

Apoplejía del huevo.—La apoplejía del huevo, ó mola tubárica, parece ser bastante frecuente (1), aunque no bien conocida, porque no produce grandes trastornos, ni cuadros clínicos alarmantes. A consecuencia de lo débiles y friables que son las adherencias entre el huevo y la mucosa tubárica, ocurren con facilidad hemorragias intersticiales, que impregnan é infiltran las membranas del huevo, invaden ó comprimen la cavidad del amnios, producen la muerte del embrión, y el huevo queda convertido en un cuerpo extraño retenido en la trompa, en la que conserva algunas adherencias.

El hecho suele ocurrir en las primeras semanas del embarazo tubárico, cuando la nutrición del huevo está confiada únicamente á las vellosidades coriales; el pabellón de la trompa puede estar ya obturado y ésta convertida en quiste con la mola ovular dentro del mismo.

En este proceso apoplético del huevo, ofrécese cambios de volumen por las hemorragias que se van sucediendo, á medida que se rompen adherencias ó se atrofian vellosidades coriales que dejen abiertos senos venosos, formándose capas estratificadas en distintos períodos de organización, que comunican al huevo un aspecto enteramente parecido al de los huevos apopléticos del embarazo uterino, que tan á menudo se observan.

Muerto el embrión y convertido el huevo en mola tubárica, puede ocurrir que se reabsorban los coágulos y aun los restos membranosos del huevo y termine el episodio en una curación espontánea; pero más frecuentemente persiste, produciendo nuevas hemorragias que originan una verdadera hematosalpinx, en la cual, aun habiendo transcurrido varios meses, descubre el microscopio restos deciduales que aseveran su origen, ó bien queda reducido á una especie de pólipo placentario de poca importancia, pero de significación clínica muy importante.

Más de una vez, extirpando un hematosalpinx antiguo, he podido comprobar su origen en una mola tubárica; examinando bien la masa de coágulos que llenan la trompa, se descubre entre ellos una pequeña porción de volumen variable, desde una avellana á un huevo de gallina, que á simple vista ofrece una textura más firme que la de los simples coágulos sanguíneos, conservando, por lo común, alguna adherencia con la túnica interna de la trompa y presentando un estroma membraniforme que representa los restos del huevo.

Aborto tubárico.—Es, sin duda, uno de los accidentes más frecuentes en el curso del embarazo ectópico, y si no se ha creído así hasta hace poco, es porque no reviste la gravedad é importancia clínica de la rotura; por el contrario, frecuentemente resulta un medio de terminación y curación espontánea.

Orthmann, en una estadística de 124 casos de embarazo ectópico, interrumpido

en la trompa; aquél anida entre las franjas y haces musculares, éstos son carcomidos por las células de Langhans, hasta que el desgaste rompe la cáscara, sea hacia el interior de la trompa, *emigración interna ó aborto tubárico*, sea hacia el peritoneo, *emigración externa ó rotura de la trompa*. Prefiero conservar las denominaciones apuntadas porque tienen un significado clínico de gran valor y porque nada presuponen de la patogenia y evolución de la preñez ectópica, y aunque los trabajos y doctrinas de Werth son muy valiosos, no están aceptados ni comprobados de una manera general.

(1) Véase BLAND-SUTTON, *loc. cit.*, pág. 304.

pidos antes del cuarto mes, encuentran: 61 interrumpidos por aborto, 61 por rotura y 2 por ambas cosas á la vez. Fehling, en 80 casos, encuentra 71 abortos y 9 roturas. Otros registran proporciones distintas, como Schrenck, que en 330 casos señala 60 abortos y 270 roturas. Muchos autores indican su frecuencia sin consignar proporciones. En 1894 había observado yo dos casos, comprobados por la laparotomía, que motivaron una comunicación al Congreso de Roma (1) en que manifestaba mi creencia de que el aborto tubárico era un accidente muy común. Posteriormente he visto otros nueve casos, comprobados por la intervención, pero debe tenerse en cuenta que la indicación operatoria en el aborto no es frecuente y que muchos casos pueden sólo contarse como probables, pues la observación clínica sólo puede dar una convicción, pero no una certeza. Yo tengo la seguridad de haber observado bastantes, pero sin la comprobación del acto operatorio no deben figurar en una estadística.



FIG. 270

Embarazo tubárico. Aborto incompleto á la cuarta semana. Trompa abierta, con el cógulo placentario adherido á la mucosa.

Para que pueda tener lugar el aborto tubárico es preciso que el pabellón de la trompa no esté todavía obturado, con lo cual queda dicho que ha de realizarse antes de la sexta ú octava semana. Además, precisa que las adherencias del corion ovular á la mucosa salpingiana no sean muy firmes, para que pueda desprenderse fácilmente, y dadas estas condiciones, bastan las mismas hemorragias de que queda hecha mención, ó una congestión algo intensa del aparato genital, ó un esfuerzo de cualquier clase, como una

actitud molesta ó una defecación difícil, para que el accidente se produzca.

El aborto tubárico puede ser, como el uterino, completo é incompleto. En el primer caso, el huevo en masa se desprende y es expulsado, á través del pabellón, á la cavidad peritoneal, en donde puede morir y ser reabsorbido, ó puede adquirir adherencias y seguir desarrollándose, originando un embarazo ectópico peritoneal secundario; lo primero es, sin duda, lo más frecuente, y así terminan gran número de embarazos tubáricos. Con el huevo penetra generalmente en el peritoneo una cantidad de sangre mayor ó menor, pero raras veces suficiente para despertar un cuadro clínico de importancia.

En el aborto incompleto ó con retención, es expulsado el embrión, y á veces parte de las membranas ovulares, hacia el peritoneo; pero queda en la trompa adherida parte de las mismas, á veces todas, ó bien retenidas por el pabellón en su emigración á la cavidad peritoneal. Igual que en el aborto uterino con retención, se producen hemorragias repetidas, por lo general no muy copiosas, pero que lentamente forman hematocele en el peritoneo, acompañándose de pequeños ataques de hemorragia interna. Estos son los casos que fre-

(1) *Atti del XI Congresso medico internazionale, Roma, 1894, tomo V, pág. 275.*

cuentemente se comprueban en la intervención, porque á menudo dan origen á la indicación quirúrgica. La fig. 270 representa una trompa abierta de un aborto tubárico con hematocele, ocurrido á la sexta semana; las membranas continuaban adheridas á la mucosa de la trompa y hacía cuatro semanas que se había iniciado el aborto. En otro caso he encontrado las membranas retenidas á través del pabellón, con fuertes adherencias á la mucosa (fig. 271), como lo han encontrado Kelly (1), Bland-Sutton (2) y muchos otros. La retención en el aborto tubárico puede ser muy duradera: he operado un caso que llevaba cinco meses con las hemorragias de repetición, y al extirpar la trompa no presentaba señal alguna de rotura y el pabellón estaba permeable, aunque envuelto y confundido con coágulos antiguos y recientes.

También en el aborto tubárico puede ocurrir la inundación peritoneal y morir la enferma de hemorragia interna, aunque el cuadro, con ser rápido, no es tan ejecutivo, por regla general, como para los casos de rotura: dos veces he podido observar el fenómeno y los dos

dieron lugar á la intervención, porque tardó de tres á cuatro días en producirse el cuadro intenso y grave de la hemorragia interna.

