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.º 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.*, 1889, 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.

ancha placa conductora, sobre la pared abdominal, algunos centímetros más arriba de la arcada crural. Se hace circular la corriente durante 5 ó 10 minutos y se aumenta progresivamente su fuerza, sirviendo de guía para lo último la sensibilidad de la propia enferma: estas sesiones deben repetirse tanto cuanto el operador lo juzgue necesario.

En América (1) goza todavía de mucha boga este método, que, según parece, tiene también celosos adeptos en Rusia (2). No es nada fácil formarse una idea exacta de su eficacia, toda vez que no es posible comprobar la exactitud de los diagnósticos, y porque, por otro lado, la mayor parte de las observaciones han sido publicadas por prácticos de autoridad todavía no reconocida (3). De todos modos no está exento de peligros este método, pues, aparte de provocar la contemporización ante una lesión temible por sí misma, puede producir á su vez contracciones de las trompas y su consiguiente ruptura. Brothers ha recogido dos casos de muerte de esta naturaleza, Janvrin (4) cita otro.

Extracción del feto

El tratamiento que se impone cada día más y que conviene á todos los períodos de la evolución del embarazo extra-uterino, es, conforme lo he indicado al principio, la **extracción del feto con el saco ó sin él** por medio de la laparotomía ó de la elitrotomía (incisión vaginal). Con objeto de hacer resaltar bien las indicaciones y á fin de exponer las varias particularidades que se refieren á los distintos casos, procede que distingamos los hechos por categorías:

1.° Embarazo extra-uterino antes del 5.° mes; sin ruptura

1.° **Embarazo extra-uterino antes del 5.° mes; sin ruptura.**— No existiendo en este período todavía signos positivos de embarazo, todo lo más que cabe es sospecharlo. Pero basta que nos hallemos en presencia de un tumor de los anejos, que provoque dolores, para que la **laparotomía** esté indicada (5). En este estado apenas pre-

(1) Garrigues (*Transact. of the Amer. gyn. Soc.*, Filadelfia, 1883, t. VII, p. 184) ha publicado 8 casos de curación, según él irrebatibles. Desde entonces se han consignado en gran número en las revistas americanas.—A. Brothers (*The Treatment of extra-uterine Pregnancy by Electricity*, en *Amer. Journ. of Obst.*, 1888, t. XXI, p. 474) ha reunido 43 casos más ó menos comprobados de embarazo ectópico, tratados por este procedimiento, sobre todo en América; cuenta 2 muertes y 4 accidentes graves.—Buckmaster (*Ibid.*, abril 1890, p. 237) ha publicado, en cambio, otros 42 casos de electrización, sin ningún accidente por parte de la madre.

(2) En la Sociedad Obstetr. y Ginec. de Moscou se han citado muchos casos de curación, uno por Kalabine; otro por Warneck; dos por Nedswetrky (anal. en *Annal. de Gyn.*, enero 1890, t. XXXIII, p. 41).

(3) G. M. Tuttle (*Four cases of extra-uterine Pregnancy*, en *Amer. Journ. of Obst.*, enero 1890, t. XXIII, p. 13) hace igual observación á propósito de la falta de valor de las estadísticas, publicadas en América, en pro de la electricidad.

(4) Janvrin. Sociedad ginec. amer., septiembre 1888 (anal. en *Annal. de Gyn.*, enero 1889, t. XXXI, p. 59). La enferma murió á los tres días de aplicarle la electricidad.

(5) Veit (*Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 381) parece haber sido el primer operador que practicó con éxito la laparotomía precoz (3.er mes) por un caso de

senta la operación notables diferencias con una extracción de quiste seroso, sanguíneo ó purulento de la trompa; en efecto, en la gran mayoría de los casos el embarazo ectópico es tubar, siendo tal la frecuencia de esta forma, que ha llevado á L.-Tait (1) á negar las otras variedades. Unicamente debemos hacer resaltar un punto de la técnica, á saber: el riesgo que se corre de hemorragia, si en los esfuerzos dirigidos á desprender el quiste fetal se produce la ruptura de este quiste. Este accidente que ha resultado en algunos casos mortal, figura en un gran número de observaciones (2).

