



Nº 2790

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Consideraciones, a propósito de un caso de

Embarazo tubario a término

TESIS

presentada para optar el título de Doctor en Medicina

POR

Ernesto L. Pinto

EX-PRACTICANTE EXTERNO E INTERNO DEL HOSPITAL RAWSON

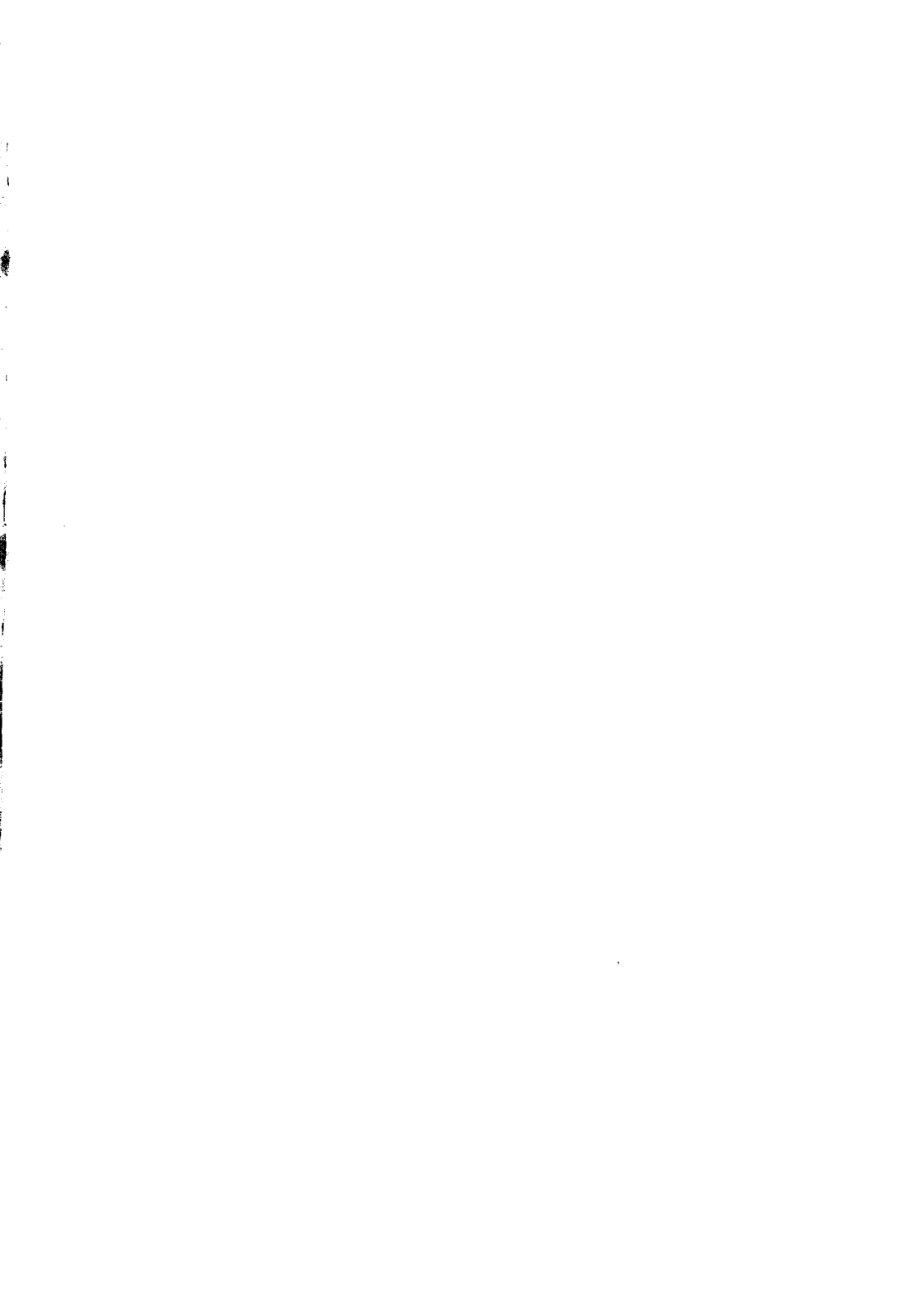


BUENOS AIRES

1914

M. B. 38/10





UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Consideraciones, a propósito de un caso de

Embarazo tubario a término

TESIS

presentada para optar el título de Doctor en Medicina

POR

Ernesto H. Pinto

EX-PRACTICANTE EXTERNO E INTERNO DEL HOSPITAL RAWSON

BUENOS AIRES
1914



Handwritten notes:
1914
1914

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

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

Secretarios

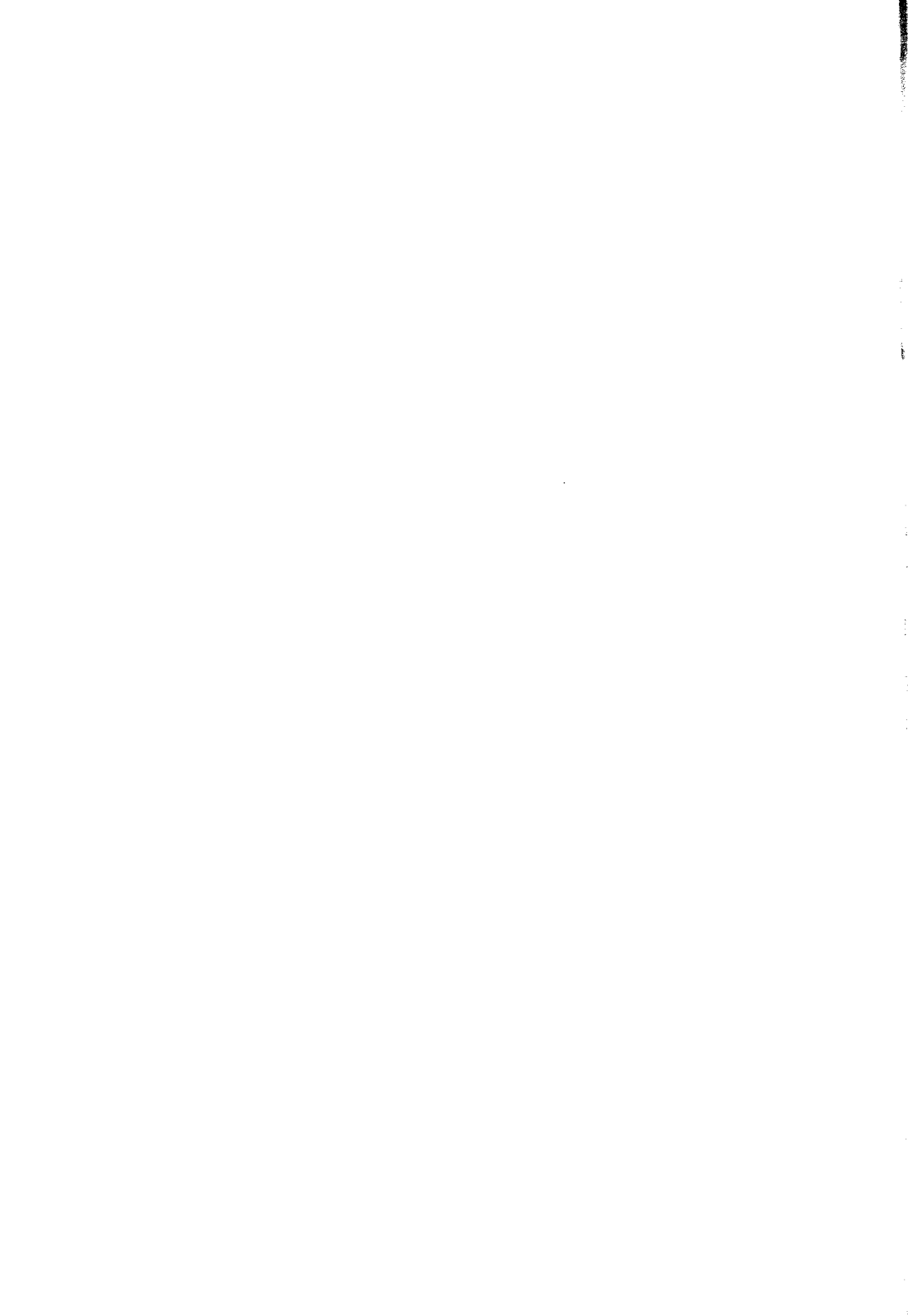
DR. D. DANIEL J. CRANWELL
> > MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLINTO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO VIDAL



