

# Seccional de Ginecología

Coordinador: Dr. LUIS D. BOTTARO

RELATO:

## DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTOPICO

Dr. Rogelio A. Belloso

Cuando se recorre la copiosa literatura sobre el embarazo extrauterino, y se conocen los capítulos clásicos de la Ginecología; cuando se poseen conocimientos claros de la cirugía de urgencia; cuando se ha meditado suficientemente sobre el problema sin aclarar todas sus incógnitas; cuando hemos vuelto una y otra vez sobre nuestros yerros, para evitar repetirlos; cuando hemos contabilizado tantos hallazgos operatorios contradictorios de una clínica bien discriminativa; cuando hemos buscado con afán a través de todas las experiencias, el matiz destacable en el síntoma a nuestro entender más fiel; cuando hemos visto cometer errores a los más calificados técnicos, parecería que en materia de E. E. debiéramos aceptar un porcentaje inmodificable, de diagnósticos falsos, aún con la más afinada clínica y los recursos más diversos del laboratorio.

En esta última década, el porcentaje global de diagnósticos correctos se acerca al 85 % en cifras cómodas, contra un 57 al 65 %, en estadísticas anteriores. Pero, a nuestro entender, el progreso de los conocimientos del médico práctico, del especialista a menudo consultado, del cirujano actuante en los servicios de urgencia, no puede apoyarse sólo en un considerando estadístico puro, sin que experimentemos una real molestia intelectual, o las dudas de una imperfección negligente. Elaborar un diagnóstico exige criterio analítico, sin predisposición mental interesada; planteos comparativos sin caer en universalizaciones peligrosas; esquemas constructivos, con el simplismo de una buena clínica

que no significa el patrocino de los moldes matemáticos. Y, sin embargo, para mejorar nuestros diagnósticos en el E.E. es preciso como lo sostuviera hace tiempo Novak, "llevarlo en el cerebro", pensar obstinadamente en su posibilidad en las circunstancias más diversas, como después veremos. Estas consideraciones previas, sirvanme de descargo ante mis mandantes (Comisión Organizadora del IV Congreso Uruguayo de Cirugía y Sociedad Ginecocológica del Uruguay) que me confirieran el honor de este relato; y, también ante mis oyentes y lectores probables, quienes encontrarán en el mismo, recuerdos, citas, vacilaciones, aciertos y errores, comunes a todos los que se han ocupado del tema en todas las latitudes geográficas y bajo todas las latitudes mentales.

El diagnóstico de un ectópico ruidosamente complicado, tiene un urgente interés terapéutico, y es en general más sencillo; pero el del E.F. latente o ignorado, antes que la enferma perciba que tiene algo serio; mientras deambula y acude a los consultorios externos sin sospechar que, en su esfera genital se está cumpliendo el prólogo sino absolutamente silencioso, por lo menos larvado, opaco, poco llamativo, de lo que al correr de días o semanas puede constituir uno de los más dramáticos cuadros de la patología genital femenina en su expresión quirúrgica urgente, tiene en nuestro entender un mayor valor, porque sólo este diagnóstico sería el profiláctico de las complicaciones; y, Fitzgerald y Webster, después de estudiar 803 ectópicos operados en el Cook County Hospital, en 19 años con 4,73 % de mortalidad, abogan por "un precoz diagnóstico, una precoz hospitalización, una precoz transfusión, una precoz operación".

#### DIGNOSTICO DEL EMBARAZO ECTOPICO LATENTE O IGNORADO

El sintoma de mayor jerarquía en una gestación ectópica ignorada, es el desarreglo menstrual; es el de más valor, el más importante. Se precisa, el de más paciente y suspicaz análisis clínico. Toda mujer en edad de gestar que presenta un atraso menstrual, salvo ignorancia o propósito deliberado, empieza por suponerse embarazada y todo su afán consiste en confirmarlo. Pero cuando no hay atraso, no hay amenorrea; cuando el médico interroga a solteras negativistas, aún mismo ciertas vírgenes licenciosas que consultan sólo por irregularidad menstrual, debe inmediato alertar su encuesta hacia la ectogravidez para no correr

el riesgo de ignorarla. En estos casos el interrogatorio debe ser paciente, tenaz, panorámico discreto pero agotador, buscando el conocimiento exacto del ciclo menstrual. Debemos remontarnos siempre hacia la fecha del último periodo normal: normal en aparición, en cantidad, aspecto, en duración; en sus síntomas asociados habituales: pelvianos, mamarios, generales. Y, luego analizar minuciosamente esa "irregularidad menstrual" que motiva la consulta, porque de ese análisis inquisitivo, de ese interrogatorio formal, surgirán la sospecha o la evidencia del embarazo ectótopico. Nosotros creemos que la gran mayoría de errores de

### DIAGNOSTICO CLINICO EN EL EMBARAZO ECTÓPICO LATENTE O IGNORADO



Figura 1

diagnóstico cometidos, radica en el desconocimiento del gran valor que tiene el estudio del ciclo menstrual y de sus alteraciones: lo que explicaría el porcentaje menor de diagnósticos falsos en los medios ginecológicos, sobre todo cuando se asigna a la historia clínica la importancia fundamental que en realidad tiene.

No existe un esquema que encuadre la mayoría de los tipos de alteraciones menstruales, motivo de consulta; pero del análisis de historias tan proteiformes, podemos extraer una idea de su clínica más frecuente. Veamos. Una mujer, siempre bien re-

glada, tipo 3-4 28-30, se indispone en la fecha esperada pero sólo un día; los caracteres de la sangre no le llaman la atención; su molimen catamenial no ha sido seguido del bienestar que habitualmente observa al desaparecer su regla; pasado uno o más días sin sangre, recomienza la pérdida en forma caprichosa; a intervalos irregulares, en cantidad variable de color rojizo; encuentra en sus higiénicos algún coagulito antes no observado. Así han transcurrido varios días y aún semanas; se acentúa su pesantez perineal, toma el carácter de una molestia persistente, más importante; o de un verdadero dolor fugaz, poco preciso y a menudo atribuido a molestias vesicales o intestinales. Tampoco descubrimos la existencia de estados físicos, psíquicos o emocionales interfiriendo con esta última menstruación que fué: ANORMAL-IRREGULAR-ATIPICA. El interrogatorio minucioso acredita a nuestra paciente antes del examen físico: antecedentes de ciclos menstruales hasta ahora siempre normales, perfectos; 2º alteración llamativa de su último período sin un cortejo sintomático que nos llevare a pensar en ninguna afección de orden general o endócrino responsable de la alteración menstrual. Eso es todo; es muy poco; pero es suficiente. Si, con esta semiología puramente funcional sospechosa, el examen genital descubre: útero poco aumentado o no; algo blandujo, con cuello cerrado o afieltrado; una masa látero uterina, de pequeño tamaño, de difícil percepción, más bien posterior, sensible, sin ambiente inflamatorio, estamos (porcentualmente hablando) frente a un embarazo ectópico.

Nuestra sospecha exige confirmación rápida para poder operar antes de los accidentes siempre imprevistos, a menudo muy graves y urgentes. La observación en reposo bajo bolsa de hielo; las comprobaciones evolutivas en la curva de pulso y presión arterial, hasta ahora inexpresivas, para sorprender la taquicardia oscilante y la hipotensión; el esfuerzo por establecer el antecipo, la coincidencia o sucesión de "molestias dolcrosas", con pequeñas pérdidas; la observación de los paños, para sorprender el cambio de color de la sangre, la aparición de mareos por leves que fueren así como la instalación de síntomas digestivos (náuseas, vómitos o diarreas) o una polaquiuria persistente, con vejiga sensible, con todos elementos positivos de orden puramente clínico que el médico práctico puede ir observando dentro de plazos prudenciales, para delinear su diagnóstico: éste se hará más nítido, cuando veamos crecer la masa láterouterina, aumen-

tar la sensibilidad espontánea, y, provocada por el examen pelviano. Estas enfermas muchas veces son encaradas como portadoras de trastornos funcionales, peligrosamente tratados en forma ambulatoria, con hormonas, hemostáticos, decongestivos pelvianos. En la inmensa mayoría de los casos se trata de un embarazo tubario no accidentado, pero en el cual la acción vellositaria tebrante en un inadecuado terreno; o los cambios circulatorios ovulares subsidiarios de la increción hormonal van a producir un aborto o una rotura tubaria con aparición contemporánea de graves síntomas, que exigen urgente tratamiento. Si las condiciones lo permiten, una reacción biológica positiva, acreditando la existencia de vellosidades activas rubricarían el diagnóstico, exigiendo la urgente presencia del cirujano junto a la enferma; pero su negatividad no es concluyente.

Otra enferma, estéril con pasado genital inflamatorio o no; habiendo sido sometida a exploraciones radiológicas contrastadas: útero salpingografía; habiendo recibido tratamientos hormonales para facilitar una gestación que no llega; con una historia de menstruaciones aceptablemente regulares, ha tenido un atraso menstrual jamás observado; luego de pocos días o semanas aparecen pérdidas irregulares, dolorosas, pero soportables; acude a la consulta creyéndose embarazada y temiendo un aborto. El examen revela útero congestivo, blando, cuello entreabierto o nó; fondos de saco sensibles con percepción en uno de ellos de una masa pequeña de consistencia poco firme, que puede ser erróneamente tomada como una reacción anxial, sino prestamos atención a la ausencia de signos inflamatorios locales y focales.

Esta situación clínica, más sencilla puede conducirnos, por un simplismo diagnóstico a pensar en un aborto uterino y quizás a practicar un legrado. El médico, frente a estos cuadros clínicos, tiene la obligación de pensar en el aborto tubario antes que en el aborto uterino. Si practicamos un legrado, podremos extraer material que macroscópicamente nos conforme o nó; y, que analizado demuestre o no la existencia de mucosa deciduíforme; pero lo que no lograremos, es la cesación de la hemorragia. La enferma seguirá perdiendo reiterada, monótonamente, en cantidad y ritmo desigual; y, esta situación donde la cureta no fué el mejor hemostático, rubrica la existencia del E.E. Debemos operar sin tardanza, para evitar la aparición del hemoperitoneo agudo, frecuente complicación del legrado en el ectópico.

En otros casos la menstruación se adelanta en varios días, pero sin sus caracteres habituales; o si se ha iniciado bien, en el correr de los días aparecen la irregularidad en el color, la cantidad, el ritmo, la duración. La mujer no se ve libre de sus pérdidas: hay un goteo diario, con manchas de distinta entidad (las hemorragias distilantes de Pozzi) que motivan la consulta. Las comprobaciones suelen ser como las que hemos descrito antes, pero la observación de la enferma debe continuar celosamente, para sorprender los signos complementarios que hagan sospechar o establecer el diagnóstico.

