

444

Contribución al estudio
de la
Píez Ectópica.

Memoria de punto para optar al grado de Licenciado en Medicina, presentada por Emilio Aldunate Bascurán.

24 junio 95

Santiago junio de 1895.





El estudio de las piedras extra-uterinas ha venido ya en otras ocasiones de tema para memoria á algunos candidatos á optar el grado de Licenciado en Medicina.

El primero de esos trabajos presentados en 1888 por el Licenciado Sr. Clemente Miranda, es, como su autor mismo lo espone, de un carácter mas bien teórico que práctico. Los últimos de los doctores Sr. Gregorio Amunátegui (1891) Solar y Carlos Carlos Böhm (1893) están basados en la observación clínica y sus autores han dado especial desarrollo al tratamiento quirúrgico de la afección.

De consiguiente, el trabajo cuya lectura va á ir ahora es una continuación ó, mejor dicho, un complemento de aquéllos y espero que contribuirá en parte á darnos la base de una estadística propia y mas ó menos completa y detallada de los casos de piedras ectópicas, obser-

« vados en los hospitales de esta ca-
pital.

Guiado, pues, por la curiosidad
que naturalmente despierta en
nosotros el estudio práctico de este
interesante capítulo de la patología
obstétrica y ginecológica, hemos se-
guido con detenimiento tres nue-
vos casos presentados últimamente
en la Clínica del Profesor Doctor
Dr. Victor Römer.

Siendo muy poco numerosos
los casos de naturaleza análoga
que registra la *Litteratur Medica*
de todos los países y en especial
de Chile, tanto que, como dice
Charles en su "Tratado de los
Partos," los prácticos más experi-
mentados apenas recuerdan
decena de casos durante todo el
ejercicio de su (carrera) profesión,
hemos creído que el solo hecho de
la frecuencia relativa aunque se
no presentado últimamente entre
nosotros esta grave afección, nos
autorizaba para recoger con supe-
río estas observaciones, como verdaderas
curiosidades para el estudio, como hom-
br de ciencia, y como lecciones muy
instructivas e interesantes para el

" médico práctico.

Por otra parte; el diagnóstico clínico de esta clase de púercos presenta a menudo, como pedernales empujados mas adiante, dificultades tan numerosas y variadas que ó dejan en la incertidumbre por mucho tiempo, ó conducen al error en el mayor facilidad aun al médico mas experimentado.

Heus reproducido sumariamente una comunicación hecha en enero último á la Sociedad Médica de Londres por el Dr. J. Bland Sutton (publicada en *The British Medical Journal*) de dos casos de púercos extra-uterinos, en uno de los cuales el diagnóstico fué hecho históricamente en mano, y por cinjauos empujados.

Apoyados pues, en las precedentes consideraciones, heus emprendido este corto trabajo confiando en que se tomará en cuenta, al menos, que los necesarios sea de oportuno impulsados á hacerlo por la oportunidad que se nos ha ofrecido de estudiar este género de observaciones, oportunidad que á muy pocas se presenta.

La historia, etiología y sintomatología femoral de las prociencias extra-uterinas han sido extensamente tratadas en los trabajos arriba enumerados de modo que comenzaremos por relatar los nuevos casos observados, para pasar luego a la exposición de las dificultades del diagnóstico y terminar con algunas consideraciones acerca de los medios de exploración más importante de que hoy día disponemos.



Comunicación de Mr. J. Bland
Tutton a la Sociedad Médica
de Londres.

(Extracto de The British Me-
dical Journal).

Da cuenta de dos casos uno de
pleuresía tubarica y otro de pleuresía
tubarica simulada.

1.º caso = Se trata de una mujer
de 35 años - Su último parto tuvo
lugar hace cinco años - Siguió
menstruando regularmente has-
ta fuera del pte año, siendo en
último período interrumpido sola-
mente por la salida de algunas
gotas de sangre después de pasada
la regla, nueve días antes del
ataque. Este produjo a la vez
un intenso colapso y gran-
dor a la fosa iliaca derecha.
El intestino muy distendido y
sdo en una superficie muy re-
ducida del flanco derecho daba
sonido mate a la percusión. El
útero un poco aumentado de vol.

