprobado también en los quistes dermoideos y en el piosalpinx.

Conviene hacer presente, que a pesar de la supresión de las reglas hay enfermas que tienen flujos sanguíneos en las épocas menstruales; son pérdidas poco abundantes, que no las cohibe el reposo, de sangre de coloración rojo-obscura, de borra de café y que se acompaña a veces de restos de membranas.

Los principales accidentes que interrumpen la preñez ectópica de los primeros meses son el aborto tubario y la ruptura del quiste fetal.

En el aborto tubario se constatan dos variedades, cuya gravedad es muy distinta: el aborto tubario propiamente dicho o intraperitoneal y el aborto de la preñez intersticial.

En el primer caso hay expulsión total o parcial del huevo, a la cavidad abdominal por el orificio ampular de la trompa. Se comprueba un período prodrómico y un período de estado.

El período prodrómico del aborto tubario, no se distingue clínicamente del período prodrómico de la ruptura tubaria. Hay expulsión de flujos sanguíneos, con el carácter que acabamos de mencionar y que provienen de hemorragias intra o extravulvares. Contracciones espasmódicas de la trompa. Cólicos irradiados al recto vejiga y vajina. Micciones frecuentes.

Al examen bimanual se comprueba: aumento brusco del tumor, por hemorragia intratubaria, desprendimiento del huevo y formación de una colección sanguínea en la trompa.

En el período de estado, habiéndose producido la hemorragia dentro del huevo, ha determinado la muerte del embrión, que puede entonces progresar hacia el peritoneo o permanecer in situ, rodeado de coágulos sanguíneos que el peritaltismo tiende a expulsar; de ahí las hemorragias intraperitoneales o intrauterinas.

Hay, como en el caso anterior, signos de preñez agregados a cólicos en la fosa ilíaca, irradiados a la vejiga y al recto. Dolores bruscos en el abdomen; debilidad general profunda; vómitos, náuseas, palidez de tegumentos; pulso blando, rápido, a veces filiforme (hemorragia interna); meteorismo abdominal rápido.

Al tacto, tumor yuxtauterino pastoso, de sensación sanguínea, perceptible en el Douglas. Este examen puede ser a veces perjudicial, porque despertaría una nueva hemorragia.

El aborto de la preñez intersticial, es en rigor un verdadero aborto tubario, que en lugar de hacerse hacia la cavidad peritoneal, se hace hacia la cavidad uterina, Es por ello sin duda, que ha merecido la denominación de tubo-uterino.

El huevo implantado muy cerca del orificio interno de la trompa, puede ir desarrollándose hacia el cuerno del útero y aun hacia su fondo y ser expulsado como un aborto ordinario; muchos abortos uterinos de etiología incierta han sido referidos a embarazos intersticiales desconocidos.

La ruptura del quiste fetal constituye el accidente

más frecuente de la afección que nos ocupa y el que mayores consecuencias trae al organismo materno.

Su comienzo es dramático. En plena salud, bruscamente, una mujer cae en un estado general grave.

Un dolor violento en el sitio de implantación del tumor; lipotimias repetidas; trastornos de la visión y del oído, náuseas, vómitos y hemorragias genitales; palidez acentuada de la piel y mucosas. Pero tres síntomas dominan la escena: la hemorragia, la lipotimia y el dolor.

La hemorragia es habitualmente el síntoma que primero llama la atención de la paciente, que sospechando un comienzo de embarazo, ve reaparecer sus reglas, después de un retardo que varía; pero la fluxión sanguínea continúa días y días, hasta que se convierte en una hemorragia verdadera que inquieta a la enferma, en la que ya se presentan otros síntomas. Otras veces, éstos preceden a aquélla. Los caracteres de la sangre son distintos a los de las reglas: negruzca, nunca rojo vivo; surte en napa de la mucosa tubo-uterina; contiene pequeños coágulos negruzcos y membranas que no siempre se constatan a simple vista.

El síntoma dolor, tiene sus particularidades en lo que se respecta a carácter y localización.

Frecuentemente estalla, brusco, violento, lacinante, en forma de puñalada, para atenuarse enseguida por el reposo, dejando el vientre uniformemente dolorido. Otras veces comienza insidiosamente, continuando al-

gunos días, exacerbándose por momentos, hasta que obliga a la enferma a dejar toda ocupación.

El asiento es preciso, en una de las fosas ilíacas.

El desfallecimiento y los síncope se repiten con frecuencia; facies pálida, descompuesta, a veces hipocrática; trastornos sensoriales, ruido de oídos, etc., frecuentes deseos de orinar.

Estos síntomas se agregan a los constatados en el examen genital: vulva, vagina y cuello uterino, cinosados; pulso vaginal y sensación de calor, como en la gestación normal; útero aumentado de volumen, cuello blando y entreabierto y por último el tumor gravídico que constituye el signo patognomónico de la afección.

En el segundo período de la gestación ectópica, como en la preñez normal contamos con un factor importante para el diagnóstico: los ruidos fetales.

Los síntomas funcionales se han intensificado considerablemente.

A la inspección notamos los tegumentos abdominales levantados; a la palpación, un tumor fijo y movimientos activos del feto; a la auscultación, los ruidos cardíacos del mismo, el soplo; y al tacto vaginal, cuello reblandecido, desviado y un surco entre el cuello y el tumor.

Si el embarazo llega a término, lo que ocurre rara vez, se produce un falso trabajo en que hay dolores abdominales intermitentes. trasudación sanguinolenta y cuello entreabierto que reconocen por causa las con-