**En resumen:** avance o retardo de las reglas; una hemorragia catarreral distinta a la observada siempre; una ligera interrupción seguida de pérdidas, constituyen y es preciso destacarlo el mejor signo. Como es ya clásico atribuirle a Sproat Heaney, en la preñez ectópica no complicada, la amenorrea **no** es el principal síntoma funcional; por el contrario, antes que una ausencia de reglas, el síntoma de verdadera alcurnia, es la **pérdida irregular**; pérdida que debemos estudiar analizándola con cuidado, con claridad, con paciencia, para hacerla resurgir, diría Mondor, de la imprecisión, del confusionismo, de la emoción de nuestra enferma.

Cuando la paciente tiene antecedentes de dismenorrea habitual, de menstruaciones irregulares, de mastodinia; si acusa en su pasado elementos del síndrome hepato-ovárico, con dolores en el hipocondrio derecho y alteraciones propias de un hiperestrinismo real o relativo, con mala metabolización hepatocítica de la foliculina, el diagnóstico es más difícil, más engorroso, más oscuro. Aquí tiene gran valor: a) el examen discriminativo del dolor, para saber si su disalgomenorrea es igual o distinta a lo observado siempre; b) la persistencia o reaparición del dolor en plazos desusados; c) la positividad de las relaciones sexuales; los datos del examen genital por tacto rectal o vagino-rectal, con sus comprobaciones siempre escasas, valorando siempre la sensibilidad. Este examen debe ser repetido para sorprender cualquier modificación evolutiva del tamaño, o la producción de dolor a la movilización uterina; o para comprobar el aumento de una masa látero-uterina, cuya percepción no es tan nítida como teóricamente se supone, pero que, aun borrosa, yuxta uterina, posterior y sensible tiene un grandísimo valor semiológico.

Le asignamos al análisis de casos con semiología de apariencia tan banal un grandísimo valor, porque los errores de diagnóstico cometidos tanto en los ambulatorios públicos y privados, como en las salas del hospital, concierne en su mayoría a estas enfermas, en las que no se sospecha, con una sintomatología tan magra, una ginecopatía gestacional tan grave.

Después de estudiar en la historia funcional, los importantes trastornos menstruales, vamos a ocuparnos ahora del aspecto de las **genitorragias** en el embarazo ectópico. Si es clásico atribuirles valor a las metrorragias color sepia, negruzcas, en borra de café (y, en realidad lo tienen) es muy útil destacar que, con corrimientos rosados, serohemáticos, con sangre roja, todos hemos visto ectogravidez. Si el embarazo ectópico, no puede ser descartado por el color de la sangre, tampoco lo es por el volumen de la pérdida: la metrorragia habitualmente escasa, se presenta en algunos ectópicos con tal abundancia, que ha sido necesario recurrir al taponamiento vaginal y a los hemostáticos.

**Resumiendo:** las metrorragias del embarazo ectópico latente o ignorado, tienen como carácter distintivo su **irregularidad:** modificaciones en tiempo y frecuencia; alteraciones en **su calidad:** modificaciones en **su cantidad.** Y, otro carácter muy importante de estas genitorragias es, que pertenecen a una **historia reciente,** y que tienen la particularidad de ser, **erráticas, vagabundas** (Conill).

**El Dolor.**— En el E.E. latente o ignorado, es poco frecuente que las enfermas consulten únicamente por el dolor. En general, antes de las complicaciones, más que dolores verdaderos sienten molestias vagas, o calambres fugaces, de irradiación lumbar, perineal, crural, etc., atribuidos generalmente al intestino, a gases, etc. Si bien **constantemente, rebelde, tenaz,** su acuidad no destaca con los caracteres novelescos que suelen leerse en muchos trabajos: el dolor suele ser una simple pesantez, una puntada, en una fosa iliaca, a menudo unilateral (signo de Sidnev Turner). Sin embargo, esa enferma que deambula, que trabaja, que hace deporte, debe a menudo detenerse o interrumpir su labor, su actividad porque ese calambre fugaz, la obliga a encorvarse, a acostarse por un rato, a cambiar de posición en el lecho, buscando alivio. Cuando el dolor es paroxístico, fugaz, unilateral, pelviano y

calmado por el corrimiento, exhibe su carácter de cólico salpingiano; si hay balonamiento transitorio y focal, con estado nauseoso y taquicardia, sospecharemos la reacción serosa peritoneal de vecindad; si, al sufrimiento hipogástrico intermitente, se agregan disuria, polaquiuria, pujos y tenesmo rectal, estaremos en presencia de la "tríada de los reservorios pelvianos" de Laffont, signos todos estos de tan gran valor, pero de poca frecuencia en su nitidez y asociación en el E.E. no complicado. El médico debe contentarse con registrar en su enferma dolores o molestias de carácter benigno a la que no se asignan mayor importancia, vista su frecuencia en los embarazos normales. El dolor, signo de gran jerarquía en las complicaciones carece de relieve, en los casos de comienzo, de evolución lenta, y, si bien es cierto que estadísticamente está presente en las historias bien controladas en más del 90 % de los casos, su vinculación, cronología, intensidad y duración con respecto a los otros signos o síntomas de la gestación ectópica es muy variable: querer edificar el diagnóstico de E.E. sobre su severidad decía Heaney, es como esperar la emaciación para diagnosticar un cáncer. Más bien debemos insistir sobre la aparente **divergencia**, la falta de **paralelismo** entre el dolor y los otros síntomas: si la metrorragia a veces sucede al cólico, a menudo el goteo uterino no se modifica con él (Argonz-Ricci); o bien con estado general aparentemente muy bueno, "la enferma que dice sufrir mucho puede erróneamente ser etiquetada como neurótica o exagerada". Mucho valor debemos acordarle dicen esos autores a los **estados de microshock**: el pequeño mareo, el pequeño zumbido, vértigos o náuseas desencadenados por una defecación, una relación sexual, un mínimo esfuerzo seguido de una sensación de desvanecimiento, para sospechar el embarazo ectópico.

Dentro de la fenomenología del embarazo ectópico no complicado, todo es proteiforme, irregular y esquivo: nada tiene de raro que las historias, las estadísticas registren localizaciones e irradiaciones alejadas de la pelvis, dando lugar a diagnósticos inicialmente erróneos: el sufrimiento biliar agudo, el cólico renourteral, la reacción pancreática, la apendicitis se cuentan entre los diagnósticos erróneos más frecuentemente cometidos o enmendados en los servicios de puerta o en las salas de cirugía; en cambio en los servicios de ginecología que suelen ser el destino común de estas enfermas, la anexitis, la apendicitis crónica con



empujes, las ginecopatías hemorrágicas funcionales, la amenaza de aborto, suelen ser los más encontrados. De allí la repetida, pero cierta frase de Mondor: "es entre los abortos ingresados a sala, donde se reclutan los ectópicos desconocidos"!

**Valor diagnóstico de los signos y síntomas de embarazo:** no hay que esperar encontrarlos ni afanarse mucho en despistarlos por el interrogatorio o el examen: muy a menudo estas ectográvidas no presentan ningún elemento físico ni funcional de impregnación gravídica: ni alteraciones del gusto ni del olfato, ni náuseas, ni vómitos, ni ingurgitación mamaria, etc., y, cuando existen, nada tienen de característico en la gestación ectópica; sin embargo, cuando se comprueban son un elemento a no despreciar. Otro tanto podríamos decir de las descamaciones endometriales que pueden acompañar a las metrorragias: restos, colgajos, o fragmentos de caduca o mismo un molde de caduca entera uterina, macroscópicamente reconocible tomados por la enferma o el médico como signo cierto de interrupción de embarazo; aunque se sabe desde Pinard que, apesar de la eliminación de caduca el huevo puede seguir evolucionando.

Analizados a grandes rasgos, pero en sus verdaderos perfiles los cuadros clínicos más frecuentes de la práctica diaria, quizá con limitación semiesquemática, debemos decir que la gestación ectópica (complicada desde que el huevo anida en una situación anormal) tiene un destino evolutivo de agravación progresiva que puede llevar a la mujer, por accidentes de intensidad distinta, hasta la muerte. Dado el mayor y abrumador porcentaje de localizaciones tubarias, toda la clínica diagnóstica de esta ginecopatía está girando hacia el aborto o la rotura tubaria. La consecuencia del aborto tubario puede ser, en el mayor número de casos el hematoma o hematocele látero-retrouterino, y con una menor frecuencia el origen de la implantación ectópica peritoneal secundaria: variedad tuboabdominales o abdominales. En cambio, la rotura tubaria, tanto más precoz cuanto más cerca del ostium uterino asienta el huevo ectópico, lleva siempre al hemo-peritoneo agudo, grave, llamativo: ya sea de duración transitoria con formación ulterior de un hematocele: o creando el cuadro gravísimo de la hemorragia interna profusa, aguda, siderante y a veces mortal. Excepcionalmente, y en base a raras observaciones diremos que el E E. puede terminar con un aborto hacia la cavidad uterina: o como tenemos un caso en nuestra estadística, hacia

la reabsorción intrascendente luego de la eliminación de un molde de caduca perfecto. Es claro que en todos los servicios se han atendido y seguirán atendiendo por insuperables errores de diagnóstico, ectópicos que han ingresado como anexitis y cuya azarosa evolución sin tratamiento quirúrgico, sólo se explicaría por una reabsorción.

El diagnóstico positivo se basa en una buena historia donde hay que jerarquizar los trastornos menstruales, las atipias catameniales en primer término; el dolor, en todas sus manifestaciones después; luego las metrorragias en todos sus aspectos; en último término, la amenorrea. Para poder diagnosticar un ectópico antes de sus accidentes hay que pensar con obstinación en su posibilidad. El examen físico puede darnos muy poco: a menudo la pelvis no muestra al tacto, ninguna masa anexial; otras veces percibimos algo, mal delineado, pero de gran valor conectándolo con la historia funcional. La percepción de una masa pequeña, oblonga, lisa, movilizable independiente del útero, puede dar la satisfacción de diagnosticar un ectópico incipiente; pero más a menudo, tocamos una masa anexial no totalmente independiente del útero; cuyo examen es doloroso pero sin ambiente inflamatorio, lo que tiene gran valor; de dimensiones variables y cuya morfología, no recuerda al quiste ovárico ni al tuboovárico. En la pelvis del E.E. siempre dolorosa, la elevación del cuerpo uterino y menos su lateralización, son muy sensibles (signo de Banki). El cuerpo uterino no tiene por qué doler en la gestación normal; sólo duele su movilización aquí, en la medida que sus movimientos se comunican a la trompa grávida; el cuello normal o blando puede estar entreabierto, pero nunca tiene la permeabilidad observada en el canal del aborto uterino; el cuerpo uterino, es en general blando, sin modificaciones de tamaño apreciables; pero sólo transcurridas algunas semanas de amenorrea se produce un aumento de tamaño, pero no comparable al observado en el embarazo normal del mismo tiempo; la mayoría de las veces, la trompa grávida forma cuerpo con el útero (Metzger) y, lejos de encontrarla como un tumor independiente, es más bien una deformación acolada al útero y con tendencia a caer en el fondo de saco posterior. La exploración debe ser siempre suave para evitar la desgraciada contingencia de provocar el estallido del ectópico entre los dedos; la búsqueda del surco de separación entre masa anexial y cuerpo uterino, debe ser muy cautelosa y, la ocu-

rrencia de un mareo, una lipotimia en el curso del examen debe ser debidamente valorada y éste, suspendido. El signo de Horrocks, carece de valor :la percepción del latido de las uterinas es conocida en el curso de distintos procesos fuera del ectópico.

