tará imposible el diagnóstico en el vivo. Contribuye á aumentar la dificultad el estar separado del resto del útero por una especie de pedículo el tumor desarrollado de este modo en un cuerno rudimentario (fig. 68).

Por medio de un atento examen se logra siempre reconocer las relaciones características que la trompa y el ligamento redondo guardan con el quiste fetal. En el embarazo tubar se presenta la trompa muy disminuída y reducida á su segmento uterino; el liga-

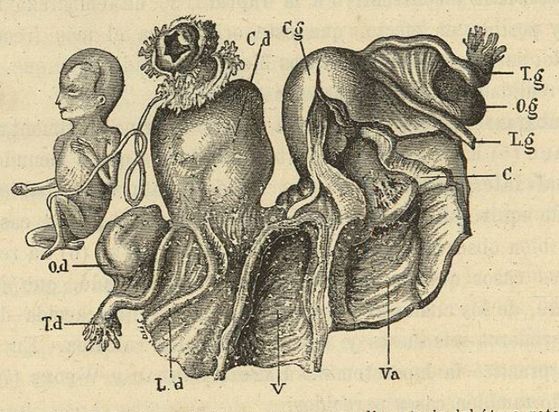


Fig. 68.—Embarazo ectópico en un cuerno rudimentario del útero, roto

C.d. Cuerno derecho cerrado por el lado de la vagina, asiento del embarazo; en la parte superior de este cuerno se nota el desgarro. O.d Ovario derecho. T.d. Trompa derecha. L.d. Ligamento redondo derecho. C.g. O.g. L.g. Cuerno uterino, ovario, trompa y ligamento redondo del lado izquierdo. Va. Vagina. V. Vejiga. (Feto de 3 meses y 1/2; la mujer murió en seis horas á consecuencia de hemorragia interna. Preparación del profesor v. Hofmann, depositada en el Museo de medicina legal de Viena).

mento redondo se halla situado en la *parte interna* del saco. Al contrario cuando el embarazo se ha producido en el cuerno uterino rudimentario, la trompa conserva toda su longitud, y su inserción, lo mismo que la del ligamento redondo, se halla en la *parte externa* del saco.

Estado del útero en el embarazo extra-uterino

**Estado del útero en el embarazo extra-uterino.**—Uno de los caracteres más curiosos del embarazo extra-uterino consiste en los cambios notables que sufre el útero durante el tiempo en que, fuera de este órgano, se verifica el trabajo de gestación. Sobreviene en dicho órgano una hipertrofia general que aumenta su cavidad; al propio tiempo, según se desprende de las investigaciones de Ercolani y de Langhans, se modifica su mucosa de un modo completamente análogo al del útero grávido; el cuello uterino se pre-



senta también obliterado por un tapón mucoso. Cuanto más cerca del útero se halla el huevo, tanto más marcadas se presentan las alteraciones citadas. Es evidente que estos cambios son de naturaleza mixta y debidos á la vez á fenómenos tróficos de orden reflejo ó simpático, como los que se producen simultáneamente en las mamas, y al aumento general de la circulación pélvica. Sin embargo, Hennig ha señalado algunas excepciones.

La situación del útero varía á tenor de la del huevo: en el tercero ó cuarto mes, suele el huevo ocupar el fondo de saco de Douglas, y el útero es repelido hacia adelante y más ó menos á un lado, pudiéndose de esta suerte limitar su periferie por medio de la palpación abdominal.

El ovario perteneciente al lado en que se halla situado el embrión suele contener ordinariamente un gran cuerpo amarillo, que ha sido causa de muchas discusiones.

También se citan casos en que el embarazo normal ha acompañado la preñez extra-uterina (1).

