

# 194  
11582

AL  
CATEDRÁTICO DE GINECOLOGIA  
DOCTOR

CONSTANTINO CARVALLO

Y A SU  
Jefe de Clínica.



# 194

EMBARZO ECTÓPICO.

Tesis



que para **OPTAR** el grado de

BACHILLER EN MEDICINA

PRESENTA

el

alumno de séptimo año



*Carlos Hospighoriz  
Nigil*

1903.

SEÑOR DECANO:

SEÑORES CATEDRÁTICOS:

La Ginecología, por sus rápidos progresos ha conquistado en estos últimos tiempos, un lugar preferente en la patología, llegando á ser considerada como una especialidad.

Su campo de estudio es vastísimo tanto para el Médico como para el Cirujano, y los problemas que aun tiene por resolver son numerosos todavía.

Uno de los puntos que ha sido causa de constante controversia y que no ha dejado un solo momento de presentar vivo interés, es el embarazo ectópico; sobre todo en lo que concierne á su Etiología y Anatomía patológica.

Poca atención se le ha prestado entre nosotros, por considerarlo sumamente raro; de otra manera no podría explicarse que las estadísticas no registren ningún caso. He revisado con detención los libros de Estadística Municipal, desde el año 1898 hasta 1902 y no he encontrado ninguna defunción por embarazo ectópico.

Indudablemente hubo error diagnóstico, por que no es posible admitir que en Lima donde existen condiciones mas favorables que en Francia sean mas raros.

Al desarrollar la parte concerniente á la Etiología, veremos que Lima con su falta de vigilancia para la prostitución hace que la gonorrea se encuentre propagada; por otra parte, la fecundidad de la mujer peruana, su descuido para sus afecciones sobre todo de orden ginecológico que no las priva del trabajo, hace que solo recurran al tratamiento Médico cuando las molestias son insoportables, y cuando las lesiones anatómicas son ya irreparables.

Las metritis y las salpingitis pueden observarse por cientos en nuestro Hospital de Santa Ana y sin embargo, no fueron en su principio mas que una simple hemorragia que descuidada y

sin tratamiento Médico se convirtió primero en metritis y luego en Salpingitis.

Tratar de calcular por estadísticas hechas en Francia, la frecuencia del embarazo ectópico entre nosotros es imposible; Francia no es el país mas á propósito; todos sabemos que las familias son muy reducidas, y sabemos tambien las precauciones que toman para no concebir, y la preparación de los órganos genitales en la mujer que ha tenido muchos hijos hoy dia es un hecho; el embarazo ectópico no se presenta casi nunca en la nulipara y es frecuente en la multipara.

En un cuadro publicado por Nengebauer se vé que de 37 operados de embarazo ectópico solo una era multipara, las 36 restantes variaban entre 3 y 9 hijos, adquiriendo mayor frecuencia á medida que habian tenido mas. Asi pues es imposible calcular la frecuencia del embarazo ectópico entre nosotros; tanto por la falta de estadística, cuanto por un estudio comparado pero es preciso que tengamos en cuenta que hoy el embarazo ectópico no es considerado como raro y la prueba mas palpable es que Kutsner de Brestau, en cinco años ha operado 107, sin contar los hematoceles; Nengebauer ha operado 37 en dos años el profesor Ott mas de 60 en un año, Fraure mas de 20 Varnier y Sens mas de 100 casos, indudablemente que hoy en Europa donde son numerosas las intervenciones abdominales ha permitido constatar el embarazo ectópico con tanta frecuencia. Entre nosotros á medida que las intervenciones abdominales se vulgaricen veremos, que no es tan raro como creemos, y entonces prestaremos á este punto bastante atención.

## II

Variedades del embarazo ectopico -El ovulo fecundado puede injertarse para su desarrollo en diferentes puntos del aparato genital y dar lugar á distintas variedades, según el órgano en que se fije así pues; si el ovulo permanece en el ovario donde vá el espermatozoide y lo fecunda queda constituido el embarazo ovarico, esta clase de embarazo ha sido puesto en duda mucho tiempo pero hoy es indiscutible gracias á Van Tuszembroex que probó en el Congreso de Amsterdam de 1899 que el huevo se había desa-

rollado en la vesícula de Graaf, cuya ruptura había dado acceso á los espermatozoides.

Otras veces cae al abdomen pero quedando la placenta adherida al tejido ovarico, en este caso se trata de un embarazo ovaro -abdominal, lo cual és verdaderamente excepcional.

El huevo puede caer tambien dentro del peritoneo, (generalmente en la fosita retro-ovarica de la cavidad de Douglas) ó á consecuencia de un aborto tubario, despues de un principio de evolución en la trompa; ó caer directamente en el momento de la ruptura de la vesicula de Graff, cualquiera que sea el medio por el cual cae en el peritoneo, és decir ya sea primitivo ó secundario, el huevo se rodea de falsas membranas las cuales le forman una cubierta adventicia de un espesor variable; estas falsas ó pseudo-membranas son producto de una verdadera peritonitis adhesiva provocada por el huevo, el cual obra como cuerpo extraño sobre la serosa, y á medida que son mas antiguos toman adherencia con los órganos vecinos tales como el intestino y el epiplon; al nivel de estas adherencias estos órganos presentan una "vascularización excesiva"; como consecuencia de esta vascularizacion indispensable para el desarrollo del huevo, la placenta presenta una superficie muy extensa. Asi queda constituido el embarazo peritoneal ó abdominal.

Tanto el embarazo ovarico como el peritoneal son sumamente raros no así el tubario que segun la region de la trompa en que se fija se llama, si es al nivel del pabellón Embarazo tubo-ovarico ó del pabellón, si se desarrolla en la porción media és decir en la ampolla se denomina tubario propiamente dicho ó ampular, y finalmente interticial ó tubo-uterino cuando evoluciona en la porción uterina de la trompa, en esta forma el huevo puede sobresalir mas ó menos en la cavidad uterina, sobre todo cuando llega á un periodo avanzado de su evolución; esto es muy importante bajo el punto de vista de la elección de intervencion operatoria, y del diagnóstico.

Estas son las variedades classicas, no hablaré aquí del embarazo en un ovario.

W. J. ...  
cultad alguna y que siempre és pediculado del lado del utero.-  
Siendo la preñez tubaria la que alcanza mayor frecuencia á ella  
és la que dedicaré de preferencia mi atención, pues ella consti-  
tuye el 83 por ciento de los embarazos ectópicos y segun muchos  
autores alcanza una cifra mayor pero nunca inferior al 83 %.

### III

Las causas del embarazo ectópico son muy discutidas, cada autor pretende imponer su teoria, basandose en experiencias mas ó menos ingeniosas, que no tardan en ser desechadas para poner en boga nuevas teorias pero solo la observancia de muchas enfermas y el estudio microscopico y macroscopico pueden esclarecer este punto. Voy á exponer las principales teorias para llegar despues á la de mayor probabilidad.

Fristsch - dice que la pelvi-peritonitis es la causa mas frecuente del embarazo extrauterino.

Olshansen y Wyder-son de la misma opinión.

Webster lo atribuye y reconoce que el embarazo extrauterino és un síntoma de atavismo; dice que la caduca que ordinaria se desenvuelve en el utero se desenvuelve en la trompa.

Doleris lo atribuye á una mala conformación congenita de la trompa, ó á una brida cicatricial que la comprime.

Lawson - Tait- hace desempeñar un papel importante á la desaparición de las pestañas vihatriles del epiteho tubar, - agentes normales de la progresión del huevo.

Tainturier - Encuentra insuficiente esta teoría completamente mecánica, y pretende probar con experiencias que para que el huevo evoluciones en la trompa, és indispensable que su nutrición este hasta cierto punto garantizada antes por una vascularización exagerada de la mucosa tubaria, consecuencia de un estado inflamatorio crónico y anterior.

Papuy en 1897 ha llegado á resultados completamente diferentes. Despues de estudiar detenidamente al microscopico muchas trompas, dice que la integridad era absoluta y que las pestañas

estaban intactas, pero se limita á contradecir á Lawson-Tait sin dar explicación satisfactoria, cree que las lesiones de los anexos no juegan ningún papel en el embarazo ectópico.

Scharta y Dührssen, afirman que en el mayor número de casos el embarazo extrauterino és provocado por la infección gonoreica. En 32 casos sobre 46 las lesiones eran típicas; la inflamación catarral de la mucosa de las trompas del lado opuesto y la gravedad de estas lesiones lo obligo á quitar las dos trompas encontró el gonococo en la mucosa nueve veces.

Así podría seguir pasando revista á multitud de teorías, pero ninguna explica satisfactoriamente la causa ó mejor las condiciones necesarias que deben reunirse para el embarazo ectópico, indudablemente que la teoría de Schauta es la mas aceptable pero no satisface por completo. Así está comprobado por numerosos estudios hechos posteriormente.