Aceptan todos los autores que en el aborto tubárico puede expulsarse el huevo hacia el útero, y algunos creen que al llegar á su cavidad puede anidar en la misma y convertirse en embarazo uterino; hasta ahora no se ha encontrado un solo caso indiscutible que demuestre la posibilidad del hecho, que racionalmente aparece muy difícil, dada la estrechez de la porción ístmica de la trompa.

Rotura. — Es, sin duda, el accidente más ruidoso y que tiene mayor importancia en el curso del embarazo tubárico. Respecto á su frecuencia, ya hemos visto que unos la consideran mayor y otros menor que el aborto. Yo creo que es menos frecuente, siendo muy difícil la comprobación, pues en tanto que pocas roturas pasan desapercibidas, muchos abortos quedan ignorados.

Según la época en que tiene lugar la rotura, puede ésta dividirse en primaria y secundaria. La rotura primaria tiene lugar, en el embarazo tubárico, antes



FIG. 271

Aborto tubárico de unas seis semanas, extirpado cinco semanas después de iniciados los accidentes. El huevo asoma por el pabellón entreabierto.

(1) Véase KELLY: *Operative Gynecology*, tomo II, pág. 450.

(2) BLAND-SUTTON: *Loc. cit.*, pág. 329.

de la 12.^a semana, según Bland-Sutton (1), y de la 14.^a según Lawsson-Tait (2); la diferencia esencial entre la rotura primaria y la secundaria estriba, más que en la época en que tiene lugar, en que la primera es la rotura de la trompa, en el embarazo tubárico, y la segunda la rotura del quiste fetal, cuando sigue su desarrollo secundariamente y el embarazo se ha hecho tubo-abdominal ó tubo-pelviano, ó cuando el embarazo tubárico ha seguido en su desarrollo hasta la segunda mitad del embarazo. Schrench, en una estadística de 114 casos de rotura, encuentra 13 en el primer mes, 67 en el segundo, 18 en el tercero y 12 en el cuarto; ordinariamente, la mayor frecuencia de rotura corresponde entre la octava y décima semanas.

La rotura primaria tiene por causas principales la distensión rápida de la trompa por el crecimiento del huevo ó por las hemorragias que en el mismo



FIG. 272

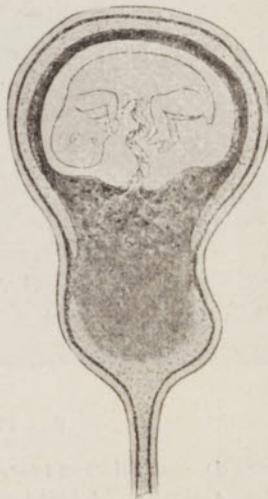
Rotura intra-peritoneal.

FIG. 273

Rotura extra-peritoneal.

ocurren, pues ya he indicado que la hipertrofia de la trompa no corre parejas, en tales casos, con su rápido crecimiento, principalmente por el desgaste que en las paredes tubáricas produce la inserción del huevo. Aschoff ha insistido mucho acerca de la acción corroedora del huevo sobre las paredes tubáricas (3), y Sindenthal ha demostrado en un caso, cuidadosamente estudiado, que aun después de muerto el embrión las células sinciciales y de Langans pueden seguir su obra destructora y dar lugar

á la rotura (4). Realmente, casi siempre la rotura tiene lugar á nivel de la inserción del huevo; á veces da lugar á grietas pequeñas que se obturan con coágulos, y entonces no es una rotura rápida, sino lenta, la que se origina, pero ordinariamente se forma un orificio irregular de uno á tres centímetros de diámetro; cuanto más próximo está el huevo al cuerno del útero, más precoz y ejecutiva suele ser la rotura.

Las consecuencias de la rotura primaria varían según el sitio de la trompa en que tiene lugar. Recuérdese que la trompa tiene un pequeño espacio, sin cubierta peritoneal, que corresponde al intersticio de las hojas del mesosalpinx; éstas se separan algo con la distensión de la trompa en el embarazo tubárico y dicha superficie aumenta en extensión, de manera que puede representar un quinto ó un sexto de la circunferencia salpingiana. Según que la rotura tenga

(1) BLAND-SUTTON: *Loc. cit.*, pág. 321.(2) LAWSSON-TAIT: *Loc. cit.*, pág. 582.(3) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1901, pág. 309.(4) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1902, pág. 164.

lugar en la superficie salpingiana cubierta de peritoneo ó en la parte correspondiente al intersticio del mesosalpinx; la rotura primaria será *intra-peritoneal* ó *extra-peritoneal* (figs. 272 y 273).

En la *rotura primaria intra-peritoneal*, el fenómeno culminante es la hemorragia interna hacia el peritoneo, abundante y copiosa, que algunos han llamado *inundación peritoneal* y que clínicamente ha designado Barnes con el nombre de *hematocele cataclísmico*; á veces es bastante copiosa para producir una muerte rápida (en doce ó veinticuatro horas). Cuando ocurre la rotura, pueden

sobrevenir varios fenómenos que asemejan la rotura al aborto tubárico, en el que la abertura del pabellón es substituída por la abertura del órgano. A través de ésta puede el huevo entero ser expulsado hacia el peritoneo, acompañado de una hemorragia más ó menos copiosa, y si ésta no es mortal, el huevo, sepultado entre los coágulos sanguíneos, que se coleccionan en el fondo de Douglas principalmente, suele morir y ser reabsorbido junto con la sangre del



FIG. 274

Embarazo tubárico. Huevo que conservó su vitalidad á pesar de la rotura primaria intra-peritoneal.

hematocele; alguna vez, y esta posibilidad la admiten todos los autores, puede conservarse vivo, injertarse en el peritoneo y dar lugar á un embarazo abdominal consecutivo. Otras veces, á través de la rotura, se expulsa el líquido amniótico y el embrión, y éste se encuentra aislado entre los coágulos peritoneales. Dos veces he encontrado el embrión completamente suelto en tales condiciones; las membranas ovulares siguen adheridas á la trompa y retenidas en la misma, siendo causa de la repetición de las hemorragias y de ataques sucesivos de hematocele pelviano peritoneal. Otras veces tiene lugar la rotura, la hemorragia interna es formidable, los ataques se repiten y el huevo continúa íntegro dentro de la trompa, conservando su vitalidad, aun rodeado de coágulos. La figura 274 representa un caso de este género, cuya rotura ocurrió á la décima semana, sobreviniendo hematocele peritoneal de repetición; la trompa presentaba una grieta de unos tres centímetros hacia su cara posterior, por donde se verificaba

la hemorragia intra-peritoneal, y en el interior de la misma encontré el huevo todavía íntegro y al parecer vivo, pues el amnios estaba lleno y tenso por el líquido amniótico. Cuando después de la rotura continúa retenido el huevo entero y vivo, el embarazo se convierte en tubo-abdominal, pues á su través envía el huevo ó su placenta prolongaciones que contraen adherencias con los órganos vecinos: fondo de Douglas, útero, vejiga, intestino delgado. Algunas veces esta rotura se verifica lentamente, y la expansión del huevo desde la trompa al pe-



FIG. 275

Embarazo extra-uterino de cerca seis meses. Placenta implantada en la trompa, recto y asas del intestino delgado.

ritoneo tiene lugar sin el episodio de una rotura ruidosa; el embarazo ectópico continúa su desarrollo, y así puede llegar á término. De dos casos de embarazo tubo-abdominal, que he visto y operado en el quinto y sexto mes, con feto vivo, uno de ellos no ofrecía en su historia el episodio de la rotura, y el otro lo había presentado muy serio dos meses antes; en este último la placenta (fig. 275) estaba asentada parte en la trompa y en una extensión mucho mayor, hacia la parte alta del recto y en varias asas del intestino delgado: en el primero ocupaba principalmente el fondo de Douglas, y el quiste del embarazo ectópico estaba libre por la parte alta.