Es en estos casos de sospecha de E.E., donde la observación y la vigilancia atenta de la enferma rinden sus positivos resultados: los síntomas funcionales no declinan del todo; la metrorragia resiste al reposo y al hielo; el dolor, sólo es controlado por los analgésicos, pero no por la quietud ni la refrigeración como sucede en los procesos anexiales; los exámenes sucesivos muestran que "ese algo doloroso" parauterino, crece; la sensibilidad posterior, sin ser un verdadero signo del Douglas (Proust) trasunta en su variabilidad, la presencia de la trompa grávida, acolada al útero y caída hacia atrás. Si las condiciones de enferma y medio lo permiten es el momento de recordar y poner en marcha los elementos auxiliares del diagnóstico clínico que serán estudiados críticamente mas adelante. Algunos autores han querido dar valor en esta etapa del diagnóstico a la curva de la temperatura rectal matinal: su elevación sabemos, traduce una actividad progesterónica evidente como se ve en la post-ovulación y ciertos quistes luteínicos. lo que le resta valor. Tampoco aconsejamos sistemáticamente en estos casos la punción del Douglas; porque si en algunos casos puede observarse pequeñas cantidades de sangre eyaculadas, diríamos por una trompa grávida no rota, su ausencia no invalida el ectópico. De un gran valor cuando es positiva, de nada sirve cuando es negativa. También proscibimos el legrado en estas enfermas dudosas; inexplicablemente aconsejado por MacLeod, Gernez y Moulouguet, destacando que el simple examen macroscópico de los restos de caduca no permitía un diagnóstico, presentaron a la Sociedad de Cirugía de Paris, con el nombre de prueba de Lécene, 3 resultados esquematizados así:

1º Mucosa uterina normal: no hay caduca = salpingitis;  
2º) presencia de caduca sin vellosidades coriales = embarazo extrauterino; 3º) presencia de caduca con vellosidades coriales = aborto uterino. Romney y colaboradores, estudiando recientemente 115 endometrios de embarazos ectópicos, en un valioso trabajo llegan a la conclusión siguiente: "en ellos se encuentran endometrios exhibiendo los cambios propios del ciclo menstrual, más que la transformación decidual, en un alto porcentaje de ca-

sos "y, Te Linde y Henriksen, sostienen que los cambios deciduales del endometrio se observan tanto en los E.E. como en quistes del cuerpo amarillo y en tumores de la granulosa" (sic). No existe según estos estudios todavía, ningún elemento diagnóstico diferencial que permita establecer o excluir una preñez ectópica por el único estudio endometrial; sólo el 19 % de los endometrios estudiados mostró la presencia de decidua sin vellosidades coriónicas. No es extraño, porque las complejas alteraciones hormonales secundarias al extrauterino, dependen de factores múltiples y son inconstantes en su expresión citológica. Agreguemos a propósito del legrado y nosotros coincidimos con Reed, el gran valor que tiene la persistencia de metrorragias cotidianas después del raspado; y, Mondor sostiene que muchas hemorragias cataclísmicas, pueden desencadenarse en estas circunstancias.

Ni la temperatura ni la hematología sufren alteraciones significativas en el ectópico latente. La prueba de Farheus, está aumentada como en todo embarazo: 30-40 mm. por hora; la eritrosedimentación es pues muy inferior a la observada en los procesos inflamatorios.

Las reacciones biológicas del embarazo: Ascheim-Zondek; Friedman; Galli Mainini, cuando son positivas indican que hay vellosidades coriales activas en el tractus genital, pero carecen de valor para discernir si el embarazo es intra o extrauterino; positiva para Palmer y Proust en 80 a 95 % de los casos; en 30 % para Trettenero, en 90 % para Caretti, puede ser negativa, aún con elementos angioterbrantes capaces de provocar una hemorragia grave. Se sabe (Ricci) que las curvas de la eliminación hormonal de las gonadotrofinas y de la foliculina se mantienen paralelas en el embarazo normal; en el ectópico, la muerte del huevo determina la caída de la curva foliculínica con conservación de la curva de gonadotrofinas, traduciendo la actividad del tejido coriónico. Una reacción biológica positiva uros 10 días después del legrado, por ejemplo, es un gran argumento en favor del ectópico (Reed); pero el Friedman cualitativo sólo no sirve porque puede darlo los embarazos y los quistes del cuerpo folicular. Las dosificaciones cuantitativas indican; por encima de 1.000 u. embarazo activo intra o extrauterino; entre 150 y 500 u. huevo muerto intra o extrauterino; entre 100 y 150 u. huevo muerto intra o extrauterino o quiste foliculínico.

En resumen y prácticamente: los test biológicos de embarazo, son de muy poca ayuda en los diagnósticos dudosos (Word-Marchetti y colaboradores, Argonz-Ricci): si son positivos con semiología de ectópico, pueden precipitar una operación; cuando son negativos, no nos autorizan a desechar el diagnóstico.

En cuanto a la radiología, de gran utilidad en los ectópicos muy avanzados, tiene en los casos de hematosalpinx, en los casos latentes, formales contraindicaciones (Campos da Paz). Desde 1937, después de las comunicaciones de Ruddock y de Hope, un nuevo elemento auxiliar se viene usando en las clínicas avanzadas y se ha empleado, aunque no frecuentemente en nuestro servicio; nos referimos a la celioscopia por vía transdominal (laparoscopia) o transvaginal posterior (culdoscopia). Consiste en introducir a través de una botonera practicada bajo anestesia local, 4 cms. por debajo del ombligo (laparoscopia) o a través del fondo de saco vaginal posterior (culdoscopia) un aparato endoscópico a visión directa y lateral. Previamente se provoca un neumoperitoneo con O<sub>2</sub> o con CO<sub>2</sub>, inosuflando el gas hasta que la distensión dolorosa señale una presión intrabdominal de 25 mm. de Hg. La enferma se examina en decúbito dorsal y luego en Trendelenburg, pudiéndose visualizar en casos de embarazo normal el útero globuloso violáceo e inconfundible, y, en casos de síndrome de E.E. es posible determinar si la masa laterouterina es un hematosalpinx, un quiste de ovario o una lesión anexial. Exige manualidad, entrenamiento, ambiente aséptico e instrumentación perfecta; sus peligros, son la lesión accidental de ansas o epiplón que pudieran estar adheridas como consecuencia de lesiones u operaciones anteriores. Su despiste por una radiografía de perfil puede ser útil.

Después de estudiar extensamente el diagnóstico del E.E. latente, del hemotosalpinx, encararemos el de sus posibilidades evolutivas: el aborto tubario primero y la rotura tubaria, después.

**Aborto Tubario.** — El dolor intermitente, esporádico observado en el ectópico latente traduce los empujes de visceralgia por distensión tubaria: la apoplejía ovular, que decola y mata al huevo, se produce porque las vellosidades coriales pierden su vitalidad se atrofian y retraen, facilitando la extravasación sanguínea entre la placenta y la pared tubaria: su resultado es el hematosalpinx. El aborto tubario, constituye la segunda etapa de ese

drama visceral (Stajano): la sangre puede fluir en forma intermitente, como un verdadero hilo que corre hacia el Douglas. Pero otras veces la separación entre huevo y trompa se completa bruscamente: el embrión cae al peritoneo, donde muere sofocado por la atmósfera de coágulos del hematocele; o puede, en casos mas raros, persistir en carácter de embarazo secundario abdominal. Este, es más frecuente que el abdominal primitivo; de

**DIAGNOSTICO CLINICO EN HEMOPERITONEO AGUDO POR EMBARAZO ECTOPICO.**

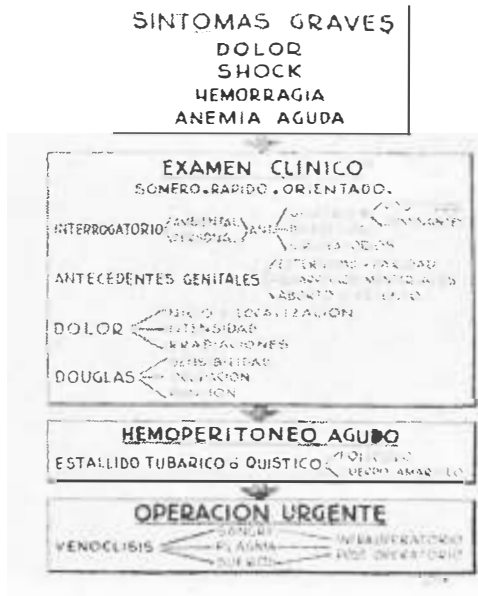


Figura 2

Giorgi, sin embargo, no lo supone tan raro y vincula su localización a la endometriosis peritoneal.

Una mujer en aparente buena salud o con disturbios menstruales como los ya referidos extensamente, en forma súbita, brusca, presenta un cuadro agudo de vientre, con dolor intenso, brusco, siderante, con todas las gradaciones en su acuidad, ritmo, irradiaciones, etc., sobre lo que no volveremos. Un desvanecimiento pasajero, un mareo más intenso, o una lipotimia seria con pérdida del conocimiento traducen el ataque del estado general; el pulso en general taquicárdico, hipotenso, puede otras veces ser bradicárdico; hay palidez, disnea superficial; inquietud; puede existir estado nauseoso, vómitos, diarrea. No hay hi-

periternia. Todo movimiento espontáneo o comandado se traduce por la reproducción de los mareos, por alteración del pulso, y de la presión. Este cuadro de shock moderado, puede mejorar y aún la enferma recobrase: aunque todo ha pasado, persiste una astenia y cierta labilidad neurovascular de gran importancia para el diagnóstico; el médico no debe dejar transcurrir este llamado síndrome de "alarma providencial" sin completar su examen en forma exhaustiva, dominado su pensamiento por la gestación ectópica. Este cuadro de aborto intraperitoneal, puede presentar todos los matices de gravedad y suceder en forma de accidente único o con más frecuencia de accidentes a repetición con agravación sucesiva de los síntomas. En estas enfermas, insistimos, hay que buscar los accidentes de irregularidad menstrual, de pequeña metrorragia, incapaz de explicar su gran palidez; debemos despreciar la tendencia lipotímica, sincopal, recidivante, sobre todo en los cambios de posición. Esa misma tendencia no se observa en otros cuadros de shock abdominal por oclusión, perforación, etc., donde el cuadro sincopal es único.

