

R F-C/FAN

62-75-46



EMBARAZO

Extra-uterino

ó Ectópico

POR EL

DOCTOR FARGAS

Director de una Clinica de enfermedades de mujeres



BARCELONA

1893



EMBARAZO EXTRA-UTERINO O ECTÓPICO

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0700678075



X

A. 15. 10
618.31

EMBARAZO

EXTRA-UTERINO Ó ECTÓPICO

FOR EL

Doctor Fargas

Director de una Clínica de enfermedades de mujeres



Dr. Rosalino Acosta

BARCELONA

IMPRENTA HENRICH Y C.^a EN COMANDITA, SUC. DE N. RAMÍREZ

4 - Pasaje de Escudillers - 4

1893



EMBARAZO

ESTRUCTURA DE ESTUDIO

Doctor Pariza

Dr. Pariza

EMBARAZO EXTRA-UTERINO Ó ECTÓPICO

Entre los múltiples problemas que la Ginecología actual intenta resolver y procura discutir, para fijar un criterio generalmente aceptado, figura el del embarazo extra-uterino ó ectópico, según la denominación más comúnmente aceptada.

Es, sin duda, uno de los accidentes más serios y peligrosos que pueden ocurrir en la fecundación: el porvenir del nuevo ser, comprometido casi siempre, y la existencia de la madre, expuesta á serios peligros, que hoy son mucho menores que fueron veinte años atrás, gracias á los progresos de la cirugía ginecológica y al criterio adoptado por la inmensa mayoría de los ginecólogos.

Un gran vacío se nota en el estudio del embarazo extra-uterino, para que sean todo lo útiles y aplicables que deberían ser los progresos realizados en su tratamiento, y éste consiste en la dificultad del diagnóstico, hasta el punto que, refiriéndose al embarazo tubárico, ha dicho L. Tait, el ginecólogo que más operaciones lleva hechas de esta clase, que él no ha podido diagnosticarlo nunca con certeza antes de la ruptura de la trompa, refiriéndose al segundo ó tercer mes, que es cuando convendría conocerlo para que fuesen aplicables las ideas de Veit, que quiere que se operen antes de la ruptura del quiste.

Esta misma dificultad diagnóstica ha sido la causa de que durante mucho tiempo se considerara como accidente relativamente raro, y que hombres encanecidos en la práctica dijese no haber observado ninguno en su dilatada experiencia: ocurría y ocurre en esto lá que en todo; que pasan desapercibidos ó inclassificados hechos que se ofrecen á nuestra observación y que nuestra ignorancia no nos permite reconocer debidamente.

Quien se entretenga en dar una hojeada á la bibliografía del embarazo ectópico

de veinticinco años atrás, por ejemplo, y á la del pasado año de 1892, no podrá menos de sorprenderse al notar la rareza de los casos recogidos en aquella fecha y la frecuencia enorme de los observados durante el último año: entonces pasaban la mayor parte desapercibidos ó desconocidos, y hoy, gracias á los progresos de la cirugía abdominal, se encuentran con frecuencia: un gran número de los hematoceles, tan magistralmente descritos por Bernutz y Goupil, particularmente los que han merecido de Barnes el expresivo calificativo de *cataclismicos*, no tienen otra patogenia que la rotura de la trompa, producida por un embarazo tubárico. Antes, sorprendió bastantes casos de embarazo extra-uterino el tribunal, en sus pesquisas para aclarar una delación de envenenamiento á propósito de una muerte casi repentina ocurrida en mujer al parecer sana y normal: hoy los descubre el ginecólogo que, con la incisión abdominal, va en busca de lo que amenaza directamente y á corto plazo la vida de la enferma que ha sufrido una rotura de la trompa.

Antes se diagnosticaba un embarazo extra-uterino en los pocos casos en que el feto alcanza un período de viabilidad, y el médico se convertía en espectador de lo que pasaría al llegar el momento del parto, porque con razón se temía la intervención, tan mortífera en aquella fecha: si el feto moría y se enquistaba, se aguardaba á que la naturaleza luciera sus hermosos recursos, convirtiéndole en *litopedión* y llevándolo la enferma, año tras año, como cuerpo extraño inerte y sin grandes molestias, ó bien, y esto era lo más frecuente, favorecerla en su trabajo de eliminación, erizado de dificultades y peligros, ó contemplar impotente como se convertía en un foco de infección que tras largos sufrimientos acababa con la vida de la enferma. Tan temidas eran y son las consecuencias del embarazo ectópico llegado á término, que la inventiva de los sabios ideó procedimientos tan ingeniosos como las inyecciones tóxicas y las corrientes eléctricas para matar el feto, sin peligro para la madre, y evitar su crecimiento ulterior: á esta idea, ha venido á sustituir hoy la de Martín, de considerar al embarazo extra-uterino como una neoplasia de mal carácter y tratarla como á tal por medio de los procedimientos de la cirugía contemporánea.

El estudio del embarazo extra-uterino lleva consigo una porción de problemas cuyo análisis me llevaría más lejos de lo que permite la índole de este trabajo: su etiología, sumamente obscura, su diagnóstico difícilísimo, sus distintas variedades, su tratamiento según el período en que se encuentra y la variedad á que pertenece y los múltiples procedimientos aplicables á cada caso, son otros tantos puntos muy dignos de estudio, pero no caben en una nota como ésta, que tiene tan sólo por objeto hacer un ligero apunte de lo poco que he podido observar en este asunto, estimulado por los trabajos que tan frecuente y brillantemente se hacen y publican en otros países, y también porque, según noticias que tengo, quizás sean los dos casos que quiero exponer, los primeros que en España

han sido tratados según los principios modernos, por medio de la laparotomía.

Pienso que durante mi práctica, ó sea en el periodo de diez años, he visto cuatro casos de embarazo ectópico, ó mejor dicho, he diagnosticado, porque seguramente habré visto algún otro que no he sabido conocer: particularmente dos casos en los que había diagnosticado sencillamente una afección de la trompa y había recomendado su asistencia asidua á la consulta para observarlas y convencerme de la necesidad de una intervención, y no las vi más, habiendo sabido luego por referencia, que las dos habían fallecido en pocas horas con intensos dolores abdominales, y respecto de una de ellas, me indicaron la sospecha de que hubiese muerto envenenada por setas que había comido el mismo día; la otra enferma había hecho un viaje de dos horas en tartana el mismo día del accidente. Es verdad que podían ser colecciones purulentas que haciendo erupción en el peritoneo acabaran con los días de dichas enfermas, según lo he visto en más de una ocasión, pero aparte de que este accidente es infinitamente más raro tratándose de colecciones purulentas que del embarazo tubárico, no contaban esas enfermas los sufrimientos propios y antecedentes bastante característicos de una piosalpingitis: de aquí mis sospechas de que alguna de estas dos enfermas, si no ambas, fuesen víctimas de un embarazo tubárico, que no pudo diagnosticarse á tiempo, y quizás como ellas alguna otra.

De los cuatro casos que he diagnosticado, respecto á dos, tengo seguridad absoluta, porque la intervención confirmó el diagnóstico; de otro tengo casi seguridad y del otro no tengo más que la convicción.

Hará unos cuatro años, vi una enferma de 39 de edad, múltipara, la que se encontraba con todos los síntomas de una rotura interna: colapso profundo, vómitos, pulso pequeño y frecuente, rostro desencajado, vientre abultado y doloroso, mate hacia la parte baja, con dolor más intenso hacia la fosa ilíaca izquierda, metrorragia, fondo de Douglas completamente lleno y útero aumentado de volumen: hacia cinco horas que, haciendo un esfuerzo para cambiar un mueble, había sentido un dolor súbito en la fosa ilíaca izquierda y en seguida se había desarrollado el cuadro antes descrito. Me refirió que hacía tiempo venía sufriendo diversas molestias en el aparato genital, las que había descuidado, y que de tres meses á esta parte dudaba si estaba embarazada, porque había tenido la menstruación sumamente escasa é irregular, todo lo contrario de lo que antes le acontecía, y que de vez en cuando notaba dolor y molestia en el lado izquierdo: practiqué una punción con una jeringuilla de Pravaz en la zona mate del hipogastrio y extraje sangre; senté el diagnóstico de rotura de un embarazo tubárico, establecí un tratamiento adecuado al caso é indiqué á la familia la conveniencia de una intervención y del parecer de otros médicos, si en mi próxima visita, que fué á las tres horas, no había mejorado la situación. A mi segunda visita la situación era la misma, con la diferencia de haber aumentado la zona mate del hipogastrio y

estar la enferma en peores condiciones: expuesta á la familia la necesidad de la intervención, como medio que ofrecía más garantías que la expectación, no la aceptaron, como no aceptaron tampoco conocer el parecer de otros colegas, pretextando que no querían ser los primeros en servir de estudio para una operación que yo no había practicado, ni sabía quién la hubiese practicado en Barcelona: creo, con todo, que no fué extraño á esta decisión el consejo intempestivo de alguna comadre; yo, por mi parte, no insistí más, y á pesar de los medios empleados falleció la enferma á las treinta y tres horas de iniciado el accidente y con todo el cuadro de una hemorragia interna. En este caso no fué comprobado el diagnóstico por la autopsia ni corroborado por exámenes anteriores de la enferma, y por eso digo que de él sólo tengo la convicción, pero no la seguridad.