En otros dos casos que he podido observar, operados á siete y medio meses con feto vivo uno, y dos meses después del falso parto el otro, pude comprobar en la historia del primero la invasión lenta y gradual del huevo á la cavidad abdominal con sufrimientos continuos por parte de la enferma, pero sin un episodio agudo de rotura ó de trasplatación: en cambio el segundo presentó á los dos y medio meses un cuadro gravísimo de rotura con hemorragia interna que los colegas que la asistieron creyeron en una muerte inmediata; tuvo lugar la trasplatación y el resto del embarazo transcurrió tranquilamente, con pocas molestias por parte de la enferma y con desarrollo perfecto por parte del feto: en el acto operatorio pude comprobar en ambos casos extensas prolongaciones y extensiones de la placenta.

ritoneo tiene lugar sin el episodio de una rotura ruidosa; el embarazo ectópico continúa su desarrollo, y así puede llegar á término. De dos casos de embarazo tubo-abdominal, que he visto y operado en el quinto y sexto mes, con feto vivo, uno de ellos no ofrecía en su historia el episodio de la rotura, y el otro lo había presentado muy serio dos meses antes; en este último la placenta (fig. 275) estaba asentada parte en la trompa y en una extensión mucho mayor, hacia la parte alta del recto y en varias asas del intestino delgado: en el primero ocupaba principalmente el fondo de Douglas, y el quiste del embarazo ectópico estaba libre por la parte alta.

Si bien es discutible todavía que un huevo fecundado pueda primitivamente anidar en el peritoneo y resistir el poder digestivo de dicha serosa, está demostrado que los cotiledones placentarios pueden injertarse y tomar base de nutrición en cualquier sitio de la serosa peritoneal. Las consecuencias de la rotura primaria intra-peritoneal son para el huevo su destrucción en la gran mayoría de casos, y para la madre, la muerte rápida, con relativa frecuencia.

En la *rotura primaria extra-peritoneal* el sitio de la rotura radica en la porción de la trompa comprendida entre las hojas del meso-salpinx. Cuando el huevo se desprende y es expulsado por la rasgadura de la trompa, cae en el tejido celular del ligamento ancho, en donde, con la sangre derramada, forma una tumoración entre las hojas de dicho ligamento, al lado mismo del útero, y en el tejido celular paramétrico: se reabsorbe lentamente. Si el huevo queda retenido en la trompa, la hemorragia continúa y se repite, como en la rotura intra-peritoneal, formándose un hematocele extra-peritoneal que puede llegar á distender enormemente las hojas del ligamento ancho y correrse por debajo del peritoneo hacia la fosa iliaca ó hacia el pubis, ó también hacia atrás, en el fondo de Douglas, por debajo del peritoneo; pero esta hemorragia, subsiguiente á la rotura extra-peritoneal del embarazo tubárico, no reviste, por lo común, la importancia de la que ocurre cuando la rotura es intra-peritoneal, porque la sangre coagulada y comprimida entre las hojas del ligamento ancho, ejerce compresión y obra mecánicamente como hemostática. He visto algún caso de rotura extra-peritoneal, y, aunque se formó á veces un hematocele grandísimo, nunca he visto sobrevenir la muerte. Cuando la rotura es lenta ó el huevo conserva toda su vitalidad, puede el embarazo tubárico seguir su curso y desarrollarse, creciendo el quiste fetal debajo del peritoneo y desplegando el ligamento ancho, sea que la placenta siga adherida á la trompa, y el huevo, que forma hernia á través de la rotura, vaya invadiendo lentamente la zona del tejido celular, sea que la placenta se injerte en el mismo tejido celular, quedando entonces constituida una variedad de embarazo ectópico secundario, que ya Dezeimeries describió con el nombre de *sub-peritoneo pelviano*, que Parry describió también, en su magnífica memoria de 1873, y que Lawsson-Tait designa con el nombre de embarazo ectópico *extra-peritoneal* y que otros dan á conocer con el nombre de *intra-ligamentoso*. Martin, en su serie de 77 casos, encuentra 7 intra-ligamentosos, lo que indica que no es del todo raro; sin embargo, su frecuencia es difícil de establecer porque, como dice Kelly, no es cosa fácil, aun en el acto de la intervención, diagnosticar un embarazo ectópico intra-ligamentoso, ya que las adherencias y nueva vascularización obscurecen el campo y originan fácilmente confusiones. Por mi parte, lo he diagnosticado en algún caso que no he llegado á intervenir, y de entre mis 52 intervenciones creo que únicamente en una me encontré con un embarazo intra-ligamentoso. Está perfectamente demostrado que el embarazo extra-peritoneal puede seguir en su evolución y llegar á término, si algún accidente, como la rotura secundaria, no interrumpe su curso, corriendo entonces la suerte de los demás quistes fetales.

La *rotura secundaria* es siempre intraperitoneal cuando ocurre durante el embarazo, desde el cuarto al noveno mes. Algunos autores llaman también *rotura secundaria extra-peritoneal* al fenómeno en virtud del cual el quiste fetal se abre al exterior ó en una víscera, constituyendo el último episodio del emba-

razo ectópico; quizás podrían comprenderse como *rotura secundaria extra-peritoneal* los contados casos en los que, después de la rotura primaria y constituido el hematocele peritoneal, éste termina eliminándose espontáneamente á través del recto; he visto un caso en que así ocurrió, mes y medio después de la rotura primaria. Sin embargo, estos hechos son rarezas, y bien puede decirse que la rotura secundaria es siempre *intra-peritoneal*; ocurre en aquellos casos en que, después de la rotura primaria, sigue su curso el embarazo ectópico, convertido en tubo abdominal ó intra-ligamentoso, particularmente en este último caso, que es cuando con mayor frecuencia se ha observado; ocurre el fenómeno en cualquier período del embarazo, y á veces muy cerca del término del mismo. Reviste importancia distinta según que la rotura se verifique en sitio libre de la placenta ó á nivel mismo de la inserción placentaria. Cuando la placenta está hacia la pelvis, como ocurre en la mayoría de casos, la rotura, que siempre tiene lugar hacia la parte alta, se reduce á un desgarro de la cubierta peritoneal ó pseudo-membranosa del quiste, y feto y líquido amniótico caen en el peritoneo entre las asas intestinales, en donde los ha encontrado más de una vez la intervención quirúrgica; esta rotura suele ser tolerada por la enferma y por el feto, y así ocurrió en un caso que, durante el verano del curso de 1899, hubo en la clínica oficial, y que operó el profesor clínico doctor Carbó (don Francisco), encontrando el feto libre y vivo entre las asas intestinales y nadando en líquido ascítico; la placenta estaba en el fondo de la pelvis, hacia el lado izquierdo. Empero si la rotura secundaria tiene lugar en la zona placentaria, es, sin duda, el accidente más temible del embarazo ectópico, pues tan sólo cuando ocurre hacia la mitad del embarazo, la hemorragia será algunas veces poco intensa para no producir una muerte rápida y dar lugar á la intervención, puesto que si la gestación está ya en los últimos meses, la hemorragia suele ser tan copiosa que la enferma muere rápidamente.