Es también en el aborto tubario, donde se encuentran con toda frecuencia las irradiaciones dolorosas a los miembros, a los genitales, a la región anal; y, en especial los signos de dolor tardío, alto, referidos desde 1910 por Guinard y después por Dewes, Jonescu, Sabatier, etc. En 1919, Laffont describió distintos puntos dolorosos: costal, epigástrico, manubrial, escapular, deltoideo, axilar, humeral, cervicales bajos, lumbares, a los que puede agregarse los puntos de Head, a nivel de la 2<sup>a</sup> cervical y de la 10<sup>a</sup> y 11<sup>a</sup> dorsal. Ellos pueden agruparse como dolores anteriores y posteriores precordiales, torácicos y escapulares: Laffont atribuyó su origen a la hemorragia intraperitoneal por rotura tubaria, acompañada siempre de matidez en las fosas ilíacas lo que traduciría su gran cantidad. En 1924, lo describe otra vez como "un nuevo signo de embarazo tubario"; Mondor en su conocida obra publicada en 1930, dice que "no es ni un signo nuevo, ni de embarazo extrauterino". Stajano, quien desde 1920 se ocupa en numerosos trabajos de la reacción frénica en distintas afecciones, analiza en 1946 las opiniones de Laffont, Ferrari, Douay, Mondor, Sureau, etc., reafirmando con documentadas razones que la reacción frénica no traduce solamente el embarazo tubario; no es patrimonio de una viscera en particular; es la consecuencia de la irrotación del peritoneo frénico por el contacto con la sangre, ya

provenga ésta de un ectópico roto, como de un estallido del bazo o del hígado; o de un hemoperitoneo genital no gestativo: quistes foliculares; o de una perforación visceral cualquiera. La reacción frénica cuando existe, tiene un gran valor dentro del cuadro del embarazo ectópico, por cuanto indica sangre libre en el peritoneo alto; cuando el hemoperitoneo sospechado es pequeño, basta poner la enferma en Trendelenburg, para despertar una reacción frénica que cesa con el cambio de posición; pero su ausencia en ciertos derrames grandes bloqueados por complejos adherenciales epiploico-intestinales, no invalida el diagnóstico de ectópico. Es un signo más; de gran valor; a tener en cuenta en ciertos diagnósticos diferenciales, sobre todo cuando se sahe establecer su cronología, para no confundirlo ni con los signos de distensión visceral, ni de perforación.

**Exploración del Douglas.**— Este importante y valioso signo diagnóstico, fué referido desde 1914 por Proust, como una sensibilidad, un dolor exquisito “determinado por la palpación profunda del fondo de saco vaginal posterior, sin percepción de sangre; sensibilidad distinta de la que podría dar una anexitis o un ovario sensibles prolabados en el fondo de saco posterior”. Mondor que acogió con entusiasmo el valor del signo del Douglas descrito por Proust, lo trata extensamente en su libro, aclarando que es una sensibilidad recogida “sin tumefacción, sin percepción de masa alguna” y, destaca que su gran valor es decisivo, porque es una sensibilidad sin contractura abdominal. Sería para ellos consecuencia del derrame sanguíneo intraperitoneal bajo. En cambio, cuando el Douglas está ocupado por un hematocele reciente se percibe como un desdoblamiento de sus paredes anterior y posterior; Solowig y Bertolini, describen en el Douglas ocupado, una “sensación sutil como de hidrocele a poca tensión, o semejante a la de ciertas ascitis” recogándose muy a menudo una sensación pastosa. Para Stajano, el signo del Douglas, es un dolor contemporáneo a la crisis visceral por distensión aguda, con hemorragia intracavitaria: cronológicamente es, como esas crisis, transitorio y fugaz; es un síntoma de peritonismo pelviano al mismo título que la distensión sin contractura, y que el tenesmo rectal. Este dolor del Douglas, súbito, máximo desde el comienzo “es independiente de la intensidad y de la cantidad del derrame” (sic). Y, luego sostiene las conclusiones siguientes:



lo he verificado en distintos cuadros agudos de vientre, no genitales ni hemorrágicos: perforaciones, torsiones, volvulus, etc., sería una expresión de peritonismo fugaz episódico; no traduce fatalmente un hemoperitoneo, sino por el contrario coincide, disminuye, o se exagera paralelamente a las distensiones de la trompa o a su rotura. Esa intermitencia dolorosa del Douglas, también acreditada por Mondor, es de un gran valor para diagnosticar las hemorragias intratubarias en varios episodios, en aquellos E.E. que evolucionan por crisis sucesivas. El Douglas doloroso, sería para Stajano, "la máscara hemorrágica del shock en las visceralgias agudas"; cuadros que pueden ser reproducidos u observados accidentalmente en el curso de las insuflaciones de gas o lipiodol dentro de las tubas obturadas. Cualquiera que sea su verdadera interpretación nosotros creemos en base a verificaciones clínico-operatorias que en la tramitación de un diagnóstico sospechado de hemoperitoneo, esa sensibilidad del Douglas, es de un grande, positivo y temprano valor; porque volvemos a repetirlo una vez más, diagnosticar una ectogravidez, esperando la confirmación sintomática llamativa de sus peligrosas complicaciones, sería "como esperar el dolor en el cáncer y la consunción en la tisis" (Werth). Vamos a encarar a continuación:

**Rctura Tubaria.**— La rotura tubaria, es un cuadro grave de perforación visceral; altamente chocante; es el acto final del drama tubario iniciado en el hematosalpinx; y, en algunos casos, por suerte los menos, un prólogo inusitado y trágico cuando la rotura del istmo asienta más cerca del cuerno uterino; siendo la variedad más violenta la hemorragia cataclísmica, rápida, copiosa por estallido del ectópico intersticial.

Una mujer suponiéndose o no embarazada, en plena salud o con los prodromos conocidos o menospreciados de una irregularidad menstrual, más equívoca cuando es habitual: encontrándose en reposo o con motivo de un mínimo esfuerzo en el trabajo, en el deporte, la vida corriente, (una relación sexual, la defecación) o bien durante un examen o una exploración instrumental inocente o deliberada; o un legrado uterino por error de diagnóstico o buscando un elemento citológico auxiliar, es presa de un dolor inesperado, agudo, terebrante, en puñalada; de inicio brusco, de instalación rápida, de intensidad brutal, localizado en el bajo vientre. Clara o vagamente referido primero a una fosa ilíaca,

lo he verificado en distintos cuadros agudos de vientre, no genitales ni hemorrágicos: perforaciones, torsiones, volvulus, etc., sería una expresión de peritonismo fugaz episódico; no traduce fatalmente un hemoperitoneo, sino por el contrario coincide, disminuye, o se exagera paralelamente a las distensiones de la trompa o a su rotura. Esa intermitencia dolorosa del Douglas, también acreditada por Mondor, es de un gran valor para diagnosticar las hemorragias intratubarias en varios episodios, en aquellos E.E. que evolucionan por crisis sucesivas. El Douglas doloroso, sería para Stajano, "la máscara hemorrágica del shock en las visceralgias agudas"; cuadros que pueden ser reproducidos u observados accidentalmente en el curso de las insuflaciones de gas o lipiodol dentro de las tubas obturadas. Cualquiera que sea su verdadera interpretación nosotros creemos en base a verificaciones clinico-operatorias que en la tramitación de un diagnóstico sospechado de hemoperitoneo, esa sensibilidad del Douglas, es de un grande, positivo y temprano valor; porque volvemos a repetirlo una vez más, diagnosticar una ectogravidez, esperando la confirmación sintomática llamativa de sus peligrosas complicaciones, sería "como esperar el dolor en el cáncer y la consunción en la tisis" (Werth). Vamos a encarar a continuación:

**Rotura Tubaria.**—La rotura tubaria, es un cuadro grave de perforación visceral; altamente chocante; es el acto final del drama tubario iniciado en el hematosalpinx; y, en algunos casos, por suerte los menos, un prólogo inusitado y trágico cuando la rotura del istmo asienta más cerca del cuerno uterino; siendo la variedad más violenta la hemorragia cataclísmica, rápida, copiosa por estallido del ectópico intersticial.

Una mujer suponiéndose o no embarazada, en plena salud o con los prodromos conocidos o menospreciados de una irregularidad menstrual, más equívoca cuando es habitual; encontrándose en reposo o con motivo de un mínimo esfuerzo en el trabajo, en el deporte, la vida corriente, (una relación sexual, la defecación) o bien durante un examen o una exploración instrumental inocente o deliberada; o un legrado uterino por error de diagnóstico o buscando un elemento citológico auxiliar, es presa de un dolor inesperado, agudo, terebrante, en puñalada; de inicio brusco, de instalación rápida, de intensidad brutal, localizado en el bajo vientre. Clara o vagamente referido primero a una fosa ilíaca,

es de posterior difusión abdominal, universal; de duración variable pero siderante, provocando un estado sincopal profundo, sostenido, reiterado al menor esfuerzo o movimiento. Es una situación dramática e inolvidable cuando se ha vivido una vez.

La enferma puede o no haber perdido el conocimiento; pero, al recobrase queda en profunda obnubilación y amnesia; facies de intenso sufrimiento, pálido y sudoroso; fría; la mirada sin brillo, temerosa; hay una hipotensión marcada y el pulso es en general de 140-160; otras veces filiforme incontable, sorprende cuando late con lentitud. Hay algidez y sudación viscosa de las extremidades; taquípnea anhelante; sed de aire; el cuerpo fijado en una actitud antálgica para evitar con el menor movimiento la repetición de los síntomas. La temperatura en general baja o normal. El interrogatorio se hace penoso por la astenia física y psíquica, la hipoxia cerebral, la sed intensa con mucosas reseca. Este es el cuadro dramático de un hemoperitoneo agudo, de origen gestacional o no, con sus episodios sucesivos e intrincados de shock-hemorragia-anemia aguda. Pudo aparecer sin acompañarse de genitorragias; o con motivo de una menstruación: atrasada o en fecha; y, el interrogatorio ambiente, informa la más de las veces de irregularidades menstruales o de una amenorrea de corta duración.