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

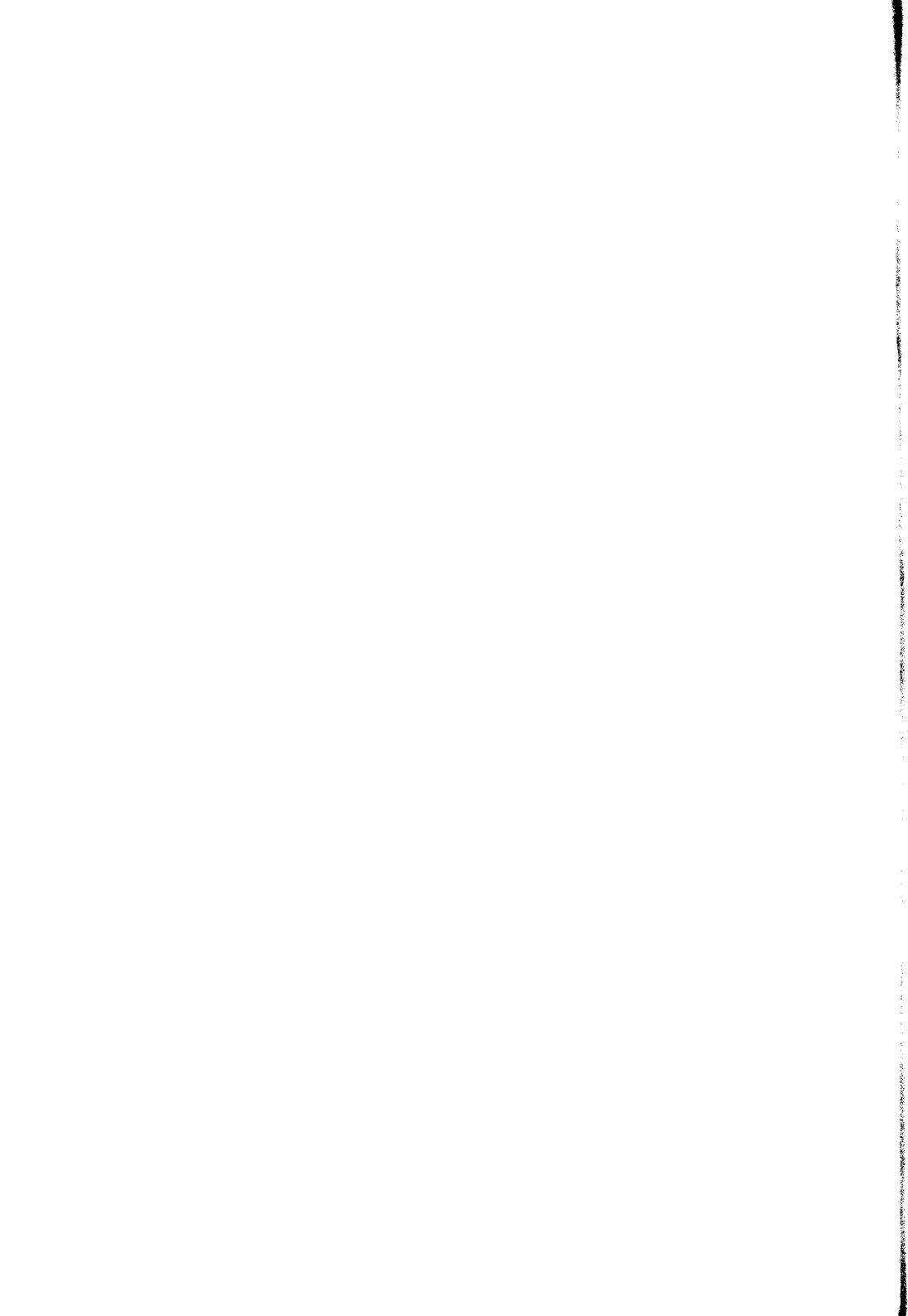
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- > > FRANCISCO SICARDI
- > > TELÉMACO SUSINI
- > > NICASIO ETCHEPAREBORDA
- > > EDUARDO OBEJERO
- > > LUIS GÜEMES
- > > ENRIQUE BAZTERRICA
- > > J. A. BORRI (Suplente)
- > > ENRIQUE ZÁRATE
- > > PEDRO LACAVERA
- > > ELISEO CANTÓN
- > > ANGEL M. CENTENO
- > > DOMINGO CABRED
- > > MARCIAL V. QUIROGA
- > > JOSÉ ARCE
- > > ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)

> > JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

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



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- > JOSE T. BACA
- > JUVENCIO Z. ARCE
- > P. N. ARATA
- > F. DE VEIGA
- > ELISEO CANTÓN
- > J. M. RAMOS MEJÍA



PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos Extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACKMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
	» JOSÉ T. BORDA
Clinica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clinica Oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignatura	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía Descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Soulogía Médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	» FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología.....	» MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	» ROBERTO SOLE
Materia médica y Terapéutica.....	» CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa.....	» JOSÉ MORENO
» Dermato-sifilográfica.....	» PEDRO CHUTRO
» Genito-urinaria.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica.....	» NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	» PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	» BERNARDINO MARAINI
» Oto-rino-laringológica.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» Quirúrgica.....	» FERNANDO R. TORRES
Clinica Médica.....	» PEDRO LABAQUI
Clinica Pediátrica.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE B. DEMARIA
Clinica Obstétrica.....	» ADOLFO NOCETI
Medicina Legal.....	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SCSSINI
	» 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. TRONGE
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JOAQUIN V. GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

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

Asignatura	Catedrático Extraordinario
Farmacognosia.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. PASCUAL CORTI > RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas.....	
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química analítica.....	> JUAN A. SANCHEZ
Química inorgánica.....	DR. ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. MIGUEL Z. O'FARRELL » FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASSINI
Partodistócico y Clínica Obstétrica.....	

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

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

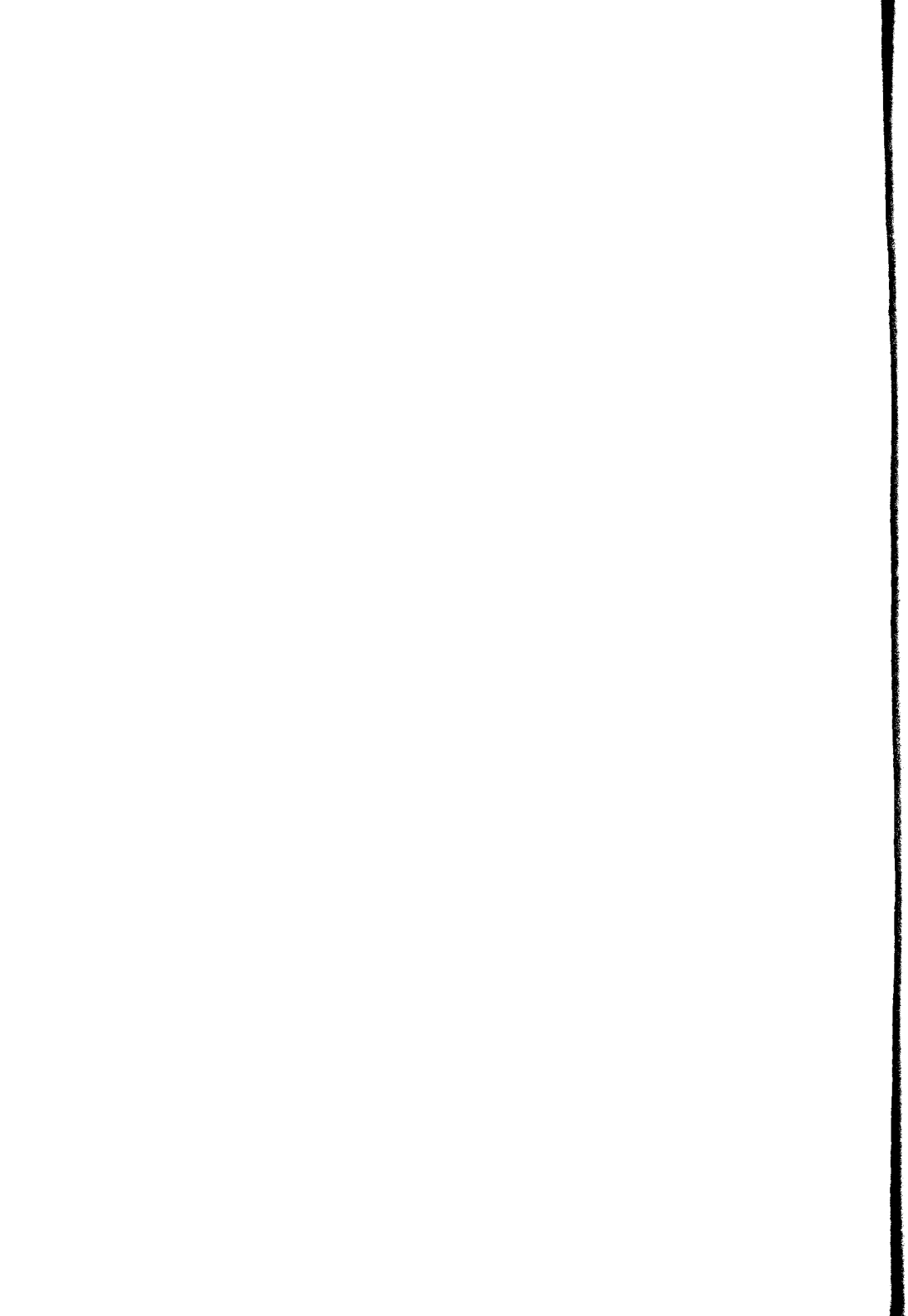
Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