Trasplatación. — Ya he indicado, al estudiar el aborto y la rotura, de qué manera el huevo puede trasplantarse, total ó parcialmente, desde la trompa al peritoneo ó al tejido celular sub-peritoneal, dando origen á distintas variedades de embarazo ectópico, que antes se creyó que formaban cada una de ellas entidad y grupo aparte.

Bajo este punto de vista, y por otros caracteres, merecen especial mención los embarazos tubáricos que anidan en los extremos de la trompa y que he designado con el nombre de *intersticial* ó *tubo-uterino* y de *tubo-ovárico* ó *abdominal*.

En el embarazo *intersticial* el huevo se desarrolla en el espesor de las paredes uterinas, en el trozo de trompa que atraviesa las paredes del útero desde el cuerno á la cavidad, más ó menos próximo á ésta. Un tabique, más ó menos grueso, separa el quiste ovular de la cavidad del útero, y según el huevo se implante más ó menos cerca del extremo uterino de la trompa, el embarazo será más ó menos extra-uterino; á veces lo separa de la cavidad del útero un tabique muy delgado, lo que explica la frecuencia con que el huevo de gestación tubo-ovárica se trasplanta á la cavidad del útero para seguir su evolución como un embarazo normal; esa trasplatación puede verificarse lentamente, por distensión y desgarro lento del tabique de separación ó por rotura de este tabique;

en este último caso, puede el huevo ser expulsado por el útero como un aborto ordinario, ó bien quedar retenido, y en este caso quedar como cuerpo extraño ó conservando bastantes adherencias en su primitivo sitio de implantación, seguir desarrollándose é invadiendo la cavidad del útero y convirtiéndose de embarazo intersticial en uterino. Cuando el embarazo tubo-ovárico está en el espesor de las paredes ó más cerca de la superficie peritoneal que de la cavidad del útero, presenta los mismos accidentes que el embarazo tubárico, con la diferencia que la rotura suele ser más tardía, pero más ruidosa y grave que en el embarazo tubárico común; también puede la rotura del embarazo intersticial ser extra ó intra-peritoneal, más frecuente ésta que aquélla, y comúnmente en ambos casos muere el huevo, si no muere también la madre.

Cuando el huevo anida en una de las franjas del pabellón, el embarazo presenta, desde las primeras semanas, los caracteres de embarazo tubo-ovárico ó tubo-abdominal; Webster ha insistido, con razón, acerca la frecuencia de esta forma de embarazo tubárico. En la forma *tubo-ovárica*, la cavidad que encierra el huevo fecundado se halla constituida por el pabellón de la trompa y el ovario, que adherido al mismo, se distiende, tomando un aspecto membraniforme y constituyendo un verdadero quiste tubo-ovárico; á medida que el huevo se desarrolla, se distiende y ensancha más el pabellón y el ovario, y en cualquier período, después de las primeras semanas, se inicia la trasplatación, por agrietarse el quiste tubo-ovárico y dar lugar á que la placenta se injerte en el peritoneo; esa trasplatación no es, por lo común, ruidosa, pues la rotura que la precede no ofrece los caracteres de tal ni da lugar, por lo común, á grandes hemorragias. Una gran parte de embarazos ectópicos tubo-abdominales fueron primitivamente tubo-ováricos; en éstos no há lugar á la rotura extra-peritoneal. Ya he indicado que uno de los que yo he operado con feto vivo al quinto mes, probablemente fué en su origen tubo-ovárico. En la forma *tubo-abdominal* el ovario queda descartado y se conoce que no tomó parte en la formación de la cavidad quística, porque conserva su forma y volumen, aunque adherido á la pared quística; el huevo, al anidar en el pabellón, echó raíces á la vez que en éste en el peritoneo, generalmente del fondo de Douglas y alrededores; también está poco expuesta esta forma á la rotura primaria, que de ocurrir será siempre intra-peritoneal. La mayor parte de embarazos ectópicos calificados de peritoneales fueron desde el principio tubo-peritoneales, y en rigor, tubáricos primero, en el pabellón, y tubo-peritoneales luego.

Quiste fetal. — Cuando ninguno de los accidentes dichos perturba el curso de la gestación ectópica, llega el término del embarazo y el feto muere, quedando encerrado en su cavidad, y el quiste fetal queda constituido.

El primer fenómeno que ocurre es la reabsorción del líquido amniótico, lo que trae consigo una disminución rápida del volumen del quiste y un endurecimiento del tumor, que bien pronto adquiere la dureza de un mioma del útero. El feto va replegándose en su actitud natural y es comprimido uniformemente.

Constituido el quiste fetal, puede el feto sufrir distintas transformaciones. Una de las más raras es la infiltración calcárea de sus cubiertas y del feto mismo en su parte cutánea, de manera que queda convertido en un cuerpo duro y petroso que se conoce con el nombre de *litopedión*, conservando, á veces, su

forma como de momia, y del que Kelly presenta un bello ejemplo en su obra (1). No siempre el litopedión conserva la forma íntegra del feto, sino que ordinariamente se altera por reabsorción de las partes blandas, que se convierten primero en una substancia blanda y homogénea parecida á la grasa y que se llama, por analogía, *adipocire*, quedando muy frecuentemente reducido el litopedión á una colección de huesos, en la que figura todo el esqueleto del feto, sobrepuestos é intercalados unos con otros, pero recordando siempre, en su posición respectiva, la actitud que el feto tenía al ocurrir su muerte. El litopedión tarda mucho en formarse, meses y años dura el trabajo de reabsorción, hasta quedar el feto convertido en un cuerpo extraño é inerte, por lo común bastante tolerado; se citan varios en los que la retención ha persistido años, sin alterar grandemente la salud de la enferma, y algunos en los que ocurrieron uno ó varios embarazos uterinos en tanto persistía el quiste fetal; Stankievicz cita uno tolerado durante diez y ocho años, en los que ocurrieron y terminaron felizmente seis embarazos uterinos. El único caso que he visto se refiere á una señora de Puerto Rico, que sufrió un embarazo ectópico ocho años antes de mi observación y en la que encontré un tumor en el fondo de saco posterior y fosa ilíaca derecha, además de un nódulo epiteliomatoso en el cuello; durante ocho años, y tras un período accidentado que la obligó á guardar cama nueve meses, sufrió constantes dolores en la región, aunque su estado general no se resintió, los que la obligaron á buscar alivio en una intervención, pues el nódulo epitelial lo descubrí casualmente, ya que todavía no había producido ningún síntoma. Operé por la vía vaginal, y después de la histerectomía, fui en busca del tumor que antes encontrara, y extraje una á una, y á veces por grupos, todas las piezas del esqueleto de un feto de unos seis meses, perfectamente conservado.

La terminación del quiste fetal en litopedión, es la más rara; es mucho más frecuente la *infección y supuración consecutiva*. La vecindad con el intestino es causa de que á menudo sea el colibacilo el que invade el quiste fetal, en el que se encuentra un terreno magníficamente preparado. Los tejidos blandos se disgregan, como puede verse en la lám. XI, que procede de un embarazo ectópico, en un cuerno uterino rudimentario, siete meses después de la muerte del feto; el plano, que se presenta alterado, correspondía, dentro del quiste, á la cara posterior, y éste tenía algunas adherencias intestinales, por donde, probablemente, penetró la infección, pues la enferma presentaba fenómenos generales infectivos que no empezaron hasta seis meses después de la muerte del feto. Generalmente, estos quistes acaban por formar colecciones supuradas, que se fraguan camino hacia distintos puntos, pudiendo eliminarse todo el contenido y llegar así á una curación espontánea, ó bien quedar trayectos fistulosos inagotables, de mucha importancia. Parry llegó á reunir 248 casos de abertura de quistes fetales, y de ellos 65 veces en el recto, 40 por la pared abdominal, 12 en la vagina, 9 en la vejiga y los demás en sitios múltiples ó indeterminados. También en el útero puede abrirse un quiste fetal extra-uterino.

