

EMBARAZO ECTÓPICO Y UTERINO SIMULTÁNEOS

Manuel BERCIANOS (Paysandú)

Relator: Prof. C. Stajano

Por la poca frecuencia con que se suceden el embarazo ectópico y uterino simultáneos, me he decidido a dar a conocer la siguiente historia clínica en cuyo caso hubo errores de diagnóstico por la forma en que se presentaron los síntomas acusados por la enferma, felizmente subsanados por la decisión en breves horas de llevar a cabo una intervención quirúrgica.

D. V. de Z., argentina, casada, de 26 años de edad; múltipara y de períodos menstruales exentos de trastornos con una duración de 4 a 5 días, es sorprendida en una madrugada súbitamente por un fuerte dolor con ligera lipotimia y sudores profusos, dolor que localizaba la enferma primeramente en la fosa renal derecha con irradiación al bajo vientre y que dada su intensidad obligó a sus familiares a un llamado médico de urgencia al que concurrió un estimado colega, quien después de un ligero examen, pensó en un posible cólico nefrítico por lo que aplicole una inyección de morfina, quedando de volver en las primeras horas de la mañana. Hecho su segundo examen existía una temperatura de 38° grados, con un pulso de 120 y gran defensa en la fosa ilíaca derecha lo que lo llevó a pensar en un ataque apendicular razón por la cual solicitó una consulta para la cual fui convocado a las pocas horas. Sometida a un prolijo interrogatorio manifestó estar embarazada desde hacía dos meses y medio a tres, habiendo tenido como únicos trastornos náuseas y vómitos por las mañanas, sintomatología ya sufrida en sus embarazos anteriores. No existían pérdidas de sangre por la vagina, y a la palpación, ofrecía gran defensa en la fosa ilíaca derecha la que se extendía hasta por encima de la región de Mac-Burney. Al tacto vaginal se constataba un útero grande con cuello cerrado y reblandecido. El fondo de saco lateral derecho estaba saliente, muy doloroso e imposible de examinar bien por la defensa que ofrecía la pared abdominal. En mérito del dolor profuso de la fosa ilíaca derecha, de la temperatura existente, de la frecuencia del pulso aunque de acuerdo con la temperatura pensamos en un proceso apendicular sin descartar la torcedura de un posible quiste del ovario, razones por las cuales decidimos la intervención de inmediato. Anestesia:

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 23 de octubre de 1935.

éter. Intervine ayudado por el Dr. Alberto Langón. Incisión de Mac-Burney. Abierto que fué el peritoneo fuimos sorprendidos por un derrame de sangre por lo que nos dimos cuenta que el diagnóstico era erróneo e introduciendo entonces los dedos en dirección al ovario constatamos la presencia de coágulos y de un tumor, por lo que decidimos taponar momentáneamente la incisión hecha y proceder a una laparatomía infra-umbilical. Una vez abierto el peritoneo y secada con compresas la sangre derramada, fué puesta la enferma en posición de Trendelenburg protegiendo las ansas intestinales con compresas embebidas en suero fisiológico caliente a fin de aislarlas y dar más luz al campo operatorio.

Colocada que fué la valva supra-pubiana de Doyen y pinzado el fondo del útero nos dimos exacta cuenta de que se trataba de la rotura de la trompa derecha por embarazo ectópico. Después de haber procedido a la ejecución de una anexectomía derecha examinamos el útero que nos llamó la atención por su volumen al que palpamos por repetidas veces a fin de constatar contracciones, pues parecía por su desarrollo obedecer a un estado de embarazo, sin haber llegado a nada concreto en virtud del volumen relativo que toma también ese órgano en el embarazo tubario. Previa apendicectomía cerramos el peritoneo y la pared en dos planos sin dejar drenaje. El examen de la pieza no nos dejó lugar a dudas: se trataba de un embarazo tubario con un embrión de una edad aproximada de dos meses y medio. En el cuarto día del decurso post-operatorio que iba haciéndose normalmente, fué llamado urgentemente del Hospital por una hemorragia que por vía vaginal sufría la enferma. Llevada que fué a la mesa de operaciones y colocadas las valvas constaté un cuello abierto que daba pasaje a una placenta que extraje mediante un curetaje uterino. Examinada la placenta y sus membranas constaté la presencia de un embrión de más o menos de dos meses y medio de evolución.

Hecho un taponamiento vaginal que fué retirado al día siguiente y extraídos los puntos a los nueve días, la enferma fué dada de alta a los trece días después de la primera intervención.