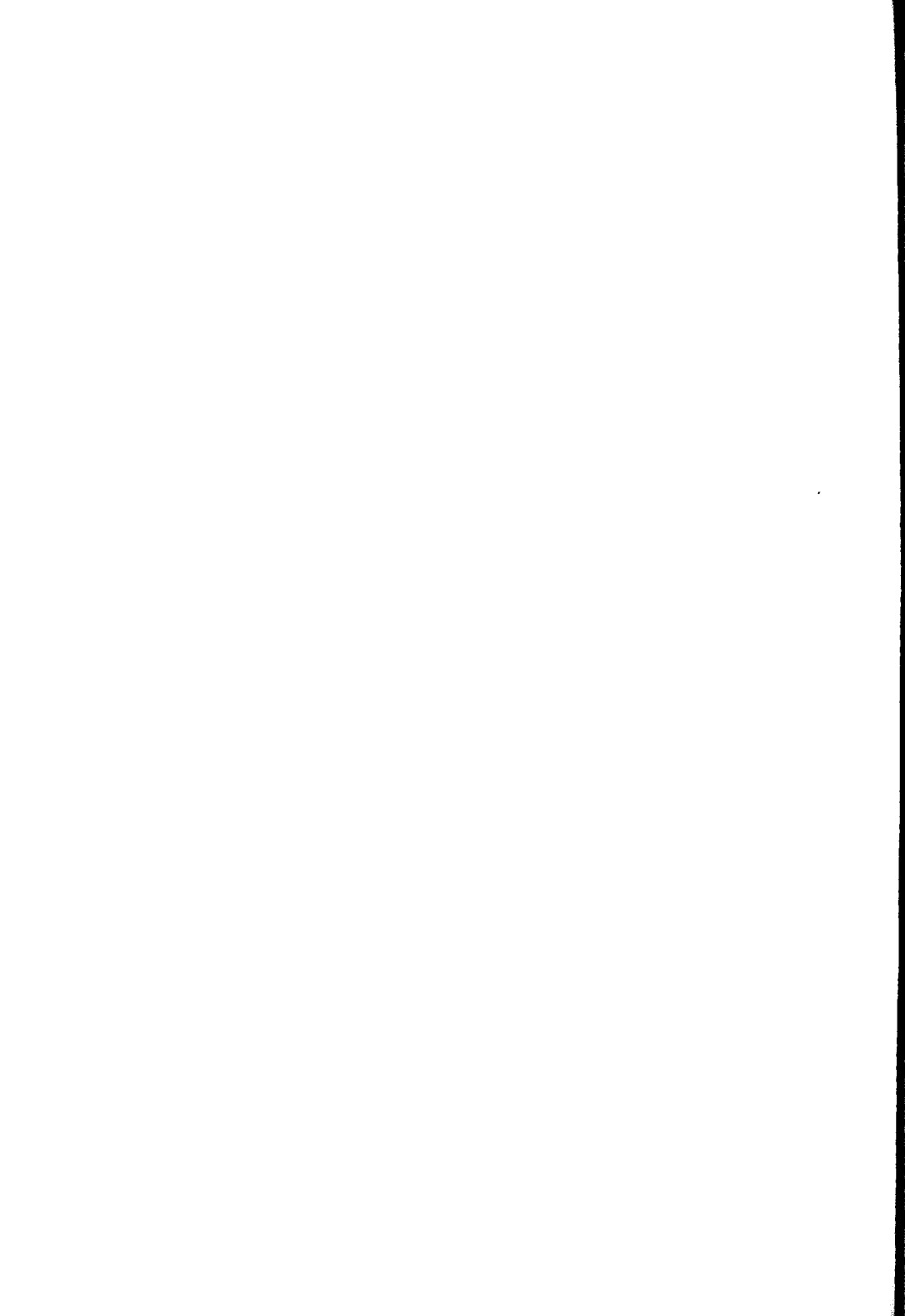
PADRINO DE TESIS:

DOCTOR MARTIN REIBEL

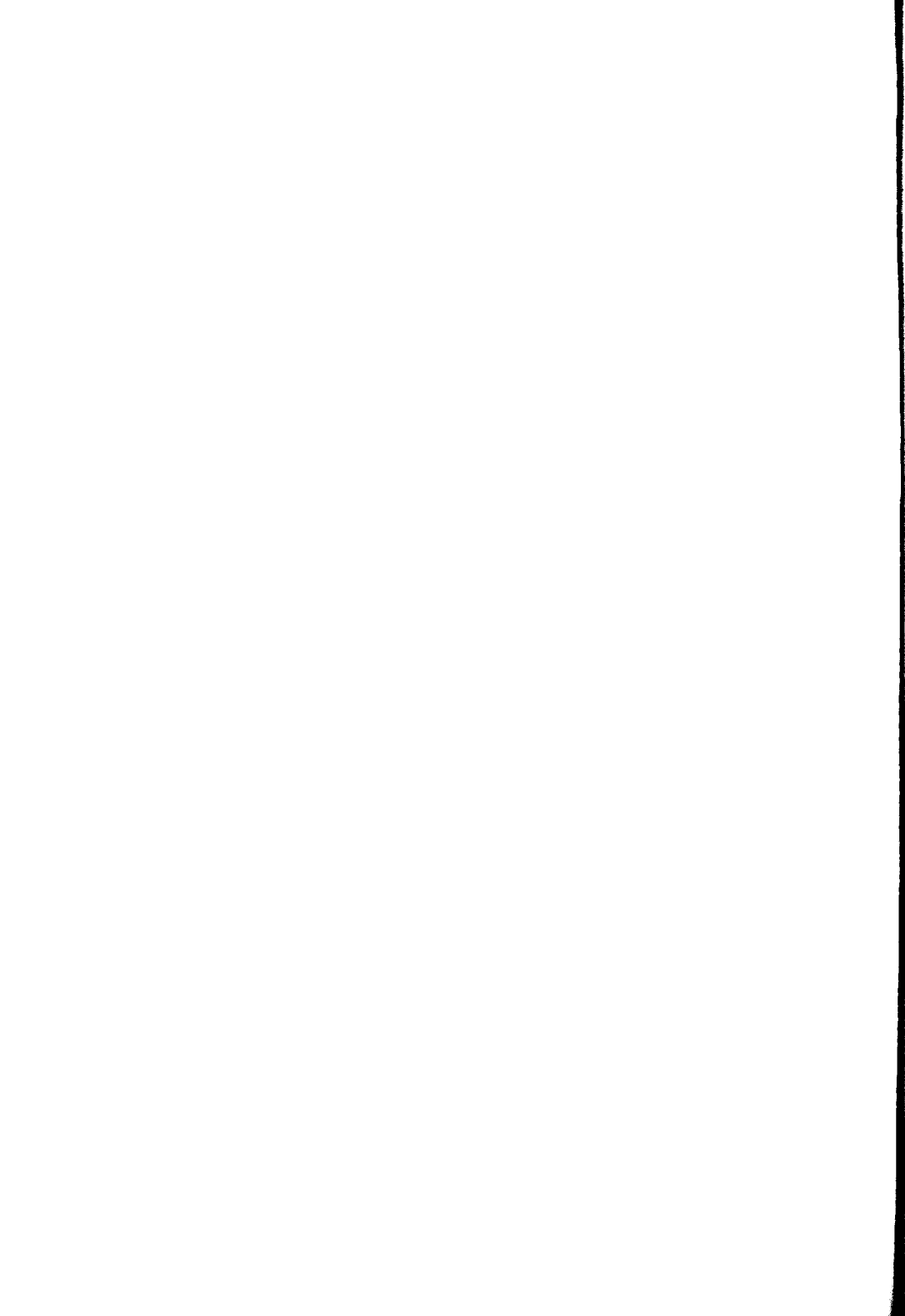
Jefe del servicio de Ginecología del Hospital Rawson