A los pocos días ocurrió análogo accidente á otra enferma que tenía en observación. Mujer de 28 años, con dos partos de feto muerto y dos abortos, venía sufriendo alteraciones genitales desde hacía tiempo, y se preocupaba mucho de su estado por el hecho de ser ella comadrona y saber algo de estas afecciones. Sospechaba estar embarazada, porque había tenido una falta, cuando la vi por primera vez, y al reconocerla, pude notar un pequeño abultamiento en la región de la trompa izquierda, ligeramente doloroso á la presión y también doloroso espontáneamente, lo que le había llamado la atención y sido el objeto de la consulta. No senté diagnóstico preciso y la cité para transcurridos quince días: al segundo examen, encontré el tumor del lado izquierdo mucho mayor y perfectamente perceptible por la sola palpación de la fosa ilíaca; como no había sospechado un embarazo ectópico, creí que la primera vez había apreciado mal el volumen del tumor y diagnosticué un pequeño tumor del ovario, indicando á la enferma la conveniencia que quizás vendría de intervenir cuando adquiriese mayor tamaño. La paciente venía frecuentemente á mi consulta, por las molestias que en el sitio del efecto tenía, y hasta solicitando la intervención porque estaba temerosa de lo que podía ocurrirle. Transcurrió así más de un mes, durante el cual tuvo dos veces la menstruación en escasa cantidad, lo que había alejado la idea de un embarazo, motivo que yo le di al principio para no operarla tan pronto siendo el quiste tan pequeño. En el último examen, me llamó la atención el aumento de volumen del útero y el crecimiento rápido del tumor, pero esto sólo me hizo sospechar que quizás existía embarazo normal junto con el quiste del ovario: en este caso el embarazo debía ser de unos tres meses y medio.

Tres días después de mi último examen y al regresar á su casa de su asistencia á un parto, fué acometida de dolor violento en el bajo vientre y lado izquierdo, vómitos y malestar intenso: la vi al cabo de tres horas y su estado era igual al de la enferma antes descrita: el vientre era mate hasta el ombligo, habíase abultado como un embarazo al sexto ó séptimo mes, la macidez se presentaba enquistada, lo que no ocurría en la enferma antes mentada, y el colapso no era tan profundo.

Aleccionado por el caso anterior, expuse á la enferma y familia la situación, y particularmente la primera mostróse desde luego decidida á que la operase y reprochándome porque no lo hacía en seguida, con lo cual, decía ella, perdía garantías de éxito: con todo, después de disponerlo de manera á poder intervenir en un momento dado, decidí aguardar á que se pronunciase más el cuadro de la hemorragia, porque el dato de haber encontrado enquistado el hematocele, me daba alguna esperanza de que podía detenerse la hemorragia, ya que esto me hacía sospechar que la rotura había sido extraperitoneal por entre las hojas del ligamento ancho, y no intraperitoneal como en el caso anterior; confirmó esta sospecha el examen vaginal, que me descubrió más abultado el fondo de saco lateral izquierdo que el fondo de Douglas. Al cabo de tres horas la enferma estaba algo más desencajada, el pulso más pequeño y frecuente y el abultamiento hipogástrico algo mayor: quedó convenida la intervención para dentro otras tres horas si no la encontraba mejor, y allí fuí con los ayudantes é instrumental necesarios para practicar la laparotomía. La enferma nada había perdido durante dicho tiempo, su rostro algo más animado, el pulso menos contraído, menos dolor abdominal y las extremidades más calientes. Este estado me hizo sospechar que la hemorragia se había detenido y no quise intervenir, aplazando la operación otras tres horas, al cabo de las cuales los síntomas existentes hacían creer fundadamente que la hemorragia había concluído, lo que me hizo aplazar nuevamente la intervención, y como quiera que no se reprodujeron fenómenos alarmantes, no llegué á practicar la laparotomía.

La reabsorción de tan enorme hematocele fué muy lenta, pero como nunca presentó complicaciones, me circunscribí á la expectación: la convalecencia fué pesada, la enferma pudo dejar la cama á los dos meses y medio y se restableció la menstruación con toda regularidad: á los seis meses se había reabsorbido el hematocele, pero en la base del ligamento ancho se encontraba todavía una masa indurada que tardó más de un año en reabsorberse; y tanto por su superficie irregular como por su carácter indolente, supuse que había allí restos del embrión salido de la trompa para alojarse en el espesor del ligamento ancho. Desde entonces la enferma disfruta de perfecta salud, soporta toda clase de fatigas de su profesión de comadrona, menstrúa con regularidad y sin dolor, sólo que la pérdida es algo abundante y tiene leucorrea á consecuencia de una ligera endometritis total que sufre y que lleva bastante descuidada. No ha sobrevenido otro embarazo.

En este caso, hice el diagnóstico después de la rotura del quiste y por exclusión creo no puede ser otra cosa que un embarazo tubárico; por eso dije al principio que tenía casi seguridad en el diagnóstico, ya que pude observar á la enferma antes del accidente, durante el mismo y en el curso consecutivo.

El tercer caso, en el orden cronológico, se refiere á la enferma L. N., de 19 años de edad, quien contrajo matrimonio á últimos de 1890: hasta entonces no

había sufrido enfermedad ninguna, y su menstruación fué siempre regular y normal. En Mayo de 1891 creyó notar síntomas de embarazo, el cual no presentó de anómalo más que algunas molestias que no inquietaron á la enferma, que creía estar en el curso de una preñez normal. El 24 de Diciembre de 1891, presentáronse síntomas de parto, después de un embarazo que ella calculaba de nueve meses por las faltas que tenía, y pasó las primeras horas del falso parto con dolores abdominales intensos y sin pérdida ninguna de aguas ni de sangre y con el parecer contrario á un parto de la comadrona. En la noche del 24 al 25 sobrevinieron ataques eclámpticos intensos y frecuentes, que durante los días 25 y 26 se repitieron en número de más de treinta, según ha podido referirme mi colega y amigo el Dr. Borrás, que fué llamado á la presentación del accidente. En las últimas horas del día 26 cesaron los ataques eclámpticos, gracias á las evacuaciones sanguíneas y á los narcóticos, y la enferma quedó en una calma relativa, sin reaparecer los dolores de parto y quedando el vientre sensible á la presión y también algo espontáneamente. El Dr. Borrás comprobó en la orina la existencia de una cantidad enorme de albúmina, y como vió la paciente establecida ya la eclampsia y probablemente muerto el feto, no encontrando ningún fenómeno por parte de la matriz que indicase la evolución de un parto, se limitó á combatir los ataques convulsivos sin establecer diagnóstico.

Lentamente la enferma se repuso, no repitieron los dolores ni los ataques eclámpticos, desaparecieron los edemas, que no habían sido muy abundantes, y poco á poco reanudó su vida habitual sin grandes molestias, aparte de su preocupación por el abultamiento del vientre, que seguía siendo como un embarazo de nueve meses.

A últimos de Enero de 1892 reapareció la menstruación, escasa y sin dolores, y continuó con regularidad hasta primeros de Abril, en que la examiné por primera vez, después de referirme la historia antedicha.

Encontré en el abdomen un tumor redondeado, que subía á 10 cent. por encima del ombligo, llenando todo el hipogastrio, completamente mate á la percusión, duro como un fibroma y algo móvil dentro del abdomen. Si no me hubiesen llamado la atención los antecedentes de la enferma, habría diagnosticado un fibroma subperitoneal sin vacilar, pero dados los antecedentes dejé el diagnóstico en suspenso, aceptando la hipótesis de un embarazo extra-uterino, y puse la enferma en observación. El reconocimiento vaginal me reveló un útero cónico, al parecer pequeño, poco movable, y en el fondo de saco posterior y lateral derecho un tumor duro que formaba cuerpo manifiestamente con el del abdomen.

Tuve la enferma en observación los meses de Abril, Mayo y parte de Junio, habiendo notado los siguientes hechos, que me hicieron aceptar sin vacilación el diagnóstico de embarazo extra-uterino, llegado á término y terminado por retención. Manifiestamente el tumor se redujo en gran parte, y á medida que se reducía

aumentaba en dureza; la menstruación siguió regular y sin molestias; el útero estaba vacío y no medía más de 5 y medio centímetros, estando algo dislocado hacia el lado izquierdo; en uno de los reconocimientos pareció encontrar la cabeza del feto hacia la fosa ilíaca derecha.