« Lumen y su cuello reblandecido. Este reblandecimiento era mayor al lado derecho. Se diagnosticó ruptura reciente de una trompa grávida. Abierto el vientre se encontró un saco piriforme cerca de la estremidad uterina de la trompa derecha, el cual fue ligado y esteripado; contenía gran cantidad de sangre y coágulos y el óvulo fecundado. Al cuarto día después de la operación, la enferma tuvo dolores en la pelvis y después de un falso trabajo espulsó trozos de caduca uterina. La convalecencia duró cuatro semanas.

2º caso. Fue llamado para examinar a una enferma de 35 años casada hacía siete meses, y que se sospechaba tuviera una preñez tubaria. En efecto el día 8 de enero la paciente despertó con dolor agudo en la fosa iliaca derecha y metrorragia; su menstruación había desaparecido dos meses atrás y ella se creía en el 3º mes de su embarazo. El hipogastrio estaba ocupado por un pequeño

Tumor, mate a la percusión
 Al examen vaginal se encontró el
 cuello en prolapso y desviado hacia
 la izquierda. El cuello de la teca en
 te abierto y había tejido metrorragia.
 El fondo del útero no sobrepasaba
 el plano del estrecho superior. La
 mitad izquierda del abdomen es
 dura e indurada.

Es evidente que la enfermedad es
 tabe embarrado; pero fue im-
 posible a los facultativos asegurar
 si el embrio ocupaba el útero o
 el ligamento ancho. Se elimi-
 nó la posibilidad de que las me-
 testas produjeran ser originadas
 por algún tumor que complicase
 la preñez.

En la mañana siguiente
 en junta con el doctor Champneys
 se vio que la paciente había
 expulsado un feto de tres meses
 con sus anexos y que no obstante
 los signos de tumor en la posi-
 ción derecha persistían siempre.
 Se dejó pasar el puerperio, se
 practicó la laparotomía y se
 extrajo un quiste de los anexos
 correspondientes.
 Examinando brevemente estos

« dos casos, vemos ya que si bien es cierto que hay razones en que el diagnóstico de embarazo ectópico se impone, por decirlo así, al médico inteligente, como sucedió, según veremos, en el primer embarazo tubario de la enferma de nuestra observación nº 1, hay, por el contrario otros en que la resolución del problema es por demás difícil.

Puede haber ausencia de signos propios, o bien síntomas concomitantes o reflejos, o, en fin, datos anamnésticos que obedan en contra de la realidad, circunstancias que concurren en el segundo caso del Doct^r Cutler, en el cual se eliminó la probabilidad de que hubiese complicado la primer vez, en un tumor que, no obstante existir, y circunstancias que concurren también en nuestra observación segunda, pues, los anamnesis dejaba por completo la probabilidad de persistencia de embarazo crónico, sin embargo se trataba de un quiste fetal.



Observación primera.

Candelaria Tolo de 32 años, casada. - Antecedentes hereditarios sin importancia. - Buena salud anterior; solo tuvo la síncopa a la edad de 9 años.

En primera menstruación apareció a los 13 años y continuó con regularidad hasta los 22 años, época en que se hizo embarazada; habiéndose efectuado el parto prematuramente, a los 9 meses: el niño nació vivo. - A los 26 años segundo embarazo que, como veríamos, fue extrauterino, sin que la enferma notara durante la gestación signos alguno que la hicieran sospechar algo de anormal. - No obstante, llegada la época en que el parto debió verificarse, éste no tuvo lugar. - El paciente experimentó entonces dolores en todo semejantes a los de un parto anormal; hubo una pequeña pérdida de sangre y expulsión de lo caduco uterino: en una palabra tuvo un falso trabajo de parto. Pasado este fenómeno, la salud se restablece, viene la mensura

10
 « Anacini, pero ella noto que su
 vientre ha quedado considerablemente
 aumentado de volumen.

Después mas tarde, a los 29
 de edad, sobreviene un tercer parto
 normal que se termina por un
 parto fisiológico. Pero al mes, mas
 o menos, después de este parto, comen-
 za a sufrir varias perturbaciones en
 la urina y alteraciones en los ca-
 racteres de la orina; al tercer día de
 iniciado estos fenómenos arrojó con
 la orina un cuerpo sólido que usual-
 te ser un huesillo (cálculo); Tres
 días mas tarde espulsion de un
 segundo huesillo, en la noche
 tres días y un quinto huesillo en
 la mañana siguiente.