Hoy se tiene la idea de buscar las causas del embarazo ectópico en la modificación de la mucosa, por un estado inflamatorio no grave; puesto que las infecciones que determinan abundante supuración y lesiones graves del aparato genital de la mujer la conducen á la esterilidad; por otra parte, una supuración abundante se opone á la fijación del huevo. Sabemos perfectamente que el gonococo, el bacilo de Koch, y el streptococo, son los microbios favoritos que determinan las metritis y las salpingitis; la infección sube del utero á las trompas és decir és ascendente ataca en primer lugar el istmo, despues la ampolla y en fin el orificio abdominal, las lesiones mas pronunciadas se verifican en la parte uterina de la trompa he aquí por que Dührssen sobre 29 casos notó 19 veces la presencia del huevo en el istmo de la trompa. Rarísimamente la infección se hace del interior al exterior, algunos autores creen que el coli-bacilo puede penetrar por el orificio abdominal de la trompa y dar lugar á salpingitis. Casi todas las salpingitis son metro-salpingitis el utero se encarga de propagar la infección á la trompa por el hostiun-uterinun.

Antes de entrar en el estudio de la Anatomía Patológica es indispensable conocer la disposición de las pestañas que

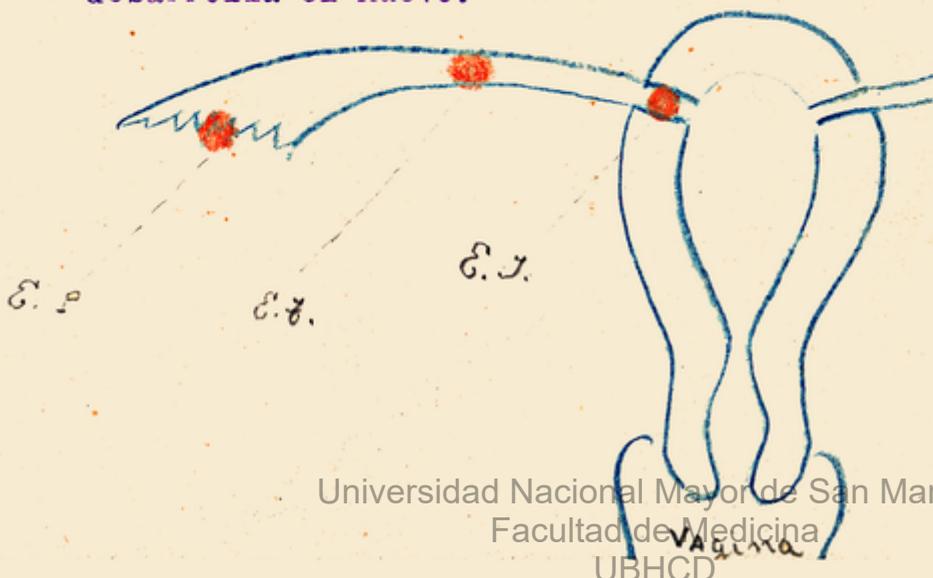
juegan un papel importante en la producción del embarazo ectópico, hoy se conoce gracias á Veint y á Martín; estos conocidos ginecólogos han que las pestañas estaban dirigidas del fondo del útero hacia el orificio interno y en la trompa en sentido inverso esto es un hecho indiscutible y que unánimemente se acepta.

Conocida esta disposición vamos á ver las lesiones que ocasionan la salpingitis ó mejor dicho la endosalpingitis, las investigaciones anatómicas revelan que una de las principales lesiones consisten en la descamación del epitelio, el cual és remplazado inmediatamente por nuevas capas estratificadas.

El tejido conjuntivo de la mucosa se congestiona é infiltra de leucocitos, al principio la regresión es posible pero luego el tejido se organiza y la lesión es irreparable.

La mucosa adquiere espesor, cae el epitelio, se deforman las pestañas; los vasos se dilatan hay una verdadera congestión, las fibras musculares se esclerosan y pierden su contractibilidad á consecuencia de estos cambios en la mucosa tubaria se produce un debilitamiento en los movimientos de las pestañas, tanto por que han desaparecido muchas cuanto por la falta de contracción de los musculos de las paredes de la trompa que hacen así la trompa facilmente abordable para el espermatozoide.

Estas lesiones descritas así á la ligera, solo con el objeto de dar una idea de la preparación de estos organos para la fijación del ovulo en la trompa; me permitirán entrar en el mecanismo como se verifica el embarazo ectópico, el esquema que adjunto dará una idea mas clara de los distintos sitios donde se desarrolla el huevo.



Del estudio de la anatomía patológica que hacemos en otro capítulo se desprende que llegado espermatozoide al conducto cervical penetra en él, avanza en la cavidad uterina, penetra en el hostriun uterino, encuentra allí el ovulo y lo fecunda.

Como el orificio uterino de la trompa se encuentra esclerizado y disminuida su luz á consecuencia de la parametritis que produce la fléxción de la trompa, y que es una consecuencia de la endometritis, el ovulo no puede caer al utero; por otra parte las fibras musculares de la trompa que por su contracciones expulsan el ovulo hacia el utero, han perdido su contractibilidad las pestañas han perdido su dirección normal; unas se encuentran destruidas y otras modificadas en su dirección á consecuencia de la inflamación aguda de la salpingitis.

En estas condiciones el ovulo ya fecundado encuentra por decirlo así garantías á su desarrollo no pudiendo caer al utero por la estrechez del hostriun que se hace cada vez mayor.

De esta manera queda constituido el embarazo tubario en el istmo que es la mas frecuente.

En un cuadro publicado el año pasado por el profesor Nengebauer de 37 operadas de embarazo ectópico encontró 25 veces que la localización del huevo era en el istmo, 7 veces en la amolla, 2 veces en la parte media de la trompa y 3 veces no ha podido determinar exactamente, esto concuerda con la opinión de todos los autores que admiten ser esta la localización mas frecuente; estudiando en el mismo cuadro la frecuencia según la edad se ve que la menor de las operadas contaba 23 años y la mayor 42 - 27 de ellas tenían treinta años ó mas.

HE AQUÍ EL CUADRO DE EDADES.

28 años	-	1.
24 años	-	3.
29 años	-	2.
30 años	-	5.
32 á 40 "	-	21.
40 a 42 "	-	5.

?Que dato podemos sacar de esta frecuencia en la edad -  
media de la mujer; Muchos autores sostienen y la clínica hospi-  
talaria lo comprueba que la hemorragia ataca el cuello del ute-  
ro en las mujeres de cierta edad y que han tenido hijos, en las  
mujeres muy jovenes la gonorrea ataca muy frecuentemente solo la  
uretra y la vulva.

La edad pues, y la multiparidad, pueden considerarse co-  
mo causas que juegan algun papel en el embarazo ectópico. Así co-  
mo tambien el embarazo gemelar.

Un largo intervalo entre un parto y otro ó la esteri-  
lidad durante los primeros años del matrimonio conducen casi -  
siempre al embarazo ectópico, esto es patonómico; admitido por  
muchos autores y en los cuadros publicados por M. Strogganoff se  
encuentran tres embarazos hechos en estas condiciones.

En la Historia clínica número 1 que adjunto se encuen-  
tra un intervalo de nueve años desde su último parto y la enfer-  
ma cuenta 48 años. Ocupa la cama número 20 de la sala de San Pe-  
dro.

#### IV

Bajo el punto de vista anatómico la preñez tubaria es-  
tá caracterizada por que la envoltura externa ó maternal del hue-  
vo esta formada por las paredes de la trompa. -Reside tanto á la  
derecha como á la izquierda y Cestan dice que puede ser tambien  
bilateral y él ha observado seis casos.

"Se presenta bajo la forma de una dilatación variable -  
"segun la epoca del embarazo y reside bien al nivel del istmo, ya  
"al nivel de la ampolla (embarazo ampolar) el quiste petal puede  
"ser pediculado ó nó, algunas veces se ha observado la torción del  
"pedículo (Martín)".

Las lesiones que presenta el embarazo ectópico son muy  
variadas pues dependen del punto donde se desenvuelve el embrión

Al principio cualquiera que sea la variedad del embara-  
zo ectópico el huevo esta envuelto por sus membranas coriales -

como cuando evoluciona en la cavidad uterina. Los tejidos que se encuentran en contacto con el corion recubierto de vellosidades sufren modificaciones y rapidamente se hacen vasculares, "toman un aspecto tomentoso y presentan verdaderas vellosidades que se entre cruzan con las vellosidades coriales y mas tarde con las vellosidades placentarias."

Algunos autores como Pappel, Langhans, Leopold han visto la penetracion de las vellosidades coriales en la capa muscular, la penetración de las vellosidades coriales en el espesor de la pared muscular se hace por el tejido conjuntivo separando los fascículos musculares y se acompaña de una proliferacion abundante de celulas.

En cuanto al embarazo inextrauterino, las vellosidades coriales no se observan entre los fascículos musculares mas que en casos excepcionales y patológicos. La capa de Nitabuch, que es la que limita en el embarazo normal<sup>^</sup> fetales, se encuentra en el embarazo ectópico muy poca desarrollada, y falta muchas veces; asi pues á la ausencia de la capa completa y de la capa glandular, rica en vasos y al poco desarrollo de la de Nitabuch, se atribuye hoy dia la penetración de las vellosidades coriales en el espesor de los musculos.