Modificaciones anatómicas consecutivas á la muerte del feto

**Modificaciones anatómicas consecutivas á la muerte del feto.**—El quiste fetal puede romperse muy temprano, y, ó bien provocar accidentes mortales, ó bien constituirse en punto de partida de un hematocele retro-uterino, en el cual á veces dentro de poco tiempo ya no se puede reconocer más la presencia del embrión. Si el feto alcanza su completo desarrollo, continúa aún viviendo más allá del límite natural, durante un tiempo más ó menos corto después del cual muere. Dos son los casos que entonces pueden presentarse; ó bien no es tolerado por el organismo de la madre, y provoca con este motivo accidentes que ora terminan con la muerte de la enferma, ora con la expulsión de los restos fetales; ó bien el cuerpo extraño es tolerado, y sufre entonces metamórfosis, gracias á las cuales se vuelve todavía más tolerable para los tejidos (degeneración grasienta, calcificación). Estos son los fetos, que, infiltrados de sales calcáreas y datando á veces de una época bastante remota, han recibido el nombre de **litopediones** (2). Litopediones

Síntomas

**Síntomas del embarazo ectópico.**—Como los síntomas que pue-

(1) R. Worrell (*Brit. med. Journ.*, 28 marzo 1891) ha publicado un caso interesante de esta clase.

(2) Sobre el litopedión consúltense los trabajos siguientes: Kuechenmeister (*Centralbl. f. Gyn.*, 1880, n.º 22, p. 515 y *Arch. f. Gyn.*, 1881, Bd. XVII, p. 153), donde están consignados todos los casos antiguos y clásicos del *feto lapideo* de Rousset (1590).—Sappey. *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 22 agosto 1887.—Virchow. *Gesammelte Abhandl.*, 1856, p. 790.—Gaches Sabraute. *Étude microscopique d'un Lithopédion.* Tesis de París, 1884.—W. H. Fales. *Lithopœdion; history of a case with notes on eleven others (Annals of Gynæc.*, Boston, octubre 1887, t. I, p. 14).

den presentarse en estos casos pueden ser en número y carácter iguales á los **signos del embarazo ordinario**, ocurre con frecuencia que la mujer cree estar normalmente embarazada. Además, al principio de esta clase de embarazos pueden muy bien faltar signos de toda clase, ó ser, todo lo más, tan vagos que nada hay que revele la presencia del feto. Así, por ejemplo, la hinchazón de las mamas, aunque ordinaria, puede dejar de manifestarse. La **menstruación**, que al principio había cesado, vuelve á aparecer, y en ciertos casos hasta adquiere el carácter de menorragia continua. Los síntomas que primeramente llaman la atención, son la expulsión de una **caduca** y el aumento de volumen del vientre. Con todo, es preciso no olvidar, que en la mayoría de los casos este último signo se presenta todavía muy poco marcado, si la **ruptura** tiene lugar dentro del segundo ó tercer mes. Por presentarse este accidente en plena salud y á poco rato de haber comido, no es de extrañar que en ambos casos se haya interpretado como una intoxicación. El conocimiento de estos hechos es de suma importancia para el médico legal (1). Los fenómenos que aparecen son los mismos que caracterizan la hemorragia interna en general y á veces los de dicha hemorragia con carácter fulminante. En algunos casos acontece que pasado el primer ataque la enferma se repone, pero no tardan en presentarse otros, y suele entonces ocurrir la muerte después de dos ó tres ataques, ó á veces también, de un modo más lento, por hemorragias sucesivas (2). No hay para que repetir los **signos de hemorragia interna** y de hematocele, que pueden presentarse después de la ruptura, ya que en ocasión anterior (véase el capítulo HEMATOCELE PÉLVICO INTRA-PERITONEAL) he hecho mérito del cuadro clínico que los mismos presentan.

Cuando el embarazo alcanza las últimas fases de su evolución, lo cual principalmente suele tener lugar en las variedades intra-ligamentaria y abdominal, se observan fenómenos de **compresión de la vejiga y del recto** y fenómenos inflamatorios que se manifiestan por ataques sucesivos. Ordinariamente las mujeres se ven forzadas á guardar cama á causa de la fiebre y de los **dolores** incesantes, que constituyen uno de los fenómenos más característicos (3).