Clamada por estos síntomas
 la enferma entro al Hospital,
 Servicio del Sr. Pöner en Julio de
 1892.

Examinado la paciente presenta
 un tumor abdominal, irregular,
 crepitante, que ocupa en su mayor
 parte el lado derecho, extendiéndose
 un poco hacia el izquierdo. Era di-
 fícil aislarlo del íleon el cual estaba
 algo aumentado de volumen y detrás del
 tumor en retro posición.

„ Todos lo cual fue corroborado por el exámen directo de este órgano durante la operación. Vagina Corte, orificio externo del cuello uterino abierto, El histerómetro se dirigió hacia atrás y marcó 12 centímetros. El fondo de saco vaginal derecho ocupado en parte por el tumor.

En el exámen rectal se percibió claramente que el tumor hacia prominencia a lo lado del recto.

Se diagnosticó un embarazo extra-uterino y se resolvió practicar un segundo exámen bajo el clorformo.

La enferma se quejaba de muchos dolores en el vientre, colicos, perturbaciones digestivas, etc. Había fiebre; la orina que estaba profundamente alterada arrastró en diferentes ocasiones insectos que, como los pullos, eran vétebrados.

Examinado después bajo el clorformo, se dilató la uretra con los sondas de Hegar y se estrajo cuatros vétebrados más. La vejiga estaba situada debajo y detrás del tumor y no se pudo encontrar en ella orificio alguno de comunicación con el saco quístico.

Por fin el día 17 de agosto (1892) se practicó la laparotomía y se estrajo

y el esqueleto de un feto de término.

El resultado de la operación fue muy satisfactorio y la enferma salió de alta el 9 de Octubre, 63 días después de la operación en muy buenas condiciones. (1)

Poco más de un año después, el 30 de noviembre de 1893, Candidaria Pardo salió por segunda vez al Hospital de Cau Chojo, al servicio de Juevedji del Sr. Poma, en condiciones muy diferentes de las que presentó al abandonar el Hospital un año antes.

No refiere que se pasó sin novedad el tiempo transcurrido inmediatamente después de la operación, pero que ahora está embarazada de ocho meses y que le molesta sobre manera el vientre, pues, desde algunos días atrás nota gran sensibilidad en la parte del vientre abdominal, ha tenido mucha fiebre, cólicos, pérdida del apetito y dolores persistentes irradiados hacia los costados y base del tórax.

Examinado sin clorofoma se encontró un tumor blando, reductible que ocupaba la parte anterior y media del abdomen a 8 centímetros por debajo del umbiligo, tumor que presentaba

(1) La narración que antecede es extractada de la memoria del Sr. Pedro Borja.

« Todos las apariciones de un tumor ventral. Además de los caracteres que hemos enumerado hacia aquí mas probable el diagnóstico el hecho de que el tumor había aparecido precisamente en el punto donde se había practicado la laparotomía hace meses antes.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En consecuencia, se le prescribió un vendaje compresivo prisionero mientras llegaba el momento de practicar la operación indicada en tales circunstancias.

No obstante, la enferma continuó con fiebre alta y se quejó tanto de su dolencia que se resolvió hacer un segundo examen mas detenido bajo el cloroformo, que se llevó a cabo el día 18 de Diciembre.

Grande fué la sorpresa cuando se notó que el tumor presentaba el aspecto de un abceso de la pared abdominal con tendencias muy manifiesta a abrirse hacia el exterior, pues la piel que lo cubría ofrecía los caracteres inequívocos de un tejido mortificado y pronto a desgarrarse.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En efecto, al comenzar los preliminares de la desinfección del campo operatorio