Si se tratare de una bolsa que no se puede pediculizar, como ocurre en el embarazo intra-ligamentario ó subperitoneo-pélvico, que en último resultado no es más que el desarrollo de un embarazo tubar á modo de quiste incluído, habrá que proceder al descortezamiento de la bolsa, para lo cual se comenzará por incindir la cápsula serosa en un trecho en que no haya vasos, y luego se terminará rápidamente la operación, aplicando grandes pinzas á medida que el caso lo requiera. La profusa hemorragia que en este período precoz surge de la placenta, se puede fácilmente dominar por medio de su extirpación inmediata (3). También prestará muy buenos servicios en estos casos el taponamiento del peritoneo con gasa yodofórmica.

En los últimos tiempos se ha practicado con frecuencia la extirpación de las trompas feto-quísticas, sobre todo en los tres primeros meses del embarazo, y así vemos que los boletines de las sociedades eruditas contienen ejemplos cada día más numerosos de esta extirpación. La operación en sí es benigna. L.-Tait ha tenido una serie de 45 éxitos; Veit, 12 curaciones por 15 casos, y Zweifel (4), 8 curaciones en 10 casos.

Durante los cuatro primeros meses del embarazo extra-uterino se ha ensayado también la **elitrotomía** (5). Es muy inferior en estos

embarazo extra-uterino, haciendo además la extirpación del quiste fetal tubar. Desde entonces se han multiplicado extraordinariamente las operaciones de esta naturaleza.

(1) L.-Tait. *Lancet*. 1888, t. II, p. 409.

(2) Doléris, *Répert. univ. d'Obst. et de Gyn.*, 1889, p. 409.—Czempin. Soc. de Obst. y de Gin. de Berlin, 25 oct. 1889 (*Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 820).

(3) Czempin. *Ibid.*, junio 1889 (*Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.° 31, p. 552).—Se trataba de un embarazo intra-ligamentario de 4 meses, con adherencias generales con el ciego y el intestino delgado.

(4) L.-Tait. *Loc. cit.*—J. Veit. *Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gyn., in Friburg*, 1889 (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, p. 512).—P. Zweifel. *Ueber Extra-uteringraviditæt*, etc. (*Ibid.*, 1891, Bd. XLI, p. 1 á 62).

(5) G. Thomas (*Amer. Journ. of Obst.*, 1875, t. VIII, p. 517, 522): embarazo al 3.er mes, hemorragia grave por herida de la placenta, accidentes septicémicos, curación.—O'Hara (*Ibid.*, 1878, p. 525): embarazo al 4.° mes; hemorragia, muerte por peritonitis al 3.er día.—P. Zweifel (*Loc. cit.*): 2 casos en la primera mitad del embarazo, con una muerte por peritonitis.—Schauta (*Loc. cit.*, p. 47) cita tres casos de esta clase con 1 muerte.

casos á la laparotomía, porque no permite hacerse con el espacio suficiente para poder dominar la hemorragia que es siempre de temer.

2.º Embarazo extra-uterino antes del 5.º mes; después de la ruptura

2.º **Embarazo extra-uterino antes del 5.º mes complicado de ruptura y de grave hemorragia interna.**—Hoy podemos decir que ya queda resuelta la cuestión, tan debatida hace algunos años, acerca del tratamiento que en estos casos debe seguirse. Siempre que sobrevenga una hemorragia que ponga en riesgo la vida de la enferma, sin vacilar hay que ir en busca del origen de la sangre, ya se trate de una herida exterior, ya de una ruptura interior. Toda contemporización, toda espera de que va á producirse espontáneamente la hemostasis, equivale en la inmensa mayoría de los casos, á dejar fenecer á la mujer para descartarse de la responsabilidad de una operación que es cien veces menos grave que la expectación misma, y si la enferma no muere inmediatamente, no se hará esperar la muerte mucho tiempo, sucumbiendo la mujer en un segundo ó tercer ataque hemorrágico, ó en virtud de las complicaciones del enorme hematocele que de este modo se habrá formado. Son contadísimos los casos en que la curación espontánea ha venido á justificar ese exceso de prudencia por parte del médico.