(1) PARRY. *Extra-uterine Pregnancy*, etc. Londres, 1876, p, 155.—CHAYE. *Signes et diagnostic de la Grossesse extra-utérine.* Tesis de París, 1882. (Este trabajo contiene dos observaciones importantes de BROUARDEL).

(2) MAYGRIER (*Terminaisons et traitement de la Grossesse extra-utérine.* Tesis de agreg. París, 1886, p. 15) refiere una importante observación de PINARD como ejemplo de esta terminación.

(3) Sin embargo, no debería atribuírseles una influencia absoluta, como lo prueba el caso siguiente, relatado por H. C. COE. Soc. obstétr. de Nueva-York, octubre 1889



FREUND ha señalado en el embarazo abdominal cólicos intestinales y diarrea, atribuyéndolos á la irritación del intestino que sirve de punto de adherencia al quiste fetal. La compresión del recto en algunos casos ha producido la oclusión intestinal (1).

En un momento más ó menos lejano de la época en que el parto debería verificarse, los dolores adquieren un carácter **expulsivo.** Entonces puede tener lugar la ruptura del quiste en el abdomen y la enferma puede morir por **peritonitis** aguda ó crónica, afectando á veces la marcha de la **septicemia** (2). En los casos en que la enferma resiste esta crisis, sigue luego una fase de tolerancia para el cuerpo extraño, el cual, ya es reabsorbido, ya transformado en litopedión; sin embargo también este período puede verse interrumpido por graves incidentes inflamatorios que sobrevienen más tarde, cuando ya parecía haberse conjurado todo el peligro definitivamente. Así, se ha visto á un litopedión, después de haber sido tolerado impunemente durante diez y seis años; causar **obstrucción intestinal** y peritonitis (3), ó ser eliminado por el recto después de un lapso de tiempo variable entre uno y cuarenta y tres años (4).

Otro caso también puede presentarse y es cuando la ruptura se produce en el espacio intermedio de las hojillas del ligamento ancho, en vez de verificarlo en la cavidad abdominal. En estas circunstancias hay menos hemorragia y esta última queda circunscrita; también son menos graves los síntomas. Además, si el feto continúa viviendo, el desarrollo extra-peritoneal del huevo

(*Amer. Journ. of Obst.*, enero 1890, p. 94). Se trataba de una mujer que presentaba signos de embarazo, pero acompañados de tales dolores, que se creyó que el embarazo era ectópico. La laparotomía, que fué seguida de aborto, demostró que la gestación, la cual contaba tres meses de existencia, era perfectamente normal, y un interrogatorio ulterior puso de manifiesto, desgraciadamente harto tarde, que se trataba de una mujer más ó menos histérica, la cual había exagerado mucho las sensaciones. Es digno de notar en este caso que esta mujer había sido sometida al principio á un tratamiento eléctrico de tal intensidad, que había producido una gran escara en el abdomen, sin que por eso determinara la muerte del feto. La enferma curó.

(1) CHEVALIER. *Arch. de Tocol.*, 1882, p. 73.

(2) JACQUEMIER (*Manuel des Accouchements*, 1846, t. I, p. 383) ha insistido sobre la caquexia en que mueren ciertas mujeres mucho tiempo después de haber ocurrido la muerte del feto; sin que la autopsia revele lesiones inflamatorias; seguramente se trata entonces de intoxicación pútrida, procedente de los líquidos alterados del saco fetal.—ZWEIFEL (Soc. de Obst. y de Gin. de Leipzig, 18 febrero, 1889, en *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 31, p. 557) ha demostrado la presencia de gran número de gérmenes en todos los líquidos de un feto de término, muerto hacía algún tiempo (embarazo extra-uterino abdominal). La mujer curó á pesar de haberse hallado en plena septicemia en el momento de la laparotomía.

(3) ŒTTINGER. *Bull. Soc. anat.*, 1883, p. 286.