Después de la intervención inmediata
estaba temerariamente indicada,
el escudo levantó un trozo de
epidermis y apareció al exterior una
pequeña gota de pus.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Se pudo entonces descubrir
la piel introduciendo el bisturí por
el orificio abierto y se encontró un
vasto absceso que contenía, más o
menos 500 gramos de pus. Vaciado
esto se hizo la exploración de la ca-
vidad que se insinuaba profun-
damente hacia el lado izquierdo del
útero y no sin estruendo, se constata-
tó que teníamos á la vista el cuer-
po de un feto, al paucos de tiempo
no y en estado de putrefacción lo-
tante avanzado. Se estajó sin di-
ficultad el feto con sus anexos. El
placenta inserta al paucos en la
brazo (aunque no se pudo localizar
en este su punto de implantación)
estaba en un estado aun más a-
vanzado de putrefacción y el feto de
ello comunicaba anchamente con
el del absceso subcutáneo.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La operación se efectuó sin
accidente alguno y sin la más pe-
queña hemorragia.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Lavado convenientemente la cavidad

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



15

„ con Oclusion Anicada, se hizo el
Taponamiento con gajo y o deformado
colocando en seguida la curacion y
el Sondaje.

La enfermo paso ese dia sin
novedad aunque siempre con tempera-
tura un poco alta, ~~inferior~~ inferior son
solo a lo que presentaba antes de la
operacion.

El dia siguiente curacion por el
apósito se habia pasado. La herida
estaba en muy buenas condiciones; se re-
husó de nuevo la curacion con gajo y o-
deformado y se usó la curacion y el
sondaje. La enfermo usó tubo fino.

El dia 20, otra vez curacion por igual
motivo que el dia anterior, y como la cicatiza-
cion continuaba con rapididad se reemplazó
el gajo por cuatro gruesos tubos de drupa
y cuatro dias despues (6° de la operacion).

Se fué reduciendo el número de los tubos
a medida de los progresos de restauracion
y la enfermo entró en convalecencia paula.
No obstante, cuando ya habia algunos dias
que la enfermo se levantaba, un
accidente grave puso momentaneamente
en peligro su vida. En la noche del 27
al 28 de enero comenzó repentinamente un
ataque que, según el médico que la asistió,
presentaba los caracteres de una crisis inter-

trial, con hiperalúia, pulsos pequeños, enfriamiento general, vómitos fecaloides, etc.

Afortunadamente, se pudo comprobar que el ataque era un fuerte cólico intestinal ocasionado por desarreglo en la comida. Gracias a oportuna y eficaz atención el cuadro cambió de aspecto y todo volvió en calma.

El día 19 de febrero, la paciente vino al consultorio de alta, en condiciones altamente satisfactorias. El útero estaba en su posición normal y perfectamente móvil, sin que ningún indicio, como las adherencias o uterocincas cicatriciales permitiera sospechar siquiera que en dos ocasiones la región abdominal había sido asiento de una afección tan seria, como es el embarazo extra-uterino, solo todo el primer mes que se abrió en la región circuncintada que, según todos los autores agrupa sobre manera el primitivo, pues, constituye una variedad cuyo desenlace es casi siempre fatal. Todo en la pared abdominal se presentaba la cicatriz deformada producida por el estado de modificación en que se encontraban los partes al operarse por segunda vez.



Observación Segunda

Martín Peratto - 40 años, viudo. No ha tenido familia - Antecedentes hereditarios y personales sin importancia.

Enfermedad actual.

La paciente sufre desde hace más o menos seis meses. Antes solo había experimentado algunas irregularidades en sus menstruaciones las que eran escasas, durando solo dos o tres días.

Desde hace más o menos seis meses, sus funciones digestivas están profundamente perturbadas: inapetencia, frecuentes cólicos intestinales, constipación habitual y sobre todo, repetidas e intensas crisis de tórax que la enferma localiza en la parte anterior e izquierda del epigastrio, con irradiación al sacro y cxis. Hemorroides que se producen con abundantes emisiones sanguíneas.

En estas condiciones ingresó al servicio del Doctor Kömmer el 3 de 11

« Marzo del presente año y como
un primer exámen indujeron al
diagnóstico de fibro-miomas múlt-
tiples, se procedió a examinarlo
bajo el cloroformo el 26 del mis-
mo mes. A la exploración bina-
mual se encontró grandes ma-
sas, al parecer fibrosas, en la re-
gion retro-pubiana, masas que
llenaban por completo el estrecho
superior y se insinuaban hacia
la cavidad abdominal. Con-
firmado, pues, el diagnóstico,
se pensó recurrir a la interven-
ción quirúrgica, pero la enfer-
mo, un poco aliviado de sus
malestias, abandonó el Hospital.