A MIS PADRES



A MI HERMANA

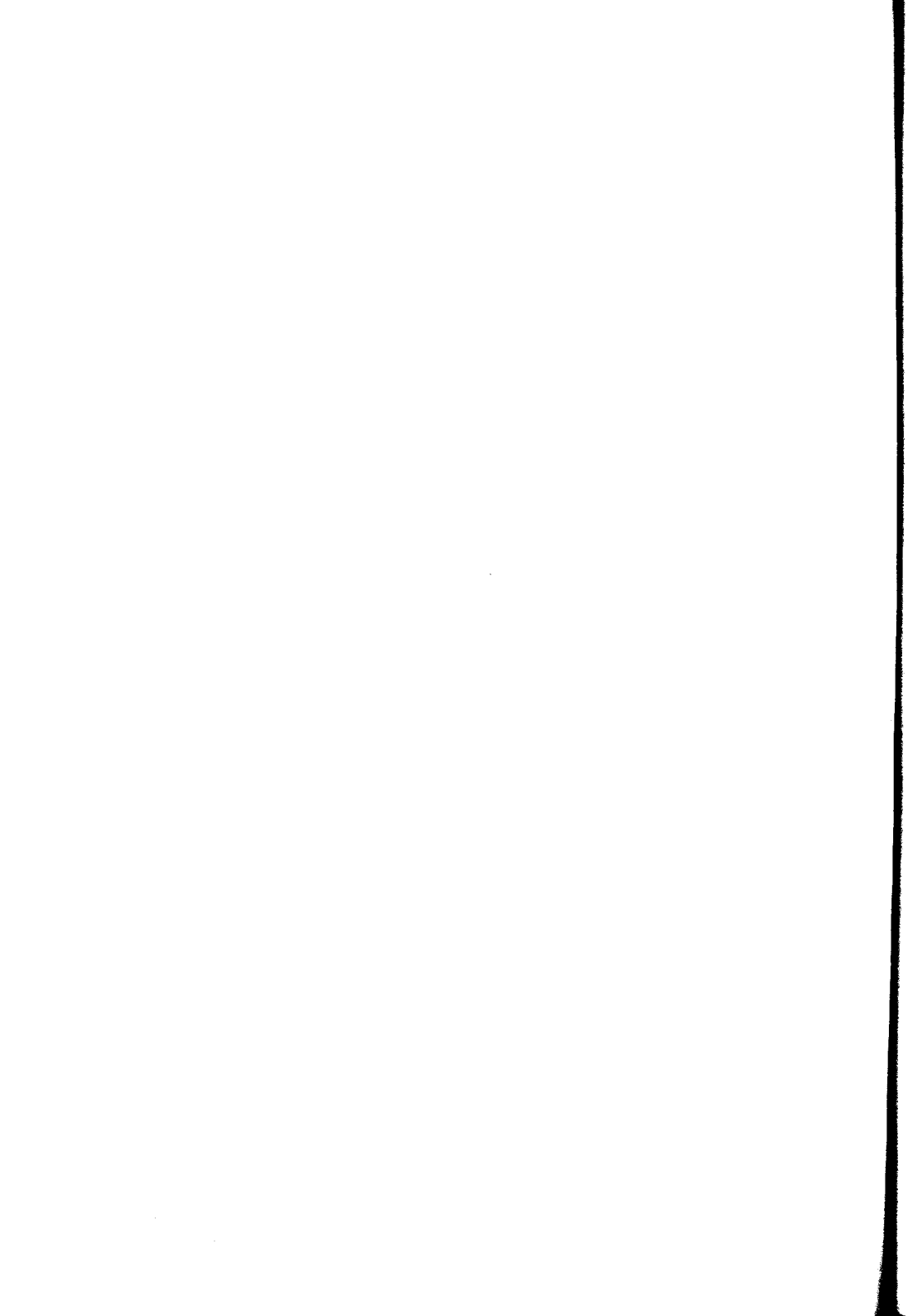


A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS

A MIS ABUELITAS MERCEDES Y FIDELA



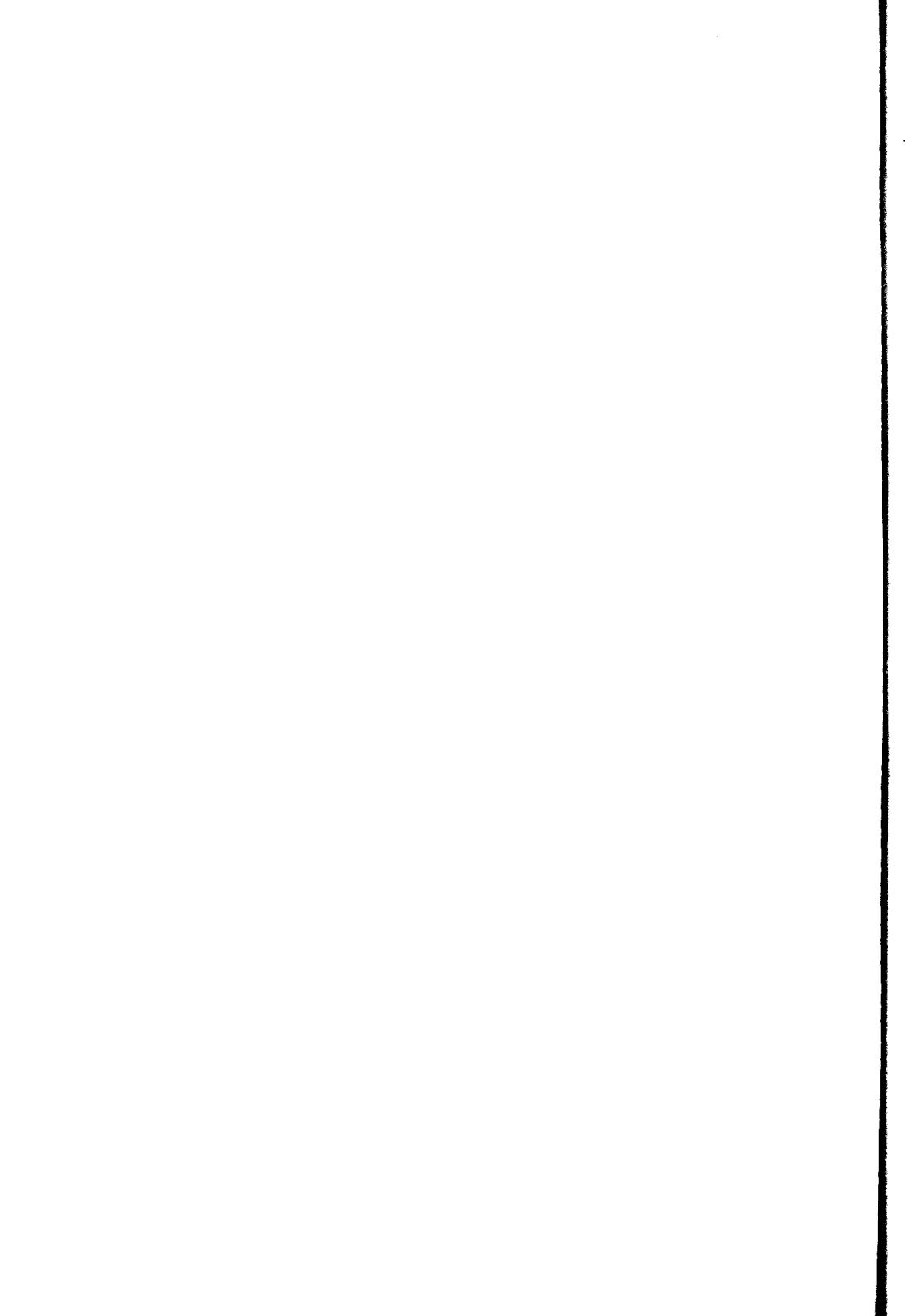
A LOS MIOS Y A MIS AMIGOS



AL DOCTOR PEDRO ESCUDERO

Profesor suplente de clínica médica

Jefe de la sala IIIª del Hospital Rawson



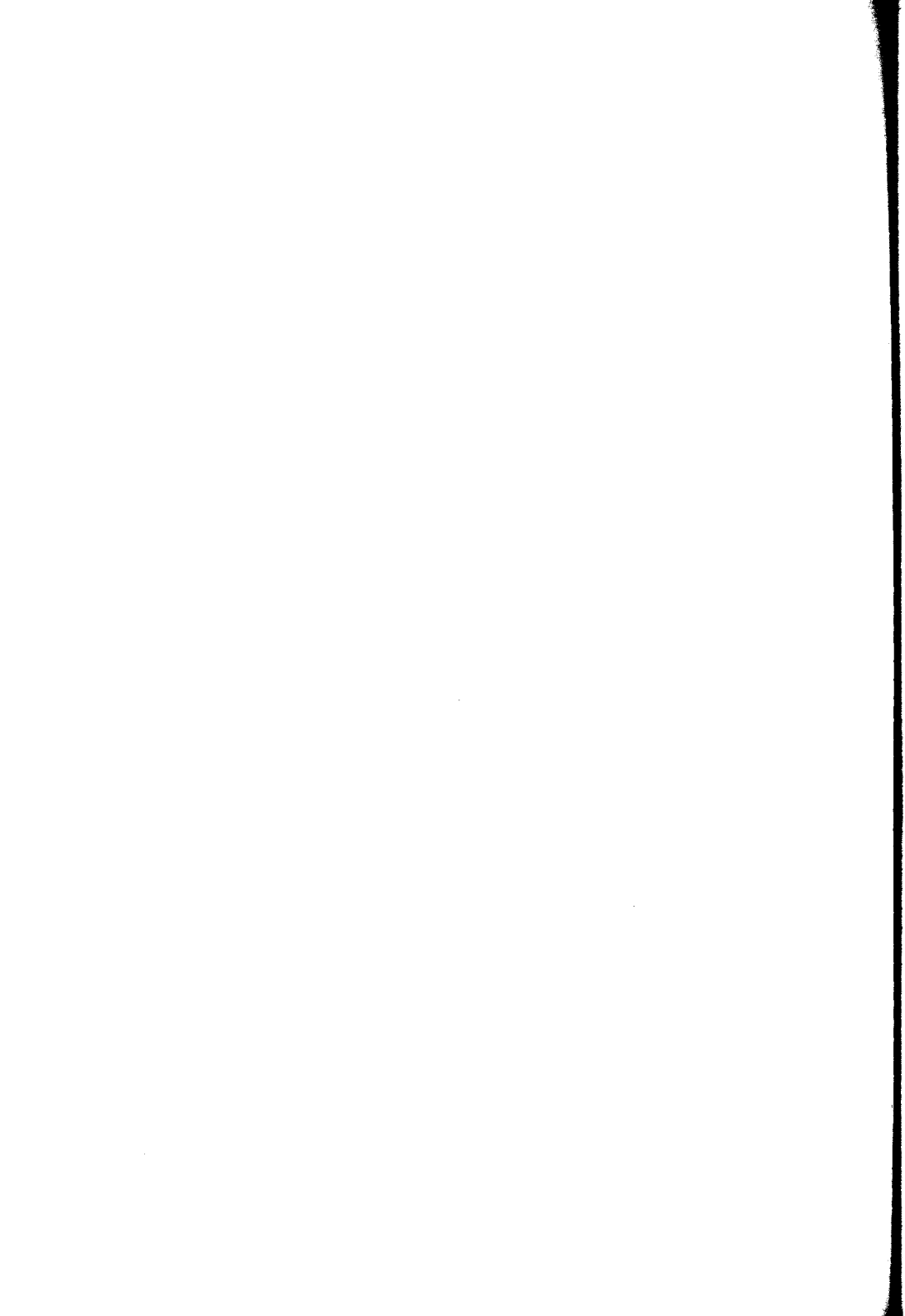
AL GENERAL INGENIERO LUIS J. DELLEPIANE



AL DOCTOR JOSÉ B. CEREIJO

y

A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO



PRÓLOGO

El embarazo extra uterino es una enfermedad muy antigua, bastante bien estudiada, pero con la que se cometen a menudo errores de diagnóstico.