¿pero que papel juegan estas vellosides? Estas vellosidades coriales constituyen los "anillos intermediarios y principales en el cambio de materias entre el feto y el organismo materno;" pero bajo este punto de vista sus condiciones son diferentes segun que se trate de una preñez intrauterina ó normal, y de un embarazo tubario, pues mientras en el embarazo normal, las materias nutritivas las tienen por decirlo así á mano, en la capa compacta y glandular rica en vasos, en el embarazo tubario que como he dicho carece de estas capas los materiales nutritivos son tomados en la capa muscular subyacentex.

De esta disposición podemos sacar la conclusión que la penetracion de las vellosidades coriales en la capa muscular constituye para la trompa gravida una "necesidad fisiológica",

pero esta necesidad fisiológica unida á la distensión de la trompa, la cual se adelgasa al distenderse, la falta de equilibrio entre el crecimiento del huevo y el desarrollo de la pared, la ruptura de pequeños vasos durante esta lucha, las hemorragias consecutivas, todo esto constituye de una manera incesante al debilitamiento de la trompa y finalmente á su ruptura; de aquí la casi imposibilidad de que el embarazo ectópico llegue á su desarrollo completo; por que un esfuerzo de la enferma durante la defecación una caída, el levantar un fardo pesado, en una palabra cualquier causa que durante la preñez aumente la presión en el interior de la trompa dará lugar á la ruptura y como consecuencia á la muerte rápida de la enferma, si la ruptura és completa y la hemorragia abundante.

Los accidentes de ruptura se producen en general en el cuarto ~~mas~~ verdaderamente excepcional en el quinto. En cuanto al sitio parece que és al nivel de la inserción placentaria, y parece racional pues en este punto la pared tubaria esta modificada profundamente por la penetración de las vellosidades coriales, la resistencia esta pues disminuida y bajo la influencia de un esfuerzo, de una hemorragia intratubaria un poco mas violenta que las otras, la pared que se encuentra como "barrenada" cede y se rompe en una extensión que varia entre uno y tres centímetros y algunas veces mucho mas tanto que permite el paso del feto que cae al vientre, mientras las membranas que lo envuelven quedan adheridas á la trompa.

La hemorragia aquí es difusa (inundación peritorial ó hematocele cataclismico de Barnes) la sangre llena la cavidad peritoneal por debajo del diafragma.

En la autopsia, "se encuentra la sangre bajo la forma de grandes coagulos en la cavidad pelviana, relleno los fondos de saco vesico y recto-uterino y otra parte liquida infiltrada entre las asas intestinales á manera de liquido ascitico."

En cuanto á la cantidad varia, pero siempre és conside-

//

rable, esta en relación con la enferma. En un caso relatado por Cestan era de 4 litros de los que 3000 gramos era de sangre líquida y los restantes coagulos.

Otras veces la ruptura de la trompa puede hacerse al nivel de su borde adherente en el ligamento largo, y el feto puede continuar desenvolviéndose en el tejido celular intra-ligamentoso, constituye entonces un embargo sub-peritoneal plelviano."

Aquí la evolución se hace en mejores condiciones y no es raro verlo pues, llegar á termino; hasta que llega un momento en que se presenta los fenómenos de falso trabajo, contracciones uterinas, hemorragias que hacen creer en un parto, pero como este estado continua sin resultado ninguno, el partero explora y el tacto le dá entonces un resultado negativo y diagnostica solo entonces un embarazo ectópico; despues viene la expulsión de una caduca; los dolores se atenuan ó cesan, y las construcciones desaparecen. El feto desde este momento puede considerase muerto; pero como un feto de este tamaño es muy voluminoso para ser reabsorbido pueden suceder dos cosas, ó se infiltra de sales calcareas y persiste indefinidamente es decir se convierte en Lithopedion y persiste indefinidamente perfectamente tolerada lo cual es excepcional; ó cierto tiempo despues de la muerte del feto, sobrevienen accidentes graves y el quiste fetal se infecta presentándose los accidentes de los cuales me ocuparé en la Sinto-matología.

En cuanto al pronóstico siempre es grave si no se interviene, desde el momento en que se realiza el embarazo ectópico la mujer se encuentra amenazada de serios accidentes de los cuales el mas grave es el hematocele cataclismico que en pocos minutos puede causarle la muerte.

El Profesor Vibert en su Tratado de Medicina Legal pone á la cabeza de las muertes subitas las producidas por el embarazo ectópico.

La Sintomatología del embarazo ectópico reviste caracteres muy variados según la época en que se le observa, así pues para mayor comodidad voy á estudiarlo en su principio, en su evolución y en los casos verdaderamente raros en que llega á su término.

En su principio los síntomas se reducen á los que presenta toda mujer embarazada normalmente, suspensión de reglas, sensaciones particulares, trastornos gástricos, aumento de volumen de los pechos, reblandecimiento de la vagina etc., síntomas que nos hacen diagnosticar un embarazo.

Por otra parte el útero se finje gravido aumenta su volumen y el y el cuello se reblandece. Pero si observamos todos estos síntomas atentamente, veremos que todos fenómenos presentan algo sospechoso y que no son del todo regulares, así por ejemplo las reglas no están completamente suprimidas siempre hay ligeras manchas á esto no presta atención el médico pues sucede con frecuencia en el embarazo normal, y está muy lejos de su mente un embarazo ectópico, á estos trastornos suelen acompañar dolores pelvianos que nos hacen ya pensar en una afección de los anexos, á la cual generalmente no se presta gran importancia pero si examinamos con detención á la enferma podremos descubrir un tumor de variable dimensión según la época del embarazo, que no presenta nada especial que lo caracteriza, así es que con frecuencia se cree en una salpingitis unilateral.

Las preñeces tubarias están con frecuencia prolapsadas en el fondo de saco de Douglas, constituyendo un tumor apreciable perfectamente por el tacto vaginal pero hay que tener en cuenta que lo mismo sucede con las salpingitis quísticas. Schauta presenta un hermoso ejemplo de un caso en que el quiste fetal desdobló las hojas del ligamento ancho constituyendo un quiste fetal incluido, pero si seguimos su curso veremos que aumenta, que se hace voluminoso y llega en el abdomen hasta el nivel del ombligo el útero está rechazado lateralmente hacia el lado opuesto del tumor ó dislocado hacia adelante, lo cual es la regla, se encuen-

entonces un exámen muy atento puede hacernos demostrar su independencia del tumor esto és importantísimo bajo el punto de vista del diagnostico, estos síntomas, que describo solo se refieren al embarazo ectopico antes del quinto mes y poniendose en el caso que este evolucionando normalmente y que ningun accidente venga á cambiar la faz de las cosas lo cual és raro, lo general és - que cuando menos se pienza sobrevenga sin podromos bien difinidos fenomenos peritoriales, dolores mas ó menos intensos y la expulsión de una caduca que le hace pensar en un aborto á la enferma y en que en realidad no es otra cosa que la formación de un hemat. galPinx - esta caduca no és otra cosa que la mucosa uterina que se ha trnsformado, y que se elimina ya en masa ya por partes.

Ahora supongamos que nada de esto sucede y que sigue el embarazo su curso, sin mas trastornos que lijeras cantidades de sangre que pierde la enferma y dolores mas ó menos vagos, la examinamos y encontramos lo siguiente, voluminoso el vientre ó la palpación movimientos activos del feto, sensación de partes fetales ruidos del corazón ó la auscultación, como se vé si el diagnostico no se ha hecho al principio será difícil no diagnosticar un embarazo normal. Pero si fijamos nuestra atención, la clínica, nos llamará la atención la manera como está colocado el fondo del utero, y si investigamos con cuidado podremos gracias á la palpación bimamal delimitar el utero del tumor; el diagnóstico ya se impone por otra parte si queremos ya amplia seguridad no tendremos sino sondear el utero sin temor ninguno y quedará hecho el diagnóstico.

Pero otras veces no suceden las cosas de esta manera el embarazo normal cuando derrepente y estando la mujer en plena salud, siente un dolor violento en el bajo vientre que le arranca un grito, lleva las manos al sitio del dolor, y trata de sentarse, este dolor es tan intimo que muchas veces cae á tierra la enferma, esta palida y cae en sincope, en los casos mas rápidos la

palides aumenta, los ojos presentan un círculo violado, los labios se decoloran, el pulso se hace pequeño, rápido, un sudor frío cubre á la enferma y la muerte se sobreviene en pocos minutos. Este es el cuadro clínico del hematocele cataclismico de Barnes.

Como se vé todos estos síntomas corresponden á una hemorragia interna, y difusa, por esto se vé cuan importante és para el partero el hacer un examen minucioso de la paciente sobre todo al principio del embarazo y en veces sucesivas, hasta tener el convencimiento profundo y absoluto de que se trata de un embarazo normal ó fisiológico.

