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).

recto y de los uréteres, cuando el huevo ha tomado asiento en el fondo de saco de Douglas. Estos son los casos que se prestan á confusión con un **cuerpo fibroso** de la cara posterior del útero.

Cuerpo fibroso

Al lado del útero descubren á veces el tacto y la palpación bimanual un tumor, que á menudo se confunde con dicho órgano y que algunas veces está separado de éste por un surco y un pedículo; en estas condiciones el tumor puede ser tomado por un **hidro-, hemato-, pío-sálpinx** (1), pues en nada difiere de estos frecuentísimos tumores de las trompas. Si se logran trazar los límites del cuerpo del útero, se hallará entonces que su volumen ha aumentado un poco y que ha sido algo repelido hacia un lado; el cuello no presenta modificación sensible. Si el tumor, lo que ya es más raro, se halla situado en el fondo de saco de Douglas, queda enclavado en dicho punto, y al llegar al 4.° mes se nota peloteo al través de su pared.

Hidro-, hemato- y pio-sálping

También en estas circunstancias puede creerse que hay **retroversión del útero grávido.** Así, por un lado, se conocen casos en que se diagnosticó una retroversión que luego resultó embarazo extra-uterino, y por otro lado, otros en que se creyó estar enfrente de una preñez extra-uterina, cuando en realidad no había más que retroversión. El cateterismo uterino que atrevidamente se ha practicado en estas circunstancias, en vez de ilustrar el diagnóstico contribuye á despistarlo, como sucedió en un caso de Bailly, en el cual la sonda no pudo penetrar más que 8 centímetros por existir retroversión del útero grávido. Un signo hay que puede darnos alguna luz, y es el de las contracciones: la exploración del quiste fetal no las descubre nunca al nivel de éste, mientras, que en los casos de retroversión se pueden apreciar á veces por medio del examen bimanual (2).

Retroversión del útero grávido

Con el tacto rectal se completarán los demás datos acerca del volumen y de las conexiones del tumor. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que semejantes exploraciones requieren suma precaución, en vista del peligro de ruptura y de hemorragia fulminante que puede seguirse de ellas (3). Por idéntica razón debe proscri-

(1) Es muy probable que se habrá cometido este error de diagnóstico en la mayoría de los casos de quiste fetal tubar, extirpado antes del 4.° mes. En las observaciones que han sido publicadas, ya se halla indicado á menudo este error de un modo más ó menos explícito. Véase por ejemplo: Tuttle. *Amer. Journ. of Obst.*, 1889, p. 951. — Hanks. Soc. obst. de New-York (*Amer. Journ. of Obst.*, enero 1890, p. 92).—Bouilly. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 4 diciembre 1889, p. 762.

(2) Tarnier y Budin. *Traité de l'art des Accouchements*, 1888, t. II, p. 232, 239, 240 y 549.

(3) Maas (*Beitræge zur Tubenschwangerschaft*, Disert. inaug., Berlín, 1887) ha publicado un caso de muerte, que de este modo sobrevino durante el curso de una exploración.



birse el cateterismo uterino, porque por este medio se pueden provocar contracciones del útero y de la trompa (1).

Categóricamente se puede afirmar que en la mujer viva es imposible establecer el diagnóstico diferencial entre el embarazo extra-uterino y un **embarazo ectópico desarrollado en un cuerno rudimentario de útero bífido,** toda vez que en el mismo cadáver á veces no puede llegar á establecerse este diagnóstico en medio de las modificaciones que el desarrollo del quiste fetal ha producido (2).

Embarazo en un cuerno rudimentario

El diagnóstico de la **ruptura** se nos impone como cierto no bien aparecen signos de hemorragia interna. Del mismo modo cuando después de la expulsión de la caduca van desapareciendo gradualmente los trastornos simpáticos del embarazo, habrá cuando menos motivo para sospechar que la **muerte del feto** ha tenido lugar. En algunos casos se ha observado que un aumento de volumen y de sensibilidad del tumor correspondían á una hemorragia del huevo, causando la muerte del embrión, y que después de esta manifestación aparecían la disminución y la induración del quiste fetal.

2.° **Embarazo extra-uterino después del 5.° mes**; *período fetal propiamente dicho.* — En el embarazo ectópico que ha pasado del 5.° mes, persisten los fenómenos simpáticos de la gestación, los cuales suelen acompañarse de dolores abdominales que á veces adquieren tal intensidad, que condenan á las enfermas á la inmovilidad; dichos dolores, junto con las pérdidas de sangre, la irregularidad y la situación lateral del tumor nos podrán servir como medio seguro para no confundir este embarazo con el **embarazo normal.** También el cuello se presenta mucho menos reblandecido que en este último, y por medio del tacto combinado con la palpación podremos limitar á menudo el útero, á lo menos su segmento inferior, y reconocer además que no ha sufrido dilatación sensible y que ha sido rechazado hacia el lado opuesto al que ocupa el tumor.