Consideraciones. — Como hemos visto se trataba de un embarazo tubario y uterino simultáneos. Ahora bien, es sabido que el embarazo ectópico, sobre todo en los primeros meses de su evolución, es de difícil diagnóstico, los síntomas son poco precisos, predominan aquellos que trasuntan el debut de toda preñez, es decir, supresión del período menstrual, trastornos gástricos, sensación de dolor y aumento de volumen de los senos y a veces también se acompaña de intensos dolores ya en la fosa ilíaca izquierda o ya en la derecha que suelen irradiarse a todo el vientre. Otras veces las menstruaciones no están totalmente suprimidas, pueden estar disminuidas o retardadas, pero uno de los síntomas que se ha hallado con más frecuencia es un aumento del vientre

mayor que el que corresponde a un embarazo normal, y es en este período en que el examen genital revela con frecuencia una tumoración anexial vecina al útero grávido, síntoma que ha sido controlado en una tercera parte de los casos. En otras, esa tumoración ha mostrado signos evidentes de embarazo, partes fetales palpables o latidos a la auscultación, pero estos casos aunque constatados deben ser considerados casi como excepcionales. Los signos del embarazo ectópico evolucionando simultáneamente con el embarazo normal dependen primordialmente de su localización; así para la variedad tubaria por ejemplo esos síntomas pueden sobrevenir en los primeros meses traduciéndose a veces por la rotura y la hemorragia consecutiva como en el caso que nos ocupa y entonces son signos precoces que pueden aún manifestarse antes de que se haya diagnosticado el embarazo normal. El diagnóstico en un primer período, vale decir, en el que al lado del útero grávido se constata un tumor anexial se plantea con el de un tumor anexial banal compatible con un embarazo normal: salpingitis quística, quiste del ovario y es entonces el rápido desarrollo de aquel tumor que puede hacer sospechar la lesión ectópica. Por otra parte puede hacerse diagnóstico de embarazo extrauterino y desconocerse el embarazo normal que simultáneamente se desarrolla, atribuyéndose el tamaño del útero a las modificaciones vasculares que acompañan al primero como en el caso que comentamos. Ahora bien en presencia de una embarazada de pocos meses podemos casi asegurar su preñez, o mejor dicho asegurarla y hasta certificarla por la reacción de Friedman; pero en virtud del desarrollo que también toma el órgano uterino no podremos asegurar por lo ya expuesto, sino un embarazo, y por la constatación del tumor podremos sospechar el embarazo ectópico, pero jamás afirmar el diagnóstico de los dos embarazos simultáneos que hoy por hoy lo creo imposible de hacer en forma afirmativa.

En la bibliografía francesa el primer trabajo de conjunto que se publica sobre "embarazo gemelar intra y extra - uterino combinados" es el de H. Bichat ("Revue de Gynecologie", 1903) que resume 49 observaciones, y la primera observación publicada en Francia es la de Duverney en 1708 apareciendo luego los de Mme. Lachapelle en 1811, de H. Goessmann en 1820, etc. Gutzwiller en "Archiv für Gynecologie" (1893) presenta un trabajo de conjunto de 17 observaciones y una personal. Ahora bien,

sobre la patogenia se han repetido las distintas teorías respecto al embarazo ectópico.

Barnes, concibió la discutida hipótesis de que dos óvulos progresando simultáneamente en la trompa se molestarían en su camino y de los cuales uno llegaría a la cavidad uterina evolucionando en embarazo normal y el otro daría el embarazo ectópico. En la mayoría de los casos los dos embarazos corresponderían a la evolución simultánea de dos huevos, pero a veces sus edades pueden ser distintas como ocurre en algunos embarazos gemelares. Respecto a su evolución, debido a las circunstancias que rodean al feto extra - uterino parece excepcional que llegue a feliz término, sin embargo eso se ha observado en 12 de las 49 observaciones estudiadas por Bichat (24,5 %) y en esta misma serie la mortalidad para el feto intrauterino es de 65,3 %. Entre las causas que explican esa elevada mortalidad figuran: 1º Los abortos espontáneos. 2º Los abortos provocados por la intervención abdominal indicada por el embarazo ectópico. 3º Los nacidos muertos a término.