Empreso; obligado por su
debilidad, Martín Peratta, entró
por segunda vez a la sala
del Cáncer del Hospital de
San Boja el 3 de abril últi-
mo.

Reconocido de nuevo, se cons-
tató los mismos signos anterio-
res y además los nuevos siguientes:
el útero formaba cuerpo
con el tumor y su cuello se
encontraba rellanado y dis-
tante. Además el tumor se

„ estendió al fondo de saco de Douglas, Meriéndolo por completo. Se trataba seguramente de cuerpos filosos múltiples intersticiales.

El tratamiento que se juzgó mas racional fue la ligadura de las arterias uterinas, pues la operación de Freund (amputación supravaginal por laparotomía), o la esterpección completa importaría una verdadera disección de los órganos contenidos en la pequeña pelvis.

La operación se diferió por algunos dias por cuanto a parte de las molestias, que disminuían con el reposo, la enferma no acusaba sintoma alguno alarmante que hiciera urgente la indicación.

No obstante, el día 10 de abril la paciente comenzó a perder un poco de sangre por el recto, fenomeno que yo se había producido antes y que se reprodujo el día 11 y al cual la enferma, que lo atribuyó a hemorroides, no dió al principio mayor importancia, ni se le hizo caso por lo que no había puesto

este hecho en momento oportuno en conocimiento de los médicos.

El 11 en la tarde siente repentinamente que, en medio de un temblor dolorosísimo, algo sale por el recto. Examinado por el médico del Hospital, éste pudo constatar claramente la presencia de una mano fetal, protruida en el ano. Reconocido al día siguiente con mayor detención, se observó que por el ano se verificaba la expulsión de un feto que tenía ya el hombro izquierdo encajado. Se pensó en extraer el feto, pensando que no fue realizado por las consecuencias muy graves, tal vez letales que tal intervención habría ocasionado hemorragias. Se la dejó pues, tranquila. El temblor continuó más y más intenso y doloroso, hasta que a las 4 de la tarde, reiniciábase tres días después de iniciado este curioso trabajo de parto, fueron expulsados el tronco y miembros de un feto, cuya cabeza quedó retenida

« En efecto, éste estaba en tal estado de putrefacción que durante el trabajo la cabeza se desprendió sin gran dificultad, del resto del cuerpo.

La enferma estaba en una prostración profunda, sin fiebre, con pulso filiforme y cayó pronto en el estupro. Hemorragias abundantes que se reprodujeron con frecuencia poco después del parto, se reprodujeron sin interrupción, a pesar de los medios empleados para cohibirlas, hasta que la paciente falleció a las 8 de la noche, habiendo perdido cerca de 3.000 gramos de sangre.

Autopsia

Fue hecho el día 18 por la mañana.

Obiuto el riñón se encontró en realidad un útero filiforme, cuyas dimensiones eran las de la cabeza de un adulto; con sus paredes de 3 centímetros de espesor.

La trompa y el ovario deudado normales.

Al lado izquierdo, el útero

se continuaba con un tumor que de naturaleza quística que ocupaba el fondo de saco de Douglas.

El peritoneo muy engrosado y adherido al tumor por falsas membranas. El recto íntimamente unido al tumor. Este estrojo en masa los órganos quitados y la última porción del intestino comprendido el recto y el ano.

El examen de éste pedúnculo anatómico nos indicó que se trataba de un embrazo tubario de la trompa izquierda, abierto por eucina de la ampolla rectal. La placenta inserta en la pared tubaria cerca del ostium abdominal.

Tanto en el interior del saco como en el recto, se encuentran los restos fetales (huesos de la cabeza). El saco, como así mismo la masa placentaria llenos de coágulos, y todas las partes del quiste en estado de putrefacción muy avanzada.



Observación (segunda) Tercera

Jesús Oturo - 32 años - Casado
Natural de Yalco.

Antecedentes hereditarios - Sin importancia.
Antecedentes personales - Una neumonía
a la edad de 26 años.

Historia Sexual. En primer men-
struación apareció a los 11 años - Sus re-
glas fueron siempre regulares y le duraban 3
o 4 días.