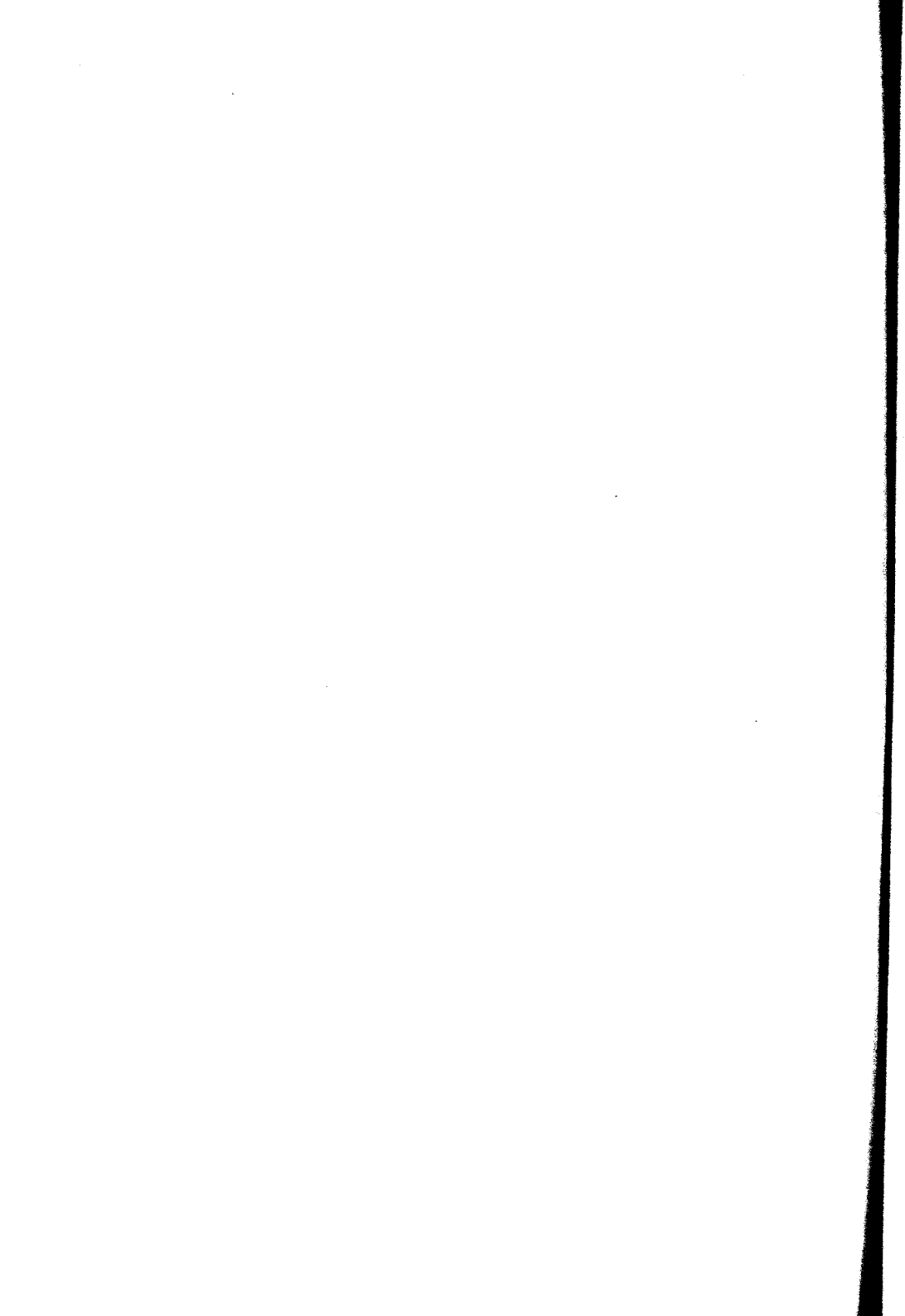
tracciones uterinas y la consecuencia es la muerte del feto si una intervención oportuna, como lo consignamos en el capítulo reservado al tratamiento, no produce su extracción.

Hay subida de la leche, mamas aumentadas de volumen y flujo loquial poco abundante.

La muerte del feto acarrea la regresión de los desórdenes del embarazo y del quiste fetal (litopedion), o también puede iniciarse un proceso infeccioso de peritonitis aguda parcial o generalizada, o crónica, pudiendo terminar por la curación o por supurar dejando fístulas.

Como se desprende de lo expuesto, los síntomas del embarazo ectópico no forman un cuadro, de aplicación en todos los casos.

---



## DIAGNÓSTICO

Los numerosos síntomas que acabamos de enunciar en el capítulo anterior, no tienen sino un valor relativo en el diagnóstico del embarazo ectópico; y esa misma relatividad es la que debe aconsejarnos la mayor prudencia en lo concerniente al diagnóstico diferencial con las diversas afecciones de la pelvis y del abdomen, con las cuales puede confundirse fácilmente.

Grandes errores han sido cometidos por grandes maestros; es que el diagnóstico de la afección que tratamos está rodeado de grandes dificultades, sobre todo en los primeros meses de la gestación, cuando todavía el tumor es pequeño y los signos de certidumbre no han aparecido.

La seguridad del diagnóstico no es posible, dice Spiegelberg, en los tres o cuatro primeros meses, cuando la preñez evoluciona sin accidentes; y Hein, a pesar de toda su autoridad, ha establecido diagnósticos positivos, en los que realizada la intervención se ha constatado el error.

La anamnesis, recogida en forma paciente y metódica, es un elemento de gran importancia para el diagnóstico del embarazo ectópico.

La palpación combinada nos informará sobre la presencia del tumor yxntauterino, que aumenta progresivamente.

El cateterismo, comprobándonos la vacuidad del útero. Los signos propios de la preñez normal. La amenorrea, a pesar de su inconstancia y de su valor relativo. La expulsión de una caduca, que ha sido considerado por algunos como un signo patognomónico, cuando procede de un útero vacío y por último la aparición de los ruidos fetales.

Todo esto, combinado, referidos a los datos suministrados por la enferma, serán elementos suficientes para establecer con propiedad el diagnóstico.

El diagnóstico de la variedad es más dificultoso y no tiene capital importancia. Sabemos además, por las estadísticas, que la mayor parte de las preñeces ectópicas corresponden a la forma tubaria.

Cuando el embarazo se interrumpe por cualquiera de los accidentes que hemos mencionado en el capítulo anterior, entonces su diagnóstico no ofrece dificultades. Como ya hemos señalado los síntomas propios a cada uno de esos accidentes, no queremos incurrir en repeticiones.