El pronóstico del feto extra - uterino es también muy malo y en la serie de H. Bichat se encontraron sólo tres con vida (94 % de mortalidad) y su evolución depende en la mayor parte de los casos de la rotura más o menos temprana de la trompa, habiéndose dado casos en que fueron extraídos por laparotomía y otros en que fué señalada su expulsión por el recto, por la vagina y también por reabsorción espontánea. La rotura del embarazo tubario o del saco fetal da en ciertos casos síntomas que determinan la intervención quirúrgica, pero en otros esa complicación queda estacionaria y permite la evolución a término del embarazo uterino, después del cual se diagnostica el otro germen que ha evolucionado en situación extra - uterina.

La mortalidad para la madre en la serie de observaciones que estudiamos es de 44,9 %, pero ese pronóstico ha mejorado desde que se conocen y tratan mejor las complicaciones del embarazo ectópico. El trabajo de Bichat que consideramos, es de una época en que las intervenciones eran menos corrientes que en la actualidad y nos encontramos con casos en los que el tratamiento fué la simple dilatación de la fístula vaginal por la que se abría el saco fetal, o bien la punción del hematocele (!) como Simpson y Braxton - Hicks preconizaron en el embarazo tubario. Según

este mismo trabajo se intervino en el curso del embarazo por rotura y hemorragia 8 veces, con 4 éxitos (50 %) y en 7 casos en las vecindades del término para sacar el feto vivo o muerto con 42,8 % de mortalidad y solamente en 6 fué que se intervino tardíamente después del término del embarazo habiéndose salvado todas estas enfermas. En total de esta serie hubieron 23 intervenciones con 7 muertos o sea un 30,44 %. En 24 casos no se intervino y hubieron 15 muertos, lo que da una mortalidad de 62,5 %. El problema del tratamiento puede plantearse: 1º En el curso de un embarazo aparecen síntomas de hemorragia interna, la única solución aconsejable hoy es la laparotomía inmediata. 2º En el curso de un embarazo uterino antes del 6º mes se diagnostica el embarazo ectópico concomitante, la conducta debe ser la expresada anteriormente. 3º Cuando ese diagnóstico se hace después del 6º mes la conducta puede variar: a) con feto muerto extra -uterino bien tolerado se puede esperar la evolución del embarazo uterino; b) si los dos fetos estuvieran vivos al 7º mes y no existieran complicaciones, entonces Bichat aconseja esperar bajo estricta vigilancia para al menor signo de complicación intervenir a pesar de la amenaza del parto prematuro; c) cuando los dos fetos llegan a término, debe esperarse al parto del feto uterino que puede necesitar o no maniobras obstétricas e inmediatamente después tratar por laparotomía el embarazo ectópico.

Esta última técnica puede plantearse antes si en el curso del trabajo apareciesen complicaciones atribuibles al ectópico (rotura, hemorragia) y se corrieran riesgos de vida para la madre. 4º Cuando después del parto normal se reconoce la presencia del feto ectópico cuya evolución se ha detenido con anterioridad, las indicaciones deben ser las mismas que para el tratamiento del feto ectópico considerado aisladamente. El problema pues del tratamiento del embarazo gemelar intra y extra -uterino simultáneos puede resumirse así: Que la idea directriz del mismo debe residir en la evolución del embarazo ectópico cuya complicación puede requerir la intervención de urgencia para salvar la vida de la madre.

En resumen, en el caso que presento se han ofrecido las siguientes observaciones: 1º Falta del derrame de sangre por vía vaginal, síntoma que acompaña frecuentemente al cortejo de ro-

tura del embarazo tubario. 2º No constatación clínica del estado lipotímico que se produce en toda hemorragia interna posiblemente por no haber sido éste un derrame intenso. 3º Errores de diagnóstico: a) Confusión con un cólico nefrítico por la irradiación difusa del síntoma dolor; b) Con la torsión del pedículo de un quiste del ovario; c) Con un proceso apendicular agudo por la defensa de la pared abdominal al nivel del cuadrante apendicular acompañada de una temperatura de 38º. 4º Desconocimiento de los dos embarazos simultáneos aún con la pieza uterina entre las manos. 5º Diagnóstico posterior de ambos, por el aborto uterino. 6º Supresión de complicaciones y conservación de la vida de la enferma por haber seguido un criterio estrictamente quirúrgico.

INFORME DEL Prof. C. STAJANO

La comunicación que nos envía el **Dr. Bercianos** es interesante bajo diversos puntos de vista y pone sobre el tapete tres aspectos interesantes.

a) El uno referente al hecho saliente del doble embarazo simultáneo en trompa y útero.

b) El segundo de orden clínico y de interpretación de síntomas.

c) El tercero inminentemente práctico y de terapéutica quirúrgica corriente.