La muerte de la paciente se halla ligada á la intensidad de la hemorragia, así no és raro verla salir del síncope, reaccionar algo y después de algunas horas repetirse los accidentes, indudablemente esta mejoría pasajera es producida por algun coagulo que momentaneamente obtuvo el vaso, el médico experimentado no debe hacerse ilusiones sobre el estado de su enferma hasta algunos dias después del primer accidente, en este caso se trata de un hematocele enquistado que posee una "tendencia natural hacia la curación", poco á poco los coagulos se absorven, la tunción del fondo de saco posterior disminuye, el utero recobra su movilidad y no queda en el fondo de saco mas que una lijera induración que desaparece en algunos meses; los síntomas pues del hematocele enquistado son los mismos en el principio que los del hematocele difuso ó cataclismo; pero es preciso tener en cuenta que el hematocele puede infectarse en cuyo caso la sintomatología varía presentandose el cuadro clínico de las infecciones, con fiebre alta, de oscilaciones cotidianas, etc. esta infección viene generalmente del intestino por intermedio del pabellon de la trompa que quedó abierto por cuagulos sanguineos ó por micronganismo de las vias genitales que atraviesan el foco cuyas paredes se encuentran debilitadas y por consiguiente faltas de defensa.

El foco puede abrirse espontaneamente ya en la vagina ya en el recto esto és un medio de curación, pero si se abre en

el peritoneo ocasiona una peritonitis repidamente mortal, puede suceder tambien que si el foco no se abre ó se evacua mal, se presenten todos los síntomas de una infección que lentamente hace - sucumbir á la paciente.

El microscopio es un poderoso auxilio, pues la presencia de vellosidades coriales en los líquidos vaginales nos permiten asegurar que se trata de un embarazo ectópico.

## VI

Al llegar á desarrollar este punto se presentan dos cuestiones que resolver la primera el momento en que debe intervenir y la segunda la elección de la operación.

1ª. Momento en que debe intervenir.

"Para resolver este punto tenemos que considerar:

"1º. Si el embarazo sea de menos de cinco meses y que - "esté evolucionado normalmente.

"2º. Si es complicado.

"3º. De mas de cinco meses y con niño vivo.

"4º. De mas de cinco meses y con niño muerto.

"5º. Quiste fetal antiguo supurado.

Esta clasificación aceptada hoy fué propuesta por el profesor Pzzi aceptada por el Profesor Segond en un importante trabajo que presentó á la Sociedad de Cirujía de París.

Así pues bajo esta base voy á entrar en el estudio del tratamiento del embarazo ectópico.

El profesor Pinard dice "Todo embarazo extrauterino - "diagnosticado, exige la intervención quirúrgica".

"Todo embarazo ectópico ha dicho Westhe debe considerar se como tumor maligno y se ha de extirpar como tal".

Como se vé estas medidas tan radicales á primera vista podría juzgarseles como exageradas, pero lejos de eso están dictadas por la observación de muchos casos en que se ha visto que la espera era fatal para las pacientes, pues que aun suponiendo que marcharan á su forma mas benigna á la transformación en Litopidion estaría asegurada la vida de la enferma, mas tarde ó mas

temprano no podría sobrevenir accidentes que comprometieran la vida ó que el caso fuera ya inoperable.

Por otra parte los adelantos de la Cirujía Moderna con sus estrictas reglas de asepsia y antisepsia garantizan podría decirse así la vida del paciente .Así pues lo prudente es la intervención quirúrgica pues solo rarísimos casos concluyen como el caso presentado por el catadrático Doctor Hatto en que el feto se abrió paso á la vejiga despues de seis años,manteniendose en ella durante dos hasta que fué extraido por nuestro catadrático dos años despues.

Así pues yo opino con el Profesor Labadie - Lagrave, quien apesar de ser conservador dice"Ya no se discute el tratamiento;defender la intervención cuenta contra otros medios,tales "como la inyección de morfina y la electricidad sería tanto como poner otra vez en litigio una causa completamente ganada".

Hoy solo se discute la elección de procedimiento,y el momento oportuno de la intervención.

En el primer caso ó sea en el embarazo ectópico de menos de cinco meses evolucionando normalmente.-Yo creo que debe intervenir inmediatamente que sea diagnosticado y la operación que debe elegirse es la laparotomía y aun suponiendo que hubiera error diagnostico y que se confundiera con una salpingitis unilateral quística, en este caso la tecnica operatoria no varia y "siempre se le habia hecho un bien positivo á la enferma."Sobre todo mas"vale,dice el Profesor Aubard,pecar por exceso de atreimiento y laparotonizar una mujer aun con el riesgo de un error "diagnostico, que no dejar por timidez que un embarazo ectópico-- "evolucione,exponiendo á la mujer á una muerte subita ó pronta, "ó tal vez al hematocele á consecuencia de la ruptura del quiste "fetal - Aun cometiendo un error diagnostico,podremos prestar un "exelente servicio á la enferma,extirpandole el tumor que equivocadamente fué tomado por un embarazo ectópico.

"Practicada con las precauciones antisépticas, hoy dia "clasicas, la laparotomía no debe ser el espanto terrorífico de nuestros antepasados; de ningún modo debe decirse á la lijera, -

"pero cuando se le cree útil, como lo es en el caso actual aun -  
"siendo incierto el diagnostico debe el medico aconsejar la in-  
tervención.

La laparotomia en estos casos es la mas racional y la incisión amplia del vientre permite al Cirujano darse completamente cuenta de la lesión, y segun los casos puede llegar á practicar desde la simple extirpación del tumor, conservando el utero y la trompa sana, hasta la ~~Histerectomia~~ Histerectomia abdominal total. No se puede dar una regla sobre lo que debe hacer el Cirujano, su criterio es el único que debe indicarselo en vista de cada caso particular.

"2º. En el segundo caso cuando es complicado el embarazo ectópico que conducta debe seguir el Cirujano ?

Las dos complicaciones son ó el hematocele ó el hemato salpinx. En el primer caso debe elegirse como tratamiento la incisión vaginal ó sea la colpotomia aun que algunos autores son partidarios de la laparotomia fundados en que la laparotomia tiene la ventaja, de antisepsia asegurada, facil extracción de coagulos, posibilidad de explorar los anexos etc.; y atacan la colpotomia por que dicen que es muy dificil la antisepsia de la vagina que expone á la infección. Esto tendria razón de ser antes del periodo antiséptico, pero hoy ya nó tiene razón de ser; por otra parte la via vaginal permite explorar los anexos lo mismo que la laparotomia y si las lesiones son graves y bilaterales pues se hace la hestructomia vaginal y si son ligeras y unilaterales se llenan las indicaciones de momento y en este caso la incisión vaginal tiene las ventajas de la "operación de espera", sin comprometer el porvenir, dando tiempo al Cirujano de estudiar mejor el caso.

" En cuanto á la tecnica operatoria es muy sencilla se practica del modo siguiente: prévia la desinfección tanto del campo operatorio por lavados vaginales y taponamientos antisépticos ó asepticos en los dias anteriores á la operación y en el momento de ella; preparados el Cirujano Ayudante é instrumental segun

las reglas de asepsia y antisepsia se colocan las valvas, se coje con una pieza de tracción el labio posterior del cuello dirijendolo hacia adelante, se entrega á un Ayudante y se practica entonces una incisión al nivel de la inserción posterior de la vagina al cuello, ó una incisión vertical ó mediana.

"En cualquier caso es preciso proceder con suavidad y prudentemente por si hubo error diagnostico. Abierto el foco se ensancha la abertura ó con el bisturí abotonado ó con la tijeras los coagulos se extraen con el dedo ó con una cuchara corriente pero suavemente, se exploran los anexos que se dejan ó se hace la obliteración en caso de necesidad. -Queda terminada la operación con la colocación de un tubo T rodeado de gaza yodoformica y taponeado la vagina. Se hacen curaciones diarias."

Los lavados se hacen ocho dias despues (cambiendose en los primeros á sacar con tapones el algodón) con debil presión y con líquidos que no sean toxicos; estos lavados solo son eficaces cuando está infectado el foco hemático.

En el segundo caso es decir si el embarazo se encuentra complicado de hematosalpingx, la operación que debe elegirse es la laparotomia extripandose integra la bolsa, y es frecuente que el Cirujano se encuentre con un hematosalpingx creyendo que lo que iba á operar era un embarazo ectópico no roto; en todo caso la tecnica és la misma y no ofrece dificultad.

Ahora voy á abordar el punto mas discutido ó sea el del embarazo ectópico de mas de cinco meses y con niño vivo, el deseo natural de salvar á la madre y al niño ha hecho que muchos autores sostengan que en este caso no deba intervenir hasta que el niño sea viable és decir en el trascurso del septimo mes, otros por el contrario declaran que corre riesgo eminente la madre y que por salvar al niño se pierden ambos y opinan por la intervención inmediata, otros autores están por la expectativa á mano armada.