Los embarazos tubarios a término son sumamente raros; he creído poder aprovechar la enseñanza que dió el caso que voy a considerar, tanto clínica como quirúrgicamente.

Antes de entrar en el asunto, quiero como un deber de gratitud hacia todos los que han labrado honestamente mi modesta preparación científica, hacer constar mi agradecimiento.

Al Dr. Martín Reibel, mi maestro, mi querido amigo, quién puede contar con mi sinceras gratitudes. Me hace el honor de acompañarme como padrino en éste acto.

Al Profesor Dr. Pedro Escudero, a quién debo mucha enseñanza, buenos consejos y múltiples atenciones mi leal agradecimiento.

A los Doctores Maraini, Delfino, Ferrari, Finochietto, Marugo, Comolli, Bardi, Anselmo, Ulrich, Barraza, mil gracias por sus numerosas atenciones, así como a los demás médicos del Hospital Rawson.

Al Dr. Santos Vivot, a cuya deferencia debo, el poder

aprovechar en adelante su experiencia científica, en la sala VI del Hospital Rawson, mi más sincero reconocimiento.

A mis compañeros de internado, con el Dr. José B. Cereijo a la cabeza, — mi querido compañero y amigo quienes pueden contar con mi amistad incorruptible y sincera; no olvidaré nunca esa vida de hermandad y de mútuo estímulo, pasada en los últimos años de mi carrera.

HISTORIA CLÍNICA

HOSPITAL RAWSON

SALA XII

Servicio del Dr. Martín Reibel

Fecha de entrada: Noviembre 20 de 1913

Embarazo tubario a término.—Retención del feto durante cinco años

Catalina Sánchez, 36 años, argentina, casada. Los antecedentes hereditarios y los personales no tienen mayor importancia; ha sido en general sana.

Menstruó por primera vez a los 18 años: sus reglas han sido siempre sin dolor, y han durado de 4 a 5 días. Ha tenido 4 hijos sanos, que viven, partos normales; nunca ha tenido flujo.

Su enfermedad actual.—Hace cinco años, después de dos meses de falta de reglas, siente repentinamente un dolor no muy intenso, en el lado derecho del bajo

vientre, y tiene una metrorragia poco abundante; como sus dolores continúan, (a su decir en forma paroxística) y siente mareos y decaimiento general, se decide a ingresar al Hospital Rawson, Sala XII, cama 6. Se diagnostica embarazo extra uterino; se hace tratamiento conservador, pues el estado general era muy bueno. La enferma se resiste a dejarse operar, se la da de alta a su pedido (alegando estar normalmente embarazada).

A los pocos días de haber salido del Hospital, siente movimientos activos por primera vez, se renuevan los dolores que, de la región lumbar, irradian hacia ambas regiones inguinales, estos dolores se hacen insoportables en ciertos momentos.

Su vientre aumenta de tamaño paulatinamente, sin que la enferma haya notado molestias que puedan hacer cambiar su opinión, de que se trata de un embarazo normal; hasta que a los nueve meses, más ó menos, de la primera falta de reglas, siente dolores, que al principio eran exactamente iguales a los de parto; mas tarde los dolores se irradian a los miembros y se generalizan, haciéndose irresistibles; en entonces que la enferma acude a una partera, quién le dice « que el parto se iba a producir, y que se presenta bien ». Por prescripción médica toma láudano, cesan los dolores y el parto no se produce.

Continúa la enferma en buen estado, sintiendo so-

lamente, ligeros dolores en la región umbilicál y una sensación de peso en el bajo vientre. Hago notar que durante el embarazo, la enferma ha padecido de una constipación pertinaz, que solo se corregía con enemas diarias, no acusando, por otra parte, fenómenos dignos de mención en su vejiga. A los 18 días de este episodio, que no ha sido otra cosa que el falso parto, la enferma regla por primera vez después de nueve meses; esta menstruación sobreviene sin dolores y dura 5 días; sangre abundante.

A continuación, se siente en tan buen estado la paciente, que llega a dudar de su embarazo, y todo su mal, desde entonces hasta la nueva fecha de su ingreso al servicio, se reduce, a una vaga sensación de peso en el bajo vientre y algunos dolores difusos: « continúa la constipación ».

Solo hace tres meses sufre dolores a la micción y repentinamente retención de orina; retención que no puede vencer sinó haciendo evacuar su vejiga con un sondaje.

Ingresa por segunda vez al servicio el 20 de Noviembre de 1913, más ó menos cinco años después de su primera entrada.

Examen físico.— Vientre abultado, liso, con predominancia ligera hacia el lado derecho, uniforme,

A la palpación se nota un tumor mediano, que se limita por arriba a dos traveses de dedo por encima del ombligo, se continúa a las fosas iliacas especialmente a la derecha, donde llega a la cresta iliaca.

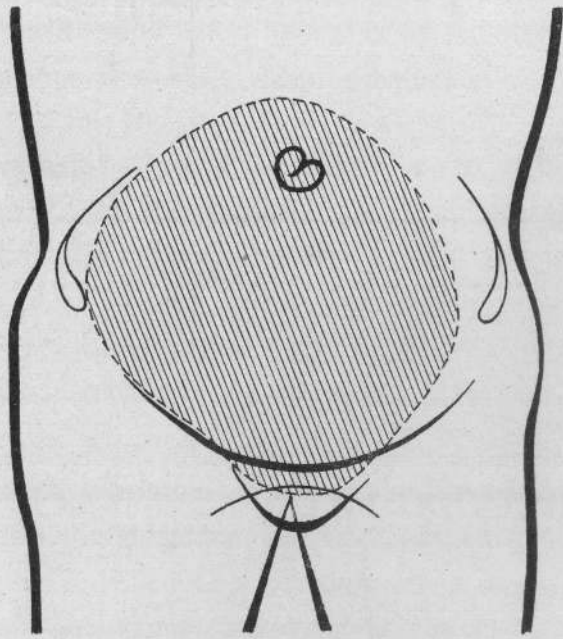
Su consistencia es uniformemente dura, pétreo, superficie bastante lisa, *muy ligeras* abolladuras; no es movable ni doloroso. Véase figura.

Examen genital: La vulva no presenta más que unos pequeños pólipos en la carúncula uretral.

Vagina-Fondos de saco.— Posterior abultado, hace proeminencia en la vagina; se nota al tacto un tumor duro, redondeado, liso, no desplazable, ni doloroso, que está fuertemente aplicado a la columna vertebral; lateral derecho, se presenta ligeramente proeminente, resistente, no doloroso, ocupado por la continuidad del tumor palpado en el posterior; lateral izquierdo, no doloroso, al tacto profundo se palpa el tumor anterior: se palpa el cuerpo del útero en anteflexión forzada y desviado lateralmente hacia la izquierda.

No se nota crepitación ósea; la histerometría asevera la posición del útero y da 9 centímetros.

Se diagnostica tumor de origen genital enclavado en la pelvis y se decide intervenir.



Proyección del sitio ocupado por el tumor.



CONSIDERACIONES

Basta la lectura de la historia clínica de la enferma, para darse cuenta de que se trata de un caso interesantísimo por muchos conceptos. Por su evolución, y por tratarse de un embarazo tubario a término, cosa muy poco frecuente, máxime cuando el feto ha sido retenido durante cinco años, sin supuración ni calcificación de los elementos, que pueda ser digna de apreciación, dado el tiempo que ha sido retenido en la trompa.

Interesante también, por otra parte, pues hay quien sostiene en el país todavía, la imposibilidad de que un embarazo tubario llegue a término; el caso es probante: no solo el embarazo a llegado a término sinó que ha sido mantenido en la trompa hipertrófica durante cinco años.

Estando los autores en general, de acuerdo, en aceptar, que la cópula del elemento macho y del óvulo,

ocurre en las trompas, y que, el óvulo fecundado emigra luego hacia la cavidad uterina, ayudado por el impulso que recibe de las pestañas vibrátiles del epitelio tubario, es fácil comprender que un obstáculo cualquiera que el óvulo fecundado encuentre en su emigración, le haga permanecer en la trompa y continuar allí su desarrollo, ya que encuentra una mucosa que por su origen embriológico y su construcción es semejante a la uterina.

Ahora bien. ¿Cómo llegan el espermatozoide y el óvulo a unirse en la trompa, por qué medios y que recorrido probable? Es lo que voy a tratar de explicar, consultando para ello las más modernas teorías y experiencias y aceptar también, las más lógicas a mi criterio.

El espermatozoide.— Ya los antiguos creían que el semen penetraba a la cavidad uterina por una especie de aspiración ejercida por el útero. Haller, Gunther, Bischoff, aceptan también esta manera de pensar y Pouchet la considera única causa, explicando el fenómeno de la siguiente manera: Un espasmo violento y súbito, sobreviene en el momento del coito, espasmo que expulsa el mucus contenido en las trompas; luego cuando el espasmo cesa; al volver a su estado primitivo, estas, ejercen una especie de aspiración que atrae

el espermatozoide hacia ellas. Veamos: las mujeres no experimentan ninguna sensación que revela el espasmo citado por Pouchet; por otra parte se conocen casos, de mujeres fecundadas en estado hipnótico o de embriaguez, donde no es posible concebir espasmos.