Sentado el diagnóstico, formulé la indicación de la laparotomía y la propuse á la enferma, fundándola en la posibilidad de sobrevenir otro embarazo y crear entonces un conflicto, y en el peligro de que sobreviniera una infección en el cadáver del feto y de aquí graves complicaciones; y creí llegada la oportunidad de practicarla, porque con el tiempo transcurrido después de la muerte del feto, la circulación placentaria habría ya desaparecido y alejado de consiguiente uno de los peligros más serios de esta operación, y por otra parte, hacía unos días que la enferma se había puesto anémica é inapetente, con algún dolor vago abdominal, y esto me hizo sospechar cualquier fenómeno de descomposición por parte del feto y próximo á presentarse alguna complicación seria.

El día 27 de Junio de 1892 procedí á la operación; la incisión abdominal en la línea media, desde el supra-pubis hasta 5 centímetros por encima del ombligo, descubrió un quiste duro, de aspecto liso y con todas las apariencias de un mioma, sin adherencias á ningún órgano: hice salir el quiste entero al través de la abertura, y por la pared posterior se encontraron algunas adherencias incipientes del intestino delgado, con unas chapas amarillentas que el quiste presentaba en esta región, que estaba en vías de degeneración y mortificación, y probablemente por allí, á la larga, si antes no hubiese muerto la enferma, habrían salido hacia el intestino los restos del feto, que, como se verá, estaba en camino de maceración. El quiste estaba unido hacia la fosa ilíaca derecha y fondo de la pelvis, por un pedículo ancho: puesto un tubo elástico, sostenido con mi ligador, hice un corte circular y la escasa sangre que salió de los vasos de la pared quística, indicaron claramente la poca actividad de la circulación: separé la pieza patológica que luego describiré, y entonces fué relativamente fácil formar un pedículo sumamente corto, pero bastante delgado; fijé el tubo elástico, pasé por encima dos agujas cruzadas y traté dicho pedículo extra-peritonealmente como si se tratara de una histerectomía abdominal. Hacia la izquierda del pedículo, estaba el útero algo atrofiado y en la fosa ilíaca izquierda el ovario y la trompa normales; el ovario y trompa derechos no pude reconocerlos suficientemente, á pesar de mi deseo, para precisar su situación; sólo pude encontrar el ligamento redondo por fuera de la raíz del quiste: hecho el lavado del peritoneo y aplicada la sutura, había durado la operación cinco cuartos de hora.

La convalecencia fué rápida y no interrumpida: la enferma no alcanzó nunca 38 grados ni 100 pulsaciones, no tuvo vómitos ni dolor, se desprendió el pedículo á los 22 días y á los 34 salió la enferma de la Clínica con la herida completamente cicatrizada y sin molestia alguna.

La pieza patológica, fotografiada inmediatamente después de la operación por el Sr. Audouard, ofrecía las particularidades siguientes y que pueden apreciarse en los dos grabados adjuntos.

El quiste estaba constituido por una pared muscular de desigual grosor, teniendo unos dos milímetros en los sitios más delgados y seis en los de mayor grosor: no fué necesario un examen histológico para deslindar su naturaleza, por la retracción que sufrió luego y por la contracción que á simple vista pudo notarse, una vez separado de la placenta, de modo que quedó reducido á una especie de casquete del volumen de los dos puños, ganando sus paredes en grosor todo lo que perdieron en extensión.

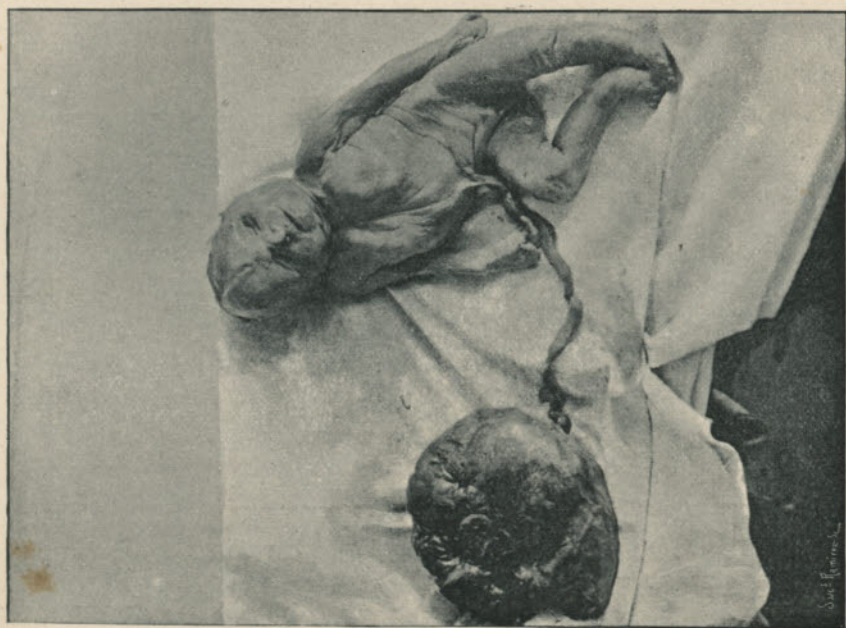
El contenido del quiste estaba constituido por el huevo y sus accesorios. Del amnios había desaparecido toda traza de líquido amniótico y sólo se encontraban residuos pastosos, formados por restos de meconio y productos procedentes de la disgregación del feto. Las membranas del huevo íntegras, no tenían más que una ligera adherencia de contigüidad con la pared del quiste.

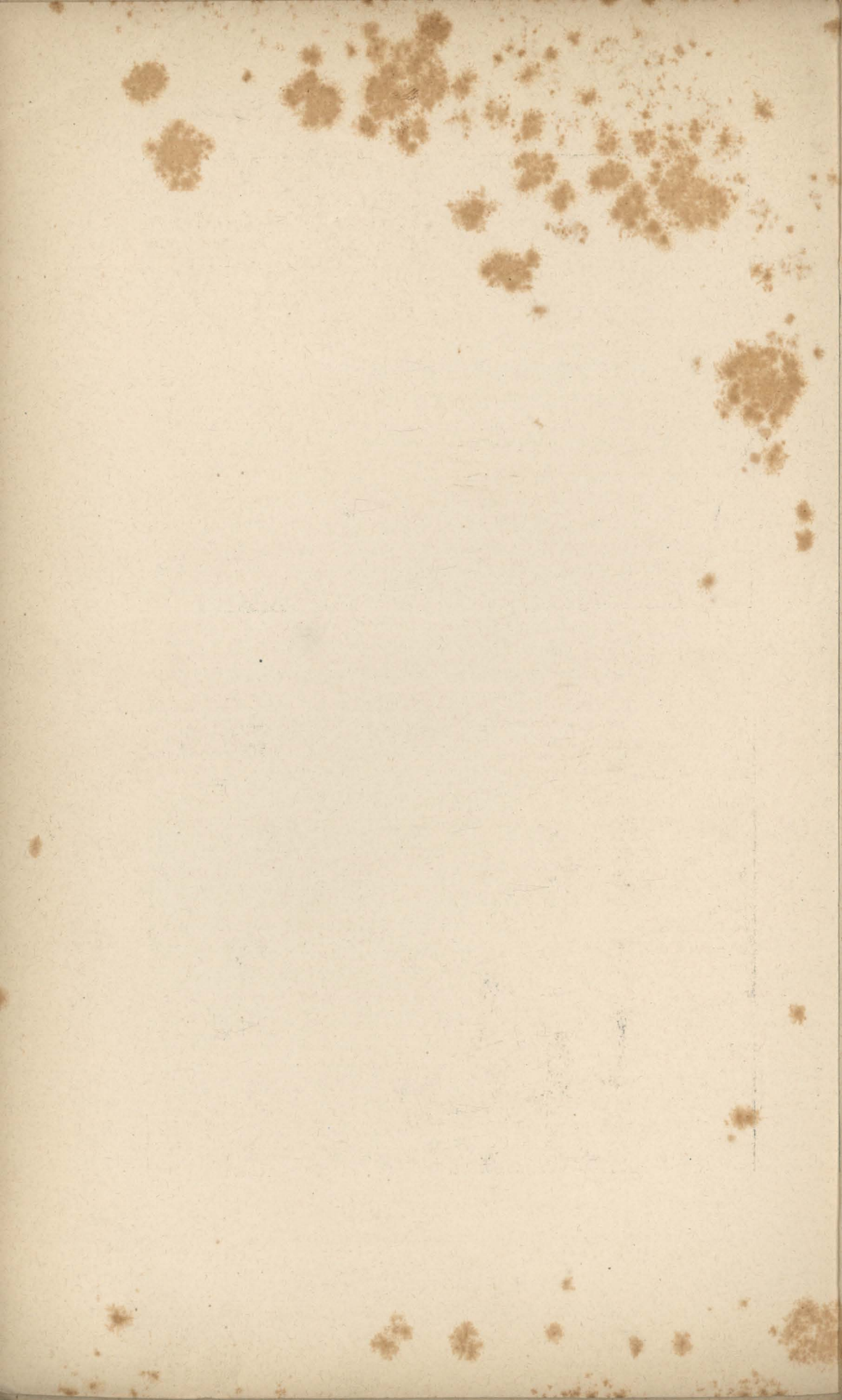
La placenta, de forma circular y de extensión normal, presentaba inserción central del cordón, no tenía la más insignificante traza de circulación y estaba sumamente adelgazada, tanto que en los sitios de mayor grosor no alcanzaba centímetro y medio: en su cara fetal (véanse los grabados) se dibujaban algunos vasos trombosados y aplastados; su cara uterina presentaba tan ligeras adherencias con el quiste, que se separó con la misma facilidad que se separan dos hojas de papel mojadas y sobrepuestas, excepto en algún sitio de los bordes, en que quedaba alguna adherencia más íntima; por lo demás, éstos conservaban su unión y continuidad con las membranas del huevo, que estaban sumamente friables; el espesor de la placenta no ofrecía otra particularidad que la de un tejido sin circulación, falto de vida y próximo á disgregarse.