Como se vé las operaciones estan muy divididas pero és preciso tener en cuenta que en todo tiempo la madre está expues-

tiempo,"la vida del niño indudablemente debe influir algo en el "animo del operador pero no hasta el punto de comprometer á la "madre".

Yo creo que si el médico es llamado y diagnostica un embarazo ectópico si las condiciones de la madre ~~de él~~ son buenas y no presenta trastornos que puedan indicarle una próxima -catástrofe por la ruptura,debe poner á la paciente en reposo absoluto y preparar inmediatamente á la enferma para laparatomizar la,si el embarazo es de termino con mucha mas razon,y si és de cinco á seis meses las condiciones de la paciente le indicarán -la espera,si no hubiera ningun trastorno,pero debe tener tambien en cuenta que el niño extraido y desarrollado en estas condiciones presentará en el mejor caso vicios de conformación que á veces pueden ser "lijeras y compatibles con la vida",como deformaciones craneanas,Paraliris facial,Encefalocele voluminoso en el occipucio etc.,pero otras veces y esto és lo mas frecuente ó muere pocos momentos despues de la extracción,ó poco tiempo despues es raro que llegue á su completo desarrollo y esto indudablemente debe tenerse presente para no esperar por un niño de vida problamática,el que la madre sufra la ruptura que le acarrea la -muerte.

Por todas estas razones yo creo que debe intervenirse lo mas pronto posible y que la operación debe ser la laparotomia desechando por completo la Elitrotomia,que ha dado malos resulta dos.Lawzon-Tait ha intervenido una vez con resultados fatales." "Me ha bastado un caso diece este autor para formar mi juicio sobre este particular y no volveré nunca,sean las que quieran las "circunstancias,á atacar por la vagina un embarazo subperitoneal" Las estadisticas presentadas por otros operados son tambien funestas presentando una mortalidad de un 70 %.

En caso de que el feto estuviera muerto y que sea tolerado debe intervenirse ?

El Profesor Pinard és de opinión que no debe intervenirse en los primeros dias de la muerte del feto,para de esta -

manera evitar la hemorragia dando tiempo que se efectuó la obturación de la circulación de la placenta.

pero esta espetación puede dar lugar á que se declare una septicemia, por otra parte esta obturación no se efectúe en un plazo fijo es muy variable Kusley ha observado una hemorragia mortal tres meses despues de la muerte del feto, Litzman todavia de un plazo mayor cree que la circulación placentaria persiste hasta cinco meses despues del falso trabajo. Asi pues de dos peligros debe elegirse el menor escojiendo la operación inmediata antes que la septicemia ponga á la enferma en condiciones desventajosas para la operación, ó que se transforme sino se opera en un quiste supurado, vamos á ver como evolucionaría en este caso, sabido es que toda colección placentaria tiende á abrir camino al exterior y que las adherencias hacen que esta abertura sea benigna segun el órgano por el que se abre paso, esto de una manera general; ahora bien, veamos el sitio por el cual se abre camino para hacer irrupción el pus y los restos fetales. Supongamos que se abre en el abdomen el papel del Cirujano se reduce á ensanchar la abertura, extraer los restos fetales ó el feto, esto sucedió en un caso operado por Deleris en que practicó una incisión en la línea blanca de ocho centímetros por la cual extrajo el esqueleto de un feto de siete meses, el tumor era casi subcutaneo, tambien puede abrirse paso por el recto, por la vagina por la vejiga como se vé en la Historia Clinica número 2 para la extracción de los restos del feto bastarán dilatar uretra ó hacer la cistotomia supra-pubiana ó la talla uretal, en general podemos considerar como benigna esta forma de terminación del embarazo ectopico, pues la antisepsia garantizará la curación, y las adherencias permiten que el Cirujano haga amplios lavados casi sin el peligro de infectar los órganos vecinos que se encuentran defendidos por estas adherencias limitan el foco hacia el punto de la abertura.

Antes de terminar seame permitido suplicaros disculpeis la deficiencia que podais encontrar en este modesto trabajo pues lo escabroso del punto y la falta de historias clínicas no me

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Facultad de Medicina

UBHCD

ha permitido hacer un trabajo completo, lo unico que hé deseado es llamar la atención hacia un punto que nosotros consideramos como raro y que hoy ha dejado de serlo, pues las hematoceles que se observan con frecuencia en nuestro hospital de Santa Ana hoy dia no reconocen otra causa que la del embarazo ectópico.

De todo lo expuesto en mi tesis, podemos llegar á las siguientes conclusiones generales.

#### CONCLUSIONES.

1a.- El embarazo ectópico no és una afección rara como se cree, solo tiene una rareza relativa.

2a.- Que la mujer peruana por sus habitos, y por su fecundidad, presenta sus órganos genitales mejor preparados para el embarazo ectópico.

3a.- que las distintas variedades de embarazo ectópico el embarazo tubario es el (ístmico) mas frecuente.

4a.- Que la gonorrea por las lesiones que ocasiona en el utero y en la trompa, es la causa principal como preparadora del terreno.

5a.- Que esta se realiza siempre que hay un obstaculo que se oponga al paso del ovulo de la trompa al utero.

6a.- Que és necesario que la mucosa tubaria presente condiciones de vascularización para el desarrollo del huevo.

7a.- Que el corion evoluciona diferentemente segun que se trate de la pared del utero ó de la trompa.

8a.- Los productos del revestimiento corial, como las mismas vellosidades coriales, penetran profundamente en la pared de la trompa.

9a.- Que en el embarazo normal reciente, las vellosidades toman los materiales nutritivos en la capa compacta y glandular, rica en vasos; y que en el embarazo tubario las toman de la capa muscular subjacente por carecer de esta capa asi como de la Nitabuch y que esto constituye una necesidad fisiológica.

10a.- Que esta penetración casi como la distensión determi-

nan el debilitamiento de la pared de la trompa.

11ª.- Que la ruptura tiene lugar generalmente al nivel de la inserción placentaria por ser el lugar en que las vellosidades coriales penetran mas profundamente; y que esta ruptura se realiza del segundo al tercer mes.

12ª.- Que las hemorragias son producidas por la ruptura de la trompa, rara vez por el aborto tubario.

13ª.- Que la rapidez de la muerte en estas hemorragias está ligada á la cantidad de sangre que pierde y el orificio de salida que varia desde un milímetro hasta muchos centímetros.

14ª.- Que la ruptura permite muchas veces el paso del feto y su caída al abdomen.

15ª.- Que la demostración de la independencia del utero y del tumor es la base del diagnostico.

16ª.- Que la no supresión total de las reglas en una embarazada puede ser causa de sospecha y asi como tambien un largo intervalo entre un parto y otro (esto és casi patonimonico en el embarazo ectópico.)

17ª.- Que es muy difícil hacer el diagnostico por la sintomatología subjetiva; no así por un exámen minucioso, y *microscopico*.

18ª.- Que cuando el feto muerto se convierte en Lithopdion - és perfectamente tolerado, pero sin embargo debe ser operado para evitar accidentes futuros y probables.

19ª.- Que el embarazo ectópico debe ser siempre operado, y que la operación que debe elegirse és la Laparotomia.

*Dr. B. J. Rosa*

*Carlos P. Pajighezi*

*Dr. J. J. J. J.*

*Dr. J. J. J. J.*

# HISTORIA CLÍNICA

Nro.1.

La enferma Jacinta Godoy, natural de Lima, de 48 años de edad de profesión lavandera, casada, ingresó á la sala de San Pedro del Hospital de Santa Ana el 16 de Julio de 1903, y ocupó la cama número 20.

Antecedentes hereditarios nulos.

Antecedentes personales buenos; no ha padecido de ninguna enfermedad grave. Sus menstruos han sido abundantes y regulares durando de tres á cinco dias; ha tenido cinco hijos que todos viven y gozan de buena salud: su último hijo cuenta 9 años - y en todo este intervalo de tiempo hasta la fecha no ha sido embarazada, apesar de haber tenido relaciones sexuales y de que sus meses han sido completamente normales.

El mes de Abril del presente año no apareció el flujo menstrual, pero no le dió importancia, el mes de Mayo se sintió - con lijeros trastornos gastricos y cefalalgia y el flujo menstrual no apareció tampoco en el mes de Junio, pero sintió dolores irradiados en el abdomen y malestar general.

En los primeros dias del mes de Julio se presentó una fuerte metrorragia que la alarmó muchísimo por su abundancia, esta metrorragia fué acompañada de dolores vivos en el hipogastri-co, ~~mareos~~, vómitos, y movimiento febril cuya temperatura no recuerda. Dice la enferma que se consultó con un Farmaceutico y que le dió medicamentos sin resultado alguno, la sangre continuaba y el 16 se resolvió á ir al Hospital, ocupando el número 20 de la Sala de San Pedro.