Su primer parto a los 21 años - fue nor-
mal aunque emocionalmente tuvo una
infiltración abundante.

Consecuente sus partos mas y un aborto de
3 meses; despues tres partos normales -

Sus partos han sido fáciles y todos los hijos
viven sanos.

Enfermedad actual. En enero ppda. tu-
vo su última menstruación y se hizo em-
barazada. El embarazo siguió su curso
normal durante los meses de febrero y marzo,
pero a fines de este último mes, sin causa al-
guna apreciable, sintió de súbito un pro-
fundísimo e súbitamente doloroso en el vientre
que le impedía en absoluto andar y lo obli-
gó a quedar en cama. Los dolores comenzaron
al lado derecho del hipogastrio y se irradiaban
hacia los caderas y aun al tórax y hombros.

debecho. El dolor fué al principio con-
tínuo y muy intenso; disminuyó euse-
guido por vacase intermitente.

Junto con este fenómeno coincidieron
algunos trastornos gastro-intestinales, á
saber: náuseas, inapetencia, constipación
tenaz y además una sensación indefi-
nible de malestar jeneral.

Tras al reposo y á un trata-
miento calmante logró mejorarse un
poco y pudo levantarse.

Algunos días después, á mediados
de abril, volvió á sentirse mal y apareció
entonces una ligera metrorrjia que fué a-
centuándose mas y mas. Volvieron los do-
lores, aunque ^{menores} ~~menores~~ ^{intensos} que lo primer
vez, como así mismo los manifesta-
ciones del lado del aparato digestivo. Después
de 18 días de permanencia en cama pudo le-
vantarse, sintiendo, no obstante, siempre la
sensación de pseudoinflamación al lado derecho,
con las mismas irradiaciones al traiz y
brazo derecho.

Ultimamente, á mediados de mayo
los dolores se exacerbaron notablemente, la
constipación fué tenaz y los períodos sangui-
neos se reprodujeron á intervalos mas ó menos
repetidos; Amó además espulsió de trozo de
membrana uterina, habiendo el médico que la
asistió á domicilio diagnosticado aborto, aunque,

11 como venimos luego into solo un fol-
do trabajo de abito.

Se decidió entonces a entrar al
Hospital de San Borja y el día 20 de
Mayo ocupó la cama 11º 9 de la
sala del Cáncer, Servicio del profesor
Dr. Jn Victor Hornos.

Examinado la enferma sin dolor
al tacto, se notó la existencia de un tu-
mor mole, pediculado, sensible a la
presión, del tamaño de un puño, mas
o menos y dependiente de los anexos del
lado derecho: se pensó, aunque con
ciertas reservas, que se trataba de un quiste
del ovario correspondiente.

Aunque las dimensiones y naturaleza
probable del tumor no parecían exigir una
intervención urgente, por las molestias
continuas e intensas que atormentaban a
la paciente, se decidió extirpar el ves-
tigio por la laparotomía.

Operación.

Fue practicada el 29 de Mayo a las
8 1/2 de la mañana.

Después de los preliminares operatorios,
su cuya descripción creemos excusado no
entrar aquí, se examinó de nuevo a la en-
ferma, bajo el clorformo, exámen que con-
firmó plenamente los datos adquiridos con
anterioridad.

Se incindió la pared abdominal en su parte media, comprendiendo en la incisión las vainas de los músculos del lado derecho y se fue en busca del tumor.

Este nuevo examen ensena las siguientes particularidades: El neoplasmo estaba situado al lado derecho del útero, dependiendo de la trompa del mismo lado por un largo pedículo, implantado mesoómicamente equidistante del útero y del ovario. Al lado externo del tumor se veía distintamente el pabellón y por debajo de éste el ovario correspondiente. Por su parte superior el tumor estaba íntimamente adherido a una asa intestinal por medio de falsas membranas. El pedículo era largo y formado casi en totalidad por la trompa.

Se procedió entonces a desprender con la mano las adherencias intestinales dejando insertas al intestino las membranas más adherentes, que fueron recortadas con tijeras. Se ligó después el pedículo, se extirpó el tumor y suturó la pared abdominal. La operación duró 14 minutos.