2.° Diagnóstico diferencial entre el embarazo extra-uterino después del 5.° mes y:

Embarazo normal

Resulta punto menos que imposible el planteamiento del diagnóstico de la **variedad** del embarazo ectópico; antiguamente se creía que todo embarazo extra-uterino que alcanzaba más allá del 5.° mes, era por este mismo motivo abdominal. Pero hoy sabemos que pue-

Diagnóstico de la variedad

(1) Frænkel. *Breslauer œrzt. Zeitschr.*, 1882, n.° 7, p. 78.

(2) Mundé (*Pregnancy in the rudimentary horn*, etc., en *Amer. Journ. of Obstetr.*, enero 1890, p. 23) relata la observación de un caso en que hizo la laparotomía, creyendo que existía embarazo tubar, y cerró el vientre después de haber reconocido su error con mucha dificultad; aborto consecutivo, curación.—También han sido cometidos errores de diagnóstico en este sentido y reconocidos luego al practicar la laparotomía por Mac Donald (*Obst. Trans. of Edinburgh*, 1884-1885, p. 76), que creía tener delante de sí un cuerpo fibroso, y por Scliffossowski, J.-E. Janvrin, y H.-O. Marcy (Van Derweer. *Concealed Pregnancy*, en *Amer. Journ. of Obstetr.*, noviembre 1889, t. XXII, p. 1145).

den evolucionar hasta su término completo el embarazo tubo-abdominal, el tubar-intra-ligamentario, ó sub-peritoneo-pélvico, y también el embarazo ovárico y el tubo-ovárico. En el embarazo intra-ligamentario, el tumor suele presentarse protegido por una cáscara bastante gruesa, mientras que en el embarazo abdominal se pueden percibir inmediatamente las partes fetales á través de las paredes del abdomen. En algunos casos nos indicarán el punto de implantación de la placenta la palpación (sensación de estremecimiento) y la auscultación (ruido de soplo).

Pseudo-parto

Cuando sobrevienen dolores expulsivos, producidos, como se ha podido probar en una laparotomía (1), por contracciones del útero en intervalos regulares, del mismo modo que ocurren en el parto normal, se impone el diagnóstico de **pseudo-parto** ó **parto frustrado.** Por lo regular esta manifestación del pseudo-parto suele presentarse en el momento mismo del término, raras veces prematuramente en el séptimo mes y todavía con más rareza cuando ya ha pasado el término de la gestación. Es preciso guardarse de confundir esta crisis dolorosa con fenómenos de **ruptura.**

Muerte del feto

La **muerte del feto** se anuncia por la cesación de los ruidos del corazón, por el aumento de volumen y el reblandecimiento del tumor, efecto de las trombosis venosas y de la exhalación de líquido consecutiva á las mismas, y por último por la subida de la leche. Si en tal estado el feto continúa siendo soportado, se opera en él un trabajo de momificación que tiende á transformar el huevo en un tumor sólido adherente, y muy fácil de confundir, si se carece de anamnésticos, con un **tumor fibroso** del útero, un antiguo **hematocele pélvico,** un **tumor del ovario** y sobre todo con un **quiste dermoide,** un **cáncer del peritoneo,** etc. Para evitar la confusión habrá que buscar con el mayor empeño los conmemorativos de embarazo bien averiguado y no seguido de parto. En caso de duda y si intervienen accidentes serios, se procederá á practicar una laparotomía, que por de pronto tendrá el carácter de exploradora, y que permitirá á veces, cuando ya se haya reconocido de un modo exacto la naturaleza y las condiciones del quiste, practicar la extirpación directa de éste ó atacarlo posteriormente por otra vía (2).

Diagnóstico diferencial entre el huevo muerto; y: cuerpo fibroso, hematocele pélvico, quiste dermoide, cáncer del peritoneo

(1) Meadows. *Obstetr. Transact.*, 1873, t. XIII, p. 271, y t. XIV, p. 309.—La operación que se practicó durante el pseudo-parto fué llevada á cabo por Scott.

(2) L. Bruehl (*Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, Heft I, p. 57) ha practicado la laparotomía, en un caso de esta índole, tres años después de la muerte del feto, por fenómenos de supuración del quiste. En dicho caso se convenció de la imposibilidad que había de extraer el quiste por incisión abdominal, y de la posibilidad de abrirlo y de evacuarlo por la vagina, operación que dió por resultado la curación, á pesar de una herida que se infirió á la vejiga.



Diagnóstico de las fístulas

Para diagnosticar las **fístulas** consecutivas á la eliminación de quistes fetales supurados, nos servirán los fragmentos de esqueleto que á través de ellas saldrán al exterior, ó que nos serán accesibles mediante la dilatación de los citados conductos.