La comunicación del Dr. Bercianos presenta un caso de simultáneo y doble embarazo, útero salpingiano. Hecho interesante por lo raro, aunque no excepcional.

Dejaremos pues de lado los otros embarazos simultáneos: a) el *embarazo simultáneo tubario bilateral*, hecho más excepcional aun que el que nos ocupa, y que sólo con la rigurosa comprobación histológica es dable aceptar y que en nuestro medio ha sido estudiado con un caso indiscutible por el Profesor Pou y Orfila.

b) No nos ocuparemos tampoco de la sucesión de embarazos de edades diferentes, o sea el *embarazo sucesivo útero salpingiano o viceversa*, por no responder al caso presentado, ade-

lantando por otra parte que esta contingencia es más que frecuente y de comprobación habitual.

c) Dejamos de lado también el importante problema del *embarazo ectópico tubario recidivante* en la trompa opuesta o en la misma trompa ya operada.

Por su trascendencia esto merece por sí solo un capítulo especial.

1º El hecho presentado si bien raro no es excepcional, y esa observación es en este sentido doblemente interesante por cuanto al presentar el hecho, llama por otra parte la atención y aunará a su alrededor casos similares de otros cirujanos de nuestro ambiente, como así he podido hacerlo en los días que me he tomado para presentar este informe, y que escuetamente presentaré más adelante.

En la bibliografía extranjera clásica se señala el hecho en publicaciones de conjunto y en numerosos casos aislados hasta el momento actual. La tesis de Pacolin de Lyon, 1903, estudia el punto y reúne 71 casos de esta simultánea y contemporánea gravidez útero - salpingiana. De esa totalidad, en el 50 % de los casos, el feto uterino llega a término, y en los otros, diversos accidentes, abortos o muertes de madre y feto, son la consecuencia, con errores de diagnóstico o con diagnósticos a posteriori.

Desde 1922 - 23 y sucesivos hasta el momento actual, abundan los casos publicados en Italia, Berlín, París, Lyon, etc., casos de Momigliano - Auvray, Delater, Doupouchel, Guilleminet y otros varios en la Sociedad Anatómica de París desde el año 1923 en adelante y que hemos recogido, etc., etc. La comprobación idéntica hecha por Bercianos se reproduce en la casuística, y en ese sentido esta comunicación tiene gran valor, por cuanto a su alrededor cristalizaremos en lo sucesivo los nuevos casos que se nos presenten, ya que diversos cirujanos que han tenido oportunidad de tener casos documentados no los han publicado por la falta del mordiente necesario.

El Profesor Pou y Orfila tiene un caso calcado al del doctor Bercianos. Embarazo ectópico roto a dos meses y medio y embarazo uterino contemporáneo que continúa a término.

El Dr. Canzani, posee un caso con embrión de dos meses (operado de urgencia con rotura tubaria) y al día siguiente se

produce el aborto uterino con un embrión de la misma edad. Segundo caso: el Prof. Blanco opera un embarazo ectópico de dos meses y comprueba un embarazo uterino de aproximadamente la misma edad. El embarazo continúa a término y el Dr. Canzani en el plazo prefijado extrae un feto de 4 kgrs. por parto normal.

El conocimiento de esta asociación grávida simultánea es interesante, por cuanto obliga a pensar en ella en numerosas circunstancias, que la clínica siempre traviesa presenta al práctico. Así, por ejemplo, citaremos un hecho que es habitual y que hemos visto numerosas veces, rectificando falsas rutas cometidas por el médico general; en efecto: hemos visto tratar como un aborto uterino lo que no ha sido más, que la manifestación en el útero de un embarazo tubario ignorado y en evolución ya interrumpida. Estas enfermas si bien podrían entrar dentro de la categoría del caso que nos ocupa, no entran en realidad y son falsas rutas cometidas con frecuencia. Hemos operado estos casos a los días o a las pocas semanas, con el embarazo tubario en el accidente agudo, a veces grave, a veces mortal.

No se trata del embarazo útero - tubario simultáneo, sino de *la máscara uterina del embarazo ectópico*, sobre la cual no insistiremos.

Otro caso, y esto nos lo manifestó el cirujano de uno de los casos presentados ignoró el embarazo uterino o no interpretó en el momento de la laparatomía por el embarazo ectópico, el agrandamiento y reblandecimiento del útero, hechos que fueron atribuídos lógicamente al mismo embarazo tubario. El aborto producido al día siguiente, de un embrión de la misma edad que el extraído por el abdomen, dieron la clave del fenómeno. Y el Dr. Bercianos en su caso pasa la misma incidencia y hasta pinza el útero sin sospechar la asociación grávida.