Henle ha sido el primero en pensar que el espermatozoide iba en busca del óvulo valido de sus propios medios. En efecto, el espermatozoide puede progresar gracias a los movimientos ciliares de su cola (a razón de 2 a 3 milímetros por minuto — experimentalmente) movimientos de lateralidad y de rotación a 90° sobre su eje.

Además se hace intervenir una atracción ejercida mutuamente por los dos elementos, una especie de quimiotrofismo positivo, el tactismo.

La capilaridad, los movimientos ciliares de las células tubarias, han sido invocadas en favor de la progresión del espermatozoide; pero, son elementos que no pueden tomarse en cuenta, sinó como complementarios.

El óvulo.—El óvulo expulsado por el folículo de Graaf se dirige hacia el exterior. Muy diversas y encontradas son las teorías que quieren explicar el mecanismo por el cual el óvulo llega a la trompa.

Rouget pretende que el ligamento tubo ovárico,

muscular, puede llegar a poner el pabellón tubario en contacto con el ovario, favoreciendo así la caída del óvulo en la trompa; cosa poco probable, pues en esas condiciones el pabellón no recubre sinó parte del ovario.

Las experiencias de Pirmer son bastantes concluyentes, para que se pueda aceptar que el óvulo, es movido y transportado por las pestañas vibrátiles del epitelio peritoneal. El inyecta en la cavidad abdominal de un conejo, 40 ctm³ de suero fisiológico, que contiene en suspensión polvos de mina de plomo; al cabo de dos o tres horas encontraba en la vagina las pequeñas partículas.

Loete, depositaba en la cavidad abdominal de la coneja, huevos de ascárides lumbricoides, cuyo volumen es cercano al de los óvulos de la coneja. Al cabo de 10 días, varios habían penetrado a la cavidad uterina.

Es, pues, por las cilias del epitelio vibrátil del peritoneo pelviano, que el óvulo es transportado á la trompa.

Normalmente el óvulo de un lado, va a la trompa del mismo lado; pero, puede ocurrir que el óvulo del lado derecho, por ejemplo, emigre a la trompa izquierda, donde puede ser fecundado; es lo que se llama emigración anormal del óvulo, que ha sido dividida en emigración interna y emigración externa.

Emigración interna, cuando el óvulo de un lado emigrando a través de la trompa de su mismo lado pasa por la cavidad uterina para depositarse en la trompa del lado opuesto; y emigración externa, cuando el óvulo emigra hacia la trompa opuesta pero deslizándose por el peritoneo, a través de la cavidad abdominal. Esta forma es rara. Prueban la existencia de estas anomalías el caso de Rokitansky, de emigración externa y los de Schultze de emigración interna. En el primero se trata de una mujer que muere once días después del parto; el ovario izquierdo presenta un cuerpo amarillo del tamaño de una arveja, la trompa del mismo lado está atrofiada, envuelta en membranas de antigua formación; en el ovario del lado derecho no hay cuerpo amarillo alguno: luego el óvulo ha pasado a través del peritoneo, desde el ovario izquierdo a la trompa derecha.

Emigración interna.—Se trata de embarazos tubarios rotos, en los que los pabellones estaban obliterados; cuerpo amarillo en el ovario del lado opuesto— luego el óvulo había emigrado a través de la trompa de su lado y útero, para venir a fijarse en la trompa del lado opuesto.

Sitio en que se encuentran generalmente el espermatozoide y el óvulo.— Los antiguos creían que la fecundación se efectuaba en el útero, o en cualquier punto de aparato genital y luego el óvulo emigraba hacia la cavidad uterina.

Coste, en sus notables experiencias, en las aves y crustáceos, ha probado puede decirse, que la fecundación se efectúa en el ovario o muy cerca de él— muy posiblemente en la trompa

Ahora bien, ¿en que sitio se ha efectuado la fecundación en nuestro caso? Dificil es decirlo, aunque es lógico suponer que la cópula se ha efectuado en las proximidades del sitio de implantación del huevo; y que si ha emigrado hacia el útero ha sido detenido en el sitio de implantación por algún obstáculo insignificante, ya sea mucus o coágulo sanguíneo, de acuerdo con el pasado ginecológico irreprochable de nuestra enferma.

Son muchas las causas etiológicas de los embarazos tubarios. En la antigüedad se han invocado causas morales, que cito a título de curiosidad.

Hoy se considera solamente las causas mecánicas de origen tubario o de las vecindades.

La teoría de Webster pierde terreno cada día, y mucho más en nuestro caso donde se trata de una multipara.

Como causas de vecindad, se citan las inflamaciones del peritoneo pelviano, que indiscutiblemente son frecuentes y capaces de provocar acodamientos importantes en las trompas, que impiden la progresión del óvulo. (¿Y por que no la del espermatozoide?) También pueden ser causa los fibromas o pólipos; si es cierto que estas son causas posibles de embarazo tubario, no es menos cierto, que casi siempre las enfermas afectas de tal enfermedad tienen un pasado ginecológico intachable; como lo es el caso nuestro: una mujer que ha tenido 4 hijos, todos partos normales, y que no ha tenido flujo, ni dolores, ni síntomas en una palabra, que puedan hacer sospechar una afección ginecológica, lo suficientemente grave como para acarrear un acodamiento u obstrucción en las trompas.

Más tarde se atribuye a modificaciones de la mucosa tubaria, debidas a la blenorragia o cualquier proceso inflamatorio que provoque la caída de las pestañas vibrátiles del epitelio. Hasta un simple catarro. La falta de pestañas, debe considerarse una causa un tanto equívoca de embarazo tubario. tanto más cuanto que en las extirpadas por embarazos rotos, no solo se ha encontrado epitelio con pestañas, sinó que

es necesario suponer que este ha existido por lo menos, hasta el sitio de implantación del óvulo.

Sin embargo, las inflamaciones crónicas de la trompa producen pequeños tabicamentos y divertículos donde puede si, alojarse el óvulo fecundado.

W. A. Freund, como Webster, atribuye a anomalías de desarrollo tubario, la causa etiológica más frecuente del embarazo tubario. Pueden oponerse las mismas objeciones que a la teoría de Webster, tratándose de multiparas como en el caso que tratamos.

Como se vé, es en la trompa misma donde se busca la causa de estas anomalías del embarazo y no es necesario pensar que bruscas acodaduras, ni fuertes adherencias, que estrechen la luz del canal tubario sean las que ocasionen con más frecuencia esta enfermedad; bastan «un tapón mucoso, un pequeño coágulo sanguíneo que ha quedado desde la última menstruación» (E. Bumm) para producirlo, y esto está más de acuerdo con la frecuencia que los antecedentes de las enfermas son pobres en enfermedades del aparato genital y también con la sutileza misma de los elementos y el acto de la fecundación.

Los primeros tiempos del embarazo ectópico, se pasan, en nuestra enferma como en los demás sin síntomas que llamen la atención. Es recién a los dos meses que la enferma siente un dolor no muy intenso en el lado derecho del bajo vientre y pierde un poco de sangre, así como siente algunos marcos. Que es lo que ha ocurrido? Se trata de un aborto tubario? Es acaso, un embarazo ectópico que se rompe y va a ocasionar un hematocele? O bien se trata de un falso aborto tubario?

Veamos: Si el aborto tubario se hubiese producido en este momento, es posible que haya podido llegar a término? Evidentemente no, puesto que el huevo habría salido de la trompa: ahora bien se podría pensar que se ha producido un nuevo embarazo tubario: cosa problemática dado que a partir de ese día y por dos meses la enferma no tiene contacto sexual; por otra parte los signos físicos negaban la presencia de un aborto tubario.

Así mismo el examen genital asegura la no existencia de hematocele.

A que responden entonces esos dolores y esas metrorragias que obligan a nuestra enferma a ingresar al Hospital? Creo que a un falso aborto tubario.

A menudo el aborto interrumpe el embarazo normal.

En los embarazos tubarios es también cosa frecuente el aborto. Los dolores paroxísticos y las metrorragias

pequeñas, síntomas que más frecuentemente acusan las enfermas que padecen de un embarazo tubario, indican que el proceso del aborto se inicia con contracciones de la trompa, que concluyen por romper la caduca y desprender el huevo de su inserción, o bien a causa de la acodadura de la trompa o por el roce del huevo con la pared tubaria, pequeñas hemorragias se producen, que junto con el crecer del huevo distienden la trompa y provocan contracciones más o menos violentas, que concluyen por expulsar el huevo; fácilmente, si el sitio de inserción es el pabellón, pues él está distendido ya y como preparado para el aborto; con mucha dificultad, si es ístmico, pues generalmente las franjas del pabellón se adhieren y obturan la salida; (aborto tubario prolongado) pudiendo incurrir que la trompa adelgazada, sea distendida por las hemorragias y el crecimiento de huevo, a la manera de un aneurisma, hasta que se rompe produciendo a continuación un hematocele; o de lo contrario que el huevo muerto ya, quede en ella rodeado de coágulos sanguíneos, constituyendo la mola tubaria; o también suele suceder, lo que es excepcional, cesan las contracciones y sin más accidente que una pequeña hemorragia, que en nada perturba la evolución ulterior del embrión, el embarazo continúa. Sentado queda, que el embarazo no ha abandonado la trompa, donde había empezado su evolución.