Diagnóstico de las complicaciones

Por último, en algunos casos nos será preciso hacer el **diagnóstico de las complicaciones.** Sobre este punto debo remitir al lector á los tratados de partos (1), tanto para el estudio de los casos excepcionales de embarazo extra-uterino reciente ó antiguo, **complicado de embarazo uterino,** como para los casos de embarazo extra-uterino **antiguo** complicado de preñez extra-uterina **reciente,** como, finalmente, para los casos de embarazo extra-uterino complicado de **hidramnios.**

Pronóstico

**Pronóstico.**—Durante la primera mitad del embarazo ectópico, el mayor de los peligros que amenaza es la ruptura, y si se abandona á las mujeres á sí mismas mueren en una proporción muy grande, proporción que no puede fijar la estadística. Por el contrario, encierra muy poca gravedad en este período la operación que, suprimiendo el pequeño quiste fetal, conduce á la enferma á la curación. Podemos, pues, decir, que en este período el pronóstico es únicamente serio cuando no se ha reconocido el tumor, ni se ha procedido á su extirpación. Muy al revés ocurre, una vez se ha iniciado el segundo período. En este momento la enfermedad no sólo es grave por sí misma, sino que lo es también por el tratamiento que exige, siendo este último tanto más peligroso, cuanto más se acerca la época del término, porque durante este período es cuando más se ha de temer la hemorragia. Es inútil acudir á las estadísticas cuando se trata de apreciar debidamente lo mortífero que resulta esta afección abandonada á sí misma. En efecto la se-dicente curación espontánea suele verificarse, si llega á tener lugar, en virtud de la eliminación del quiste por supuración: ahora bien, esta última resulta más ó menos benigna, según se observe ó no un tratamiento metódico y antiséptico. Hechas estas salvedades, he aquí las cifras que ha publicado Parry; entre 508 casos recogidos por este autor, 499 veces está indicada la suerte que cupo á la enferma, á saber: 336 mujeres sucumbieron, y 163 curaron, lo cual arroja una mortalidad general de 67,2 por 100.

También es de suma gravedad, si se abandona á sí misma, la preñez en un cuerno rudimentario, tal á lo menos se desprende de los datos recogidos por Himmelfarb (2). Sin embargo, es bastante

(1) Tarnier y Budin. *Loc. cit.*, p. 553 y 554.

(2) Himmelfarb, de Odesa (Revista rusa de Obstetr. y de Gin., 1888, p. 281, anal. en

probable que muchos de estos casos deben pasar desapercibidos, cuando el aborto tiene lugar en los primeros tiempos; es decir, cuando el feto todavía no ha alcanzado dimensiones demasiado grandes para poder atravesar el desfiladero que lo separa de las vías naturales.

Tratamiento

**Tratamiento.**—Figura como hecho dominante en la terapéutica del embarazo ectópico, el que dicho embarazo constituye un peligro formidable en todos los períodos de su evolución: peligro de hemorragia mortal, en el primer período; peligro de peritonitis y de septicemia, en el segundo; peligro de supuración interna y de compresiones, que se hace valer aún después de haberse transformado desde mucho tiempo la preñez en un resto en apariencia inerte. Con mucho acierto ha dicho WERTH que el embarazo extra-uterino debía ser considerado como un neoplasma maligno y tratado como tal. Vistos los accidentes mortales que, presentándose en un plazo más ó menos largo, constituyen la regla casi general, de ningún modo autorizan la expectación los raros casos de tolerancia ó de curación natural que se conocen (1).

Como se ve, por razón de las indicaciones, resulta muy simplificada la acción terapéutica, quedando reducida en definitiva á una cuestión de oportunidad operatoria y á una cuestión de técnica para la extirpación del feto.

Con todo, no puedo pasar en silencio ciertos modos de tratamiento, algunos de los cuales sólo conservan un valor histórico, al par que los otros son todavía firmemente mantenidos por sus fervientes partidarios. Todos ellos se refieren al primer período de la gestación ectópica, y su único objeto es provocar la muerte del embrión, cuando ofrece gran probabilidad de poderse tolerar ó reabsorber en lo sucesivo.

Tratamientos médicos diversos

De los medios arcaicos ó reprobados citaré los siguientes:

La debilitación de la madre con una especie de **cura por inanición** y por medio de purgantes (RITGEN) (2), la administración de **estricnina** á dosis ligeramente tóxica para la madre (BARNES) (1), las inyecciones hipodérmicas de **ergotina** (JANVRIN) (2), las **fricciones mercuriales**, la administración de **yoduro de potasa**, las **sangrías** repetidas (3), la **punción** del quiste (4).