El cordón, de 50 centímetros de longitud, se presentaba todavía bastante íntegro, encontrándose grandes trozos de sus vasos ingurgitados de sangre coagulada y negra, y en su parte central presentaba un adelgazamiento pronto á romperse.

El feto, de término, estaba replegado y comprimido de tal modo, que una vez fuera del quiste, parecía imposible estuviese contenido en tan escaso espacio.

En el grabado puede apreciarse fácilmente el distinto estado de conservación del plano anterior y del posterior del feto. El plano anterior, perfectamente conservado, no presentaba otras señales de alteración que el reblandecimiento de la epidermis y el aspecto enjuto de las carnes; en la cara, sólo los ojos habíanse alterado por haberse reabsorbido por completo los humores acuoso y vítreo, y replegábase las cubiertas del globo ocular; en el cráneo se notaba la mitad izquierda cubierta de pelo perfectamente adherido, y la derecha pelada completamente, por haberse desprendido ya el cabello, que, en mechones sueltos, formaba





parte de la pulpa libre que en el interior del quiste se encontraba. El plano posterior, particularmente hacia la mitad derecha, estaba en vías de maceración y disgregación; la región sacro-lumbar y dorso costal de dicho lado presentaban el esqueleto al descubierto por completo en algunos sitios, y en otros, cubierto sólo por tejidos reblandecidos y pulposos; el fémur completamente desnudo en su parte superior, y parte del húmero, el radio y un trozo del cúbito, estaban ya descarnados; las partes esqueléticas, que estaban ya desnudas, no ofrecían en ningún sitio desgaste alguno.

El estado de las vísceras no se examinó, porque la pieza se conserva entera en el Museo de la Clínica; con lo observado en la superficie del feto hay lo suficiente para ver que estaba en vías de maceración y disgregación, y es de notar que el plano fetal por donde comenzó este fenómeno es el que en su posición intra-úterica correspondía á la pared posterior de su cavidad, y por tanto, en aquel sitio en que se notaban chapas de mortificación y adherencias incipientes con el intestino: ¿fué la vecindad de éste la causa de que el feto empezara á descomponerse por dicho sitio? Es casi seguro, y posiblemente, por el mismo motivo, no habrían tardado en sobrevenir complicaciones y accidentes graves.

Como aclaración, debo añadir, que si bien el embarazo resultó ser extra-uterino, por estar libre la cavidad del órgano, no se desarrolló ni en la trompa ni en el ovario, ni en el peritoneo, sino en un cuerno rudimentario; para el curso y los efectos de la afección es esto indistinto, y todos los autores consideran el embarazo extra-uterino en un cuerno rudimentario indistinguishable y análogo por sus efectos y consecuencias con cualquiera otra variedad de preñez ectópica. No puede decirse lo mismo respecto de la enferma: como quiera que en estos casos la preñez extra-uterina es hija de una anomalía de desarrollo, cabe preguntarse la influencia que dicha anomalía pueda tener en los embarazos sucesivos: ¿por qué existiendo un útero, aunque por su pequeñez puede calificarse casi de infantil, tuvo lugar la concepción en un cuerno rudimentario del lado derecho? Si en el lado izquierdo existe otro cuerno rudimentario, al sobrevenir otra fecundación ¿dónde se verificará? Lo regular es suponer que el cuerno rudimentario exista de un solo lado, que es lo más frecuente, y que el útero sea el representante del otro cuerno bien desarrollado, ó mejor dicho, que se trate de un útero unicornes, con cuerno rudimentario, unido al primero por un pequeño pedículo; cuando la preñez se desarrolla en el cuerno rudimentario, como ocurrió con nuestra enferma, el embarazo es extra-uterino y el parto no puede tener lugar, y aun es lo común que el quiste se rompa al cuarto ó quinto mes; si la concepción tiene lugar en el otro cuerno, en comunicación directa con el cuello, el parto puede ser completamente normal.

En nuestra enferma, por lo que antes dejo apuntado y por el reconocimiento practicado después de la operación, se deduce que el cuerno izquierdo está bas-

tante desarrollado, y que sólo el canal de Muller del lado derecho sufrió la falta de desarrollo que dió lugar al cuerno rudimentario; por otra parte, aunque los hechos de esta clase escasean, ni en los trabajos de Kusmaul, Virchow, Turner, etc., ni en la excelente obra de Bland-Sutton, encuentro referidos otros casos que los de cuerno rudimentario con útero unicorno.

Comprenderán mis lectores la importancia de estas consideraciones, cuando les diga que la enferma, después de operada, menstruó con toda regularidad hasta Septiembre último, y que ahora cuenta ya tres faltas, y de su examen se desprende que existe un embarazo del tercero al cuarto mes, tanto por el volumen adquirido ya por el útero, como por otros síntomas que la enferma L. N. presenta; si esta enferma no se hubiese operado, probablemente, aparte de otras complicaciones, habría sobrevenido el conflicto de un embarazo complicado de preñez extra-uterina, que fué uno de los razonamientos que me hicieron aceptar la indicación. Realizada ahora la fecundación, lo probable es que pueda ocurrir un parto normal: con todo, no dejaré de observarla muy atentamente, porque, tratándose de anomalías de desarrollo, que con tanta frecuencia burlan las leyes establecidas, siempre es de temer un accidente.

El otro caso que he tenido ocasión de observar, casi al mismo tiempo que el que acabo de referir, pertenece á una mujer de 36 años de edad, casada por segunda vez de dos años á esta parte, y cuyo matrimonio quedó estéril hasta la fecha: en su primer enlace tuvo cuatro hijos y dos abortos, quedando viuda á los 32 años y aquejando desde mucho tiempo trastornos genitales, caracterizados por leucorrea abundante y períodos menorrágicos y dolorosos, que no merecieron de parte de la enferma atención especial ni fueron objeto de tratamiento ninguno.

En el mes de Abril del pasado año de 1892, creyó la paciente F. R. hallarse embarazada, por tener dos faltas y sentir las molestias propias de los primeros tiempos de la preñez: á últimos de dicho mes, con ocasión de haber muerto una amiga suya á quien asistió en los últimos momentos, y en la pesada tarea de vestir el cadáver, sintióse durante dicha ocupación acometida de dolor súbito y violento en el bajo vientre, seguido de malestar, desfallecimiento y síncope: fué trasladada á su domicilio, que estaba próximo, en donde guardó cama durante siete ú ocho días, teniendo metrorragias continuas, dolor de vientre, algún vómito, inapetencia absoluta y pérdida completa de los colores sanos que antes lucía: intentó dejar la cama según lo hacen muchas mujeres del pueblo, que por necesidad unas veces y por ignorancia otras desprecian el mal, pero no le fué posible volver á sus ocupaciones según pretendía, y así pasó hasta el 20 de Mayo, en que, á pesar de su pésimo estado, concurrió á la policlínica.

Ofrecía un aspecto lamentable: una anemia profunda se dibujaba en su rostro, y un pulso pequeño y de 130 por minuto denotaba un estado general deplorable: la metrorragia seguía continua y en cantidad variable. El examen local demostró

un útero aumentado de volumen, perfectamente accesible por encima del pubis, algo inmóvil y doloroso; el fondo de Douglas y lateral derecho, llenos de una masa semidura, y la palpación del hipogastrio, aparte del útero, descubría un tumor hacia la fosa ilíaca derecha, no muy duro y algo doloroso. Indicado como posible el diagnóstico de embarazo extra-uterino con rotura del saco, se indicó á la enferma la conveniencia de una intervención: antes no llegó á efectuarse ésta, en reconocimientos sucesivos dióse por seguro el diagnóstico y por indispensable la intervención; la metrorragia no cesaba, á pesar de la medicación; el tumor del hipogastrio presentaba evidentes variaciones de volumen y la enferma estaba de cada día peor, tanto que, al llegar el momento operatorio, presentaba una caquexia anémica profundísima.