Son muchas las afecciones con que puede confun-

dirse la preñez ectópica; enumeraremos algunas de ellas:

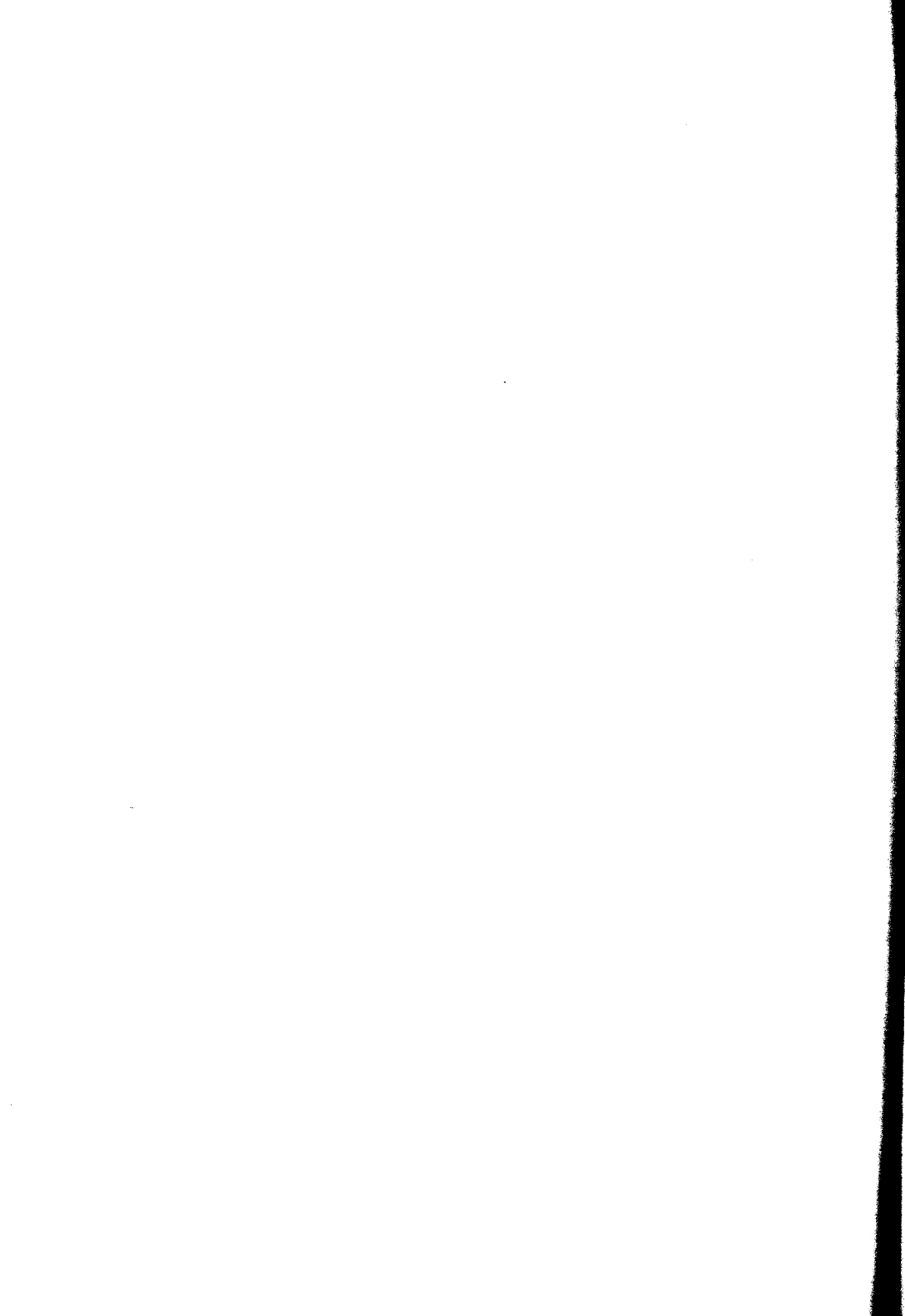
En primer lugar, con el embarazo y el aborto intra-uterinos, en condiciones de anormalidad más o menos pronunciada.

Con tumores del útero, de los anexos, de la pequeña pelvis, combinados o no a la preñez normal o ectópica.

Con ciertas inflamaciones agudas o crónicas de la pelvis o del abdomen.

La descripción detallada de los síntomas diferenciales en cada una de estas afecciones, excedería los límites que nos hemos impuesto en esta síntesis. Baste repetir, que es el método riguroso en el examen, agregado a los conmemorativos prolijos, lo que nos colocará en la vía del diagnóstico.

---



## PRONÓSTICO

El embarazo ectópico debe ser considerado como una afección, que expone a la paciente a un gran número de accidentes y aun hasta a la muerte. Su pronóstico entonces debe ser grave muchas veces, sombrío siempre.

Es, sobre todo en los primeros meses de su evolución cuando se produce uno de los accidentes más delicados, la ruptura tubaria, cuyo pronóstico es fatal, en la mayor parte de los casos, por la inundación peritoneal que la sigue.

Cuando la hemorragia no es tan grande y se cohibe espontáneamente dando lugar al hematocele pelviano, el pronóstico varía, es entonces más benigno.

De todas las variedades de preñeces ectópicas, la que más gravedad reviste es la intersticial, y más aun si asienta sobre un cuerno uterino rudimentario. Sobre 35 casos observados por Himmerfarb, 24 enfermas murieron por ruptura del saco, 3 transformáronse en litopedion, 7 laparotomías se hicieron para extraerlo muerto y sólo 1 llegó a término.

La gravedad está en razón directa de la edad de la preñez y la tardanza de los accidentes. Los casos que evolucionan sin accidentes o con muy pequeños, hacia el término del embarazo, revisten mayor gravedad que aquéllos interrumpidos por cualquier causa en los primeros tiempos de la gestación.

Dice Werth: "Todo embarazo ectópico debe ser considerado como un tumor maligno y extirpado como tal", y de esta frase, basada en la observación, se han hecho eco, gran número de ginecólogos.

Durante los primeros meses, el peligro está siempre en la hemorragia que acompaña a la ruptura y al aborto.

El peligro para el feto es siempre mayor. Al fin los progresos de la cirugía ponen a la madre a cubierto de los riesgos en muchos casos en que se interviene oportunamente; pero son excepcionales los casos en que se hayan extraído vivos y viables, productos de preñeces ectópicas.

Lawson-Tait ha sido en este sentido un operador afortunado. El solo, cuenta en su haber tres casos salvados por laparotomía: dos niñas y un varón a quien hizo su hijo adoptivo y heredero.

Durante los últimos meses, la septicemia que acompaña a la retención del feto muerto hay que agregarla al número de complicaciones.

La transformación en litopedio es rara; Mattei la estima en el 12 o/o de los casos.