Puede resumirse, en el siguiente cuadro sinóptico, la evolución referente al embarazo tubárico, y en él puede verse sintetizado cómo el embarazo tubárico primitivo llena casi por completo la historia natural del embarazo ectópico,

(1) *Loc. cit.*, tomo II, pág. 460.

y que los que, como Lawsson-Tait, creen que todo embarazo ectópico es primitivamente tubárico (excepción hecha del embarazo en un cuerno rudimentario), si en lo fundamental no están en lo cierto de una manera absoluta, prácticamente no les falta razón, y así debe comprenderse que en lenguaje corriente se emplee la denominación de embarazo tubárico como sinónimo de extra-uterino ó ectópico.

EMBARAZO TUBÁRICO	Localización. . .	}	Tubárico propiamente tal (istmico, ampular y de la parte media).
			Tubo-uterino ó intersticial. Tubo-abdominal (tubo-ovárico y tubo-peritoneal).
	Apoplejía del huevo.	}	Muerte del embrión, reabsorción y curación espontánea. Mola ovular y hemato-salpinx consecutivo.
			Aborto tubárico.
	Evolución.	}	Expulsión completa del huevo á través del pabellón. Muerte del embrión y curación espontánea. Trasplantación peritoneal. Retención total ó parcial. Muerte del huevo y posible curación espontánea. Más á menudo hematocele de repetición.
			Rotura.
Primaria.	}	Intra-peritoneal. { Expulsión completa del huevo al peritoneo con hematocele. Muerte del huevo y posible curación espontánea. Trasplantación peritoneal poco frecuente. Retención. Muerte del huevo con hematocele de repetición (frecuente y grave) ó trasplantación lenta con hematocele y hemato-salpinx.	
		Extra-peritoneal. { Expulsión con hematocele y muerte (curación) ó trasplantación (embarazo intra-ligamentoso). Retención: muerte del huevo (curación espontánea) ó trasplantación intra-ligamentosa.	
Secundaria.	}	Intra-peritoneal: mortal si interesa la placenta: feto libre en la cavidad abdominal en el caso opuesto (ocurre durante el embarazo). Extra-peritoneal: tardía para la eliminación de los quistes fetales.	
		Trasplatación.	
Quiste fetal.	}	Por aborto y por rotura intra-peritoneal (embarazo abdominal secundario). Rotura extra-peritoneal (intra-ligamentoso secundario). De embarazo intersticial (embarazo uterino secundario). Del pabellón, por trasplantación tubo-ovárica abdominal (embarazos tubo-abdominales secundarios).	
		Retención (litopedión: momificación).	
		Eliminación (rotura secundaria).	

EMBARAZO ABDOMINAL. — Que el embarazo ectópico abdominal ó peritoneal existe, no hay ninguna duda, y que los casos observados no son pocos, también. Lo discutible es la patogenia de dicho embarazo, pues casi nadie acepta hoy que el embarazo ectópico abdominal sea primitivo, sino que se cree secundario y consecutivo á una trasplantación. Lawsson-Tait (1), Kelly (2), Bland-Sutton (3), niegan completamente que exista el embarazo abdominal primitivo, y aceptando las interpretaciones de Werth, no encuentran ningún caso que esté libre de objeciones. Los dos casos de Rein (4) y el de Gutiérrez (5), en los que hacen constar de una manera indudable la integridad anatómica absoluta de las trompas, macroscópicamente examinadas, no prueban de una manera absoluta que el embarazo fuese primitivamente abdominal, puesto que, aceptado

- (1) *Traité clinique des maladies des femmes*, pág. 593.
- (2) *Operative Gynecology*, tomo II, pág. 434.
- (3) *Surgical diseases of the ovaries and falopian tubes*, pág. 345.
- (4) *Comptes rendus du Congrès de Bruselas*, pág. 234.
- (5) *Embarazo abdominal primitivo*, Madrid, 1904 (Revista Ibero-Americana de Ciencias médicas).

que un aborto tubárico puede dar lugar á la trasplatación, y que una rotura puede igualmente hacerlo, cicatrizándose luego la rotura, como pretenden Werth y Lawsson-Tait, la integridad macroscópica de la trompa, tratándose de casos á término, como los de Rein y Gutiérrez, no prueba que meses antes no hubiese habido en dichas trompas un embarazo tubárico; faltaría, como pretenden Labadie-Lagrave y Legueu, un examen histológico de las trompas, suponiendo dichos autores que algo descubriría el microscopio en una trompa que meses antes hubiese sufrido un embarazo tubárico. Lo positivo es que, de existir el embarazo abdominal primitivo, sería una verdadera rareza, y todavía faltan los hechos, absolutamente incontrovertibles, que demuestren su existencia.

La mayoría de los llamados embarazos abdominales son tubo-abdominales, pero no es menos cierto que algunos de ellos son completamente abdominales (primitivos ó trasplantados), como los de Rein y Gutiérrez, y aun el de este último, independiente del aparato genital. En estos casos se forma el quiste con falsas membranas y la aglutinación de los órganos vecinos; la placenta puede estar implantada en cualquier sitio, como el epiploon, intestinos, peritoneo parietal, fondo de la pelvis, etc. En la evolución de los pocos casos que se califican de embarazo abdominal, faltan los accidentes de rotura, tan comunes en el embarazo tubárico. Realmente es éste un argumento en contra del embarazo primitivo, pues de existir éste, parece debía ser más frecuente y se habría encontrado algún caso en los primeros meses, y entonces no habría lugar á discusión. En todo caso, primitivo ó secundario, evoluciona finalmente como el embarazo tubo-abdominal llegado á término, formándose el quiste fetal y terminando de manera parecida, si no es extraído oportunamente.

EMBARAZO OVÁRICO.—Méndez de León ha publicado un resumen de lo poco de cierto que se sabe sobre el embarazo ovárico, y, á la vez, un caso observado por él y que parece absolutamente indiscutible (1). Cuatro ó cinco casos, de los que llevan la etiqueta de embarazo ectópico ovárico, parece que reúnen todos los requisitos para dejar sentada la posibilidad del hecho. Todos ellos son observados en los primeros meses, y parece ser que la mayor importancia que tienen clínicamente es la de constituir un origen de hemorragias ováricas.

Sin duda que muchos de los clasificados como ováricos son tubo-ováricos, y esto justifica que Lawsson-Tait y todos los autores lo consideren como una rareza y con escasa importancia clínica.

Si se discute tanto su existencia, es porque en el concepto genético es muy importante demostrar que el óvulo fecundado puede desarrollarse en la misma vesícula de Graaf, y que el tejido del ovario pueda dar implantación primitivamente á las vellosidades del corion, ya que secundariamente, ó sea las vellosidades placentarias, está demostrado que pueden injertar en la superficie del ovario como en el peritoneo; las formas tubo-ováricas lo demuestran.

Aun dada por real y positiva la existencia del embarazo ovárico primitivo, suele terminar por rotura peritoneal y muerte del embrión, dando origen á una hemorragia intra-peritoneal más ó menos abundante. Si alguno llega á desarro-

(1) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1902, pág. 318.