Practicada la incisión y abierto el peritoneo el 7 de Julio, se encontró en el bajo vientre gran cantidad de coágulos negruzcos, libres unos y flotando entre los intestinos y algo adheridos otros á la entrada de la pelvis: ésta se hallaba completamente ocupada por un hematocele algo limitado en su parte superior por una falsa membrana, rota la cual, y extraída gran cantidad de coágulos negruzcos y adheridos, pudo descubrirse la trompa derecha sumamente engrosada, alargada, del volumen del puño, con el pabellón obturado y una abertura en su pared posterior de más de un centímetro de diámetro; hacia la parte anterior, las paredes de la trompa tenían más de un centímetro de grosor y de ellas pudo separarse la membrana cario-placentaria, que continuaba adherida y con una circulación activa; la cavidad de la trompa estaba llena de coágulos más recientes que los de la pelvis. El desprendimiento de esta trompa fué difícil por sus muchas adherencias; el ovario correspondiente, aunque sano, fué extirpado también. La trompa izquierda, sumamente engrosada y con adherencias múltiples á las paredes de la pelvis y al ovario, fué extirpada asimismo en vista de su mal estado.

Aparte de las lesiones indicadas, no me queda duda que esta enferma había sufrido con anterioridad algún ataque de pelviperitonitis que dejó adherencias sólidas, que quizás no fueran extrañas á la patogenia de la preñez tubárica.

La cantidad de coágulos extraídos pesaba cerca dos kilos, y á pesar del minucioso cuidado puesto en buscar el embrión, que al romperse la trompa cayó indudablemente en el peritoneo, no pudo hallarse, de lo que deduzco que se perdió entre los coágulos, ó, lo que es más probable, que se había reabsorbido, puesto que, dados los antecedentes de la enferma, las lesiones encontradas y los detalles de la pieza patológica, no cabe duda que se trataba de un embarazo tubárico, terminado por rotura de la trompa á la novena ó décima semana de su evolución.

Después de un abundante lavado del peritoneo, terminado el cual dejé en dicha cavidad una gran cantidad de agua, á guisa de transfusión, porque la enferma estaba casi sin pulso, y aplicada la sutura, había durado la operación una hora.

Aparte una temperatura de 40 grados que presentó durante el segundo y ter-

cer días, la convalecencia fué retardada por un absceso que se formó en la vaina del recto, cuyo pus se eliminó por los puntos de sutura y tardó varios días en agotarse. A los veintiséis días salió de la clínica completamente transformada, y después ha reanudado sus ocupaciones, no habiendo tenido hasta la fecha la más insignificante molestia.

Aunque poco numerosos, los cuatro casos que acabo de describir no dejan de ofrecer interés por su variedad y por el curso que han seguido.

Indudablemente la inmensa mayoría de embarazos ectópicos tiene lugar en la trompa, en su parte media generalmente, constituyendo el verdadero embarazo tubárico, ó hacia sus extremidades; si interna, con la variedad intersticial, si externa, la forma tubo-ovárica, en la cual queda incluida la preñez extra-uterina ovárica, cuya existencia de un modo primitivo é independiente no está demostrada. Las variedades de embarazo ectópico peritoneal y extra-peritoneal no son admitidas tampoco como primitivas, y en Inglaterra sobre todo, casi todos los ginecólogos aceptan el principio de que *todas las variedades de preñez extra-uterina han pasado sus primeros periodos en la trompa de Falopio*: con todo, algunas observaciones de Rein, presentadas en el Congreso de Bruselas en Septiembre último, parecen demostrar la realidad del embarazo peritoneal primitivo.

Aun admitiendo la posibilidad de la preñez peritoneal primitiva, no es menos cierto que la inmensa mayoría son tubáricos al principio, y á partir de aquí se presentan las distintas variedades: por lo común, antes de traspasar el tercer mes ó la dozava semana, la trompa se rompe, no pudiendo contener el producto de la concepción, y á consecuencia de esta *rotura primaria*, ocurren distintos fenómenos: ó bien la trompa se rompe por su superficie libre, cayendo el embrión dentro del peritoneo, donde muere y se reabsorbe, y con él una cantidad mayor ó menor de sangre, según el período en que ha tenido lugar la rotura; ó bien lo hace por su parte adherente, entre las hojillas del meso-salpinx, y entonces embrión y hemorragia se encierran entre las hojas del ligamento ancho.

En el primer caso, los síntomas de colapso son intensos y muy frecuentemente la hemorragia es bastante copiosa para producir la muerte de la enferma en poco tiempo, como ocurrió en la primera observación descrita: otras veces la hemorragia no es bastante fuerte y la enferma se repone del colapso y da lugar á que adherencias de nueva formación limiten el hematocele, la hemorragia no se reproduzca y una reabsorción lenta acabe por producir una curación espontánea, contingencia rarísima tratándose de la rotura primaria intra-peritoneal; lo regular es que una peritonitis, fenómeno por lo demás bastante raro, acabe con la enferma, ó que, hecho que se repite con frecuencia, suceda lo que ocurrió en la enferma de la observación cuarta, que nuevas hemorragias peritoneales por un lado y ute-

rinas por otro, ocasionen pérdidas continuas y la anemia crónica y el agotamiento acaben con la enferma.

Si la rotura de la trompa es extra-peritoneal y su contenido se aloja entre las hojas del ligamento ancho, ocurren fenómenos muy distintos del caso anterior: por de pronto, el hematocele extra-peritoneal ó hematoma del ligamento ancho son su primera consecuencia, fenómeno análogo al de la rotura intra-peritoneal, pero mucho más benigno para la paciente, puesto que la limitación del espacio en la base del ligamento ancho y la compresión consecutiva pueden hacer que la hemorragia cese espontáneamente, aparte de que no es tan marcado el fenómeno de *shock*, que ocurre cuando la hemorragia es intra-peritoneal: de aquí que en estos casos, como aconteció en la segunda observación, ocurra por lo común una curación espontánea, reabsorbiéndose lentamente el hematoma y el embrión. En esta forma de rotura, ocurre algunas veces un fenómeno importantísimo para el curso posterior de la preñez extra-uterina, cuando por la escasez de la hemorragia ó por fraguarse lentamente más que una rotura un desgarró de las paredes tubáricas, el embrión no muere y continúa desarrollándose y separando las hojas del ligamento ancho, hasta alcanzar un período más ó menos adelantado del embarazo y aun su completo desarrollo á término: en estos casos es cuando ocurre la *rotura secundaria*, que puede también ser intra-peritoneal ó extra-peritoneal. La rotura secundaria intra-peritoneal, presenta variantes según el sitio en que esté implantada la placenta: si por su implantación resulta interesada en la rotura, como si existiese una placenta previa peritoneal, sobreviene una hemorragia fulminante y mortal; si, por el contrario, su situación es tal que el desgarró del saco interesa sólo las membranas del huevo y *hojilla* peritoneal del ligamento ancho estirado y desplegado, la hemorragia es insignificante, el feto sale del quiste y queda libre en la cavidad peritoneal entre los intestinos, en donde puede seguir desarrollándose y de donde le extrae algunas veces el ginecólogo, con vida en ocasiones, y dando lugar á la creencia de que se trata en estos casos de preñez ectópica peritoneal primitiva y sirviendo, por otra parte, estos hechos bien comprobados, para negar á los contrarios de dicha forma de preñez la realidad de su existencia: esta rotura puede tener lugar en cualquier período del embarazo ectópico á partir del cuarto mes: si llega á término y muere el feto sin que se realice dicho accidente, termina la preñez por retención y más tarde sobreviene, por distintos mecanismos y en distintas fechas, la *rotura secundaria* extra-peritoneal, para eliminar el feto muerto ó sus restos; con feto vivo, la rotura secundaria extra-peritoneal no tiene lugar.

A veces la rotura de la trompa es incompleta, tanto si se realiza hacia el peritoneo como hacia el ligamento ancho, en el sentido de que ceden las membranas salpingianas sin que se rasguen las cubiertas del huevo, en cuyo caso sigue su curso el embarazo hasta llegar á término y sin que en su historia se encuentre

referido el momento crítico de la rotura que, sin embargo, ha tenido lugar de una manera silenciosa.