Examen del tumor.

Superficie externa regular lisa, sin contornos naturalmente las adherencias. Consistencia dura y opaca, en fin, el aspecto de un quiste de la trompa. Al abrir el tumor se encontró en redondo

y dad un quiste de la trompa formado por los paudes de esta muy engrosados y que contenían en su interior un feto de $8\frac{1}{2}$ centímetros de longitud, es decir, de mas ó ménos tres meses.

La placenta estaba inserta en una de las paudes de la trompa misma y presentaba así como todo la pauda del quiste grandes infartos hemorrájicos que explican suficientemente la muerte del feto por asfixia.

El estado de la enferma es hasta lo fecha de lo mas satisfactorio: no ha presentado ni la mas ligera reacción febril. Su estado jeneral muy bueno y aunque, está aun en cama, obligamos lo empeño de que por sus datos de este suceso de tres meses.



El estudio de los casos precedentes que son, bajo numerosos conceptos muy interesantes y uno de ellos, el primero, tal vez excepcional, no da ya una base suficiente para entrar al examen de las múltiples causas de error que pueden envolver el diagnóstico de las pre- lucias extra- uterinas y advertir a deudas algunas consecuencias prácticas derivadas del análisis de los medios de investigación empleados, los medios que pueden adaptarse especialmente a ese propósito y aquellos, en fin, a los cuales es conveniente recurrir de preferencia para obtener las noticias mas exactas e importantes.

Analizando el primer caso recorrido (recidir de embarazo extra-uterino) ve- mos que al prender a la laparotomía se pensaba mas bien en una hemia ventral, que en la presencia de una puera ectópica. La anamnesis aquí era excepcionalmente vana. Si bien la super- no acusaba vagas molestias por parte de los organos pelvianos, todas ellas podian referirse fácilmente a consecuencias tardías de la prim

una intervención operatoria, por una parte, y por otra, a los trastornos que trae consigo una hernia ventral desarrollada durante el período de gestación. Los caracteres del tumor abdominal, su localización en el punto preciso de la incisión cutánea anteriormente practicada, constituirían un grupo de signos que remotamente inducían a pensar en la existencia de una hernia tubaria.

Mayor incertidumbre, mas causas naturales de error, se presentaron aun en la enferma de nuestra segunda observación.

En efecto: Los datos anamnésticos, la presencia de grandes masas firmatósas retro pubianas, cuya existencia comprobó la autopsia; el hecho de que la paciente durante largos años de casada no hubiese tenido familia; la estrecha armonía que guardaban los síntomas subjetivos con los signos suministrados por el examen; la naturaleza misma del tumor ectópico simulando con sus abolladuras y consistencia sólida y muy dura, tumores

análogos a lo que la exploración bimanual revelaba en la cara anterior del útero, todo, en una palabra, inclinaba al cirujano a creer que solamente se trataba de un caso de fibromiomas intersticiales múltiples.

En la enferma de la observación tenida no solo no había sistema alguno propio de esta grave complicación, sino que, como vemos, la anamnesis misma pareció aun escluir la presencia de un quiste ectópico.

La paciente aseguraba que quince días antes de su ingreso al hospital había tenido un aborto que la obligó a solicitar la atención de un médico quien, previo examen de las materias arrojadas, declaró que el feto había sido ya expulsado.

Las molestias que acusaba la enferma, las pérdidas sanguíneas, el aumento del útero, etc. hacían pensar en los fenómenos de sub-involución uterina tan frecuentes después de un aborto descuidado y tardío cercano.

Por otra parte; el resultado //

« del examen que demostró la presencia de un tumor pequeño, largamente pediculado, dependiente de los anexos del lado derecho, haír que todos los trastornos que experimentaba la enferma fueran imputables al desarrollo de este neoplasma.

La naturaleza de este tumor evidentemente quístico (el embarazo en apenas de tres meses) la regularidad de su superficie su forma esférica, su relación íntima con el ovario, afirmaban el diagnóstico de quiste del ovario.

La muerte del feto en época tan prematura, además de alejar a la enferma de las graves consecuencias de una ruptura del saco, hizo desaparecer todos los signos normales de embarazo que, acompañando a los signos propios de preñez ectópica, son quios fíeles para el diagnóstico en las dificultades que en estos casos ofrece el diagnóstico diferencial.