## TRATAMIENTO

Ya ha pasado definitivamente la época de los tratamientos empíricos por el hambre; la compresión del tumor por los sacos de arena; la administración de ergotina, yoduro de potasio, estrignina, etc., a dosis que se consideraban mortales para el feto e inofensivas para la madre. Se ha dejado de lado también, la punción del quiste seguida de la inyección de substancias tóxicas que tendían a destruir el embrión; y se ha abonado, asimismo, el tratamiento por la electricidad.

Hoy, una consideración fundamental domina el tratamiento; toda preñez ectópica diagnosticada, que cause o no accidentes, que viva o no el huevo, exige la intervención. De manera que el tratamiento es exclusivamente de orden quirúrgico. La única diferencia existente entre los diversos casos es, que unos requieren la intervención inmediata, de urgencia y otros pueden ser diferidos sin mayor peligro. El factor que prima en este sentido es la edad de la preñez, porque entra en

juego la vida del feto, modificando la época de la intervención.

Cuando el embarazo ectópico, tiene menos de cinco meses, no debemos preocuparnos del embrión, su supervivencia es muy problemática y en cambio la madre está amenazada continuamente; es preciso entonces operar lo más pronto posible. Si la preñez evoluciona sin complicaciones, ningún peligro inmediato existe; lo que no aleja la posibilidad de que se presenten los accidentes de un instante para otro. La enferma puede, en este caso, ser preparada en las mejores condiciones de éxito quirúrgico.

No detallaremos el manual operatorio, que no se diferencia, en general, de cualquier otra laparatomía; por otra parte, las modificaciones de circunstancias están consignadas en nuestras Historias Clínicas.

En resumen, la intervención consiste en extirpar el saco fetal ectópico, como si se tratase de una anexitis, destruyendo las adherencias que lo ligan a órganos vecinos.

Una recomendación importante, es la de examinar siempre los anexos del lado opuesto, para proceder en consecuencia. Como puede verse, en nuestros casos hemos tenido necesidad de extirparlos siempre.

Cuando nos encontremos con una preñez intersticial, procederemos a practicar la histerectomía subtotal con ablación de ambas trompas.

Si ha sobrevenido algún accidente, que sería la

ruptura o el aborto tubario, que clínicamente se traducirían por una hemorragia intraperitoneal, que puede ser de dos maneras: abundante, continua, imposible de cohibir, hemorragia cataclísmica o inundación peritoneal; o por el contrario, más escasa, a intermitencias, fácil de enquistarse, dando lugar al hematócele; entonces el tratamiento varía.

En el primer caso, en la inundación peritoneal, la intervención debe ser de urgencia, porque el pronóstico se modifica por instantes y la curación es cuestión de horas. La enferma debe ser levantada en su estado general, por inyecciones de suero, aceite alcanforado, cafeína, etc., mientras el instrumental se prepara. Nuestra observación IV es un caso de éstos, pero que debió ser intervenido la noche antes.

En el hematócele, la expectación es de rigor; dejar que el enquistamiento se produzca, colocando a la enferma en inmovilidad absoluta y combatiendo los demás síntomas; aplicaciones continuas de hielo sobre el vientre. Expectación hemos dicho, pero debe ser expectación armada, porque la enferma, que debe ser objeto de una vigilancia continua, será operada enseguida, si a pesar de nuestros cuidados, la hemorragia aumenta sin cesar. Si esto no ocurre, entonces puede esperarse algunos días y aún semanas, como se desprende de nuestras observaciones.

Cuando el embarazo cuenta más de cinco meses y el feto está vivo, conviene esperar a que sea viable,

porque los peligros de ruptura tubaria ya han disminuído en parte. Esperar al término de la preñez para intervenir no es muy conveniente, porque el falso trabajo que se produce podría acarrear la ruptura de la bolsa y la muerte del feto. La mejor época para operar es al comienzo del noveno mes.

Si el feto está muerto y la muerte es reciente y no hay complicaciones, lo más indicado es esperar cuatro o seis semanas, entonces la circulación placentaria ha cesado y no hay peligro de hemorragias; es una intervención mucho menos peligrosa.

Si la muerte del feto data de mucho tiempo, éste ha sido transformado en litopedio y expone al organismo a fenómenos de compresión e infecciones que pueden ser graves; la intervención se impone para extraer el tumor.

Puede ocurrir que el feto se elimine en fragmentos por una fístula, a través de la pared abdominal o hacia las distintas cavidades viscerales. Si el saco fetal se ha abierto hacia el abdomen convendrá ampliar la fístula, extraer los restos y drenar el trayecto; lo mismo ocurrirá cuando se fistulice hacia la vagina. Cuando por el contrario, la eliminación tienda a hacerse hacia la vejiga o el intestino, entonces se procederá por laparatomía a la extracción del quiste y cierre de la fístula.

Como se ve, el tratamiento es siempre quirúrgico, con ligeras variantes de oportunidad.

# OBSERVACIONES CLÍNICAS

## OBSEBVACION I

M. P. de C., argentina, 33 años, casada.

*Fecha de entrada.* — Julio 11 de 1913.

*Diagnóstico.* — Embarazo tubario (ampular) derecho. Hematócele enquistado, lateral derecho y retro-uterino. Salpingitis quística y ovaritis esclero quística izquierdas.

*Tratamiento.* — Oóforo-salpingectomía bilateral; extracción de coágulos y de un embrión.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Comenzó hace un mes con fuertes dolores en el hipogastrio, propagados a la región lumbar; mareos, vómitos repetidos y retención de orina. Este estado duro 3 días, mejorando con fomentaciones calientes e infusiones diuréticas. El cuadro se ha repetido a intervalos irregulares, aunque sin tanta intensidad.

Ha palidecido y adelgazado mucho; en estos últi-

mos días nota se le hinchan las manos, cara y párpados. Su menstruación falta hace dos meses.

*Estado actual.* — (Julio 14). Mujer bien constituida, regular panículo adiposo; coloración pálida de la piel y mucosas.

Temperatura 36°8. Pulso frecuente.

Vientre proeminente particularmente en su porción infraumbilical; escasas resquebrajaduras; depresible y elástico por encima del ombligo y lateralmente.

En el hipogastrio se palpa un tumor de forma ovoide regular de gran extremidad superior, que llega a dos traveses de dedo por debajo del ombligo; lateralmente se detiene a igual distancia por dentro de las espinas ilíacas antero-superiores.