LÁMINA XI



Feto procedente de un embarazo eclíptico en cuerno rudimentario, siete meses después de su muerte. El plano abdominal no ofrece disgregación; el dorsal, que la presenta, estaba orientado hacia atrás, donde había adherencias intestinales.

llarse, se confunde más tarde con una de las variedades tubáricas ó trasplantadas, ya mencionadas.

EMBARAZO EN UN CUERNO UTERINO RUDIMENTARIO.—El cuerno rudimentario de un útero unicorne (1) es asiento frecuentemente de la anidación del huevo fecundado. En rigor, no es extra-uterino, porque está contenido dentro de un cuerno del útero, pero como la comunicación de éste con la vagina es filiforme, y si permite el paso de los espermatozoides, no consiente la salida del huevo fecundado en ninguno de sus períodos, de aquí que, prácticamente, pueda considerarse como embarazo ectópico.

He tenido ocasión de ver un caso terminado por quiste fetal á término, y operado siete meses después (2). Se distingue anatómicamente porque el quiste del embarazo está pediculizado, y su pedículo, en general bastante delgado, parece arrancar del cuello del útero. Pero lo que le caracteriza es el arranque del ligamento redondo, que tiene lugar por fuera del quiste. El otro cuerno uterino puede conservar un funcionamiento perfecto, y en mi caso han ocurrido después varios embarazos y partos completamente normales, incluso uno de gemelos.

Lo único que parece distinguir este embarazo del tubárico es que la rotura es menos frecuente y más tardía: en 29 casos reunidos por Sanger, figura la rotura en 24, y, por lo común, ocurre hacia el cuarto ó quinto mes. En los demás casos termina muriendo el feto en períodos distintos, pero alcanzando el término con mayor frecuencia que las demás formas de embarazo ectópico. El quiste fetal tiene las mismas terminaciones en el embarazo en cuerno rudimentario que en los demás; en cambio, por la naturaleza del quiste, no existe el aborto ni la trasplantación.

Alteraciones del útero.—Cualquiera que sea la forma del embarazo extra-uterino, ocurren en la matriz cambios importantes, y que deben tenerse muy en cuenta, puesto que pueden servir en ocasiones para el diagnóstico; son esos cambios la *hipertrofia* y la *formación de una caduca*.

La *hipertrofia* del útero, en estos casos, es total y alcanza volumen variable; se inicia desde los primeros momentos, y va aumentando á medida que adelanta el embarazo, pudiendo alcanzar el volumen del puño y aun más en los casos en que llega la preñez ectópica á períodos adelantados, estacionándose al final; en cuanto por cualquier accidente se interrumpe el embarazo ectópico y muere el embrión, la hipertrofia uterina se detiene para desaparecer lentamente. Cualquiera que sea la variedad de la preñez extra-uterina, se presenta la hipertrofia del útero. Generalmente, se encuentra el órgano dislocado hacia el lado opuesto al del embarazo ó hacia adelante, cuando se halla en el fondo de saco posterior.

Más interesante que la hipertrofia, es la *formación de una caduca* en toda la mucosa uterina, de estructura análoga á la caduca real en los embarazos normales. Forma una membrana, que constituye el molde completo de la cavi-

(1) Véase pág. 124.

(2) *Embarazo extra-uterino ó ectópico*, por el doctor Fargas; Barcelona, 1893.

dad del útero y tiene un grosor variable. Generalmente, se elimina cuando ocurre la rotura ó con ocasión del aborto tubárico; á veces se elimina en masa y formando una sola pieza, y otras á trozos como pequeños colgajos, que no suelen pasar desapercibidos á las enfermas, y que en general son considerados como abortos; realmente, la expulsión de la caduca en el curso del embarazo ectópico va acompañada de un cuadro bastante parecido al de un aborto ordinario; en mis enfermas he podido recoger el antecedente de la expulsión de una membrana, por lo menos en la tercera parte de los casos. En otras ocasiones se disgrega, y en vez de expulsarse en masa lo hace en pequeñas porciones y sin que la enferma tenga de ello conciencia. La caduca uterina se forma, cualquiera que sea la variedad de embarazo ectópico que pueda existir, y aunque la gestación siga su curso y llegue á los últimos períodos, la caduca uterina se expulsa hacia el segundo ó tercer mes, raras veces más tarde.

Síntomas y diagnóstico.— Los síntomas y el problema diagnóstico en el embarazo ectópico son muy variables, según las circunstancias en que se presenta, y conviene, por lo tanto, dividir su estudio en diferentes partes, según el momento en que se examine. Para mayor claridad, estudiaré el diagnóstico en el embarazo de evolución normal durante la primera mitad y durante la segunda, la mola tubárica, el aborto tubárico, la rotura primaria intra-peritoneal, la rotura primaria extra-peritoneal, la rotura secundaria intra-peritoneal y los quistes fetales.

PRIMERA MITAD.— Aunque suele preceder un período de esterilidad más ó menos largo al advenimiento del embarazo ectópico, no siempre ocurre así, sino que á veces subsigue de cerca á un parto normal, y aun á veces la enferma es primeriza, como algunas observadas por mí en el segundo, quinto, sexto y séptimo mes. Generalmente, la enferma sospecha el embarazo por alguno de los síntomas habituales y reflejos de este estado y porque se suprime la regla.

La amenorrea no es constante y, sobre todo, raras veces es duradera, pues, por lo común, en el transcurso del segundo mes suele presentarse una metrorragia errática, que aparece á intervalos irregulares, á veces ni siquiera puede contarse una verdadera suspensión, pues ya en el primer mes aparecen los desórdenes menstruales. Por lo que he podido observar en las dos terceras partes de los casos, las enfermas sospechan el embarazo, particularmente cuando se trata de múltiparas.

La aparición de dolores, más ó menos intensos, hacia una de las fosas ilíacas, que más bien van en aumento que en disminución, hacen sospechar alguna lesión anexial. Pero ni estos síntomas, ni la aparición de los fenómenos propios de la gestación, por parte de las mamas, bastan para el diagnóstico.

Muchas veces la irregularidad en las pérdidas y los dolores pélvicos hacen pensar en un aborto, y si con ello coincide, como ocurre con alguna frecuencia, la expulsión de la caduca, la sospecha se afirma; pero si en los días subsiguientes persisten los síntomas, entonces podrá sospecharse un embarazo ectópico.

Los síntomas físicos no aclaran el diagnóstico, pues consisten simplemente en encontrar un tumor anexial hacia uno de los lados del útero, que en nada se

diferencia de una anexitis; ni el tacto vaginal ni la palpación combinada descubren nada característico y, por tanto, el diagnóstico diferencial resulta imposible. Así es que el diagnóstico del embarazo ectópico, en la primera mitad, es siempre un diagnóstico de probabilidad, que alguna vez llega á revestir tal verosimilitud, que será casi seguro. Debe fundarse:

- 1.º En la sospecha por parte de la enferma.
- 2.º Una suspensión menstrual seguida de desarreglos.
- 3.º Dolores en el bajo vientre, hacia una de las regiones ováricas.
- 4.º Expulsión de una membrana.
- 5.º Existencia de un tumor anexial.
- 6.º Aumento de volumen del útero.
- 7.º Observando el caso unos días y notando el crecimiento del tumor anexial, á la vez que la falta de síntomas de orden flogístico.