Dada la frecuencia del embarazo extra-uterino, es raro que llegue á término y termine por retención, como en el caso de la observación tercera, pues aun tratándose de un cuerno rudimentario, por lo común los accidentes son los mismos que en las demás variedades de preñez ectópica, tanto que Sanger ha podido reunir en conjunto 29 casos conocidos de embarazo en cuerno rudimentario, y de ellos, 25 terminaron por la rotura del quiste antes del sexto mes. Muerto el feto y retenido dentro de su cavidad, los fenómenos que consecutivamente se desenvuelven son variables é interesantísimos: algunos quedan apuntados en la historia clínica referida; su estudio, por más que sea de grande importancia, me llevaría muy lejos de mi objeto, y puede hacerse fácilmente en cualquiera de las obras que se ocupan de esta cuestión.

Uno de los fenómenos, que por lo frecuente puede casi considerarse necesario y que mayor importancia tiene en el curso de la preñez extra-uterina, es la rotura primaria intra-peritoneal ó extra-peritoneal, por el peligro que consigo lleva en una gran mayoría de casos: de aquí el interés y la importancia de un diagnóstico precoz, tanto por si se juzga oportuno intervenir antes que ocurra tal fenómeno, como para estar prevenidos cuando se presente.

Siendo frecuentemente escasas las molestias que el embarazo tubárico ocasiona las primeras semanas, no es de extrañar que las enfermas raras veces se ofrezcan á nuestra observación en semejante período, y aquellas que lo hacen, es casi siempre porque, siendo ya enfermas ginecológicas, atienden á sus dolencias en cuyo camino se ha interpuesto el embarazo ectópico. Aun en estos casos, el diagnóstico es sumamente difícil, y algunos autores lo juzgan imposible como diagnóstico de certeza: en efecto, la menstruación casi nunca se suprime en absoluto aunque tome el carácter de metrorragias irregulares, fenómeno que por su frecuencia raras veces tiene importancia diagnóstica; los dolores y molestias locales tienen la desventaja de que, recayendo casi siempre este fenómeno en enfermas del aparato genital, en cuyas alteraciones reside la causa del mismo, los síntomas producidos por la preñez tubárica en contadas ocasiones llaman la atención, pues se ofrecen como una variante de hechos preexistentes.

Aun dado un reconocimiento detenido, podrá sentarse tan sólo un diagnóstico de probabilidad, pues si bien por la exploración combinada puede notarse con seguridad un aumento de volumen de la trompa y la ocupación de uno de los fondos de saco laterales ó posterior, únicamente los antecedentes de la enferma y un mayor volumen del útero podrán inclinar el ánimo al diagnóstico de la preñez tubárica, de preferencia al de otras afecciones, como las colecciones de la trompa, parametritis, pequeños tumores del ovario, fibromas uterinos, útero preñado en retroflexión, etc. Por todas estas razones son pocos los

casos en que puede sentarse un diagnóstico *à priori* para aceptar un tratamiento adecuado.

En general, el estrépito de la rotura es el primer aviso, y en estos casos el diagnóstico no presenta grandes dificultades, pues si á los antecedentes se une el cuadro inequívoco de una hemorragia pélvica, demostrada por los síntomas locales y generales, fácilmente podrá sentarse un diagnóstico preciso: el punto capital en semejante contingencia, es deslindar si la rotura ha sido intra-peritoneal ó extra-peritoneal, pues la norma de conducta es muy variable para cada caso: recuérdese el distinto desenlace de los casos primero y cuarto con rotura intra-peritoneal y del segundo con extra-peritoneal, y se verá claramente toda su trascendencia, debiendo advertir que lo que en dichos casos ocurrió, es la historia corriente y usual de las roturas de preñeces tubáricas. Tanto los síntomas generales como los locales servirán para diferenciarlos: en unos casos, el trastorno general, así por el colapso peritonítico como por la abundancia de la hemorragia, son mucho más pronunciados que en otros en que el peritoneo sólo sufre daños de vecindad y la hemorragia tiende á contenerse por estar encerrada en espacio reducido y limitado: localmente, los síntomas revelados por el tacto varían mucho y pueden verse en cualquiera obra de ginecología descritos con prolijidad y precisión suficientes para darles certeza bastante á sentar una indicación determinada.

En períodos más adelantados y sean cuales fueren las fases recorridas por la preñez ectópica, el diagnóstico va haciéndose más fácil, porque van apareciendo nuevos fenómenos perfectamente apreciables que lo ilustran suficientemente, sobre todo mientras vive el feto, y en estos casos, ya las únicas dificultades podrán consistir en determinar si el embarazo es uterino ó extra-uterino.

Una vez muerto el feto y terminado el embarazo por retención, debe hacerse el diagnóstico como en el caso referido, por exclusión, y con referencia á los datos que proporcione el interrogatorio, no sin olvidar lo expuestos que son estos diagnósticos á un error, como lo demuestran los casos de Tarnier y de Depaul, en que desecharon el diagnóstico de embarazo en mujeres que llevaban el feto muerto dentro del útero y parieron el mismo día del examen: particularmente el último es instructivo y demuestra cuán difíciles son á veces estos problemas, puesto que la enferma ingresó en la clínica de Depaul refiriendo la historia de un embarazo y síntomas de parto, lo que dió pie al profesor para hacer una brillante conferencia sobre el diagnóstico diferencial de los fibromas con un embarazo de feto muerto, concluyendo por admitir un fibroma y dejando á la enferma en observación; á los pocos días, como se le hiciera notar que la paciente durante la noche había presentado dolores de parto, procedió á un nuevo y minucioso reconocimiento, después del cual se ratificó en su diagnóstico de fibroma, y por la noche del mismo día parió la enferma. Esto explica la dificultad que hay en estos casos para sentar

un diagnóstico preciso, pues no siempre los antecedentes son tan claros y manifiestos como en la enferma de nuestra observación.

Nada digo de otros síntomas que pueden servir para el diagnóstico de la preñez ectópica, por no ser mi objetivo estudiar detalladamente dicha afección, ni de una infinidad de problemas de etiología y anatomía patológicas que á dicho asunto atañen, que si bien son todos trascendentales, darían pie á una monografía y no á ligeros apuntes como éstos.

Respecto del tratamiento del embarazo ectópico, no me parece que actualmente sea posible la discusión cuando se mira el hecho de una manera general: el tratamiento quirúrgico es el único racional, adecuado y aceptable en semejante caso. Respecto á la oportunidad de sus indicaciones, cabe indudablemente la discusión y la diferencia de criterio.

En una estadística elocuente presentada por Price, y que tiene todo el valor de un hecho contemporáneo y que, de consiguiente, lleva el sello de los progresos de la cirugía actual, se ve claramente la importancia del tratamiento. Price ha reunido los casos dispersos y publicados durante los años de 1890, 1891 y 1892, formando un conjunto de 186 embarazos extra-uterinos. De los 186, 119 han sufrido el tratamiento quirúrgico, habiéndose curado 97, ó sea 81'51 por 100, y habiendo fallecido 22, ó sea 18'49 por 100: los otros 67 han sido sometidos al tratamiento expectante, habiéndose curado 17, ó sea 25'37 por 100, y habiendo fallecido 50, ó sea 74'63 por 100; precisa una aclaración respecto del último grupo, puesto que en las 17 enfermas curadas sólo tres veces se ha comprobado el diagnóstico y únicamente dos enfermas han quedado completamente libres de inducciones y molestias peri-uterinas: de entre las 50 fallecidas, 34 veces se ha verificado el diagnóstico por autopsias ó expulsión de partes fetales, y en los demás casos se ha hecho por exclusión: las causas de error que puedan existir en este segundo grupo, más bien resultarían en desventaja del mismo que no en mejora de sus números. Esta estadística, en la cual entra la observación y el criterio de ginecólogos de distintos países, tiene mucho mayor valor que los datos personales, que en uno ú otro sentido pueden exagerar los resultados, como se desprende del criterio de algunos observadores que han tenido la desgracia de ver fallecer todas las enfermas que han observado de preñez ectópica, ó según resulta de los resultados operatorios de L. Tait y de Price, por ejemplo, en cuyas numerosas estadísticas se cuentan un 94 y 95 por 100 de curaciones.

De la estadística apuntada, resulta el hecho elocuente de que el embarazo ectópico abandonado á su curso espontáneo, produce una mortalidad de 74'63 por 100, y tratado por medio de la intervención quirúrgica esta mortalidad queda reducida á 18'49 por 100. Resultado final que se desprende claramente y de una manera indiscutible, es que con el tratamiento operatorio salvamos la vida á 56'14 por cada 100 enfermas de embarazo extra-uterino, que de otro modo habrían muerto

por uno ú otro accidente. Todavía estas cifras presentadas en bruto no ofrecen la verdad en toda su elocuencia, puesto que si resulta de la observación que algunas enfermas con embarazo ectópico pueden curar espontáneamente, y nosotros podemos tener medios para presumir cuáles puedan ser estos casos, con abstenernos en ellos de intervenir y reservar la operación para cuando esté indicada, el número de enfermas que habremos salvado no será ya el de 56'14 por 100, sino el de 81'51 por 100, porque sólo operaremos en aquellos casos en que la muerte parece segura: con razón han dicho algunos que el tratamiento del embarazo extra-uterino es una de las páginas más brillantes de la cirugía abdominal.