Doloroso a la presión y renitente, da a la percusión sonoridad en los dos tercios superiores y matitez abajo. Su extremidad inferior se pierde en la excavación pelviana.

Pequeño desgarro de periné. Vagina corta y amplia. Cuello de útero descendido y rechazado atrás del pubis; de forma cónica, aplastado de delante hacia atrás. Cuerpo en anteposición, sin ángulo de anteflexión; se palpa bien por el fondo de saco vaginal anterior. En los tres fondos de sacos vaginales restantes, convexos hacia la vagina y de amplitud exagerada se palpa una tumefacción, renitente, dolorosa, particularmente a nivel del fondo de saco posterior donde hace

gran proeminencia y rechaza la pared vaginal posterior hacia delante y abajo.

La superficie de la tumefacción, regular hacia la derecha y atrás, lo es menos en el lado izquierdo, donde parece palpase un anexo grueso y doloroso.

El choque digital del tumor del vientre, se transmite claramente al dedo colocado sobre la tumefacción del fondo de saco posterior.

Operada el 16 de Julio. Anestesia clorofórmica. Laparatomía media infraumbilical. Incisión desde el pubis hasta el ombligo.

Epiplón vascularizado e infiltrado de sangre, adherido inferiormente al tumor sanguíneo, por adherencias laxas que se desprenden fácilmente.

Utero grande en anteposición y aplicado contra el pubis.

Toda la mitad anterior de la pelvis, se encuentra reducida en su diámetro anteroposterior, pero libre de sangre y exudados. El tumor sanguíneo ocupa toda la mitad posterior derecha y el Douglas. Forman su pared anterior: el útero y las dos hojas del ligamento ancho, rechazadas hacia adelante; su límite superior situado a varios traveses de dedo por encima del pubis, se presenta cubierto por varias asas intestinales aglutinadas y adheridas al tumor sanguíneo, las que una vez desprendidas, dejan abierto el quiste, del que se extraen, coágulos sanguíneos y un feto bien conformado, infil-

trado de serosidad sanguinolenta y de unos 10 centímetros de largo.

El anexo derecho que forma parte de las paredes del quiste sanguíneo y se halla en posición alta, presenta los dos tercios externos de la trompa dilatados en un amplio saco, desgarrado a nivel de su cara posterior, adherida, conteniendo en su cavidad coágulos cruíricos y una planceta bien desarrollada.

Se desprenden la trompa y ovario derechos; se extirpan; éste tiene en su polo tubario un gran cuerpo amarillo.

El anexo se extirpó por el procedimiento de L. Tait; pedículos con catgut. Hacia el útero, al anudar el hilo, se seccionan los tejidos que se presentan friables lo que obliga por hemorragia a practicar una sutura con catgut a nivel del cuerno uterino y mitad interna del mesosalpín.

Los anexos izquierdos constituídos por la trompa quística y el ovario atrófico, están prolapsados y adheridos; se extirpan por el mismo procedimiento.

Drenaje del Douglas. Cierre de la pared por planos. Cicatrización por primera.

La enferma es dada de alta, curada, el 24 de Agosto.

*Marzo 4 de 1914.* — Hemos examinado la enferma que viene a consultarnos por una pequeña molestia.

Presenta un buen estado general; la herida bien cicatrizada, sin eventración.

Útero chico, en anteflexión, móvil, indoloro.

En el fondo de saco vaginal izquierdo, se palpa un nódulo de tamaño de una avellana, que es algo doloroso; lo atribuimos al muñón cicatricial.

## OBSERVACIÓN II

A. B. de P., española, 29 años, casada.

*Fecha de entrada.* — Julio 11 de 1913.

*Diagnóstico.* — Hematocele lateral enquistado por ruptura de un embarazo tubo-ovárico. Pelvipерitonitis y pelvimetritis plástica, crónica, del lado izquierdo.

*Tratamiento.* — Extracción de coágulos y ooforo-salpingectomía derecha.

*Antecedentes hereditarios.* — Se ignoran.

*Antecedentes personales.* — Sarampión y viruela en la infancia, primera menstruación a los trece años, siendo desde entonces normales en cantidad y duración. Vida sexual a los 22 años, teniendo al año después un parto, al que siguieron algunos días febriles, escalofríos, vómitos y dolores en el hipogastrio; dos meses después aparecieron sus reglas.

Hace dos años (2 de Mayo de 1911), fué operada en el Hospital Nacional de Clínicas, de un aborto extrauterino. Después de esta intervención volvió su menstruación en forma irregular teniendo con frecuencia menorragias.

*Enfermedad actual.* — Hace un mes y diez y nueve días que faltan sus reglas; se siente bien hasta hace ocho días, en que empieza a sentir dolores en el hipogastrio, irradiados a la región lumbar; tiene algunos

chuchos y vómitos; tres días después tiene una hemorragia que le dura seis horas, cesando con tratamiento médico.

Al día siguiente se repiten los dolores y vuelve la hemorragia; tiene un aborto (?)

En estas condiciones ingresa al servicio.

*Estado actual.* — Mujer bien constituída; poco pánculo adiposo. Vientre elástico, depresible, salvo a nivel del borde derecho. En la línea media, por encima del pubis, existe una cicatriz de una intervención anterior, no hay eventración.

Palpación dolorosa en el hipogastrio y a la derecha de la línea media, donde se nota una tumefacción que se extiende desde el pubis hasta la espina ilíaca antero-superior; de forma cilindroide, corre casi paralela, pero alejada, a la arcada de Poupard. Este tumor es de superficie lisa, depresible, elástico, mate a la percusión.

Vulva de múltipara, con pequeño rectocele, cuello uterino cónico, largo, tapiroide, de base rechazada hacia el pubis, con extremidad anterior blanda; orificio dirigido hacia atrás ligeramente entreabierto.

El fondo de saco vaginal posterior, está ocupado por un tumor que lo llena por completo, que rechaza el útero hacia adelante, de superficie lisa, convexa hacia abajo, fijo, doloroso a la presión, francamente resistente, que se prolonga hacia el fondo de saco lateral izquierdo, donde se pierde sin llegar hasta la pared pelviana.

Hay materias fecales endurecidas, en el recto.