Aun así, pocas veces el diagnóstico será de certeza; Lawsson-Tait, Martin, Kelly y cuantos se han ocupado de este asunto, están conformes en considerar este diagnóstico sumamente difícil y generalmente imposible; todo ginecólogo de regular experiencia tiene algún caso diagnosticado en ese período, pero la mayor parte pasan desapercibidos. Yo puedo decir que, con haberlo sospechado algunas veces, se ha confirmado pocas. Kelly cita un caso en que hizo el diagnóstico fundado en los síntomas dichos (1), y resultó confirmado en la operación; á los pocos días diagnosticó otro, pero la intervención puso de manifiesto un quiste del cuerpo amarillo.

El diagnóstico puede adquirir certeza con la observación, y será tanto más fácil cuanto más nos aproximemos á la segunda mitad, porque se ve crecer el tumor, se nota en el mismo cierta pastosidad, el útero se desvía, á la vez que llama la atención la falta de fenómenos flogísticos.

SEGUNDA MITAD.—Con la historia anterior y una amenorrea que generalmente persiste, con períodos irregulares, van apareciendo síntomas típicos que permiten un diagnóstico cierto.

El tumor aumenta visiblemente, produciendo fenómenos de compresión variables y fenómenos dolorosos, originados por el proceso irritativo que en las zonas peritoneales vecinas tiene lugar.

Pronto la palpación, practicada con suavidad, descubre las partes fetales, y la auscultación permite percibir los latidos del corazón fetal, en cuyo caso el diagnóstico no ofrece ya dudas, y lo único que debe diferenciarse es si se trata de un embarazo uterino ó extra-uterino.

La historia de la enferma no carece de valor en estos casos, pero lo único que permite una diferenciación exacta de la palpación combinada, la que descubre el útero dislocado hacia el lado opuesto, aumentado de volumen, pero claramente distinto del tumor anexial. La dificultad mayor aparece en los casos, raros por cierto, en que, á la vez que un embarazo ectópico, existe una gestación uterina, que puede confundirse con un embarazo gemelar uterino; dada la rareza del hecho, podemos contar con encontrar casi siempre el útero relativamente pequeño y al lado del tumor fetal, siendo entonces el diagnós-

(1) *Loc. cit.*, pág. 446.

tico indudable; cuanto más adelantado esté el embarazo, más fácil será el diagnóstico.

Pueden presentarse casos dudosos, principalmente cuando coexiste con un embarazo normal un quiste del ovario, ó cuando se trata de un hidramnios agudo. Un examen detenido, según veremos al hablar del diagnóstico de los quistes del ovario, complicados con el embarazo, permite solventar la duda, así como para el hidramnios bastará la observación durante algunos días para inclinarnos á diagnosticarlo, cuando el tumor crezca rápidamente y presente la dureza y tensión propias de estos casos.

MOLA TUBÁRICA.—Debe hacerse siempre como diagnóstico de probabilidad y se confunde con el hemato-salpinx.

A los antecedentes del embarazo tubárico, con su amenorrea, de uno ó dos meses y expulsión de una membrana, subsiguen pérdidas irregulares, á veces abundantes, discontinuas, simulando perfectamente las metrorragias que subsiguen al aborto con retención. Generalmente, acompaña á este cuadro dolor pélvico, casi siempre poco intenso y localizado hacia un lado, en el que una exploración combinada detenida permite descubrir los anexos abultados.

Las metrorragias persisten y los dolores pélvicos ofrecen grandes variaciones en su intensidad; se confunde muchas veces con un aborto ordinario, pero la exploración detenida del útero no permite diagnosticar una retención placentaria, que si bien existe, no es en el útero, sino en la trompa.

Por exclusión se diagnostica la mola tubárica, que puede confundirse perfectamente con una anexitis ó todo otro tumor anexial, de modo que el diagnóstico debe fundarse no sólo en el exámen físico de la enferma, practicado en un momento dado, sino en los antecedentes y en la observación, durante varios días, del curso de la enfermedad, que nos permitirá desechar la existencia de una flogosis por la falta de sus síntomas propios.

ABORTO TUBÁRICO.—Los antecedentes son siempre los mismos: fenómenos reflejos que despiertan á veces la sospecha, una falta menstrual y aparición de una metrorragia, en general ligera, con expulsión ó no de una membrana caduca, acompañado todo ello de un síntoma característico: un dolor agudo, vivo, lancinante, angustioso, en el bajo vientre, que á veces llega á producir síncope, otras veces vómitos, y que va acompañado de pulso frecuente, ofreciendo, en conjunto, un cuadro próximo al prolapso. Ese cuadro suele ser pasajero y desaparecer en dos ó tres horas, durando á veces diez ó doce.

Si el huevo ha caído completo en el peritoneo á través del pabellón, el cuadro no se repite, y un examen detenido, practicado al cabo de dos ó tres días, permite encontrar en el fondo de Douglas un foco de induración peritoneal, generalmente limitado que desaparece prontamente por reabsorción de la sangre derramada y del huevo contenido dentro del coágulo. La enferma queda curada sin haberse diagnosticado muchas veces la causa del accidente.

En cambio, cuando en el aborto tubárico el huevo queda retenido en el interior de la trompa ó en el pabellón, el dolor agudo y angustioso se repite á intervalos irregulares: dos veces al día, cada día ó cada dos días, según los

casos. A cada nueva hemorragia que saliendo por el pabellón invade el peritoneo, se repite el cuadro: la enferma está asustada y teme el más pequeño movimiento; el pulso, que en los primeros ataques se puso frecuente, recobra su carácter normal, porque raras veces en el aborto tubárico las hemorragias son bastante copiosas para producir un cuadro de colapso; éste, cuando existe, se presenta sólo al principio por intolerancia peritoneal.

Cada nuevo dolor supone una hemorragia más ó menos abundante, y la repetición de la misma forma una tumoración en el lado correspondiente, con todos los caracteres del hematocele de repetición que la exploración revela, generalmente á partir del quinto ó sexto día.

Aunque rara en el aborto tubárico, puede presentarse la inundación peritoneal abundante y gravísima: dos casos he visto ocurridos antes de la octava semana y en los que tuve que intervenir de urgencia por el cuadro de hemorragia interna y colapso progresivo que se iba desarrollando; en ambos comprobé una inundación peritoneal abundantísima, sin rotura de la trompa y con el pabellón vuelto hacia la gran cavidad peritoneal, lo que indudablemente impidió formarse coágulos obturadores y constituirse el hematocele: cuando, como he visto generalmente, está el pabellón hacia el fondo de Douglas, es cuando se constituye el hematocele de repetición.

A veces, después de algunos días de iniciado el aborto tubárico, se desprende el huevo, atraviesa el pabellón y queda constituido un hematocele, que se reabsorbe, curándose perfectamente la enferma. En otras ocasiones persiste la dolencia semanas enteras, hasta que la intervención quirúrgica termina con tales fenómenos. He diagnosticado é intervenido en casos al cabo de cuatro semanas, de dos meses y aun de cinco.

A la vez que todos estos síntomas, bastante característicos para permitir un diagnóstico de gran probabilidad, existen, por parte del útero, pérdidas erráticas, generalmente no muy abundantes; como el aborto tubárico ocurre antes que se obture el pabellón, por lo tanto, antes de la octava semana, se puede recoger la caduca y examinarla al microscopio, en cuyo caso el diagnóstico podrá adquirir carácter de certeza.

ROTURA PRIMARIA INTRA-PERITONEAL.—Sin duda es el accidente más ruidoso y frecuente en el curso del embarazo ectópico y que se diagnostica con mayor facilidad.