Ya en 1872 Keller (1) se había atrevido, con valentía, á formular esta regla, pero estaba reservado á L.-Tait (2) el mérito de introducirla en la práctica, gracias á una serie muy notable de éxitos; en 42 **laparotomías** obtuvo 40 éxitos. Si bien hace observar que únicamente logró encontrar 12 veces el feto, en cambio también en los demás casos resultaba cierto el diagnóstico de embarazo ectópico por los restos de placenta que en ellos se descubrieron. El ejemplo de Lawson-Tait ha sido seguido luego en América y en Alemania. Schwartz (3) recomienda, á propósito de esta operación, que se retire escrupulosamente toda la sangre y se prescinda del poder de reabsorción del peritoneo siempre que la hemorragia sea profusa, y hace notar que sobre todo hay que temer la influencia depresiva que los coágulos acumulados pueden ejercer en el sistema nervioso. Si el caso lo exigiere,

(1) Keller. *Loc. cit*, p. 59.
(2) L.-Tait. *Brit. med. Journ.*, 1884, t. I, p. 1250, t. II, p. 317; *Ibid.*, 1885, t. I, p. 778, y *Lectures on ectopic Pregnancy*, Birmingham, 1888.
(3) Schwartz (*Verhandl. des* 2ten *Kongresses der deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1889, p. 70) practicó la operación á una mujer que ya había perdido el pulso, y retiró 3 litros de sangre de la cavidad peritoneal; curación. El accidente había ocurrido á fines del 2.º mes. —La primera operación de este género que se hizo en Alemania pertenece á Frommel.

deberá hacerse el taponamiento hemostático del peritoneo con gasa yodofórmica (1).

3.º Embarazo extra-uterino después del 5.º mes; feto vivo

3.º **Embarazo extra-uterino después del 5.º mes; feto vivo.**—El hecho de hallarse vivo el feto asume gran importancia, bien que ésta ha sido apreciada de diferente modo por los diferentes autores. Unos ven principalmente en esta circunstancia la posibilidad de llevar á cabo una operación que tenga por objeto salvar la vida de la madre y del infante á la vez; otros toman por único objetivo la madre y sólo les preocupa la gravedad mayor que implica la intervención, cuando la circulación de la placenta se halla en plena actividad; para estos últimos el feto no representa más que un factor del cual se puede prescindir, y toda vez que resultaría, como se ha alegado, rara vez viable, su conservación de ningún modo puede pesar mucho en la balanza, cuando con ella resulta comprometida la existencia de la madre (2); por lo tanto únicamente ésta es la que debe ser atendida.

Por el contrario, los partidarios de la operación primitiva hacen observar (3) que, si por un lado la operación practicada después de haber muerto el feto expone menos á la hemorragia, por otro lado se corren con ella más riesgos de septicemia: ésta puede aparecer rápidamente, es decir, antes que hayan transcurrido los dos meses que requiere la cesación completa de la circulación de la placenta, objeto que se propone la expectación y término que se ha fijado ella misma.

Como quiera que sea, hay que confesar que se ha despreciado demasiado la vida del feto ectópico, pues hoy día poseemos casos numerosos que prueban que se puede conservar perfectamente la existencia de este último. Esto nos dice que si por los progresos de la técnica podemos prometernos que no ha de correr mayor riesgo la suerte de la madre, ya se haga la operación antes, ya después de la muerte del feto, deberemos ciertamente preferir la primera conducta.

Fuerza es confesar, empero, que los resultados que hasta hace poco se han obtenido en este sentido no infundían grandes esperan-

(1) Picqué (citado por Regnauld. *Contrib. à l' étude de la Laparotomie dans la Grossesse extra-utérine.* Tesis de París, 1891, p. 62) es deudor de un éxito á esta práctica.
(2) Litzmann. *Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XVI, p. 323; *Ibid.*, Bd. XVIII, p. 1 y Bd. XIX, p. 96.—R. Harris. *Amer. Journ. of Obstetr.*, nov. 1887, p. 1151, y *Amer. Journ. of the med. Sciences*, agosto 1888, p. 262.—L. Meyer. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft. 1, p. 147.—Werth. *Beitræge zur Anat*, etc., Stuttgart, 1888.—Fraipont. Soc. obst. y gin. de Bruselas, 20 oct. 1889 (anal. en *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 51, p. 897).
(3) Frænkel. *Breslauer œrztl. Zeitschr.*, 1882, n.º 7, p. 78.