El examen debe ser somero; a menudo es peligroso e innecesario, sobre todo en ausencia de un pasado patológico destacado: digestivo, urinario o traumático.

Si se trata de una virgen en pleno intermenstruo o pocos días después de la presunta ovulación, podemos estar en presencia de un hemoperitoneo agudo por rotura de un quiste folicular evolutivo, siendo las más llamativas, las hemorragias originadas en el cuerpo amarillo quístico o no. Actualmente en estos casos se intensifican los exámenes histológicos sobre el material extraído, para despistar la posibilidad de un embarazo intraovárico implantado en pleno folículo y, rápidamente abortado.

Tal es el cuadro cataclísmico de Barnes de clásica descripción; pero, existen distintos grados evolutivos en la intensidad y duración de estos accidentes, pudiendo remitir transitoriamente, con aparente recuperación de la enferma. Pero en general subsisten: pérdidas, dolores gravativos, pero fugaces, intermitentes; anemia moderada; reiteración de los mareos sin llegar a ser lipotimias verdaderas. Lo común es que la localización y las

irradiaciones del dolor, con sensaciones vesicales y rectales molestas, dirijan el examen hacia la pelvis. El útero poco modificado en tamaño, es de movilización muy sensible, encontrándose desplazado, con el cuello alto y blando; existe una masa perituterina que lo engloba cuya consistencia pastosa cruórica, despierta la idea de sangre bloqueada, coagulada, de contornos sensibles, por los vínculos epiploico intestinales contraídos. Esta masa es amenudo confundida con una anexitis con perianixitis, pero sin matices inflamatorios. Se ha constituido el hematocele perituterino, cuyo destino evolutivo puede ser su crecimiento, por nuevas hemorragias dolorosas; su organización; y menos, en esta época de antibióticos, la infección y supuración.

Aquí hay además un Douglas ocupado, con molestias rectales y vesicales; meteorismo general o regional; poliururia dolorosa. El examen, sobre todo al comienzo, debe ser prudente para no desprender el coágulo obturador del vaso que sangra. Estas enfermas acusan hipertermia, 38° o más, anemia rebelde al tratamiento y sufrimientos vagos y caprichosos del bajo vientre. Recordemos que cualquier E.E. puede dar cuadros paradójales: de gravedad aparentemente extrema con hemoperitoneo discreto; otras veces una hemorragia copiosa puede constituirse solapadamente, con síntomas pelvianos y generales soportables; y, en nuestra estadística registramos el caso de M. de S. M. (S. A.) quien solicitó desde su oficina ser atendida en el consultorio al que concurrió por sus propios medios; 2 horas después comprobábamos en la operación un hemoperitoneo de más de 1 litro! Se podría incurrir en preciosismos teóricos buscando la diferenciación patogénica y topográfica en muchos de estos cuadros de gran accidente en la ectogravidez; creemos que el clínico debe conformarse con establecer la existencia de la visceralgia aguda, con shock y hemorragia y de probable origen gestacional. Y, todavía se seguirán operando mujeres sospechosas de ectópico, en las cuales el cuadro de ruidosa sintomatología funcional dependerá de un quiste hemático fisurado o no, pese a los antecedentes, etc. etc.

En los casos de ictus abdominal con inundación peritoneal, se han descrito algunos signos carentes de jerarquía y que sólo mencionamos al pasar:

1º Signo de Hofstätter-Cullen-Hellendal: es la coloración rojo azulada de la cicatriz umbilical en el hemoperitoneo; es una rareza. su descubridor lo vió 3 veces; nosotros, 1, en 20 años.

2º Signo de Kustallow: coloración azafranada en las palmas de las manos y plantas del pie. en las grandes hemorragias; semejante a las pseudo ictericias hematinémicas por reabsorción de la hematoïdina (Conill), sería un signo muy tardío.

3º Signo de Salmón: anisocoria observada en los hemoperitoneos gravídicos. La midirasis desaparece a las 24 o 48 horas después de la operación; Salmon lo vió 4 veces en 10 E.E. y Pirano lo menciona en su trabajo, 11 veces en 30 ectópicos.

Signo de Ody: dolor vivísimo con la micción o el sondeo;

Signo de Herzfeld: deseo imperioso de orinar;

Signo de Mossadegh: deseo imperioso y dolorosísimo de defecar; estos 3 serían todos, contemporáneos de la rotura.

**Exámenes complementarios.**— De todos, el que tiene mayor valor es la **punción del Douglas**. Es una paracentesis a través del fondo del saco vaginal posterior, realizada previa desinfección rigurosa, con una aguja de punción lumbar provista de mandril. Se pinza el labio posterior del cuello uterino mientras una valva deprime el periné traccionando suavemente, para distender el fondo del saco y puncionando contra la cara posterior del útero sin perder contacto con ella, hasta entrar en el Douglas. Conectamos entonces a la aguja una jeringa de 10 cc. esterilizada en seco o por ebullición; si ha estado en alcohol debemos enjuagarla con suero o agua estéril, para evitar la coagulación de sangre circulante en una eventual punción de algún vaso sanguíneo. Recomendada por Mocquot, fué objeto en nuestro medio de un trabajo de Canzani y Colistro en 1929, lo que nos decidió a su empleo desde nuestro internado en 1930. En 1946, Rodríguez López, puntualiza así sus resultados: es el medio más práctico y sencillo para determinar la existencia de un hematocele. La punción positiva retira sangre líquida, hemolizada o con pequeños coagulitos; la punción falsamente positiva, cuando se ha penetrado en una vena por ejemplo, retira sangre oscura, pero sin microcoágulos en suspensión: cuando no hay hematocele podemos retirar a veces un poco de líquido seroso o realizar una punción

en blanco. Todo otro aspecto del líquido de punción no corresponde a un hematocele.

**Hemograma.** — Lilian Farrar, cuya cita es clásica, demostró que en 48 % de los E.E. hay entre 4 y 10 mil leucocitos; en 36 % entre 10 y 16.000 y en 15 % por encima de 16.000. Verhoogen, da un gran valor a la leucocitosis importante y precoz en el E.E. entre 20 y 40.000 en la primera hora que sigue a la hemorragia y antes que se despiste la anemia franca. Masse, coincide con cifras algo más bajas, pero ambos admiten una polinucleosis grande inicial, precediendo a la hipocitemia y a la hipocromemia en los casos de hemorragia interna por accidente de embarazo ectópico.

Rápidamente después de la operación hay una caída de la leucocitosis que llega a 10.000 y, a la polinucleosis sucede una linfocitosis de más del 30 % y una eosinofilia del 5 al 10 %.

**Eritrosedimentación.**— En un 75 % de los casos, la prueba de Farneus (valor normal 20 mm. hora) estaría algo acelerada: entre 25 y 35 mm.; pero siempre por debajo de los valores observados en las anexitis o infecciones. Su asociación con una hiperleucocitosis sin fiebre es un argumento más en favor de la inundación peritoneal y desecha la idea de salpingitis, cólico hepático o nefrítico. (Meylan-Mossadegh). Schiller y Orstein, sostienen el interés de la **urobilinuria** en los grandes derrames encontrándolas en el 80 % de los casos; se le han formulado como objeciones: aumento de la eliminación de urobilina en casos de hematoma en otra parte del organismo; insuficiencia hepática, estados febriles.

Ricci G. desde 1938, investiga la **bilirrubina en el suero**, por la técnica de Van der Bergh. La prueba es positiva 12 horas después del derrame y persiste hasta la reabsorción total. La considera positiva por encima de 4 unidades Van der Bergh y negativa, por debajo de 4. Su fidelidad en 30 casos se demuestra por los positivos hallados en los casos de E.E. indudables; v. los negativos, registrados en los casos de diagnóstico falso y erróneos.

**DIAGNOSTICO DE CIERTAS FORMAS ATIPICAS DEL EMBARAZO ECTOPICO.** — Analizar solamente aquellas que constituyen cuadros atípicos del hemoperitoneo libre: forma **pseudo peritonítica**; forma **pseudoclusiva**; pseudo apendicular; pseu-

do colelitíásica; pseudopancreática. Y, aquellas que lo son del hemoperitoneo circunscripto pseudo salpingiana; forma pseudo abortiva.

**Forma pseudo-peritonítica.**—Presenta dolor vivo, temperatura de 38-39°; vómitos, constipación de gases y materias; hiperestesia cutánea; contractura abdominal (?) facies poco tocado. Se piensa en peritonitis por perforación o en pelviperitonitis de origen abortivo o salpingiano. Aquí tienen un decisivo valor la discriminación atenta entre lo que es contractura y lo que es defensa dolorosa, los antecedentes genitales y la punción positiva del Douglas.

**Forma pseudo oclusiva.**—Esta simula un cuadro de ileo paralítico, a veces con vómitos fecaloides por el predominio de los síntomas reflejos intestinales con antiperistalsis. Ya los viejos clínicos decían: "embarazo con síntomas oclusivos = ectópico accidentado" (Pinaré). Y, para nosotros, los íleos parcelares, regionales siempre nos han sido de gran valor en el diagnóstico.

**Forma pseudo apendicular.**—Aquí el cuadro agudo simula una apendicitis y aún perforada; pero tiene gran valor: el comienzo periumbilical y la epigastralgia posterior, la contractura de defensa y la fiebre para la apendicitis. Pero cuando la historia no es digestiva pura o predominante; cuando más que contractura es una defensa dolorosa y existen elementos genitales: disturbios menstruales con metrorragias; facies apático y más pálido; hipotensión arterial y pulso variable, debemos sospechar el E.E. con el cual menos errores se cometerían con historias más completas y exámenes más atentos (Mondor).