Estado de la enferma el dia 16 - La enferma es bien constituida, y su fisonomía presenta un tinte profundamente anémico, sus mucosas exangues, vertigos, ruido de oidos, mareos, dolor esquisito en el vientre sobre todo en la fosa iliaca derecha, hiperestesia en toda la region hipogastri-ca, metrorragia abundante, temperatura de 38 y 1/2.

La hiperestesia así como la hemorragia me impidió hacer un exámen minucioso y por otra parte por la edad de la enferma creí que se trataba de una simple metrorragia que son tan frecuentes en la edad crítica de la mujer. se aplicó hielo al vientre, se hizo un taponamiento vaginal y se administró una pocion estimulante, en la tarde la temperatura había disminuido á 38 uno, pero los dolores eran intensos é irradiados y le puse una inyección de un centígramo de morfina, la enferma se calmó y durmio algo. El dia 17 presentaba una temperatura de 37 8/10 , retiré el tapon vaginal, la sangre había casi desaparecido y el Dr. Bello hizo un exámen ligero por el estado de la enferma, sospechando que se trataba de un embarazo ectópico pero sin afirmar su diagnóstico.

Al tacto se encontró la vagina reblandecida , el cuello del utero dirigido hacia arriba y casi dentro de la sinfisis del pubis, el orificio del cuello dificilmente accesible liso y ligeramente entreabierto; el fondo de saco de Douglas ocupado, así como el fondo del saco lateral derecho, la hiperestesia de la enferma no permite un exámen mas detenido y el dedo al retirarse sale cubierto de un liquido mucoso sanguinolento y de un color oscuro, olor ligeramente fétido.

Los dias subsiguientes no presentaron nada de importancia y la fiebre y la sangre fueron desapareciendo, permitiendo entonces hacer un exámen mas minucioso.

A la inspección: el vientre un poco meteorizado, con veteado propio de una multipara al tacto. -vagina y cuello reblandecido y dirigido el cuello hacia arriba. El fondo de saco de Douglas ocupado completamente por un tumor que tomaba algo del fondo lateral derecho, el saco lateral izquierdo libre, en el fondo de saco anterior se tocaba el cuerpo del utero que estaba rechazado hacia adelante lijera secreción sanguinolenta.

Por todos estos síntomas se hizo el diagnóstico de hematocele por ruptura de un embarazo tubario derecho, la sangre buscó el sitio de mayor declive coleccionandose allí.

La enferma sigue con lijeros trastornos y los mens-

truos se han restablecido desde el mes de Octubre pero de una manera irregular, de manera que el pronóstico es reservado.

El tratamiento se ha limitado á la anticepcia vaginal é intestinal para evitar se infecte el hematocele.

Como vemos esta enfermedad ha presentado un largo intervalo desde su ultimo parto y este largo periodo es considerado por todos los autores como patonumónico del embarazo ectópico por otra parte la edad 48 años, y la multiparidad que tambien son causas predisponentes.

El tratamiento que ha resuelto el jefe del servicio es la expectación armada, y se vigila la vagina y el intestino para evitar que se infecte.



SEÑORES;

Quizás la exposición que voy á hacer se nota cierto - desorden de ilación, pero he preferido los hechos tales como pasaron, á fin de mantener su carácter de autoridad, pues como Udes. no ignoran el exámen clínico que se hace en la práctica civil no puede tener el riguroso método que sigue en la hospitalaria. Es necesario en ocasiones dejarse guiar del enfermo, especialmente cuando se trata de personas del sexo femenino.

Muchas veces las enfermas ocultan ciertos hechos para referirlos poco á poco, á medida que el médico gana su confianza. De aquí, que este tenga que hacer á veces el fin lo que debió hacer al principio.

El 29 de Enero del año próximo pasado fui llamado á la casa número de la calle del general La Fuente para ver á la señora F. de P. enferma desde dos años atrás de trastornos vesicales según me dijo. La señora de P. de 35 años de edad, mas ó menos, viudad, multipara, en estado anémico bastante avanzado, tenía ese aspecto palido y vultuoso de la cara que se vé en los brighticos al mismo tiempo que su fisonomía esperaba el sufrimiento. Ynterrogado sobre los antecedentes de su enfermedad expuso casi textualmente lo que sigue:

Doctor, yo sufro desde hace mucho tiempo de piedras en la vejiga,; he arrojado algunas espontaneamente; hace mas de un año que tomé sales de litina, aguas de vichy, etc., que no han hecho mas que perderme el estómago y sin embargo, no he adelantado nada; siempre tengo frecuencia de orinar y dolores á la micción, que á veces es interrumpida; la orina, turbina generalmente, és á veces sanguinolenta y ha habido tiempo en que fué muy oscura y de fetidez insoportable. Uno de los cálculos que expulsé fué mandado por el doctor . . . que entonces me trataba, á la botica de Melchormalo y analizadó allí, declarando el farmaceutico que se componía de fosfato de cal. Puedo asegurar á U. que siento la sensación de tener aun cuerpos extraños en la vejiga.

Los síntomas referidos por la enferma no podían ser mas claros y explícitos, de modo que mi norma de conducta estaba trazada de antemano: era asegurarme de la existencia ó nó de calculos actuales. Hice presente á la señora la necesidad de hacer una exploración vesical, á lo cual sea dicho de paso, se prestó la enferma con mucha dificultad.

Algunos dias despues procedí á la exploración de la vejiga sirviendome del explorador metálico: En la región del cuello vesical tropesó inmediatamente el catelar con un cuerpo extraño que abocaba casi en la uretra y que merced á cierta dilatibilidad me imaginé que podia ser cojido con una pinza de cuerpo extraño. Yntroduje la pinza que desgraciadamente se fracturó en las tentativas de extracción. sin embargo, insistí en dichas tentativas, ayudandome en esta vez con el dedo indice introducido en la vagina que presonaba la vagina y la uretra de atrás adelante. Despues de algun rato las pinzas tomarón nuevamente la extremidad del cuerpo extraño/que, en esta ocasión, se deslizó suavemente al exterior.

Siempre produce satisfacción al medico poder extraer un cuerpo extraño al que se le mira y remira con tanta mas atención, cuanto mas trabajo ha costado extraerlo. Examinaré pues el calculo y Udes. comprenderán mi asombro al reconocer que era un hueso largo, de tres á cuatro centímetros de longitud, con todos los caracteres de un fémur que me pareció ser de ave.

La supocisión era natural en ese momento: ese hueso no podía haber penetrado sino del exterior, como han entrado muchas veces alfileres, horquillas/etc., en la vejiga. Ynterrogué pues á mi paciente sobre ese punto, pero sus contestaciones fueron tan claras y terminantes negativas á este respecto, que hubo que abandonar la idea de maniobras y descuidos de onanismo. Volví á introducir el cater y sentí entonces varios otros cuerpos extraños, que ya me daban luz sobre lo que pasaba: aquella vejiga era un verdadero ocario. Hice la exploración binannual- tacto vaginal y palpación abdominal, cuyos resultados fueron los siguientes: vagina normal, lisa; cuello del útero pequeño, de dureza normal, cerrado

como el de toda multipara; utero de tamaño normal; en el fondo de saco posterior nada; tampoco en el lateral izquierdo; en el fondo del saco lateral derecho, invadido un tanto el anterior, en la región de la trompa derecha, se notó un tumor duro, voluminoso, como la cabeza de un niño á termino, perfectamente perceptible, aun por la pared abdominal. Con estos datos, que me daban la casi seguridad del diagnóstico, procedí á un nuevo interrogatorio de la enferma del que pude deducir lo siguiente.

En Febrero de 1892 tuvo sospechas de estar embarazada por haberse suspendido la menstruación que hasta esa fecha habia sido muy regular, sospecha que se convirtió casi en certidumbre - por que el vientre aumentó de volumen y seguia la amenorrea. En Agosto del mismo año á consecuencia de una impresión, tuvo la enferma un conato de aborto-dolores y sangre, y fué puesta en reposo, en la cama hasta que pasó el accidente. Continuó en ese estado hasta el mes de Noviembre del mismo año, en que repentinamente sintió que perdía aguas; entonces se trasladó á Lima-pues la paciente residia en Pisco-y fué atendida por el doctor Acuña quien despues de la exploración del utero y juzgando qu el aborto se habia verificado, le hizo la vajes intra uterinos. Despues de esa fecha volvieron á restablecerse las reglas y todo entró en orden notando la paciente que el vientre disminuyó de volumen y solo quedó con carácter de permanente, un pequeño tumor, algo duro, sobre el lado derecho que no pasó deaparecido para el doctor - Acuña, pues, dijo á la enferma, que quizás mas tarde habia que operarla, que por el momento solo debia tomar baños eléctricos, prescripción que la enferma siguió hasta su restablecimiento.