El tumor posterior se continúa hacia el fondo de saco lateral derecho, llenándolo casi por completo, donde presenta los mismos caracteres y el examen bimanual parece ser más voluminoso, llenar parte de la fosa ilíaca derecha y gozar de cierta movilidad.

El cuerpo del útero parece encontrarse en anteposición y latero versión izquierda, está aumentado de volumen.

Operada el 22 de Julio. Anestesia clorofórmica. Laparotomía. Incisión de 16 centímetros desde el pubis al ombligo, extirpándose la cicatriz de la intervención anterior. Hay un poco de serosidad sanguinolenta rojo-obscura arriba del quiste sanguíneo, entre las asas intestinales y la extremidad inferior del epiplón no adherido.

La trompa derecha moniliforme y dilatada, tiene su 2/3 internos, situados por arriba y por delante del quiste sanguíneo; goza de mucha movilidad a nivel de su mesosalpinx. Su tercio externo, dilatado en saco y caído hacia atrás y a la derecha forma parte del tumor; éste ocupa toda la mitad derecha de la excavación, encontrándose limitado adelante por el ligamento ancho rechazado hacia el pubis y parte de la cara posterior del útero, el que aumentado de volumen se halla rechazado hacia arriba y en anteposición.

Superiormente, el tumor llega hasta la espina ilíaca anterosuperior derecha; por dentro de ésta y por

arriba del quiste sanguíneo, se encuentra, como flotando, la porción interna de la trompa.

Hacia la izquierda el quiste sanguíneo, se encuentra limitado por un proceso de pelviperitonitis plástica, originada por la intervención anterior. Los exudados gruesos o lameliformes, fibrosos, desarrollados entre el ligamento ancho de ese lado, peritoneo parietal, apéndices epiploicos del colon pelviano, etc. han reducido en mucho el espacio de la mitad posterior izquierda de la excavación.

Debajo de los exudados, se dibuja en el cuerno uterino izquierdo, una porción del istmo de la trompa.

El tumor adhiere por dentro a todos los órganos posteriores de la excavación y a la serosa que los cubre.

Al comenzar la decorticación de la trompa, se abre el saco, dando salida a varios puñados de sangre en coágulos cruóricos y fibrinosos.

Se termina la movilización de los anexos derechos y se extirpan por el procedimiento de L. Tait.

Ligaduras con catgut y cauterización ígnea de los pedículos. Se termina la extracción de coágulos falsas membranas y restos del saco; se colocan en la cara posterior, sangrante del útero, unos puntos con catgut. Se respetan las adherencias del lado izquierdo. Se cierra la pared por planos, previo drenaje del Douglas.

*Cuidados post-operatorios:* A las cuarenta y ocho horas se reemplaza el drenaje de gasa por un tubo de

vidrio en el trayecto; que se saca el día 27. Cicatrización por primera.

Alta, curada el 16 de Agosto.

En Septiembre 23, nos visita la enferma, para manifestarnos que dos días antes le ha aparecido su menstruación abundante e indolora, que aun le dura ya escasa.

### OBSERVACIÓN III

C. T. de G. — Española, 30 años, casada.

*Fecha de entrada:* Agosto 25 de 1913.

*Fecha del alta:* Septiembre 18 de 1913.

*Diagnóstico:* Hematosalpín izquierdo, por embarazo ectópico, (ampular), prolapsado y con torsión del pedículo. Anexos derechos prolapsados con hidatide pediculado en la trompa y cuerpo amarillo del embarazo ectópico con transformación quística.

*Tratamiento:* Salpingectomía izquierda y oóforo-salpingectomía derecha.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Primera menstruación a los 14 años. Reglas escasas, dolorosas, de tres días de duración. Después flujos abundantes, ardores en la micción, que aún persisten; vida sexual a los 25 años; dos partos normales sin consecuencias en el puerperio.

*Enfermedad actual:* Hace dos meses, en la época menstrual sintió dolores en el vientre y con especialidad, en ambas fosas ilíacas, que se acompañaron de náuseas, constipación y fiebre. El médico llamado instituyó un tratamiento que calmó los síntomas y la enferma se levantó a los 20 días. Desde entonces continúa su constipación y tiene una molestia dolorosa en el hipogastrio.

En tales condiciones, ingresa al servicio presentando el siguiente:

*Estado actual:* Mujer en buen estado general; regular panículo adiposo; vientre algo deprimido, doloroso a la palpación profunda, especialmente en el flanco y fosa ilíaca derechos, notándose gorgoteo y un como empastamiento profundo. Vulva de múltipara; vagina amplia, con algo de prolapso de su pared anterior en los actos de esfuerzo, cuello de útero muy próximo a la vulva, duro, de tamaño regular, de orificio transversal que mira hacia abajo.

El cuello del útero, tiene una dirección hacia abajo y atrás, el fondo parece tocarse a dos traveses de dedo por encima del pubis, en lateroposición derecha, móvil y algo doloroso a la palpación.

Fondos de saco vaginales laterales: libres. El posterior está ocupado por un tumor del tamaño de una mandarina, muy doloroso a la palpación, algo renitente y como adosado a la cara posterior del útero a la altura del istmo; semeja al cuerpo del útero en retroflexión. Este tumor se moviliza junto con el cuello, a la palpación combinada, sin alcanzar a tomar una posición de reducción.

Al especulum, se nota la mucosa vaginal de coloración rosada; el cuello en la posición antes descripta, con su mucosa rojo intensa algo ectropiada; el orificio cerrado. Histerometría 7 cent.

*Descripción de la operación:* (Ago-28). Aneste-

sia clorofórnica. Laparotomía media subumbilical, de 12 cent. de largo, posición horizontal. Anexos derechos prolapsados y adheridos al tumor del lado opuesto caído en el Douglas; se los desprende. La trompa, se presenta normal, con sus franjas conservadas y un hidatide transparente, pediculado, implantado en el borde libre de su porción ampular. El ovario grande, presenta un quiste serosanguinolento en su polo tubario, del tamaño de una avellana; se abre durante la maniobra de decorticación. Se estirpan ambos órganos por el procedimiento de L. Tait: ligadura de los pedículos con catgut.

Anexos izquierdos prolapsados y adheridos a la cara posterior del útero; se desprenden y al examen se ven constituídos por un ovario pequeño escleroso y un tumor quístico sanguíneo, del volumen de un huevo de gallina, desarrollado en la porción externa de la trompa, con torsión del órgano y su pedículo; se extirpa trompa y quiste sanguíneo y déjase el ovario. Pedículos con catgut. Cierre por planos de la pared, sin drenaje.