Así podríamos seguir agrupando hechos observados, y que se asocian al argumento de la observación presentada por el Dr. Bercianos, que como vemos es de un alto interés práctico, por sinnúmero de enseñanzas.

2º Bajo otro aspecto la observación del Dr. Bercianos nos interesa vivamente, y es, el que se refiere al error de diagnóstico en las dos oportunidades en que fué vista esta enferma, así como al desconocimiento del útero grávido en el acto operatorio.

No compartimos en lo que el Dr. Bercianos llama sintomatología atípica de este caso. Conceptuamos en cambio que esa sintomatología es la natural y responde a uno de los grados de sufrimiento de la inervación vegetativa despertados por la distensión de la trompa grávida antes de su rotura o en su rotura misma.

La *máscara nefrítica del embarazo ectópico* accidentado, es un hecho corriente y sobre el cual hemos insistido en publicaciones particulares respondiendo a la etapa que en el estudio de la fisiopatología del dolor, hemos descrito como de *proyección en el plexo correspondiente a la víscera en sufrimiento*, en este caso sería el plexo paramesentérico yuxta renal (Ley de la proyección del dolor visceral).

La irradiación del dolor en todo el trayecto del uréter, complicando aun más la máscara reno-ureteral, responde exactamente a nuestra segunda ley formulada y que es la de la irradiación y que se cumple estrictamente en ciertos grados de lesiones o procesos viscerales distensivos y en la cual vemos que el dolor visceral irradia no al azar, cuando la agresión se intensifica sino que toma caminos definidos, como ser el trayecto de los vasos aferentes correspondientes a la víscera. La neuralgia visceral ovario lumbar marca el trayecto del paquete lombo-ovárico y su máscara ureteral es perfecta.

Y nada digamos de la *máscara apendicular del embarazo ectópico*, cuyo error de interpretación es un hecho que aun se comete a diario en forma lamentable. No queremos con esto, criticar el error de diagnóstico cometido y que vemos realizarlo a diario en Montevideo, sino que tiene el objeto de llamar la atención sobre un problema fundamental de patología abdominal que a nuestro juicio debiera tratarse más y que consistiría en desplazar de la mente del cirujano del siglo XX, ciertos conceptos de cuño exclusivamente anatómico y que dominan aun hoy en el proceso de interpretación de los síntomas del abdomen y en la formulación de sus diagnósticos. No seguirá siendo la región del dolor, la que axiomáticamente hará pensar en tal o cual origen visceral, sino que se hará más semiología útil, sobre las modalidades clínicas y subjetivas del dolor, irradiaciones, proyecciones, tipos de defensa, etc. y seguramente no se verán como atípicas las sintomatologías diversas del embarazo ectópico, sino

que serán interpretadas en su justo valor todas sus aparentes anomalías de presentación. Viejos dogmas de la patología clásica, se irán sustituyendo a los conceptos de la patología viviente, fisiológica del momento actual, y con mucha más claridad interpretaremos los sufrimientos, las reacciones y la repercusión general de las agresiones viscerales.

No nos extendemos en este fundamental y amplio capítulo; nuestro interés es no dejar pasar por alto el hecho que se describe en la instructiva observación presentada. Un último punto señalamos y es el que se refiere al posible diagnóstico de quiste torcido de ovario, cuya posibilidad no fué descartada. En efecto:

En útero normal — pequeño y no grávido — la torsión pedicular de un quiste, implica tres movimientos de traslación de la masa quística:

1º Elevación de la masa de acuerdo con el eje del torno de torsión.

2º Colocación supra y anteuterina alojándose en la bandeja que le ofrece el alerón anterior del ligamento ancho.

3º Tendencia a la posición mediana, perdiendo la lateralidad.

Estos tres movimientos simultáneos y obligados los unos a los otros, hacen desaparecer la masa quística del fondo de saco lateral y posterior y la situación anteuterina en fondo de saco anterior es obligatoria y fatal. Podríamos decir que la torsión pedicular no puede ejercerse y menos mantenerse en el fondo de saco posterior ni lateral; siempre es anteuterina y en elevación.

Estas razones enunciadas tendrán más valor aún, tratándose de un útero agrandado.

Es indiscutible por otra parte que en este caso la clínica fué traviesa por el hecho mismo de la gravidez simultánea y no es posible pensar en la clínica diaria en hechos excepcionales como los que se exponen en esta observación, sino en los frecuentes, corrientes y habituales.