*Muenchn. med. Wochenschr.*, 1888, n.º 35), ha recogido 36 casos, en 24 de los cuales las mujeres murieron por ruptura del saco; 3 terminaron por formación de litopediones; 7 veces se hizo la laparotomía después de la muerte de los fetos, de los cuales sólo uno había llegado á termino; 6 éxitos y 1 muerte.

(1) SCHAUTA (*Beitr. zur Casuistik, Prognose, und Therapie der Extra-uterinschwangerschaft*, Praga, 1891, p. 37) pudo recoger, desde 1876 á 1891, 626 casos de embarazo extra-uterino; y observó que 241 de ellos tratados por la expectación habían dado una mortalidad de 68,8 por 100, mientras que sobre 335 casos operados la mortalidad sólo alcanzó un 26 por 100.

(2) VON RITGEN (citado por KELLER. *Des Grossesses extra-utérines*, etc. Tesis de París, 1872, p. 54) administraba diariamente sal de GLAUBER y píldoras de cornezuelo de centeno.



Todavía están en uso y se discuten dos medios destinados á producir la muerte precoz del feto, éstos son: la inyección de morfina en el saco y la electricidad.

Inyecciones de morfina

La **inyección de morfina** (5) por medio de una jeringa de PRAVAZ se recomienda en los casos que no han pasado del 5.° mes. Basta practicar dos inyecciones de tres centímetros de clorhidrato de morfina, con un intervalo de ocho ó quince días (6). No se puede negar que este medio, tan seductor por su sencillez y su innocuidad aparente, puede ser causa de graves accidentes, tales como la hemorragia, septicemia, perforación de un asa intestinal (7). Por otra parte, en cualesquier casos en que este procedimiento pueda resultar eficaz (comienzo del embarazo), casi tampoco ofrece gravedad alguna la laparotomía, cuando es un cirujano experimentado el que la practica.

Electricidad

Se ha empleado la **electricidad** (8), observando procedimientos diversos: la electro-puntura, galvanización, faradización. Según parece esta última forma es la que exclusivamente se adopta hoy día. Aplicando el polo negativo cerca del huevo en la mucosa rectal ó vaginal, se mantiene el positivo, previamente provisto de una

(1) R. BARNES. *Diseases of women*. 1874, p. 373.
(2) JANVRIN. *Amer. Journ. of Obstetr.*, nov. 1874, p. 432.
(3) KELLER. *Loc. cit.*, p. 54.
(4) SIMPSON. *Edinb. med. Journ.*, 1864, t. I, p. 865.—BRAXTON HICKS. *Obstetr. Trans.* Londres, 1866, t. VII, p. 95.—FREUND. *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXII, p. 113.
(5) Fué JOULIN (Tesis de agreg., París, 1863 y *Traité complet d'Accouch.*, 1866, p. 967), quien propuso por primera vez provocar la muerte del feto, inyectando atropina ó estricnina en el saco por medio de la punción capilar.—FRIEDREICH (VIRCHOW'S *Arch.*, 1864, Bd. XXIX, p. 312) fué quien primero puso en práctica este procedimiento.—KŒBERLÉ (citado por KELLER. *Loc. cit.*, p. 57) empleó también con éxito este método.—FOURRIER, de Compiègne (*Bull. gén. de Thérap.*, 1874, t. LXXXVII, p. 213, 271), habiendo querido matar de este modo á un feto de seis meses, logró efectivamente su objeto, pero el quiste comenzó á supurar, provocando una metro-peritonitis, y la mujer sucumbió después de la gastrotomía que le fué practicada por TARNIER.—MAYGRIER (*Loc. cit.*) llevaba recogidas, en 1886, seis observaciones.
(6) GOSSMAN (*Muenchn. med. Wochenschr.*, 1888, n.º 50) refiere un éxito obtenido con dos inyecciones, á quince días de intervalo.—WINCKEL (Congreso de Ginec. alem. en Friburgo, 1889, en *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 29, p. 502) curó á una mujer con dos inyecciones practicadas con un intervalo de ocho días, y á una segunda con una sola inyección. Le son conocidos otros 9 casos de éxito averiguado por este medio.—VEIT (*Ibid.*, n.º 30, p. 516) admite este procedimiento.
(7) L. MEYER, *Hosp. Tid.*, Copenaga, 1888, n.º 30, p. 745 y *Zur operat. Behandlung der Extra-uterinschwang.* (*Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft I, p. 147).—DUNCAN (*St. Barthol. Hosp. Reports*, 1883, t. XIX, p. 27 y 44) ha publicado un caso de muerte debido á la inyección de morfina.
(8) BACHETTI, de Pisa (*Gaz. med. ital. feder. di Toscana*, 1853, t. III, p. 137), por instigación de BURCI, fué el primero que empleó la electro-puntura; la mujer salió curada, pero es de notar que el diagnóstico era dudoso.