Cicatrización por primera.

*Observaciones posteriores:* (Septiembre 18). Útero en buena posición, algo fijo. Fondo de saco vaginal izquierdo, algo doloroso. Los demás fondos de saco libres. Sale de alta. *Enero 23 de 1914:* Nos manifiesta tener una laxitud, que la incapacita para todo trabajo;

dolores en la fosa ilíaca izquierda y sensación de peso a nivel de la vulva. Regla normalmente.

Al exámen se encuentra el útero grande y en retroposición; ovario izquierdo grande y fijo; riñón derecho móvil.

*Exámen anatómico patológico de las piezas:* Trompa derecha, normal, sinuosa con conservación de las franjas. En la porción ampular, sobre su borde libre existe un quiste seroso de paredes delgadas, pediculado; ovario derecho grande, de forma irregular, con un orificio en su polo tubario, cerca del borde libre, en comunicación con una cavidad. Incindido en su parte media, se presenta jugoso de coloración blanca, con algunos quistes foliculares en su superficie, un cuerpo amarillo en regresión en su polo uterino y un enorme cuerpo amarillo en su polo tubario, en relación con una amplia cavidad, cuyo contenido ha desaparecido.

Trompa izquierda moniliforme, delgada y sinuosa en su porción interna; quística en su porción externa. Ambas porciones se encuentran reunidas por un pedículo constituido por el mesosalpín con varias vueltas de torsión en el punto de unión de ambos. El quiste tubario de forma esferoidal, de volumen de un huevo de gallina, de paredes tensas y de una coloración parda, presenta en su superficie restos de franjas tubáricas, aglutinadas, atróficas.

## OBSERVACIÓN IV

M. B. de B. — Italiana, 25 años, casada.

*Fecha de entrada:* Octubre 14 de 1913.

*Diagnóstico:* Inundación peritoneal por ruptura de un embarazo ectópico tubario yuxta-istmico izquierdo.

*Tratamiento:* Ooforosalingectomía bilateral.

El médico que la acompaña al servicio nos suministra los siguientes datos:

Hace diez días regló la enferma, con menos dolores y en menos cantidad que habitualmente.

Hace dos días, se siente súbitamente atacada de dolores en el vientre, mareos, imperiosa necesidad de orinar sin conseguir hacerlo espontáneamente, sudores profusos, hipo y náuseas. El mismo día, unas horas después es llamado el médico y comprueba: piel pálida y sudorosa; vientre meteorizado y doloroso; defensa muscular en la fosa ilíaca izquierda; ha habido lipotimias y vómitos.

Comprueba un hematocele que ocupa el Douglas y fondos de saco laterales; indica el tratamiento apropiado.

Al siguiente día el tumor ha crecido en proporciones considerables; estado sincopal, sed, sudores, lipotimia repetidas, meteorismo y retención de orina. Por

la tarde se añade a los síntomas anteriores la frecuencia y pequeñez del pulso.

A la mañana siguiente, los síntomas se han acentuado; se le aconseja una intervención de urgencia, para lo que se la trae a este servicio, previa una inyección endovenosa de suero fisiológico, 1.000 grs.; aceite alcanforado, cognac, etc.

*Estado actual:* Mujer bien constituída con pániculo adiposo escaso, anemia profunda, vientre elevado en toda su mitad inferior, de una manera regular, doloroso a la presión; defensa muscular, sonoridad timpánica a la percusión y submatitez al aproximarse al pubis.

Se interviene de urgencia (Octubre 14). Anestesia clorofórmica. Laparatomía media infraumbical. Pániculo adiposo escaso y exangue. Incindido el peritoneo, aparecen asas intestinales dilatadas y sangre líquida y coagulada que llena toda la excavación y cuarto inferior de la cavidad abdominal. Se extraen los coágulos. Posición de Trendelenburg. Utero voluminoso, reclinado hacia la izquierda. Trompa derecha normalmente implantada; tiene a su alrededor algunos exudados organizados que la unen al ovario, el que se presenta pequeño.

El anexo izquierdo se implanta sobre el borde del útero, entre el fondo y el istmo, más cerca de este último. Existe en la parte media de la trompa, una pequeña dilatación con un orificio en su cara anterior, ocupado parcialmente por un coágulo erútrico negruz-

co. Corre entre éste y la pared del saco, sangre roja.

El ovario, de tamaño casi normal, presenta en su polo externo, cerca del borde libre, una dilatación quística.

Se extirpan ambos anexos, se ligan los pedículos se peritoniza.

Se termina la extracción de sangre; ciérrase la pared por planos, previo drenaje de gasa.

La enferma fallece con síntomas de Shock a las 7 p. m.

En el ovario izquierdo se encuentra en su polo externo, un cuerpo amarillo reciente, del tamaño de una guinda.

## OBSERVACIÓN V

H. P. — Argentina, 28 años, casada.

*Fecha de entrada:* Diciembre 13 de 1913.

*Fecha de salida:* Enero 11 de 1914.

*Diagnóstico:* Hematocele enquistado, por ruptura de embarazo ectópico tubario, ampular, derecho, Salpingooforitis izquierda. Periapendicitis. Pequeño onfalocele.

*Tratamiento:* Ooforosalingectomía bilateral. Onfalectomía.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Primera menstruación a los 13 años; después reglas indoloras y regulares en cantidad y duración.

Vida sexual a los 16 años; dos partos normales sin consecuencia en el puerperio.

Hace un año notó que sus reglas se hacían dolorosas y duraban más que lo acostumbrado: Ingresó al Hospital Rivadavia, donde se le hizo un raspado, quedando bien.

*Enfermedad actual:* Hace cinco meses que en la época de las reglas, perdía solo algunas gotas de sangre. Hace dos meses, estando acostada, y previos algunos dolores difusos en el vientre, sintió una fuerte puntada que le hizo perder el conocimiento.

Llamó médico y le indicó tratamiento que la mejoró.

Tuvo vómitos abundantes y constipación, apirexia. Hace quince días empezó a perder sangre en pequeña cantidad, expulsando algunas membranas; los dolores han desaparecido. La enferma nota un pequeño tumor en el lado izquierdo del vientre; ha enflaquecido; la hernia umbilical data de la noche del ataque.