**Forma pseudo-colelitíásica y pseudo-pancreática.**—Estas formas acumulan su predominio sintomático aparente en el piso supramesocólico, con dolores vivos en la región vesicular, irradiaciones escapulares, ictericia o subictericia; shock con fondo anémico; y cuando se trata de enfermas con antecedentes de cólicos hepáticos menstruales, desde luego el diagnóstico, es más difícil. Cuando el shock es más intenso, la anemia más marcada con irradiaciones lumbares y dorsales izquierdas, el diagnóstico de pancreatitis hemorrágica es a menudo hecho; pero la prueba

de la amilasa negativa, la rápida recuperación postransfusional, unidos a la historia y al examen genital pueden enderezar a menudo el diagnóstico. Estos cuadros pueden verse en abortos tubarios y con escaso hemoperitoneo, guardando un preciado recuerdo del internado, porque nuestra primera intervención por E.E. (1930) premió un diagnóstico hecho en una enferma ingresada al Servicio B. de Ginecología, como una colecistopatía aguda litiasica con trastornos menstruales.

cos a marcha solapada, con hemoperitoneo circunscripto donde el hematoma peritubario es tomado por una trompa o masa anexial. La historia refiere dolores vagos, con pesantez y tironeos, crisis pasajeras; trastornos menstruales. Hay que asignar mucho valor al pequeño mareo, la tendencia lipotímica con los movimientos o inesperada; la evolución caprichosa de esa masa anexial que al examen encontramos: única, a contornos borrosos, pegada al útero. Debemos repetir los exámenes evolutivamente; usar los recursos del laboratorio extensamente estudiados; y, con todo la laparotomía nos deparará a menudo la sorpresa de encontrar un hematosalpinx en vez de una masa anexial inflamatoria.

**Forma pseudo-abortiva.**— Aquí se piensa en un aborto intrauterino y no es infrecuente que se practiquen legrados siempre peligrosos (Mondor). En un segundo tiempo, luego de metroorragias que persisten, estalla o se agrava el hemoperitoneo, cuya semiología clínica y auxiliar, facilitan el diagnóstico. En cuanto a las formas pseudo-bacilar crónica (un caso reciente en nuestra estadística) pseudo-peritoneal crónica, sin negar su existencia por supuesto, las creemos menos frecuentes en los ambientes ginecológicos actuales, avanzados.

Debemos ahora ocuparnos de las localizaciones menos frecuentes del embarazo ectópico.

**Forma abdominal.**— Es generalmente secundaria, aunque no se descarta la posibilidad de la implantación primitiva (de Giorgi) sobre la que falta sin embargo, pruebas irrefutables. Cuando el huevo se implanta en el ambiente peritoneal, por razones anatómicas su nidación ectópica se observa con más frecuencia en la pelvis, en el Douglas, cara posterior del útero, cara ante-



rior del recto, sigmoides, alerón posterior del ligamento ancho, etc., condicionando esa topografía la característica de los síntomas observados. Cuando raramente la ectogravidez, traspone el cuarto mes sin estallar, comprobamos una tumoración grande, a crecimiento lento, con signos pronunciados de un embarazo mal tolerado, muy tóxico, y con gran repercusión sobre el tubo digestivo y el sistema urinario. Salvo casos especiales, estos embarazos abdominales sobrellevados por la mujer como un embarazo con gestosis seria; y en los casos siempre referidos en las publicaciones científicas, de los que una ínfima parte llega a término y menos con feto viable o que haya sobrevivido, evidentes y ruidosas complicaciones llaman la atención del clínico sobre esa gestación. El huevo ectópico intraabdominal actúa como un tumor tóxico, por cuanto es funcionante y agresor en la medida que la placenta agravia anatómicamente las vísceras que se fija, y, en la medida también en que la circulación hormonal es más desordenada; como tumor comprime y es causa de oclusiones o suboclusiones intestinales de enorme valor diagnóstico; determina hidroureteronefrosis, perturba la circulación esplácnica y llama la atención por su irregularidad, su sensibilidad, sus contracciones caprichosas en base a los vínculos epiploico-intestinales contraídos y a la actividad fetal dentro de un saco ovular de paredes atípicas sobre las que no se ejerce el control tónico habitual del músculo uterino grávido. Este tumor generalmente lateral de engorrosa apariencia, con latidos fetales audibles fuera de las zonas acostumbradas, se acompaña a menudo de metrorragias, que hicieron pensar en placenta previa; el feto cuando se puede percibir, generalmente está en transversa u oblicua; y, espontáneamente y durante el examen la madre acusa dolores intensos. Su llegada a término o a sus vecindades; un falso trabajo de parto muy doloroso e ineficaz, determina el examen pélvico: cuello totalmente desplazado, retropúbico; puede tocarse, y esto tiene gran valor, el cuerpo uterino engrosado, lateralizado por el tumor, debido a la impregnación hormonal gestacional. Si la clínica no basta, los rayos X son decisivos, con o sin exploración instrumental o contrastada de la pequeña cavidad uterina vacía. Según Beacham, citado por Mc Elin, sólo 258 casos de ectópicos abdominales y unos 100 ováricos se han registrado en la literatura sajona hasta 1951, y para Cross y asociados en la proporción de 1 2.207. En nuestro país hay pocos casos referidos por

Infantozzi y Rey Vercesi; personalmente recordamos uno sólo en cuya discusión diagnóstica intervenimos haciendo pesar la gran sintomatología del ileo; fué operado en Maternidad, por Alvarez H. Ultimamente se han separado del cuadro de las gestaciones intraabdominales unos 45 casos de embarazo intratubarios que han llegado al término o a su vecindad sin romperse y que estarían caracterizados: a) el saco embrionario está formado por la tuba y ésta no muestra signo de fisuración por pequeño que fuere; b) la histología muestra en el saco elementos epiteliales y musculares de la trompa; c) la completa extirpación del saco fetal y del embrión que encierra, por la salpingectomía. Según O.Conell, 9 casos llegaron a término con sólo 5 niños vivos. En una reciente revisión de Paul Isbell, acerca del embarazo ovárico primitivo, el que se observaría cada 25.000 gestaciones; calcula su número auténtico entre 60 (Curtis) y 200; y, seguramente si todas las lesiones hemorrágicas de ovario por pequeñas que fueran se sometieran a estudio histológico, su número aumentaría. El ectópico ovárico, que tiene una clínica inseparable del tubario aunque menos complicada, puede llegar a término, según Williams 11 veces sobre 35; su diagnóstico intraoperatorio exige presencia de trompas íntegras y existencia de elementos amniocoriales en el ovisaco intraovárico. Cuando clínicamente estemos en presencia de una ectogravidez probable con tumor látero uterino, con apariencia de un quistoma libre, conviene pensar en ectópico ovárico primitivo. El diagnóstico de formas más raras del E.E. comprendería el estudio de las formas siguientes:

a) **Ectópico intraligamentario:** cuando el huevo produce su efracción hacia adentro del ligamento ancho. Fuera de la fase aguda indidiagnosticable, su desarrollo ulterior da un tumor parametrial donde a los signos y síntomas de una ectogravidez accidental se unen los del síndrome de inclusión con desplazamiento uterino y elevación del cuello.

b) El embarazo sobre un cuerno uterino rudimentario o accesorio; el ectópico sobre un muñón de histerectomía subtotal o de su trompa, son casos comunicados como hallazgos raros y no hay interés en intentar su diagnóstico diferencial imposible.

c) **Ectópico cervical.**—Aquí la anidación ectópica se hace entre los haces musculares del cérvix y no debe ser confundida

con los abortos cervice-ístmicos o segmentarios. Rara vez llega al 5º mes sin que la complicación, profusa hemorragia, obligue a intervenir. Cuando el ectópico cervical crece hacia arriba hace pensar en una placenta previa, pero la perforación puede llevarlo hacia el parametrio o hacia la cavidad abdominal. Para Reisi, la mortalidad por hemorragias es de 25'6 y Studdidorf y Bowles separadamente, sobre la base de unos 60 casos estudiados dan como signo presuntivo del ectópico cervical, un marcado balonamiento del segmento inferior. Esta masa cervico-segmentaria grande, coronada por el pequeño cuerpo uterino, da el recuerdo del casquete ladeado sobre la cabeza del payaso (como en los casos de mioma cervice-ístmicos). Mencionemos para terminar el capítulo, las formas recidivantes sobre la trompa restante; o sobre los muñones; la rareza de la ectogravidez bilateral probada; la coexistencia de embarazo extra e intrauterino, que tanto exponen al error de diagnóstico y tratamiento.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL EMBARAZO ECTOPICO

Estudiando la clínica de su diagnóstico positivo, dimos un gran valor a la historia, a los matices de una aberración menstrual a menudo dolorosa, a los discretos signos de alteraciones funcionales y, menos a la amenorrea. Destacaremos ahora los elementos que pueden facilitar el diagnóstico diferencial entre el E.E. latente o ignorado y:

1º **Embarazos eutópicos con metroorragias.**— Ciertos embarazos intrauterinos, en casos de anteversión, lateroversión y retroversión, con pérdidas, pueden simular un ectópico; pero si la duda surge por la comprobación de una masa aislable a expensas de una zona de reblandecimiento, la ubicación del fondo uterino distinto de la masa lateral y su evolución confirmando signos comunes de gestación, facilitan el diagnóstico. Otra cosa es el **embarazo angular**: aquí la confusión con el ectópico ístmico y el intersticial se fundamentan en que la hipertrofia y el reblandecimiento del cuerno simulan una masa ántero-látero alta, blanduja, contra el útero, mientras que el ectópico es póstero-lateral. El surco de separación dado por un signo de Hegar oblicuo, difiere del surco a veces profundo, pero siempre bajo del ectópico (Bar).

En el embarazo angular hay historia de una gestación normal sin anemia, con escasos dolores y rarísimas pérdidas; el tubario, acusa más dolores, más irregularidades, las metrorragias erráticas se acompañan de expulsión de restos de decidua, con anemia más o menos acentuada: la palpación del ligamento redondo por fuera de la masa en el angular y por dentro, o en medio en el tubario o el intestinal, siempre difícil, no percibida por muchos, se da como signo diferencial, más teórico que real. Douay insiste sobre los cambios de consistencia sorprendidos en exámenes sucesivos en el angular e inexistentes en el tubario, donde la pared es delgada y la musculatura insignificante. La evolución regulariza al angular, mientras lleva al aborto o a la rotura al tubario. Las dificultades crecen cuando se duda entre angular y embarazo en cuerno rudimentario, accesorio o en útero didelfo; esto se sospechará cuando existan otras malformaciones en el tractus genital.

2º.— **Con aborto uterino** (especialmente ovulares, de 2 meses). Aquí la iniciación es progresiva, en general después de amenorrea; los cólicos uterinos iniciados en la región hipogástrica e irradiados a la región lumbar, tienen carácter rítmico y expulsivo; en el E.E. el inicio es brusco, los cólicos desiguales en intensidad y duración: arrítmicos: predominantemente laterales. Las pérdidas, inicialmente moderadas, se intensifican, llegando a ser profundas, con coágulos; en el ectópico, pérdidas pequeñas, intermitentes, sin coágulos, de color cambiante, oscuras; o bien hay un goteo persistente, monótono. A veces ausentes. En el aborto uterino los síntomas funcionales son proporcionales a la intensidad de la hemorragia; en el ectópico, hay desproporción grande entre los síntomas funcionales y la escasa o nula pérdida. Espontáneamente o al examen se recogen restos ovulares, comprobándose útero grande ocupado o vacío, fondos de saco vaginales libres. En el E.E., existe una masa látero-uterina, oblonga, algo firme y sensible, correspondiendo al hematosalpinx. Mencionemos ahora las dificultades que pueden crear la coexistencia de un intrauterino con extrauterinos; en estas circunstancias si después del aborto subsiste la amenorrea, la comprobación de un tumor anexial que crece simultánea o sucesivamente al útero; la aparición de accidentes que hagan sospechar la complicación, facilitan el diagnóstico.