Dos cosas pueden ocurrir: o bien las vellosidades coriales carcomen lentamente la musculosa de la trompa y llegan a horadarla (Fabre) se escaba el huevo un lecho en ella, haciendo como una eventración que va distendiéndose paulatinamente con el crecimiento del huevo, hasta que vencida la resistencia se rompe, o bien (esto es lo raro) la musculosa tubaria, se hipertrofia uniformemente envolviendo al huevo con una capa de músculo contráctil por sí, como el útero, y de un espesor de varios milímetros pudiendo llegar a término (E. Bumm pg. 355). Bien, es esto lo que acaba de pasar en la enferma.

Generalmente tres, son los sitios que elige el huevo para su implantación en la trompa.—En la parte más interna, cerca del orificio uterino, en el itsmo, o en el pabellón. De todos el que más probabilidades tiene de permitir llegar a un embarazo a término es el itsmico; él es el que produce abortos tubarios prolongados, es allí la parte más resistente de la trompa; es allí, por fin, donde ha estado implantado el huevo en la Sánchez.

En efecto: dice la historia clínica «después de dos meses de falta de reglas, siente repentinamente un dolor *no muy intenso*, en el lado derecho del bajo vientre, tiene una metrorragia poco abundante, como sus dolores continúan «a su decir en forma paroxística» —No puede ser más claro el cuadro de un aborto

tubario prolongado—falso aborto tubario, como me he permitido denominarlo, haciendo simil, con el falso parto.

Casi siempre, cuando la ruptura de la trompa, cesa un embarazo, el huevo de alguna edad no puede ser digerido por el peritoneo, entonces por defensa natural se produce el enquistamiento o la supuración y expulsión. En el 1^{er} caso, se reabsorbe el líquido amniótico; las membranas se aplican contra el feto, este se deshidrata, se momifica y se infiltra de sales de cal; se forma el littopedión.

En otros casos es solo la membrana la que se calcifica y contiene en su interior al feto en buen estado de conservación—es el lithokelifos de Küchenmeister.

La supuración, es causada por transmigración de gérmenes a través de las paredes intestinales.

En nuestro caso el saco tubario que envolvía al feto ha sido el fuerte de defensa para la infección.

Por otra parte Jagle y Delherm, hacen notar en su trabajo sobre embarazos extra uterinos, que el feto cuando el embarazo es tubario, puede ser conservado sin sufrir alteraciones y sin perturbar mayormente la salud de la enferma.

Quimperlé; cita un caso que conservó durante 56 años el feto en la trompa y Folet otro de 14. A buen seguro que la enferma nuestra hubiera retenido muchí-

simo tiempo, su niño, a no haber obligado a la intervención, lo frecuente de las retenciones de orina así como los dolores al orinar y la constipación.

Antes de pasar a describir las preparaciones microscópicas del trozo de trompa extirpada, y de placenta, voy a hacer algunas ligeras conjeturas sobre anatomía patológica de los embarazos tubarios.

El huevo ectópico posee el mismo número de membranas que el huevo normal, — es decir, caduca, córion y amnios.

La mucosa tubaria pierde sus cilias y transforma su epitelio vibrátil en cúbico, para formar la caduca. El córion, posee una estructura igual y evoluciona en la misma forma, que en el embarazo uterino; es decir: las vellosidades más cercanas al sitio de implantación del óvulo, forman una placenta discoide; las alejadas se atrofian.

El líquido amniótico solo se diferencia del uterino en que es menos abundante.

En lo que se refiere a modificaciones anatómicas de la trompa, han sido resumidas por Couvelaire así: «La reacción gravidica fuera del aparato genital en la mujer, constante e intensa en el útero (caduca) y en el

ovario (cuerpo amarillo); es, inconstante poco marcada e irregular en la trompa». En general el sistema vascular de la trompa se hipertrófia; pero la mucosa reacciona poco, salvo en el paraje donde se inserta el óvulo: no así la muscular que se hipertrófia de una manera particular; además el tejido conjuntivo de nueva formación se penetra de edema, lo que contribuye a hacer más espesa aún la pared tubaria. Se pone de manifiesto una intensa leucocitosis.

El huevo, dice Couvelaire en su trabajo, está compuesto por una capa irregular de células y de masas protoplasmáticas multinucleadas, parecidas a los blocks celulares de los espacios intervallosos, pero disociadas por tractus de fibrina más o menos espesos. Estas células vacuoladas suelen estar aisladas a veces, lo que las hace aparecer como separadas por capas de fino tejido; es la fibrina que toma aspecto de tejido organizado al colorearse intensamente. (Véase láminas A y B).

Esta capa capsular, cápsula externa, está en comunicación con las columnas de los espacios intervallosos. El revestimiento interno de esta capa está formado por una superficie diseminada de masas plasmodiales semejantes al sincitium.

Sigue a la cápsula externa, la pared, músculo-conjuntivo-vascular. Esta pared de espesor variable: en la zona de ruptura, (donde puede medir medio milímetro y cuya constitución es: algunas fibras muscula-

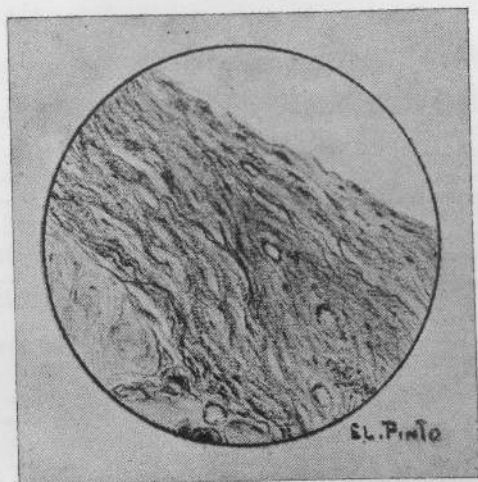


LÁMINA A. — Véase el tejido muscular tubario, hipertrofiado, algunas trabeculas de tejido conjuntivo, así como masas protoplasmáticas multinucleadas.

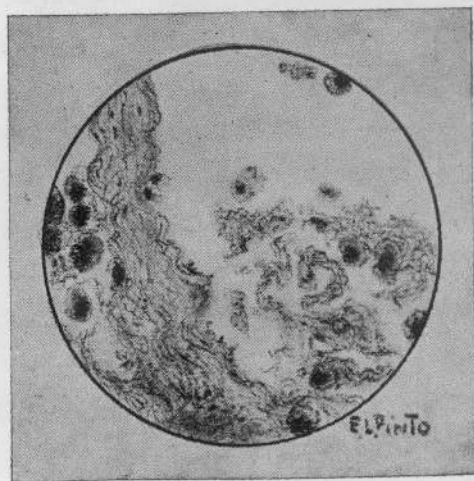


LÁMINA B. — Corte de placenta. — Una vellosidad, células a grandes núcleos aisladas en abundancia.



res lisas y haces de tejido conjuntivo) es en el resto, de espesor bastante uniforme y llega a medir varios milímetros, 7 a 8. Esta porción está constituida por abundantes haces musculares hipertrofiados, separados por tejido conjuntivo laxo, así como por gran número de vasos. Es natural que, el espesor y la estructura varien y según la edad del embarazo y aún sobre las mismas piezas, según las regiones. La hipertrofia del tejido muscular se hace paulatinamente; en cambio el tejido conjuntivo lo hace con rapidéz y se intercala, repito, entre los haces musculares disociándolos.

El útero no permanece ageno a estas modificaciones y también hipertrofia su musculatura en los primeros meses; el cuello se reblandece, su mucosa aumenta de espesor y puede ser expulsada ocasionando una pequeña metrorragia; razones capaces de hacer confundir el diagnóstico con el de un simple aborto, máxime si se tiene en cuenta que este episodio sobreviene comunemente al mes y medio o dos meses de embarazo. A continuación, el útero entra en sub-involución; pero, nos quedan todavía la modificación de posición, que el útero, sufre mecánicamente, debido a la compresión que sobre él ejerza el tumor; anteflexiones, retroflexiones, etc., en fin, todas las modificaciones de posición posibles, pueden producirse en estos casos.

La vagina toma el color azulado característico, y

los senos se ponen turgescents, así como aumenta la pigmentación en los mamelones.

Nos queda un hecho culminante en la historia de nuestra enferma para considerar: es el falso parto que se observa a los nueve meses más o menos de su primer falta de reglas.

Dice Bar: «Cuando el embarazo tubario va a término, el feto muere, en el momento en que en la madre se producen los fenómenos del falso parto».

Esos fenómenos: «Dolores intensos paroxísticos, exactamente iguales a los del parto al principio, pero que después se pasan a los miembros y se generalizan»; esos dolores, no han sido otra cosa que contracciones de la musculatura tubaria. Y digo músculo, aceptando aquí como allá, por parecerme más lógica, la teoría que acusa al útero como iniciador y mantenedor del trabajo de parto; ardua tarea sería entrar a discutir las diversas teorías que se han emitido, atribuyendo al feto o al músculo uterino las causas del trabajo de parto. No haré más que mencionar la mayoría: acumulación de orina en la vejiga fetal, distensión del intestino por el meconium, perturbación de la circulación sanguínea debida a la estrechez del agujero de Botal y los cana-

les arteriales y venoso, la insuficiencia de la nutrición del feto, la degeneración grasosa de las células de la caduca, las transformaciones regresivas de los pilares vellosos, de la placenta, la trombosis de los senos placentarios, la fluxión ovárica, la excitación del útero por el ácido carbónico contenido en exceso en la sangre materna, la distensión del útero, la excitación uterina por los movimientos del feto, la influencia ejercida por los cuerpos amarillos.