*Estado actual:* (Diciembre 16). Mujer bien desarrollada; piel y mucosas pálidas; mamas algo atrofiadas, indoloras, con tubérculos de Montgomery algo marcados.

Vientre deprimido en el epigastrio y globuloso en su parte inferior, a partir del ombligo, que tiene un pequeño onfalocele.

Piel resquebrada; línea parda infraumbilical desviada a la derecha.

A la palpación se nota un tumor en el hipogastrio, de consistencia dura y algo doloroso; se encuentra separado de la pared abdominal por algunas asas intestinales. Es de forma irregular en su límite superior, partiendo del lado izquierdo a nivel y próximo a la parte media de la arcada de Poupard.

Forma a este nivel una especie de lobulación, limitada por una entrada angular, que se encuentra en la parte media de una línea que une el ombligo a la parte media de la arcada. Esta entrada es muy dolorosa a la palpación.

A partir de ella y hacia arriba, se nota otra lobulación, perteneciente al mismo tumor, pero de superficie más lisa y de forma esférica casi regular.

El límite externo de esta última lobulación se encuentra inmediato al ombligo, a la izquierda y un poco hacia abajo, donde se nota otra entrada que continúa después con otra lobulación que ocupa todo el lado derecho del hipogastrio y es la más grande, llegando su límite superior a la altura del ombligo y su límite externo desciende oblicuamente hasta perderse en la fosa, próximo a la espina ilíaca anteroinferior.

Por la parte inferior, este tumor se pierde detrás del pubis. La superficie es dura y rugosa; goza de muy poca movilidad y es muy doloroso. La percusión da sonoridad intestinal normal, salvo en la parte media y a dos traveses por encima del pubis que es donde comienza la matitez. A la auscultación se oye el gorgoteo intestinal. El tumor no excursiona con los movimientos respiratorios.

Vulva de múltipara, algo entreabierta, con un pequeño cistocele y algo de rectocele, formando la mucosa de la pared vaginal posterior un repliegue transversal.

Vagina amplia; a unos dos traveses de la vulva se toca un tumor en la línea media, globuloso, de forma esférica, algo renitente, que ocupa toda la excavación, perdiéndose hacia la derecha en el fondo de saco vaginal, que está algo borrado; hacia atrás se dirige

hacia la excavación sacra donde los dedos se pueden insinuar algo más profundamente; hacia la izquierda, también se pone en contacto, pero no tan íntimamente, con las paredes de la excavación.

Hacia la izquierda de este tumor y como escondido dentro de la rama descendente del pubis se toca el cuello del útero que está adaptado al tumor descripto; presenta su orificio transversal en dirección oblicua; tendiendo a la vertical y entreabierto.

A la palpación combinada, los movimientos imprimidos al tumor por la pared abdominal, se transmiten a la vagina; siendo más nítidos y más dolorosos en el lado izquierdo.

Al espéculo, cuello de útero rechazado a la izquierda, con labios flácidos; la mucosa vaginal forma grandes pliegues.

Después del examen fluye por la vagina líquido sanguinolento.

Histerometría 9  $1\frac{1}{2}$  centímetros, en anteposición y latero-versión izquierda.

*Descripción de la operación:* Anestesia clorofórmica. Posición horizontal. Laparatomía media infra-umbilical.

Incindida la pared, aparece un gran tumor de coloración rojo-obscura, que ocupa toda la mitad posterior derecha de la pelvis, el espacio recto-uterino, y porción más interna de la mitad posterior izquierda.

Por su posición, forma y volumen, ha rechazado el

cuerpo del útero hacia adelante, arriba y a la izquierda, habiendo reducido al *mínimum* el diámetro antero-posterior en casi toda la mitad anterior de la excavación pelviana. Por la misma causa la vejiga se encuentra en posición alta, lo que impidió la incisión del peritoneo anterior hasta cerca del pubis.

El quiste sanguíneo, de superficie convexa, irregular, llega superiormente hasta cerca del ombligo. Su pared anterior, está constituida por ambos ligamentos anchos con sus anexos y cara posterior del útero.

Inferiormente el piso pelviano. Atrás las paredes pelvianas y cara anterior del recto. Por arriba, lo cubren gruesos exudados, ciego, apéndice, con sus mesos y más hacia la izquierda, el colon pelviano y la hoja postero-inferior de su mesenterio.

El tumor es duro, elástico y fijo. Se desprende fácilmente el ciego; con más dificultad el apéndice rodeado de abundantes exudados, y colon pelviano, después de lo cual queda abierto el saco sanguíneo, del que se extrae poca sangre líquida, espesa, rojo-oscuro y un gran coágulo, duro fibrinocrúrico, friable, del volumen de dos puños, muy alterado en su estructura y coloración.

Quedan movilizados los anexos derechos y el útero.

Más profundamente, sobre el piso pelviano, a la derecha, se extraen coágulos cruóricos negros, restos de placenta y un feto bien conformado de coloración rojo-oscuro de unos doce centímetros.

La trompa derecha desgarrada en gran extensión, con una amplia cavidad que encierra coágulos y restos placentarios; se la extirpa conjuntamente con el ovario y restos de los exudados que formaban la pared del saco sanguíneo. El ovario tenía un voluminoso cuerpo amarillo, en regresión quística, en su polo superior.

Se extirpan los anexos izquierdos, llenos de exudados. El ovario escleroquístico y la trompa, corta, sinuosa, de paredes gruesas, obliterada y sin vestigios de franjas en su pabellón.

Se termina limpiando prolijamente la excavación, cerrando por planos la pared, previo drenaje.

Este se retira tres días después y sin ninguna complicación cerró la herida por primera.





Buenos Aires, Marzo 26 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Enrique Zárate, al profesor titular doctor Miguel Z. O'Farrell y al profesor suplente doctor Jaime Salvador para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

LUIS GÜEMES  
*J. A. Gabaston*  
Secretario

## PROPOSICIONES ACCESORIAS

### I

¿Qué se entiende por embarazo angular?

E. ZÁRATE

### II

Diagnóstico entre embarazo angular y extrauterino.

M. Z. O'FARRELL

### III

El signo de Hégar en el embarazo angular.

J. SALVADOR



Buenos Aires, Abril 6 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2158 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

LUIS GÜEMES  
*J. A. Gabastou*  
Secretario

30031