(4) ATKINSON (*The med. Record*, 1881, t. XIX, p. 49) cita un caso de eliminación que tuvo lugar al cabo de ocho años; GRIPOUILLEAU (*Arch. de Tocol.*, 1874, p. 703), al cabo de catorce años; LAUPUS (Disert. inaug., Gottinga, 1876), al cabo de veintisiete años. BENICKE (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1875, p. 434), después de veintiocho años; METCALFE (*Med. Times and Gaz.*, 1872, t. I, p. 655), después de cuarenta y tres años; la mujer contaba sesenta y ocho años cuando se inició la expulsión de fragmentos óseos por el recto,

resulta más favorable para poder más tarde practicar con éxito la operación necesaria.

Finalmente, en casos excesivamente raros, prodúcese la ruptura en el propio útero: para que esto acontezca es necesario que el embarazo haya evolucionado en el espesor de las paredes uterinas, es decir, que haya sido tubo-uterino ó intersticial (1).

La **expulsión espontánea** puede tener lugar después de haber supurado el quiste y de haberse evacuado su contenido al exterior. La salida de los restos del feto, reducido únicamente á su esqueleto y á algunos trozos informes, suele verificarse comunmente á través de un absceso que se ha formado en las paredes abdominales (2), ó por perforación del recto (3). Raras veces se opera esta perforación por la vagina (4) ó por la vejiga (5). Si no intercurre el arte, la ruptura puede ser causa de supuraciones interminables.

Diagnóstico diferencial

**Diagnóstico.**—Para el esclarecimiento del diagnóstico es indispensable que se divida el embarazo extra-uterino en varios períodos, á cada uno de los cuales corresponde un tipo clínico muy definido.

(1) v. Maschka (*Wien. med. Wochenschr.*, 1885, n.º 42, p. 1279) refiere la curiosa observación siguiente: en una autopsia judicial motivada por un caso de muerte súbita (que, en Austria, exige *de plano* la intervención del médico forense), encontró un embarazo intersticial con ruptura en la cavidad uterina. El cuerpo del feto, se había deslizado por este desgarro y penetrado desde allí en el útero, de cuya cavidad se le extrajo, sólo que la cabeza quedó en el quiste fetal.

(2) Parry (*Loc. cit.*) ha observado esta eliminación 40 veces en 248 casos de embarazo extra-uterino que había traspasado la época del término, con 10 casos de muerte, Es preciso notar que casi todos estos hechos datan de un tiempo anterior al período antiséptico.—Deschamps (*Sur les divers modes de terminaison des Grossesses extra-utérines.* Tesis de París, 1880, p. 19) cita cinco casos, seguidos todos ellos de curación. Esta última debe considerarse como regla hoy día. — Shield. *Transact. obstetr. Soc.*, Londres, 1.º abril 1891.

(3) La expulsión total ha sido observada por Pigeolet. *Bull. de l'Acad. méd. de Belgique*, 1879, t. XV, n.º 1; por Burkhardt. *Berl. klin Wochenschr.*, 1881, p. 698 y por M. Autoriello. *Wien. klin. Wochenschr*, 1889, p. 127, etc. Pero por lo regular la eliminación suele ser parcial y sucesiva, y en este caso dura meses y hasta años seguidos.—Spæth (*Wuertemb. med. Correspondenzblatt*, 1883, Bd. VIII) ha citado un caso en el cual la duración fué de veinte años; además esta eliminación puede ser causa de septicemia, si el arte no interviene para limpiar el foco.—Parry, en 248 casos de embarazo que habían superado el término, la observó 65 veces. La gravedad de esta terminación ha sido muy exagerada por Parry (34 por 100) y por Deschamps (43 por 100).—Maygrier ha contado un solo caso de muerte en 18 publicados desde 1876 á 1886.