De los datos apuntados se desprende claramente el hecho importantísimo de que si bien el embarazo ectópico es una contingencia gravísima, no es fatalmente mortal, y por tanto, el criterio personal es susceptible de variaciones que cada cual justificará según su modo de ver é interpretar el asunto.

De las historias referidas y de las ligeras apuntaciones indicadas respecto á su curso y accidentes, se desprende otro hecho no menos importante, relativo al período ó accidente en que se considere establecido el problema: difícilmente podrán encontrarse en la práctica toco-ginecológica situaciones más delicadas y escabrosas, de las que puede ofrecer la preñez ectópica en sus múltiples variedades de forma, curso y accidentes.

Bajo este concepto, podemos formar los siguientes grupos, que si no engloban todos los casos y contingencias del embarazo extra-uterino, ofrecen los más frecuentes y capitales:

- a. Preñez ectópica antes del cuarto mes, sin rotura.
- b. Preñez ectópica después del cuarto mes, con feto vivo.
- c. Preñez ectópica después del cuarto mes, con feto muerto.
- d. Rotura primaria intra-peritoneal.
- e. Rotura primaria extra-peritoneal.
- f. Rotura secundaria.

a. Aparte de las dificultades que ofrece el diagnóstico durante los primeros meses de la preñez ectópica con curso normal, una vez sentado, si no con certeza con probabilidad, debe prácticamente resolverse el problema, teniendo en cuenta que las afecciones que más pueden confundirse con ella reclaman la laparotomía, como ella misma, y de aquí que el diagnóstico preciso no tenga en la clínica un valor extremado.

Para la solución del problema, debe tenerse en cuenta, de un lado, la facilidad operatoria durante este período, y de otro, el porvenir de la afección. Indudablemente que un embarazo ectópico durante los tres ó cuatro primeros meses y antes

de la rotura del quiste, se presenta en mejores condiciones operatorias que en ningún otro período: de una parte, porque la enferma no está agotada por sufrimientos y hemorragias, y de otra, porque casi siempre puede pediculizarse el quiste y extirparse por completo sin hemorragia ni complicaciones; en estas condiciones los resultados operatorios son infinitamente mejores que en cualquier otro período ó en el curso de algún accidente. Si de otro lado contemplamos las graves contingencias, algunas de ellas ejecutivas, y la multitud de penalidades y sufrimientos que á la enferma aguardan, aun suponiendo que salga airosa de su crítico estado, no se extrañará que, dado el estado actual del adelanto quirúrgico, se inclinen muchos á practicar la extirpación así que se establece el diagnóstico, y que Veit, Martín, Pozzi, Bland-Sutton, Price, Bouilli, etc., etc., sean partidarios de esta conducta, que raras veces tiene aplicación por la dificultad del diagnóstico y por la rareza con que las enfermas se ofrecen á nuestra observación durante este período. No me he encontrado en el caso de resolver en la práctica este problema, pero puesto en él, lo haría conforme á los principios de los ginecólogos citados, si bien pienso que es de respetar la actitud de los ginecólogos que frente á un caso de esta naturaleza se muestran más circunspectos, aguardando que los acontecimientos lleven marcadamente en uno ú otro sentido.

b. Después del cuarto mes sin rotura, ó por lo menos sin rotura aparente, si el feto vive y la preñez ectópica sigue evolucionando, las condiciones locales varían mucho por el volumen del quiste, la extensión de la placenta y la actividad circulatoria; lo que hace que la operación, relativamente fácil y poco expuesta á accidentes según se presentaba en el período anterior, se convierta en intervención difícil é indudablemente mucho más peligrosa por la hemorragia que puede sobrevenir y por la dificultad de limitar el traumatismo. Al propio tiempo que las condiciones operatorias varían acentuándose su gravedad, las probabilidades de vida para el feto aumentan, pues tanto mayores son las probabilidades de que el embarazo llegue á término, cuanto más adelanta en su curso sin que el accidente de la rotura destruya el producto de la concepción como lo hace en la mayor parte de los casos, y de aquí que la vida del feto sea un nuevo elemento que hay que tener en cuenta.

Antes, esta cuestión estaba resuelta: se dejaba crecer el embarazo y se aguardaba que siguiera su curso natural: aun después de las primeras intervenciones, fueron tan desastrosos los resultados para la madre (la estadística de Harris, quien reunió, hasta 1888, 30 casos de esta naturaleza, da 25 defunciones y 5 curaciones para la madre y 16 resultados favorables, más ó menos duraderos, para el niño), que unido esto á la opinión algo fundada, que el feto que se ha desarrollado en una cavidad extra-uterina viene al mundo con pocas probabilidades de vida, hacía que se desechara la intervención en estos casos, porque realmente ofrecía más garantías una expectación concienzuda.

Posteriormente la cuestión ha variado, pues los adelantos en la técnica de la laparotomía han mejorado los resultados de tal modo, que Pozzi ha podido reunir 19 casos con 15 madres curadas y 17 niños que han vivido por lo menos algunos días: estos éxitos colocan otra vez la cuestión en terreno no resuelto, y hacen que cada uno deba resolver estos casos según su criterio, puesto que estos hechos elocuentes no pueden borrar las consecuencias de la estadística de Bland-Sutton, quien para demostrar la mayor gravedad de la operación mientras vive el feto que cuando ha muerto hace ya más ó menos días, reunió los casos de los cirujanos ingleses y encontró que de 6 enfermas operadas entre el séptimo y noveno mes con feto vivo, murieron 3 madres y se curaron 3, y de 7 en las cuales el feto llevaba de muerto de 14 días en adelante, se curaron las 7, lo cual demuestra palpablemente que la operación es más grave en un caso que en otro.

Me parece algo difícil la solución de este problema en la práctica, y puesto en el caso de darle solución, practicaría la operación para salvar la vida del feto, siempre que la madre, conociendo el mayor número de peligros á que se expone para salvar á su hijo, solicitara la intervención, pues en otro caso optaría por la expectación, esperando á que la muerte inevitable del feto me diera mayores garantías para salvar á la madre.

c. La muerte del feto lleva tales cambios en el modo de ser de la preñez ectópica, que explican perfectamente la menor gravedad de la intervención después de cierto tiempo de ocurrido el accidente: el mayor peligro de estas intervenciones es la hemorragia, que por parte de la placenta puede sobrevenir, y la muerte del feto arrastra consigo el paro de su circulación y la atrofia de los vasos dentro un período más ó menos largo, que todavía no está bien determinado: recuérdese que en el caso referido, habían transcurrido siete meses y la circulación placentaria había desaparecido en absoluto; no titubearía en operar después de tres ó cuatro meses, y, aun aceptada la indicación, creería prudente dejar transcurrir este plazo, si fenómenos de inflamación local ó de infección general no me obligasen á intervenir más precozmente.

Por lo demás, es tan accidentado el curso del embarazo ectópico terminado por retención, tantos los accidentes y peligros á que la enferma está sujeta y tantas las pacientes que mueren á consecuencia de sus complicaciones, que la laparotomía en estos casos está completamente justificada y muchas veces imperiosamente indicada.

Cuando se observan los quistes fetales en períodos más adelantados, con abscesos ó trayectos fistulosos, la conducta del ginecólogo no es dudosa, y la aplicación de las leyes generales de la cirugía dará en estos casos resultados brillantes.

d. La rotura primaria intra-peritoneal ocurre por lo común á la séptima ú octava semana de la preñez tubárica, á veces hacia la onzava ó dozava semana y en raras ocasiones más tarde. Es un accidente estrepitoso y gravísimo que pre-

senta distintas variantes, según lo demuestran los dos casos referidos, y tanto en estas formas clínicas como en otras que pueden presentarse, acaba con la vida de la enferma casi siempre. En estos casos el tratamiento se impone con toda su fuerza, la discusión no es posible y los médicos que frente á un caso de esta naturaleza se acogen á la expectación, representan el más desairado papel de una censurable cobardía. ¿Qué se diría del médico militar que en un hospital de campaña dejara fallecer un herido de hemorragia, esperando estoicamente que ésta se contuviera por miedo de ligar la femoral ó la ilíaca externa? ¿Acaso por provenir la hemorragia de las ramas de la ilíaca interna y quedar oculta la sangre en la cavidad del abdomen, es menor el peligro y menos imperiosa la indicación? Aun suponiendo que la hemorragia no sea mortal en plazo perentorio ¿no demuestra la observación que de las complicaciones y accidentes consecutivos mueren casi todas las enfermas que una intervención oportuna habría podido salvar en su gran mayoría? La indicación estaba planteada desde que se conoció el mecanismo de la muerte en estos casos, y sólo faltaba encontrar un medio aceptable por sus resultados para llevarla á cabo, y éste se ha encontrado en la laparotomía, á la cual ha dado impulso Lawson Tait, operando desde 1883 á 1888 inclusive, 42 casos con 40 curaciones y 2 muertes: con semejante empuje la operación se ha generalizado, los casos que antes eran rarísimos han ido menudeando, y hoy el acuerdo es unánime entre ginecólogos y tocólogos de todos los países, de que en estos casos la indicación de la laparotomía es salvadora é ineludible.