Con los antecedentes de todo embarazo ectópico aparece bruscamente un dolor agudo, intenso, angustioso, en el bajo vientre, como en los casos de aborto, pero más acentuado. Con vómitos ó sin ellos, el rostro de la enferma se decolora, ésta se perfrigera y cae frecuentemente en síncope. El pulso, pequeño y frecuente, completa el cuadro de colapso, que caracteriza una hemorragia interna propia de la rotura intra-peritoneal. Este cuadro no es pasajero como en los casos de aborto, sino persistente, llegando algunas veces á producir la muerte en diez ó doce horas; otras veces el aparato sintomático se presenta muy alarmante y causa gran zozobra, pero la enferma se repone lentamente, se constituye el hematocele intra-peritoneal, y si el huevo ha sido expulsado por completo á través de la rotura, la enferma puede llegar, y se observa el fenómeno con mucha frecuencia, á una curación espontánea.

El cuadro súbito é inequívoco de una hemorragia interna, con los precedentes de una amenorrea que despertó la sospecha de embarazo, la expulsión frecuente de la caduca en ese período (hacia la décima semana) y alguna metrorragia errática no dejan lugar á duda acerca del diagnóstico.

En las primeras veinticuatro horas la exploración directa proporciona datos poco característicos, puesto que el dolor opone obstáculos á una buena exploración, y la sangre derramada y libre en la cavidad peritoneal es de difícil apreciación. Pasadas las primeras veinticuatro ó cuarenta y ocho horas la sangre se coagula, coleccionándose en el fondo de Douglas, y entonces puede apreciarse la tumoración hacia el fondo de saco posterior, extendiéndose más ó menos hacia uno de los lados, con lo que el diagnóstico no ofrece dudas.

Si el huevo, en vez de ser expulsado de la trompa, queda adherido á la misma, los ataques se repiten á intervalos variables de uno á varios días, con la misma ó mayor intensidad del primero, siendo de notar, sin embargo, que si no fué fatal el primero no suelen serlo los siguientes, porque los coágulos formados sirven de defensa hemostática á las nuevas hemorragias. Estas roturas con retención del huevo y hemorragias repetidas, son las que más frecuentemente se observan en la práctica, porque dan lugar á plantear la indicación, en tanto que las demás ó mueren al primer ataque de hemorragia interna, sin dar lugar muchas veces á la intervención, ó dejan constituido un hematocele muy capaz de curación espontánea, ya que el embarazo ectópico tuvo fin con la expulsión del huevo á la serosa peritoneal, en donde es digerido y absorbido, si por rareza no se implanta secundariamente y recobra vida propia.

ROTURA PRIMARIA EXTRA-PERITONEAL. — El cuadro es el mismo que en el caso anterior, pero más remiso en todas sus manifestaciones de dolor y fenómenos generales de colapso. Se comprende que así ha de ser, porque la hemorragia, en vez de caer en la gran serosa peritoneal, en donde no existen límites á la cantidad de sangre derramada, se aloja entre las hojas del ligamento ancho, que distiende, pero que al fin y al cabo forman un espacio limitado, en donde resulta aprisionado el derrame, comprimido y, por tanto, limitado en su cantidad por la misma compresión. Bien es cierto que á veces se extiende despegando el peritoneo de la fosa ilíaca ó bien el de la parte anterior del ligamento ancho hasta filtrarse por debajo del peritoneo parietal, pero siempre ocurre el fenómeno en un espacio limitado, y raras veces llega á ocasionar la muerte como en el caso anterior.

La tumoración en este caso aparece en seguida, pues antes de coagularse la sangre para constituir el hematocele extra-peritoneal, se encuentra contenida en un espacio cerrado, constituyendo un verdadero trombus que al examen vaginal ofrece una tumoración resistente, que va endureciéndose á medida que sobreviene la coagulación, en el fondo de saco lateral y base del ligamento ancho correspondiente. A veces, como he podido verlo en más de un caso, á las doce horas se encuentra ya la tumoración, que, con la palpación combinada, puede perfectamente localizarse en su difusión hacia la fosa ilíaca ó pared anterior del abdomen.

Si el huevo se ha desprendido del todo, termina el embarazo ectópico con este episodio y puede sobrevenir la curación espontánea del hematocele. En

otro caso repiten los ataques, ó, más á menudo, queda constituido el embarazo sub-peritoneo pelviano, después de disiparse todo el cuadro de la rotura.

ROTURA SECUNDARIA INTRA PERITONEAL.—Presenta el mismo síndrome que la rotura primaria, pero como ocurre en períodos más adelantados, generalmente hacia la segunda mitad, existe la ventaja de que el diagnóstico puede hacerse con más seguridad, ya que la historia de la enferma es bastante característica y á veces del todo clara. Si la rotura tiene lugar en la zona placentaria, la anemia y el colapso suelen ser rápidamente mortales, y si ocurre en otra zona del quiste fetal, existen el dolor y el colapso, pero pasajeros, y el feto alojado entre las asas intestinales puede dibujarse perfectamente á través de las paredes abdominales; al mismo tiempo el tumor constituido por el quiste fetal pierde su forma primitiva: he tenido ocasión de ver un caso de éstos enteramente típico y el diagnóstico resultó muy claro.

QUISTE FETAL.— El diagnóstico del quiste fetal no suele ser difícil, sobre todo en los primeros tiempos que siguen á la terminación del embarazo ectópico, porque entonces los hechos son recientes y fáciles de agrupar.

Cuando llega á término el embarazo ectópico se presenta el falso trabajo con dolores enteramente característicos, que simulan del todo un parto normal. Algunas veces es tan típico que puede presentarse la eclampsia, como en un caso observado por mí (1) y en el caso referido por el doctor Gutiérrez (2); las causas de ese falso trabajo son enteramente desconocidas, pero después de él muere el feto y queda constituido el quiste fetal.

Bien pronto el tumor abdominal disminuye de volumen y se endurece por la reabsorción del líquido amniótico y cesación de la circulación placentaria: el tumor adquiere la consistencia de un mioma.

Al principio de estar constituido el quiste fetal, puede ocurrir la duda de si se trata de un embarazo extra-uterino ó de la retención del feto muerto en un embarazo normal. El examen físico, demostrando que el tumor es extra-uterino, no deja lugar á dudas, porque la historia de la enferma es bastante típica para que conste en su anamnesis el diagnóstico de embarazo.

Resulta más difícil el diagnóstico cuando el quiste fetal se constituye por muerte del feto antes de llegar á término, porque entonces falta el falso trabajo, y muchas veces el diagnóstico previo de embarazo; en la mayoría de estos casos el diagnóstico será de probabilidad, sobre todo si ha transcurrido algún tiempo de los accidentes, porque la historia se presenta confusa y puede fácilmente confundirse con una flogosis pelviana antigua, coexistiendo con un tumor pélvico. Así ocurría en el caso á que he hecho referencia, cuyo tumor, constituido por el esqueleto apelotonado, nada ofrecía de característico, lo mismo que la historia de la enferma, cuyos accidentes, ocurridos ocho años antes, más parecían flogísticos que de embarazo ectópico.

Por lo que se refiere al *diagnóstico de las distintas formas de embarazo ectópico*, nada ofrece de particular, y resulta difícil, si no imposible, establecer una diferenciación; por otra parte, no tiene ésta utilidad ninguna.

(1) *Loc. cit.*, pág. 10.

(2) *Loc. cit.*, pág. 6.