(4) Priestley (*Obstetr. Trans.*, Londres, 1880, t. XXI, p. 24) la ha visto presentarse al cabo de doce años.—Purefoy (*Dublin Journ. of med. Science*, abril 1877, t. LXIII, p. 362) publica una operación, en la que la supuración duró más de un año, terminando luego por curación.—Parry ha visto esta terminación no más que 5 veces por cada 100 casos.—Dado el reducido número de casos conocidos, no se puede todavía decir nada concluyente acerca del diagnóstico. La abertura simultánea del quiste en la vagina y en el intestino da origen á una fístula compleja, intestino-quisto-vaginal; L.-H. Petit (*Ann. de Gyn.*, enero 1883, t. XIX, p. 41) ha descrito estos casos en su memoria sobre el ano ileo-vaginal.

(5) Schultze. *Jen. Zeitschr.*, 1864, Bd. I, p. 381.—Hayem y Giraudeau. *Arch. de Tocol.*, 1882, p. 481.—Monnier. *Progrès méd.*, 1884, p. 1010.—Werth. *Beitræge zur Anatomie*, etc., Stuttgart, 1887, p. 126.—Winckel. *Samml. klin. Vortr.*, N. F. 1890, n.º 3. —Schauta (*Beitr. zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extra-uterinschwangerschalft*, Praga, 1891, p. 25) ha observado un caso en el que la eliminación se produjo en diversos tiempos: al año y medio después de la muerte del feto tuvo lugar por la vagina y más adelante por el recto, y luego de nuevo á los tres años y medio por la vejiga.



Entre: 1.º el embarazo extra-uterino antes del 5.º mes y:

1.º **Embarazo extra-uterino antes del 5.º mes**; *período embrionario del huevo que abarca desde el comienzo del embarazo ectópico hasta el momento en que se presentan signos apreciables de la vida del feto.*—Este es el caso que con más frecuencia suele presentarse, siendo asimismo el que puede dar lugar á mayores dudas. Sin embargo, éstas no reunen verdadera importancia por lo que hace al tratamiento, como luego veremos. Este período corresponde á los primeros cuatro ó cinco meses de la vida del feto; pero si éste ha muerto, puede prolongarse, sin modificación apreciable, durante mucho más tiempo, á no ser que sobrevenga algún accidente (ruptura, inflamación del quiste), que contribuya á alterar el curso de la enfermedad.

Los signos racionales no ofrecen nada extraordinario; consisten en trastornos más ó menos acentuados por parte de los órganos genitales, y corresponden al ya descrito sindrome uterino (p. 194 del tomo I); particularmente se han observado algunas veces menorragias, algunas de las cuales han requerido el taponamiento (1); en otros casos no ha habido el menor trastorno por parte de la menstruación (2). Por último, también pueden presentarse al principio todos los **signos de un embarazo normal**: supresión de las reglas, modificación de las mamas, desórdenes simpáticos por parte de los sistemas digestivo y nervioso, etc. Para evitar la confusión se procurará determinar de un modo exacto los límites del útero, y se hallará que su volumen no guarda relación con la edad de la gestación.

Embarazo normal

La expulsión de una caduca, que suele presentarse después de una crisis de cólicos, es frecuentemente la señal de una perturbación que ha sufrido la vida del huevo ó la de la muerte del embrión; pero aun en este caso puede continuar el embarazo, á pesar de haberse verificado esta eliminación, que á menudo ha simulado un **aborto**, sobre todo si al propio tiempo ha habido metrorragia; después de esta expulsión, si se trata de embarazo ectópico, el tumor sigue subsistiendo, mientras que desaparece, por el contrario, si lo ocurrido ha sido un simple aborto.

Aborto

En los casos de preñez ectópica tubo-abdominal ó simplemente abdominal se manifiestan principalmente fenómenos dolorosos, los cuales son causados por la formación de adherencias intestinales. También se ha visto aparecer graves síntomas de compresión del

(1) Leopold. *Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. X, p. 248 y 1884, Bd. XIX, p. 210.
(2) Olshausen. 3.er Congreso de Ginec. alem. (*Centralb. f. Gyn.*, 1889, n.º 30, p. 519).