Establecido, pues, con certeza el diagnóstico de rotura intraperitoneal con hemorragia, no caben vacilaciones ni debe aceptarse como sano otro criterio que el de la intervención quirúrgica, desterrando como pasatiempos engañosos y perjudiciales el reposo, el hielo, la compresión, el opio, los astringentes, etc., que sirvieron á nuestros antecesores para distraer su impotencia frente á casos de esta índole: la observación de estos últimos demostrando la gravedad de tal accidente, la experiencia de los cirujanos contemporáneos patentizando los excelentes resultados de la intervención y el sufragio unánime de los tocólogos y ginecólogos de todos los países, establecen sobre este punto un criterio cerrado é inhabilitan toda discusión.

He indicado antes la sospecha de que hubiese fallecido de la rotura de una preñez tubárica alguna enferma vista por mí, y he relatado la historia de los dos casos que he observado: uno de ellos tratado por la laparotomía y curado, y otro en que la familia no aceptó la intervención y falleció en pocas horas; respecto de esta última, quizás tenga que reprocharme no haber propuesto el acto operatorio con mayor decisión y entusiasmo para lograr su aceptación: he de confesar que, por aquella fecha, hace unos cinco años, me merecía la operación cierto respeto que entibiaba mi acometividad para esta empresa, y es bien evidente que la falta de convicción y seguridad por parte del médico en casos tales, se traduce en las

familias por indecisión y generalmente abandono de los medios propuestos. Este triste ejemplo hizo que fuera más categórico en el segundo caso, y probablemente debido á esto fué aceptada una intervención que afortunadamente no llegó á hacerse necesaria.

e. Muy distinta ha de ser la conducta del ginecólogo frente á una rotura extra-peritoneal: el caso referido nos ofrece un ejemplo elocuente de como, aun siendo el accidente de cuantía, se llega á obtener una curación espontánea. Lo que importa es cerciorarse del diagnóstico, y una vez bien establecida la diferenciación entre la rotura intra-peritoneal y la extra-peritoneal, si se trata de esta última, optar por la expectación, porque la observación demuestra que en la generalidad de estos casos la curación sobreviene por su curso natural. Excepciones hay á la regla, indudablemente, cuando la hemorragia se hace muy peligrosa por su abundancia ó son intolerables los fenómenos de compresión que el hematoma del ligamento ancho produce, y entonces también la intervención es de rigor. Este criterio aceptan gran número de ginecólogos, por otra parte partidarios de la intervención en otros casos.

Cuando en el curso posterior del hematocele extra-uterino sobreviene la supuración, el caso entra en otra categoría de hechos ginecológicos, que no tienen con la preñez ectópica más que relaciones patogénicas.

Si después de la rotura primaria extra-peritoneal no muere el embrión, sigue creciendo entre las hojas del ligamento ancho, formando la variedad de embarazo extra-uterino conocido, desde Dezemeiries, con el nombre de *sub-peritoneo pelviano*, y más adelante, entra en otra categoría de hechos ya apuntados.

f. Sea que el feto haya seguido desarrollándose entre las hojas del ligamento ancho, sea que el quiste vaya invadiendo la cavidad del peritoneo, transcurrido el cuarto mes puede sobrevenir la rotura secundaria intra-peritoneal, que ofrecerá, para los efectos de la indicación, dos variedades principales: ó bien se romperá el quiste, según queda dicho, por sitio falto ó escaso de vasos, y entonces el feto cae en la cavidad del peritoneo, sin producir hemorragia, ó bien se interesa ó desprende la placenta, y entonces sigue al feto una hemorragia interna abundante y casi siempre fatal á corto plazo.

En el primer caso, la indicación de laparatomía es evidente, empero no es por lo común perentoria y aun puede dar lugar á que el feto se aisle en una cavidad adventicia dentro del peritoneo, y allí siga su curso hasta llegar á término, ó fallezca prematuramente, y entonces el problema se resuelve según los principios citados, esperando á que se interrumpa la circulación placentaria para lograr una intervención menos accidentada, ó atendiendo el porvenir del feto si todavía vive, cuando concurren las circunstancias que anteriormente he enumerado.

Si la rotura secundaria intra-peritoneal va acompañada de hemorragia, dadas sus condiciones diferentes de la rotura primaria, por el mayor desarrollo del em-

barazo, la indicación de la laparotomía es perentoria y no hay momento que perder, porque la enferma muere con rapidez por la copiosa hemorragia que sobreviene: raras veces, por no decir nunca, ocurre en el caso que nos ocupa el hecho de nuestra observación cuarta, y, por el contrario, es de temer que el accidente sea tan ejecutivo que no dé lugar á la intervención, y que la indecisión y la tardanza en poner en práctica la indicación cuesten la vida á la enferma.

Cuando, salvados todos los accidentes y terminada la preñez ectópica por retención, la enferma ha tenido bastante resistencia para hacer frente á tanto peligro, y la naturaleza ha podido poner en juego sus maravillosos resortes, casi siempre sobreviene, en período más ó menos tardío de meses y aun de años, la rotura secundaria extra-peritoneal, y sea por el intestino, por la vejiga, por la vagina ó por las paredes abdominales, se fragua una salida á los restos del producto de la concepción, y en estos casos, según ya antes queda indicado, aplicando las leyes generales de cirugía, que obligan á favorecer la expulsión de todo producto retenido, podrán obtenerse todavía resultados bastante favorables, como lo demuestra la estadística de Puech.

Aunque muy á la ligera, me he extendido algo sobre las indicaciones de la intervención quirúrgica en los casos de preñez ectópica, por la importancia de asunto y por la responsabilidad que tienen para el médico, con mayor motivo si se tiene en cuenta que la mayoría recurren al primer médico que encuentran ó á su médico habitual, y no á un especialista, porque no sospechan la naturaleza del accidente que lleva la alarma, y si en estos casos es apurada la situación del ginecólogo, que se pasa semanas y meses meditando el asunto é interviniendo en casos análogos ó parecidos, cuál no ha de ser la del médico, que tiene que atender á múltiples y variadas ocupaciones y que sólo raras veces, en su práctica, tropezará con casos de esta naturaleza.

Tengo, por otra parte, la convicción de que en nuestro país los casos de preñez extra-uterina son tan frecuentes como en Inglaterra, Alemania, Francia, etc., sólo que muchos pasarán sin haber podido ser diagnosticados: me inclina á creerlo así, el que los cuatro casos que he observado han procedido de mi consulta, sin que ninguno de ellos llevara diagnóstico ni obrara por consejo de otro facultativo.

Cuando no se nos llama la atención sobre un fenómeno determinado, éste pasa infinidad de veces ante nuestros ojos sin que lo notemos; recuerdo á este propósito que hace algunos años refería á un distinguido ginecólogo de esta capital, de dilatada y numerosa práctica, una laparotomía que había practicado por un mioma uterino que llenaba toda la cavidad abdominal y pesaba 16 kilos, quedándose admirado de mi relato y diciéndome que en su larga y numerosa práctica no había visto un caso parecido: la franca amistad que con él me unía me autorizó para decirle que me permitía dudarle, y que más bien creía que no los había

diagnosticado: no habían transcurrido ocho días que me recomendó una enferma *por si acaso* cuyo mioma era mayor que el de referencia.

No entro á describir la técnica de la laparotomía en los casos de preñez ectópica, porque me obligaría á ser muy extenso y á entrar en una porción de detalles de anatomía patológica que me separarían por completo de mi objeto: las reglas generales de laparotomía tienen aquí su aplicación, empero las distintas modalidades que pueden ofrecerse hacen que los procedimientos adoptados deban ser adecuados á cada caso, y hoy no faltan obras que exponen con claridad (Pozzi, Tait, Veit, Greig Smith, Martín, etc.) la técnica variada de esta intervención. Si más adelante llego á reunir mayor número, con más conocimiento de causa que hoy, me ocuparé de los detalles de la intervención quirúrgica en los casos de preñez ectópica.

Barcelona y Enero de 1893.