La rápida exposición de las particularidades que se presentan de los diferentes casos que vienen estudiando, nos hace comprender sobradamente, cuán difícil, si no imposible, es a veces pronunciar un diagnóstico de embarazo extra-uterino.

Siendo tan numerosas como las preguntas las causas de error, es nuestro deber que no omitamos ni uno solo de nuestros medios de investigación, que los multipliquemos, sacando el mayor provecho posible de una investigación prolija y combinada.

Ni las veiduras,⁽³⁾ ni los datos contradictorios de la anamnesis,⁽²⁾ ni la presencia de tumores de naturaleza diferente, ni la falta, en fin, de signos racionales de embarazo, deben desviar del espíritu del práctico el ideal de una preñez ectópica, por remotas que sean las probabilidades.

Los medios principales de exploración son, como sabemos, la palpación, el tacto bimanual, el tacto vaginal, rectal, el descenso del útero por medio de pinzas especiales, etc.

« Nosotros queremos tan solo insistir sobre aquellos procedimientos que, a nuestro juicio, ofrecen mayores garantías de seguridad para el diagnóstico.

En primer lugar para obtener el mayor ~~procedimiento~~ posible de los procedimientos que se adopten, es casi indispensable el empleo de la anestesia.

En duda la exploración bimanual es la más importante de los métodos de investigación ginecológica y el especialista, a medida que aumenta su experiencia al practicarla, confiará cada vez más en sus resultados y se aborrazará muy a menudo el tener que recurrir a otros medios más complicados.

Esto puede ser de cuatro clases: 1.º Abdomino-vaginal simple; 2.º recto abdominal; 3.º recto-vagino-abdominal y 4.º vesico-vagino-abdominal. De éstos el último es el mejor modo.

Los más completos son el segundo y tercero, es decir, el recto-abdominal y el recto-vagino-abdominal.

« Creció causado entrar en de-
talles acerca de la técnica de es-
tos diversos procedimientos explora-
torios, y de las medidas precisas
y variadas que pueden suminis-
trar.

Se nos permite mencionar
además un método de explora-
ción que, en algunos casos dudo-
so, como el segundo de nues-
tras observaciones, puede ser su-
manamente útil. Queremos ha-
blar del método de Timon o sea,
la exploración manual por el
recto, previa anestesia profunda
de la enferma.

Los diferentes dedos son introdu-
cidos sucesivamente y en suc-
cesión, primero dos, después un
tercero hasta introducir la ma-
no entera.

Los buenos resultados se
aumentan considerablemente
si se tiene la precaución de
inyectar de antemano aire en
el recto. La totalidad de este
intestino hasta la flexura sigmoi-
dea puede dilatarse considerable-
mente por los espíritus; la mano puede
de llevarse hasta el codo trasverso

« permitiendo el fácil examen
de la escaración pelviana.

Por lo demás es ocioso advertir
que este medio auxiliador de
la exploración por el recto debe
ser empleado solo en casos excep-
cionales.

Entre estos diversos medios de in-
vestigación científica, señalaremos,
por último, y de una manera
muy especial, uno de las más
precisas conquistas de la cirugía
moderna, la Laparatomía
explorativa.

El práctico dispone, pues, de
abundantes medios de examen que,
en la mayoría de los casos, pue-
den llevarlo al conocimiento de
la verdad. Pero, debemos confe-
sarlo, hay circunstancias en que
es absolutamente imposible pre-
cisar el diagnóstico y en esas
circunstancias varían natural-
mente para cada caso aislado,
sin que sea posible establecer
reglas precisas a las cuales debe
sujetarse el observado, es indis-
pensable tener siempre presentes
todos aquellos medios, utilizarlos
uno a uno, « si fueran necesarios »

y a fin de que si apesar de
 los esfuerzos lo dudo persiste
 se tenga al menos todas las
 razones que nos pongan en
 aptitud de obrar con acierto si
 un desentace inesperado o
 riera a suspendernos, yo que
 la ciencia viene aun muy
 otros vacios que es imposible
 llenar.

Santiago de Junio de 1895
 Emilio Adunant.