Paso ya a considerar el tratamiento que en general se aconseja en estos casos y el que hemos seguido en el nuestro.

Por de pronto, en la gran mayoría de los casos, el tratamiento es quirúrgico; y digo en gran mayoría porque en algunos hematoceles chicos, se puede hacer expectación,— como lo hemos hecho en muchísimos casos en el servicio del doctor Reibel en el hospital Rawson— reabsorviéndose muy bien. Pero tratándose de embarazos tubarios que han llegado a término, el único tratamiento es el quirúrgico.

Si se trata de un embarazo ectópico de más de cinco meses, el tratamiento varía según se encuentre el feto vivo o muerto: si el feto está vivo, lo conveniente, para tratar de salvar la vida de la madre y la del feto, es sometiendo a la enferma a una estricta vigilancia,— sosteniendo la tesis de Orillard y Segond — esperar que llegue a término.

Si el feto está muerto, se interviene por laparotomía media, tan extensa como el caso lo requiera. Las dificultades se encuentran al descubrir el saco fetal; sea tubario, o, peor aún, abdominal, siempre está rodeado de adherencias muy ricas en vasos, los que hacen la disección *in toto*, tan delicada como peligrosa, luego, lo indicado es resecar lo que sea posible del saco una vez abierto y extraído el feto, así como de placenta, (ya muerto el feto las conexiones entre madre e hijo se han atrofiado y obliterado los vasos) y marzupalizar, drenando.

Cuando el feto vivo ha llegado a término, en la placenta está el peligro para la madre. El saco como siempre rodeado de íntimas adherencias con los órganos vecinos se disea y reseca hasta donde se pueda, marzupalizándolo. Respecto a lo que debe hacerse con la placenta, tres son las tendencias: 1ª. Dejar *in situ*, la placenta y cerrar el vientre, — muy peligroso, la placenta puede infectarse, siendo en ese caso de fatales consecuencias para la madre —; 2ª. Dejar la placenta en su sitio pero drenando la cavidad, y 3ª. extirparla.

De estos tres procedimientos el más radical es el último, así como también el más peligroso, pues es sabido que el saco fetal está minado de vasos y posée una musculatura demasiado débil para hacer la hemostasia perfecta. Los que aprovechan de esta técnica,

hacen un fuerte taponamiento de la cavidad, una vez extraída la placenta.

El segundo procedimiento, que es el que en general aconsejan los autores, tiene como inconvenientes, la hemorragia secundaria y la infección. Sin embargo, tratada la cavidad antisépticamente evoluciona bien.

Si el feto a término está muerto de mucho tiempo atrás, la intervención puede ser mucho más radical y está rodeada de muchos menos peligros. La placenta, el feto, las membranas han entrado en regresión; luego la hemorragia no es temible.

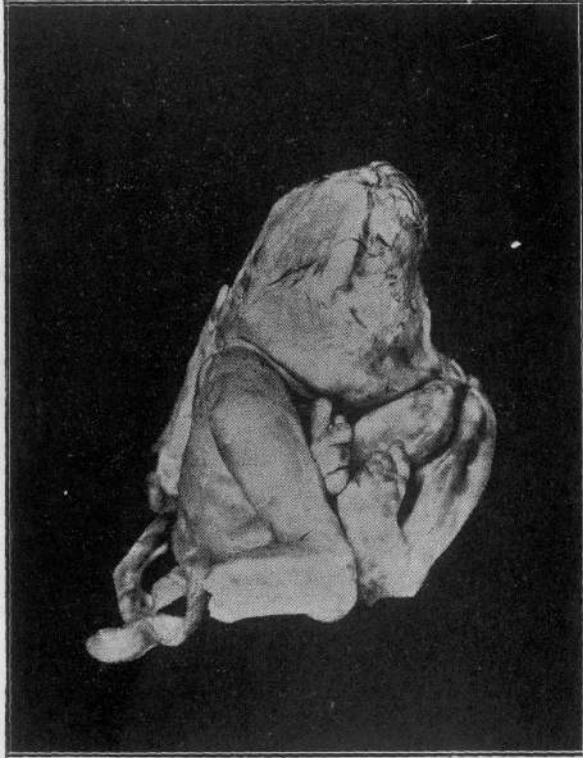
Veamos lo que se ha hecho en el caso tratado: Laparotomía mediana, supra e infra umbilical. Al abrir el vientre, se nota el peritoneo parietal debilmente adherido al tumor, que tiene un color amarillo macilla, surcado por una rica red venosa, que se halla en partes obliterada. Se abre la bolsa y se encuentra un feto a término apelonado y dispuesto en tal forma que su cabeza apoya violentamente en el fondo de saco de Douglas, occipucio hacia la izquierda, dorso a la izquierda; bañado por un líquido turbio, con gotitas de grasa. El saco—(cuyo examen histológico confirma tubario, está adherido al apéndice, a la vejiga y al recto, se hace apendicectomía, se reseca gran parte del saco, se marzufializa, se extrae la placenta en su casi totalidad, y se drena a la Mickulitz la cavidad.

A los dos días se levanta la curación, no hay supuración; la enferma se encuentra en un estado general inmejorable, en lo sucesivo se hacen curaciones con alcohol a 60°, se drena la cavidad simplemente con gasas: ván eliminándose algunos restos de placenta necrosados y algunas concreciones calcáreas, la enferma mejora día a día, hasta que se la da de alta a los 20 días, llevando solo una pequeña fístula que se sigue curando por algun tiempo en nuestro consultorio externo.

Los fenómenos vesicales, así como la constipación han desaparecido; el útero ha corregido su posición, las reglas son normales.—Queda como recuerdo, una cicatriz abdominal irregular y un empastamiento considerable en el fondo de saco lateral derecho.

Ernesto R. Pardo

Fig. 1



En esta figura se notan las deformidades, causadas por el encajamiento del feto en el fondo de saco de Douglas. Vese también la posición adoptada por los miembros.



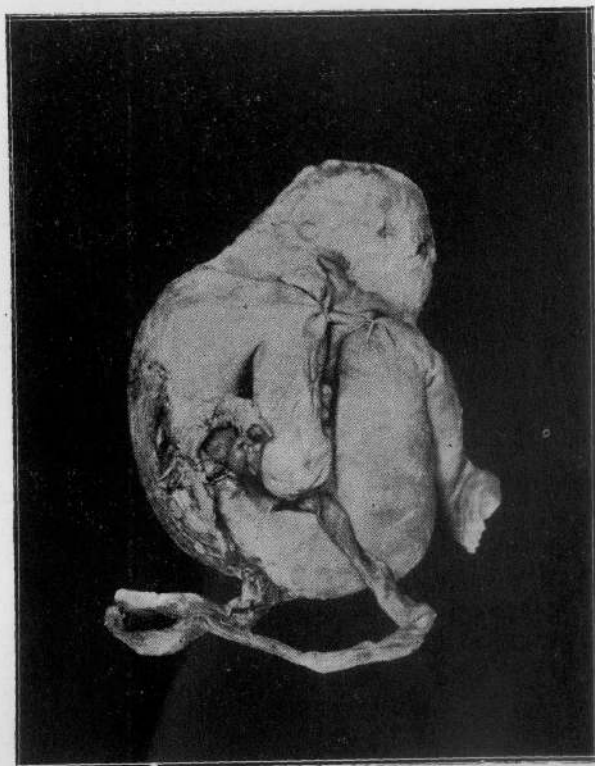
Fig. 2



El feto y sus deformidades, más visibles, al desplegar los miembros.



Fig. 3



En esta figura, el feto conserva adherido al dorso un trozo de la membrana y placenta así como el apéndice (por debajo de la axila) colocado artificialmente, indica el punto donde se hallaba adherido.



Buenos Aires, Mayo 2 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Zárate, al profesor titular Dr. Miguel J. O'Farrell y al profesor suplente Dr. Osvaldo Bottaro 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. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Mayo 14 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2790 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

30667



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Bibliografía argentina sobre embarazos extrauterinos.

E. Zárate.

II

Embarazo uterino y extrauterino simultáneos.

O'Farrell.

III

Teoría de la implantación ectópica, del Profesor Piccardo

Bottaro.



Bibliografía

- AROTZTEGUI — De la oportunidad de algunas intervenciones en ginecología.
- BAR — Traité d'obstetrique.
- BOURSIER — Précis de ginecologie.
- BUSQUET — La fonction sexuelle.
- BUMM E. — Leçons d'obstetrique (del alemán).
- CASTANG — La grossesse extrauterine dans la pratique journaliere — Tésis.
- COUVELAIRE — Études anatomiques sur les grossesses tubaires — Tésis.
- FABRE — Précis d'obstetrique.
- FAURE y SIREDEY — Traité de ginecologie.
- GRASSET — Hipnotisme et sugestion.
- MORSALINE — Hematoceles pelvianos y embarazos ectopicos — Tésis.
- PETIT P. — Traité d'anatomie ginecologique.
- POZZI — Traité de ginecologie.
- SAVIOZZI — Terapia de la gravidanza extrauterina.
- SEGOND — Traitement des grossesses ectopiques.
- SANMARTINO — Embarazos ectopicos — Tésis.
- A. SIREDEY — L'Higieno des maladies de la femme.
-