3º Con **ginecopatías funcionales**, con metrorragias, a veces del tipo de pseudo-aborto. La presencia de un tumor látero-uterino, simula un ectópico. Aquí tiene gran valor la historia de los ciclos menstruales y sus alteraciones; la ausencia o distinto carácter de los dolores; la estabilidad volumétrica del quiste parauterino; la ausencia de los pequeños signos funcionales traductores de la pequeña crisis visceral por tensión intracavitaria; el laboratorio y la celioscopia pueden ser de valor; y, en los casos que los quistes foliculares no van a la rotura con producción de hemoperitoneos de entidad variable suelen ser controlados por la hormonoterapia y la fisioterapia inteligentemente indicadas. El diagnóstico diferencial con las **ginecopatías inflamatorias de marcha subaguda o crónica**, se plantea cuando una salpingovariitis unilateral evoluciona con pocos síntomas inflamatorios y se acompaña eventualmente de algunas alteraciones menstruales y aun de metrorragias. La apirexia, la ausencia de antecedente de infección genital, el comienzo brusco de dolores que no declinan ni con el reposo ni con el hielo están en favor del E.E.; la salpingovariitis disminuye con el tratamiento, mientras que el ectópico crece manteniendo un clima de inestabilidad, de síntomas dolorosos y funcionales mínimos que no se observan en los procesos anexiales, cuya bilateralidad o alternancia es lo común.

Con algunas **ginecopatías tumorales benignas**: quistomas ováricos, miomas blandos, cuando coexisten con embarazo pueden prestarse a diagnósticos diferenciales engorrosos si no existen metrorragias con útero blando, moderadamente grande, cuello entreabierto. En los ectópicos evolucionados por encima del 5º mes, lo que dominan son los síntomas de embarazo o tumor; el diagnóstico diferencial debe plantearse entonces con embarazo intrauterino cuando el feto está vivo, y, con mioma uterino y quistoma de ovario cuando no hay signos de embarazo, cuando hay muerte fetal. En el primero de los casos el embarazo se acompaña de dolores, metrorragias, percepción de un tumor contráctil al lado del supuesto útero; existen fenómenos determinados por la compresión y, la placentación visceroperitoneal. Eventualmente una ginecorradiografía simple o un histerograma, o exploración instrumental, bastan. En caso de feto muerto la diferenciación con un mioma o un quistoma ovárico cuando se agoten las diferencias clínicas se hará también por los rayos.

Trataremos ahora el **diagnóstico diferencial en el ectópico complicado**, dando el cuadro agudo de vientre del hemoperitoneo difuso o el menos ruidoso del hemoperitoneo circunscrito, a veces fronterizo con el ectópico latente. Cuando estemos en presencia de un cuadro de hemorragia interna grave, con signos llamativos de localización abdominal: dolores bajos acompañados de reacción frénica, y Douglas positivo, la afirmación de su origen genital se fundamenta en la amnesis, el examen pelviano y la noción de frecuencia (Palmer-Paressant). Este cuadro puede ser simulado por una pancreatitis hemorrágica o un infarto mesentérico y, con menos frecuencia por la rotura espontánea del bazo, del hígado o de apoplejías intraabdominales. Pero a poco que los síntomas de hemorragia interna sean menos patentes, el diagnóstico diferencial puede plantearse con las entidades más diversas: dolores, vómitos y diarreas con hipotensión e hipotermia, gran algidez y ataque grave del estado general, pueden imponerse por un envenenamiento; por una perforación gástrica, una apendicitis hipertóxica, una rotura de pícsalpinx. En todos estos cuadros graves del vientre agudo, sucediendo en una mujer, debemos pensar primero en el ectópico; y, valorizando los antecedentes digestivos, el pulso sobre todo, cuando es bradicárdico, para sorprender sus variaciones, su inestabilidad con posterior aceleración; la historia reciente o alejada, pero extrapelviana; el estudio minucioso de la pared abdominal, para establecer una contractura de defensa, podremos eliminar a veces, con insalvables dudas, el hemoperitoneo de origen ectográvido. El diagnóstico diferencial con las torsiones pediculares, con los cólicos hepáticos y nefríticos, exigen una observación permanente de la enferma, para desechar o adoptar una conducta quirúrgica. Pero indudablemente hay dos afecciones que despiertan una particular atención: a) los procesos anexiales agudos con o sin reacción peritoneal dominante y de frecuente origen gonocócico y, b) la apendicitis aguda.

**A) Procesos anexiales agudos.**—La llamarada peritoneal y la contractura parietal que determina son a menudo pasajeras; y aunque los signos del tacto puedan ser iguales, incluso con dolor en el Douglas, los antecedentes de flujo, fiebre alta; los dolores que aminoran con el reposo el hielo, los antibióticos; la ausencia de lipotimias, de hemorragias son de gran valor diferencial. La

hiperleucocitosis inicial del ectópico, desciende mientras la anemia se hace más patente y, cuando los leucocitos caen hay predominio de linfocitos y eosinofilia importante, entre 5 y 10 %. En cambio la anexitis y su reacción peritoneal, evolucionan con mejoría subjetiva con el tratamiento; con aumento de los síntomas físicos pelvianos, declinación paulatina de la fiebre y de la leucocitosis. El hemoperitoneo libre, exagera los signos y síntomas funcionales de anemia, con tendencia sincopal reiterada. Esto hizo decir a Mondor: temperatura moderada y leucocitosis oscilante = E.E.; temperatura oscilante y leucocitosis uniformemente elevada = procesos anxiales.

**B) Apendicitis aguda.**— Cuando el cuadro agudo de vientre sobreviene sin amenorrea o sin disturbios menstruales y se presenta coincidiendo con la fecha menstrual, el predominio inicial de los signos y síntomas en la fosa iliaca derecha, una hipertermia a veces importante, los vómitos y las náuseas, una falsa contractura y el ileo contemporáneo, pueden simular una apendicitis sobreaguda cuando lo más a menudo es la rotura de un intersticial o ístmico yuxtacornual. La diferencia, cuando la historia no puede recogerse o se ignora deberá buscarse en los signos de anemia brusca, en la tendencia a las lipotimias, en el shock de grado variable; en el examen del sistema genital: útero algo grueso, movilización muy sensible; Douglas hiperestésico; la exploración del fondo de saco derecho, puede ser positiva tanto en la apendicitis como en el ectópico, lo que le resta valor. La leucocitosis puede ser alta en ambos casos y, como signos menores: una cierta excitación persistente con facies congestivo estarían en favor de la apendicitis, contrastando con la palidez, desmayos e hipotensión en el ectópico. La eritrosedimentación está aumentada en los procesos inflamatorios.

Cuando la hemorragia difusa se contiene o cuando el hemoperitoneo ha sido inicialmente de producción lenta, constituyendo el hemoperitoneo circunscripto o hematoma peritubario los diagnósticos diferenciales más usuales e importantes deben plantearse con:

**A) Aborto uterino a tendencia sincopal.**— En efecto, en ciertos abortos, el desprendimiento brusco doloroso del huevo, se acompaña de profusas hemorragias externas, con grave altera-

ción del estado general y síndrome de anemia aguda; en estos casos, Mondor, decía que nuestra preocupación debe ser ante todo "no desconocer el aborto tubario y tomarlo por uterino". Esta posibilidad está apoyada por los casos de hemorragia interna constituidas con moderados síntomas generales y hemorragia externa, apreciable. El examen muestra aquí, útero grueso entreabierto, y en los días siguientes el empastamiento lateral o posterior es tomado por una reacción inflamatoria consecutiva, sobre todo si se sospechan maniobras abortivas. Pero en el aborto uterino hay amenorrea, eliminación de restos y coágulos que son excepcionales e inferiores en el ectópico; en éste, hay desproporción marcada entre los síntomas generales y las comprobaciones físicas; y, la hiperestesia del Douglas constante (Proust), falta en el aborto uterino. Si aún después de practicado el legrado evacuador las dudas persisten, una metrorragia pequeña pero reiterada, persistente, harán pensar en el ectópico y nos llevarán a puncionar el Douglas o buscar los signos y síntomas accesorios, así como los exámenes auxiliares del laboratorio.

**B) Salpingitis.**— Un hematocele látero uterino de constitución lenta, con empujes dolorosos soportables, hipertermia ligera, molestias rectales, límites difusos, estado general poco tocado, ausencia de amenorrea; con los habituales o ignorados disturbios menstruales, es tomado a menudo como una salpingitis y tratado como tal. La historia retrospectiva muestra a menudo, antecedentes inflamatorios y trastornos catameniales, sin permitirnos diferenciar. La evolución indiferente al reposo con hielo; a los antibióticos; la persistencia o el aumento de la masa anexial, su unilateralidad; la caprichosa comprobación de molestias generales en desacuerdo con los signos físicos; los dolores fugaces; la alteración del tránsito intestinal con balonamientos regionales persistentes son, a nuestro juicio de un gran valor, mayor si se pueden relacionar a una esterilidad primaria o secundaria y, sobre todo en ausencia de antecedentes físicos. Cuando el hematocele crece sin efracción que despierte un cuadro agudo de la hemorragia secundaria, sucesiva, puede alcanzar un tamaño considerable, y ser interpretado como un tumor pelviano benigno; una retroversión fija con perianexitis crónica.

El diagnóstico puede ser una sorpresa operatoria en estos casos, aunque Nard le da en estas enfermas mucho valor a su signo.



utilizable tanto en gestacion anormal como en cualquier tumor del abdomen; la iluminación rasante en cámara oscura, permitiendo comprobar un abombamiento o elevación subumbilical unilateral, estaría en favor del E.E.

Al terminar debemos decir que el hemoperitoneo observado en las vírgenes no invalida el diagnóstico de ectópico (hemos operado un caso) pero en general inclina hacia las hemorragias internas no gestacionales, de origen ovárico. En ellas, para Picaud, el dolor sería más violento y las lipotimias menos severas que en el embarazo tubario; como vemos, matices de un valor teórico. Y, nos preguntamos ¿cuántos quistes hemáticos rotos de ovario, originados en el folículo evolutivo, a veces con amenorrea, (quistes del cuerpo amarillo) no serán microectópicos ignorados que sólo un examen afortunado y completo puede descubrir?