Hacemos omisión de comentarios respecto a las conclusiones 1, 2, 4, del trabajo con el deseo de no ser demasiado extensos, pero que tienen para nosotros un considerable interés instructivo.

El diagnóstico pues de doble embarazo simultáneo, es prácticamente imposible y así se desprende de todas las observaciones presentadas y en el mismo sentido el desconocimiento de la gravidez uterina en el campo operatorio, cuando el embarazo

es muy reciente, como es lo habitual (1 mes $\frac{1}{2}$ a dos meses) y que es cuando da accidentes, no es tampoco excepcional y por el contrario muy explicable. Casos de la bibliografía, de Canzani, Bercianos, etc.

La coexistencia de tumores anexiales unilaterales quísticos, con embarazos uterinos, puede corresponder a cualquiera de las muchas tumoraciones unilaterales quísticas de trompa u ovario compatibles con un embarazo normal. A nuestro juicio es solamente el cuadro funcional, la crisis visceral episódica, aunque no se palpe tumor, lo que define con sus caracteres propios la verdadera naturaleza del cuadro en forma más significativa que el carácter morfológico recogido en el examen físico. La semiología del dolor, su ritmo, sus pausas, su localización inicial, su irradiación, su proyección y en los casos máximos el angor difuso, todo estudiado con el conjunto de las reacciones motrices de la pared, constituye a nuestro entender la más fiel y verdadera fuente de información dentro del conjunto de los datos recogidos en el interrogatorio.

3er. PUNTO DE INTERÉS PRÁCTICO Y DE ORDEN TERAPÉUTICO. — No podemos menos que aplaudir el criterio estrictamente quirúrgico que el cirujano impuso en su caso; evitó complicaciones, salvó seguramente la vida de su enferma, y no fué menester para ello el diagnóstico exacto antes de operar. La rectificación de conducta y de las vías de abordaje es un hecho corriente en cirugía activa y en particular de urgencia.

Solamente diríamos que en la mujer, frente a la asociación de lesiones abdomino-pelvianas por lo frecuente de las máscaras reno-uretero-apendiculares no procedemos prácticamente con pequeñas incisiones limitadas tipo Mac-Burney o paramedianas, sino que abordamos: o por Pfannestiel o mediana, según el caso particular.

Dos palabras de crítica para la anexectomía practicada.

Consideramos excesiva esa operación y si bien al distinguido cirujano Dr. Bercianos no le puede llegar esta observación como reproche, le debe alcanzar en cambio, al especializado o al cirujano de los grandes servicios de la Capital, que con un criterio simplista y antojadizo procede al sacrificio del ovario, por razones de sencillez, o de rapidez, o por no pensar en lo que se sacrifica.

Por otra parte hay otra razón poderosa y es la frecuencia de la recidiva del embarazo tubario en la trompa que queda (estadísticas diversas, berlinesas, italianas, etc., entre ellas la de Momigliano muestra que en 314 casos cuenta alrededor de 20 recidivas). Por nuestra parte podríamos presentar una serie de casos de este tipo, y otros cirujanos podrán aportar hechos similares. La práctica de la anexectomía conduciría en estos casos a la castración bilateral en muchas mujeres jóvenes, que con una orientación conservadora se evitaría seguramente.

La salpingectomía simple y en ciertos casos las ovariectomías parciales asociadas, son las operaciones de rigor.

La cirugía conservadora en la trompa grávida, aconsejada por algunos cirujanos y en sus múltiples formas técnicas, es prácticamente inútil y hoy empezamos a conocer de qué es la causa de trastornos y hasta de recidivas de nuevos embarazos ectópicos en esos órganos conservados a "outrance". (Casos de Sigwart, Berlín, 1922; Keller, Strasburgo, 1922; Observación de Brach, Dremer, etc., etc.).

No podemos como se ve, Sr. Presidente menos que agradecer al meritorio cirujano de Paysandú, Dr. Bercianos, esta interesante comunicación por cuanto demuestra no sólo su capacidad técnica frente a los enfermos a su cargo, sino que pone de manifiesto el interés del médico estudioso, al presentar una comunicación científica a esta Sociedad, llena de rigor, pero también ávida de estimular científicamente a todos los cirujanos del país. Es por tal motivo que aconsejo a la mesa que ponga en discusión este trabajo y se publique en los boletines de la Sociedad, agradeciéndose al autor el envío de esta interesante comunicación.