Así trascurrieron varios años; la señora de P. volvió á entregarse á sus ocupaciones habituales y apenas hacia gran caso de su quiste, como ella le llamaba á su pequeño tumor, cuando á fin de 1898, á causa de la impresión que le produjo la muerte de su esposo, sintió en la región del tumor dolores semejantes á clavos que le incaban, tuvo vomitos, y en seguida orina de color rojo oscuro, espesas y de fetidez insoportable. En esa ocasión la trató nuevamente el doctor Acuña, quien hizo algunos lavajes vesica-

les. Algun tiempo despues, cuando ya la orina habia aclarado, fué cuando arrojó el primer calculo ó piedra como se creía entonces, calculo que como se ha dicho, fué reconocido como fosfatico, confirmando el diagnostico de litiasisvesical, y fué tambien entonces que se prescribió á la enferma el uso de los alcalinos y sobre todo de las sales de litina, sin provecho alguno para ella.

Despues de esto el diagnóstico se imponía: se trataba de un embarazo tubario derecho, que se abrió paso en la vejiga urinaria. Así se explicaba : 1º. los sintomas racionales de embarazo acusado por la enferma, que desaparecieron bajo la forma de aborto; 2º. las orinas fétidas sanguinolentas, que no fueron de las partes blandas del feto; 3º. la presencia de ese fémur, correspondiente á un feto de cuatro meses á cuatro meses y medio.

Posteriormente ya por extracciones manuales ya espontaneamente, la paciente ha arrojado por la uretra, los fragmentos de esqueleto que Udes. ven y que son: 2 femures; 2 húmeros; 2 tibias 1 radio; 1 cúbito; 1 peroné; 12 costillas; 1 clavícula; 1 homoplato; 5 huesos, en fragmentos, correspondientes al craneo (boveda): temporal, parietal; varios otros que tambien se refieren al craneo (base); véstebas de diversas regiones, y ultimamente un hueso ya petrificado que parece ser uno de los iliacos, que asió espontaneamente la semana última y remitido por la enferma. Hay todavia algunos huesos.

Las condiciones de la comunicacion entre el caso tubario y la vejiga no ha sido posible determinarlos por haberse resistido la enferma al empleo del Cistoscopio.

Los casos de embarazo tubario abierto en la vejiga, indudablemente son raros, pues registrando la literatura médica he encontrado referidos: un caso descrito por Ebersbach en 1774 y otro por Mortani y Josephi en 1803 con el nombre de graviditas vesicalis. En el ultimo caso se dice que el producto de la concepcion permaneci6 en la vejiga durante 15 años.

Thompson en 1863 extrajo por Cistotomía, huesos de las piernas, brazos y pelvis habiendo curado la enferma. Dos casos notables de graviditas stomachica, han sido referidos en 1605 por

Salmuth y en 1670 por Maroldus.

En nuestra literatura Médica se publicó en el "Mercurio Peruano" el caso que voy á leer á continuación de esta historia y que se realizó en Lima hace mas de un siglo.

Lo que llama la atención en el presente caso es: 1º. el largo tiempo trascurrido entre la muerte del feto que fué indudablemente en la fecha en que la mujer perdió aguas y creyó haber abortado, hasta aquella en que el quiste se abrió paso á la vejiga, de 1892 á 1898; 2º. el haber soportado la enferma sin sufrir accidentes infecciosos, la presencia de un cuerpo en descomposición; 3º. la tolerancia que en ocasiones tiene la vejiga para retener cuerpos extraños y expulsarlos; 4º. el que ni la enferma ni el médico tratante hubieran relacionado los accidentes vesicales con los de aquel embarazo, sin duda en atención al largo tiempo trascurrido; y 5º. el análisis del cálculo que si hubiera sido practicado por un médico habria dado al diagnostico desde tiempo atrás.

Este caso fué leído por el doctor Hatto en la Academia Nacional de Medicina.

La enferma Manuela Melendez, natural de Chancay de 41 años de edad, lavandera, ingresó á la clínica ginecológica del doctor Carvallo el 6 de Junio de 1901 y ocupó la cama número 3.

Antecedentes: Sus padres siempre han sido sanos, de modo que no han tenido tara que heredarles. Su pasado biológico ha sido casi completamente normal.

La vida genital de la enferma ha sido activa pues cuenta con 12 embarazos, de los que son 10 partos y 2 abortos. Los partos fueron completamente normales, lo mismo que sus consecuencias excepto una en la que se presentó fiebre, pero de carácter benigno no siendo muy intensa y no durándole sino pocos días.

De sus dos abortos ignora la época que corresponde al primero, asignando el segundo á su último embarazo.

Antes de su matrimonio sus periodos cataméniales se presentaban con casi inapreciables modificaciones del estado general. Después de él y en los intervalos de gestación, tampoco advirtió irregularidades menstruales.

Los diez hijos han sido lactados por ella.

Este fisiologismo se mantenía con ligeras variantes hasta el mes de Enero del presente año en que no le apareció el flujo menstrual, lo que la hizo creer en un nuevo embarazo. Tampoco menstruó en Febrero, lo que vino á dar apoyo á sus sospechas.

Como multipara que era, conocia por experiencia propia los fenómenos que acompañan á la supresión de las reglas en los primeros meses de la gestación.

Ella esperaba de buen grado la evolución y terminación de su nueva época de embarazo, cuando el 29 de Marzo de 1901 á las 2 h p.m. y después de un moderado ejercicio de equitación, sintió un dolor sumamente intenso en la parte media del vientre, sin poder localizar el sitio á causa de sus irradiaciones y que la obligó á buscar algún reposo en la cama y en completa inmovilidad.

Obtuvo una mejoría á las 10 h.p.m. merced á la cual pudo conciliar en algo el sueño.

Estos dolores continuaron declinando débilmente hasta el décimo dia, pero al cabo del cuarto ó sea el 2 de Abril, notó que una onda de líquido humedecía sus organos genitales externos. Este líquido era inodoro, fluido y de color negruzco, lo bastante oscuro para que la enferma lo notara muy diferente del líquido que estaba habiaturada á observar en sus menstruos. Este líquido color café oscuro, continuó decreciendo en cantidad y coloración hasta presentarse el 16 de Abril con los caracteres que reviste hoy y que describiremos mas adelante.

A fin de Mayo (no precisa ella la fecha) una mañana se observó mas humeda que de costumbre y en sus paños pudo comprobar verdadera sangre menstrual con los caracteres que le eran tan conocidos. Esta emisión sanguinea le duró cuatro dias, al cabo de los cuales fué sustituida por la pseudo secreción color de café.

Estado actual: - Es una mujer bien conformada, de aspecto de buena salud, salvando su tinte ligeramente anémico. Acusa un ligero dolor espontaneo al nivel del hipogastrio, con irradiaciones á las fosas iliacas. Este ligero dolor con sensacion de pesadez, existe no solo cuando la enferma está sentada, sino aun estando de pié ó durante la marcha, pero es tan poco intenso que lo soporta casi indiferentemente sin imprimir á su fisonomia el sello caracteristico de este síntoma.

Los aparatos digestivos, circulatorio y respiratorio, así como los órganos de los sentidos funcionan con regularidad. La temperatura es normal, la defecación natural, al decir de la paciente que ha estado acostumbrada á experimentar las modificaciones impresas por sus anteriores embarazos. Miccion urinaria buena, pero esta precisada á hacerla con mas frecuencia que antes, aunque no haya en cada vez mucha cantidad de líquido. La piel tiene su tinte no asentado de anémia.

Inspección: - Mamas regulares, bien desarrolladas, con areo-

Facultad de Medicina

UBHCD

la y pezon bien pigmentados; algunos vertigios de tubérculos de Montgomery. No dan líquido á la presión.

Abdomen ancho y con el veteado cicatricial de las multiparas. Pelvis ancha y bien desarrollada.

Palpación:- Mamas de mediana consistencia, los pezones entran facil y rapidamente erección. El abdomen és de consistencia blanda; su piel está bien cargada de tejido célula-adiposo. No se descubre aumento de volumen del higado ni del bazo.

Precución:- Solo se nota un sonido mate suprapubiano - que disminuyé considerablemente despues de la mucción, dejando siempre una submatritez por encima de la sinfisis del pubis.

Organos Genitales:- Colocada la enferma dorso saera se se puede á la simple inspeccion observar una vuelta entreabierta rosada, que deja ver en primer grado cistocele y rectocele. Los labios mayores son pequeños y algo marchitos. Las ninfas están alejadas la una de la otra y con la cara interna empapada por una sustancia de consistencia gelatinosa y de color de café. El periné intacto.

La vagina está bien empapada por la secrecion café: es de consistencia muy blanda y de sensibilidad normal. El tacto se practica con gran facilidad y llevando el dedo se cae en el cuello del utero que está dirigido de arriba á abajo y de adelante á atrás, és decir que mira la cara posterior de la vagina. El orificio está entreabierto, deja penetrar la extremidad del indici que se puede algo pasear á las partes laterales por presentar dos resgaduras en tal sentido. El labio anterior es grueso, propiamente y bastante reblandecido; el poaterior és mucho mas pequeño un tanto mas consistente y con huellas induradas de cicatrices anteriores.

El fondo de saco anterior está ocupado por un tumor con los caracteres de utero en anteversión y así se comprueba por la palpación bimanual y el cateterismo.

El fondo de saco posterior está lleno por un gran tumor redondeado, liso, sin lobulaciones, de consistencia blanda y

que abanza un poco hacia los fondos de saco laterales.

El histiometro nos hizo conocer la atención completa, de un utero y la longitud de su cavidad que fué de 9 centímetros

El exámen microscópico de la presendo secreción genital, nos dió el siguiente resultado. Cristales de hematoidina. Lencocitos raros. Células vaginales en abundancia.

Elementos degenerados grasosamente, mas pequeños que los globulos blancos de la sangre, formados por una membrana de envoltura y un contenido granuloso, sin nucleo preceptible. Estos elementos predominan en la preparación.

Granulaciones grasosas que desaparecen por el lavado al éter sulfúrico.

Filamentos de mucus.

Este conjunto nos hace creer que se trata de sangre de tenida que sufre los fenómenos de mortificación aseptica y en la que la materia colorante se ha cambiado en hematoidina; los eritrocitos están representados por esos cuspulos en degeneracion adiposa, y los lencocitos vivos son los que procuran la resorcion de esos destriutos por fenómenos de fagocitismo.

El desprendimiento de las muchas células vaginales lo creemos debido á la acción de la extremidad del hilo de platido al tomar la secreción que se deseaba examinar, y esto és tanto mas cierto cuanto que aparte de la manifiesta vitalidad de tales células, el epitelio vaginal está reblandecido en su cemento á causa de ser constantemente bañado por un líquido bañado y no por el mucus vagino uterino normal.

Diagnostico: - Por los antecedentes y los síntomas que hemos descrito, parece que se trata de un hematocele retro-uterino consecutivo á un embarazo ectópico.

En efecto: no le aparecieron menstruos en el mes de Enero de 1901; tampoco los tuvo en Febrero pero si algunos de los fenómenos reflejos propios al periodo de genitacion como alterio nes dispecticas, modificaciones ligeras del caracter teñido de los

razo, pero cuya normalidad se vino á descubrir el 29 de Marzo con ocación de un ligero ejercicio que dió lugar á los fenómenos de hemorragia por ruptura de la trompa como luego veremos.

El ovulo pudo caer por el ostium uterino en la cavidad de la matriz quiza por que la fiebre que la enferma nos cuenta - coincidió con una ligera flojosis de la trompa que dió margen á la perdida del epitetio vibrátil que interiormente la tapiza, - suprimiendo todo movimiento de los cinos que es uno de los mas importantes y eficaces medios de progrecion del huevo.

Quedó este aprisionado en la trompa y se procuró medios de subsistencia para poder evolucionar hasta cumplidos mas de dos meses, distendiendola hacia un limite que fué alcanzado el 29 de Marzo en que le sobrevino un fuerte dolor con sensación - penosa general y aun algo de sudor frio como ella misma lo rela- ta. Estos síntomas son preferentemente explicables atendiendo á la ruptura de la trompa y á la hemorragia consiguiente.

La sangre derramada buscó asilo en la parte mas decli- ve de la cavidad pelviana y la encontró en el fondo del saco de Donglas donde constituyó el tumor redondeado y lizo que hoy aun existe con caracteres bien ostensibles.

Pero el 2 de Abril notó sus sábanas empapadas en san- gre muy oscura; lo que aconteció fué que se hizo amplia comunica- ción entre el foco sanguineo tubario ó tubo abdominal y la ca- vidad uterina, lo que trajo como consecuencia un desahogo de san- gre y de dolor.

Desde este momento quedaba establecida perfecta rela- ción entre el colectado enbrio sanguineo y el exterior siguiendo la trompa, el utero, la vagina y la vulva. Esto confirma aun mas la creencia de que el embarazo ectópico fué tubario por que si hu- biera sido abdominal ú ovarico, no existiera esa amplia comunica- ción con el exterior.

Desde el 16 de Abril de este año, la pseudo secrecion tiene el mismo aspecto clínico que al presente, y cuyo exámen mi- croscópico nos hizo ver que era sangre de tibia y alterada. //

La persistencia de este flujo nos hace pensar, que aun existe la comunicaci3n que se estableci3 el 2 de Abril, 3s decir, que hay una bolsa peritoneal hematica retro uterina, separada de la gran cavidad peritoneal por pseudo membranas de la serosa y que comunica con la trompa por el sitio de ruptura, desaguandose constantemente al exterior 3 la manera de un aborto lento 3 pe-rezozo.

Diagnostico diferencial:-No se confundir3 con un utero gravido en retroversi3n, por la reaparici3n de las reglas y la presencia del 3tero en anteversi3n comprobada por la histerom3-tria.

No con un fibroma de la parte posterior del 3tero, por la consistencia del tumor, su disposici3n tan sim3trica que por lo general 3 tomada por un l3quido que v3 3 las partes mas de-clives (fondo de saco de Douglas en este caso).

No con un quiste del ovario, por la aparici3n brusca del tumor despues de fuertes dolores y sintomas de colapso, as3 como por la situaci3n perfectamente mediana.

No con una peumetro-3varo-salpingitis, por la falta ab-soluta de fen3menos reaccionales 3 la infecci3n s3ptica. (Fiebre, dolor intenso, malestar general, emanaci3n etc.)

No con una neoplasma maligno por la misma aparici3n brusca del tumor y la falta completa de sintomas generales gra-ves.

No con un ascitis, porque al hacer el tacto teniendo 3 la enferma tanto de pi3 como en posici3n ginecologica, no varia la forma ni el tama3o del tumor, en la ascitis y en la ultima po-sici3n, refluir3 el l3quido hacia las partes declives y el tumor desaparecer3a.

No con una neoplasia del recto, por no dilatarla al tac-to rectal ni los conmemorativos. Ademas no acusa acentuadas per-turbaciones en las funciones expulsivas de la 3ltima porci3n del tubo digestivo.

Pron3stico:-Es reservado apesar de existir circunstan-

cias que abonan á la enferma, como la muerte del feto, la falta actual de hemorragia y la peritonitis parcial adhesiva que limita el foco hemético y que le aísla de la gran cavidad peritoneal.

El desague de la bolsa en el exterior és y no és condición favorable.

Es favorable, por que con ese vaciado lento, se procura una evacuación quizá total del foco y un lento restitutio ad integum que sería muy eficaz.

No lo és, por que del medio externo, eminentemente septico, pueden por circunstancias varias penetrar germenos patógenos al interior del foco quístico, supurarlo y aun terminar con la paciente.

Tratamiento:-El mas lógico en el caso presente nos parece la expectación armada, sobre todo mientras existe el natural desague al exterior. A lo que hay que dar preferente atención és á la antisepsia de los organos genitales y á la regularidad de las funciones del recto y vejiga.

A lo primero, por que los germenos que normalmente habitan la vagina y que encuentran un apropiado medio de cultivo en la secreción fomal por los deshechos de una sangre alterada, pueden vencer la corriente centrífuga de esta pseudo secreción, alcanzar el hematocele, cultivar en el con gran profusión y demandar una intervención quirurgica inmediata.

A lo segundo, para evitar á la mucosa rectal, perdidas de sustancia, por insignificantes que sean, y que constituyen otras tantas puertas de los caminos que conducen al Coli-bacilo de Escherich, habitante obligado de la cavidad intestinal, hacia la cavidad peritoneal á travez de las tunicas intestinales, aparentemente infranqueables y que podrian originar tambien la infección del hematocele.

Se evitará á todo trance la estancación urinaria y la urinemia con sus perniciosas consecuencias.

- Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Facultad de Medicina

UBHCD

Despues de esto, la enferma continuó en el hospital hasta el 5 de Agosto en que solicitó su partida hallandose completamente curada.

Tuvo sus flujos menstruos de Junio y Julio sin el menor desorden. Lapsendo- secreción sanguinolenta fué disminuyendo hasta desaparecer por completo, y proporcionalmente fué aminorándose el tumor retro-uterino hasta no dejarse notar ni aun al tacto bimanual mas exigente.

Este feliz resultado ha construido un nuevo apoyo á la certidumbre del diagnóstico.

Dice el Profesor Werth que "todo embarazo ectópico debe ser considerado como tumor maligno y extirpado como tal" Pinard afirma que "todo embarazo extrauterino diagnosticado, ordena "la intervención quirúrgica".

El comulo de circunstancias que rodeaban el caso que historiamos, imponian solo la expectación armada que ha resultado ser un exito que contraría el absolutismo de las reglas de los Profesores Werth y Pinard. Ha venido á afirmar que por eficaces que sean las bases en que se apoya una regla, siempre se debe pensar en la excepcion.

Lima, Agosto de 1901.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
No. de Ingreso 11582
No. de la clasificación.....



UNMSM - FM - UBHCD



010000072702

Tesis		194
ROSPIGLIOSI, VIGIL, Carlos		
Embarazo ectópico		
1903.		
FECHA	ENTREGADO	
20 JUL 1972	<i>[Signature]</i>	
21 OCT 1970	<i>[Signature]</i>	