TRATAMIENTO. — El tratamiento del E.E. en todas sus localizaciones y manifestaciones evolutivas debe ser quirúrgico: todo tratamiento conservador propuesto, carece de base científica y contraria los principios generales de la cirugía. Schautta, demostró, hace tantos años que contra 86% de mortalidad en la evolución espontánea, se descendía al 5.7% con el tratamiento quirúrgico; si eso sucedía en los comienzos de la cirugía formal, hoy, con los progresos de la técnica (hemoplasmotransfusión, anestias, oxigenoterapia) podemos llegar a una mortalidad global entre 2 y 5% siendo prácticamente nula en los casos operados fuera de las grandes complicaciones.

Un postulado quirúrgico sostiene: "toda pérdida de sangre que desequilibre el aparato circulatorio, debe ser cohibida inmediatamente" y, el E.E. ¿no es acaso, la clínica y tratamiento de una hemorragia interna, con todos los intermedios desde la hemorragia en catarata del hemoperitoneo agudo hasta la hemorragia parcial y temporariamente cohibida del hematocele y la molatubaria? Apenas hecho el diagnóstico hay indicación ejecutiva; y, Torpin dice "un ectópico debe considerarse abandonado, si pocas horas después de visto, no ha sido operado". Algunos cirujanos vacilan en los casos graves prefiriendo tratar el shock; pero Bauman ha demostrado que la parte del shock, debe ser "minimizada" porque no reviste la gravedad de otros tipos y es efímero (Tejerina F.). Además de estar en desproporción con la hemorragia interna, ese "colapso providencial" (Ricci) traduce

una medida de autodefensa orgánica inicial, porque reduce el gasto de la vía sangrante; y, si en vez de operar, levantamos el estado general combatiendo la hipotensión, propiciamos la reabertura del escape circulatorio, agravando el cuadro. Hay que vencer al shock operando: lo urgente es cerrar el vaso que sangra, mientras se completa la terapia del shock, reequilibrando el volumen circulatorio y la concentración proteica; lo que es fácil, con la cirugía moderna, donde el banco de sangre está a la orden del quirófano. Hasta 1936. Simpson, Robb, Polak y Gordon dan preferencia al tratamiento antishock; pero ya en 1908, Ladisnki decía "No sobrestimar el valor del colapso; lo importante es controlar la hemorragia; y, si la operación se hace rápidamente por manos expertas, el shock será tan despreciable, que ninguna muerte se le podrá imputar". Rock, 30 años después dice que la única esperanza de estas pacientes es una pronta operación; si podemos transfundirlas después mejor; mientras inyectar suero glucosado. Conducta que ya seguíamos en 1937, cuando operando una enferma sin pulso, sin anestesia, la salpingectomía rápida y suero glucosado tibio endovenoso, nos permitieron salvarla (14-XI-37). Y, Ware, Johnson dicen "no postergar la operación por ningún motivo" (sic). Y, no otra cosa han hecho el bureau de urgencia y los cirujanos uruguayos, logrando una estadística muy buena, a pesar de operar en precarias condiciones de tratamiento, por carecer hasta hace pocos años, de la posibilidad de una transfusión oportuna. La espera en estos casos donde shock, hemorragia se intrincan, se alternan o se suceden, produce cambios vitales serios por una hipoxia prolongada. El peligro de una hemorragia copiosa pero única, puede ser menor que el de pequeñas sangrías reiteradas; la hipotensión prolongada, con menor circulación portal daña al hepatocito, pero su más seria consecuencia radica en las lesiones por anemia encefálica. Y es importante destacar que una vez ligado el vaso, hay ascenso tensional, y bradicardia, independientes de la venoclisis.

El preoperatorio inmediato del hemoperitoneo agudo real o aparente, exige: recuento de rojos y blancos, hemoglobina, hematocrito y tensión arterial; exámenes que pueden practicarse en todos lados, para apreciar la pérdida del volumen sanguíneo. Una enferma con menos de 3M de rojos, 60 o 60 menos de hemoglobina, una hipotensión de 7, ha perdido mucha sangre, aunque debemos recordar que la anemia se aprecia mejor en las horas siguientes

al ictus, cuando decae la hemoconcentración inicial. Creemos que Wallace exagera cuando admite que por debajo de 8, la volemia disminuye en 2 litros; y, discrepamos con Mc Kesson, para quien siempre hipotensión es sinónimo de shock. El hematocrito nos da la relación plasma: glóbulos, normal 1:1; cuanto más copiosa la hemorragia mayor la relación plasma: globulos. Harkins nivela en 45, fuera del shock y por cada unidad que aumenta este valor calcula 100 c.c. de plasma perdidos; la reposición debe ser rápida, cuando el hematocrito está aumentado entre 5 y 10 unidades. Si no disponemos de hematocrito, podemos determinar la cantidad de plasma a inyectar por la cifra de hemoglobina; se estima que por cada unidad que pasa de 95, valor normal, se han perdido 40 cc. de plasma (Mason y Zintel).

Lo practico, es comenzar por inyectar 500 cc. de sangre, colocar oxígeno mientras nos preparamos para operar. Si disponemos de banco transfundir sangre universal, Rh negativa; si se han hecho sueros glucosados o salinos, sangre citratada o plasma para evitar que el shock se hiciera irreversible, debemos seguir con sangre fresca total o recientemente heparinizada. Recordar que la sangre citratada, por el citrato, provoca caídas tensionales grandes. Luego, operar enseguida: una injustificada espera, puede darnos una muerte por aumento tensional provocado, con reabertura del vaso sangrante; hay que saber engranar la cirugía con el reemplazo del volumen sanguíneo. Por lo mismo, preoperatoriamente, los analépticos y vaso presores deben ser proscriptos; la morfina, indicada por el shock, debe restringirse por la posibilidad de su reabsorción rápida, al mejorar el colapso capilar periférico, con producción de molesta sobrenarcosis (Pisani). Según la importancia de la hemorragia comprobada durante la laparatomía, decidimos el volumen a transfundir, empleando la vía esternal, cuando haya dificultad para aislar una vena colapsada. La permeación capilar aumentada en el shock, limita el uso inmoderado de sueros para reponer la volemia, por su rápida difusión tisular; al restablecerse el equilibrio proteico, por la plasmó infusión, se reintegran los fluidos al torrente circulatorio. Además de restablecer la volemia, el postoperatorio exige, antibióticos, oxigenoterapia. Los hematomas circunscriptos y los tubarios diagnosticados antes de la rotura, sólo exigen preoperatoriamente: alguna transfusión.

**La anestesia.**— La raquidea debe ser proscripta, como en toda afección anemianta, por ser peligrosamente hipotensora; y, la experiencia ha demostrado que con volúmenes mayores de sangre de los observados en los ectópicos, se llega al nivel crítico de muerte con la raquí. (Ricci). En nuestro medio y hasta la llegada de las anestésicas combinadas en circuito cerrado, siempre se operó con éter, y, aún se sigue empleando. El éter es estimulante cardíaco, pero Zweifach y otros, lo temen porque bloquearía las respuestas compensadoras de la red capilar" (sic). Jamás hemos observado dificultades con este anestésico tan noble. Pisani dice, que el ciclo propano, con mínima medicación preoperatoria, beneficia el pulso, la presión y la circulación periférica en las hemorragias; y, lo mismo que la anestesia local, beneficiaría la vasomotricidad y la reacción suprarrenal observadas inmediatamente después del hemoperitoneo. En cuanto a los barbitúricos, por su imprevisible acción sobre los capilares, son de limitado uso.

**La técnica.** — Cuando el apremio de los casos graves lo exige, con o sin anestesia, por una mediana infraumbilical, rápidamente el cirujano introduce su mano en la pelvis, busca la trompa grávida, comprime su pedículo, lo liga; luego puede ocuparse de colocar los campos y las compresas, aspirar la sangre libre derramada extraer coágulos y en la medida que su enferma repunta, inventariar las lesiones para determinar su exéresis. Si no lo ha hecho antes, el Trendelenburg, sin el inconveniente de desplazar sangre o coágulos hacia el diafragma, beneficia aumentando la irrigación cerebral.

Hay un solo criterio quirúrgico en el tratamiento del ectópico antes del 4.º mes: cirugía conservadora: se extrae la trompa enferma o se reseca parcialmente el ovario asiento del extrauterino.

La salpingectomía debe respetar siempre el ovario, cuya exéresis sólo se admite por lesiones concomitantes o se consume, por ignorante atropello; se ejecuta, manteniendo la mejor irrigación al órgano restante, para lo cual se respeta el arco anastomótico útero-ovario. La exéresis se hace seccionando el meso, contra la tuba y hemostasiando por puntos separados. El muñón tubario debe ser sepultado, cuando es posible, bajo una hermetica peritonización, porque la clínica (recidiva sobre el muñón, embarazo intrauterino postsalpingectomía) y la radiografía, de-

muestran la persistencia de cortos muñones yuxtauterinos, con posible recanalización ulterior (casos de Larghero, Rodríguez López, personal). Si la trompa opuesta tiene lesiones crónicas en una múltipara, con operación fácil, sin riesgos, la resecamos; si la mujer no ha gestado nunca, la conservamos, confiando en el tratamiento médico ulterior (fisioterapia, insuflación) o en una eventual operación plástica, para la obtención del ansiado hijo, después del ectópico varios casos personales. Si operamos mujeres con una sola trompa y deseosas de procrear, admiten el riesgo de un ectópico recidivante, el conservadorismo es extremo. Se cita clásicamente a Mangiagalli, quien completó el aborto tubario por expresión sin sacar la tuba; y, el de Wallace (1917) quien operando una estéril por mioma de cara posterior, comprueba un ectópico istmico del tamaño de una nuez; como abriera la cavidad al extraer el mioma, se le ocurre extraer el huevo por salpingostomía longitudinal e implantarlo en la cavidad uterina; 8 meses después nació un hermoso niño! Circunstancias especiales autorizan a realizar salpingostomías con extracción ovular, y cierre; salpingectomías parciales con implantación ampulouterina; con salpingoplastias en valvas, obteniéndose de tarde en tarde gestaciones normales. Leveuf, hizo una resección submucosa, con anastomosis término-terminal, y gestación uterina ulterior. Estos casos justificarían, en manos hábiles la ejecución oportuna de estas operaciones ultraconservadoras. Desde que Dietrich demostró que contra 4,68 % de recidivas en la otra trompa, se observan 23,60 % de embarazos normales, la salpingectomía bilateral profiláctica ha sido totalmente abandonada. Sólo el acúmulo de múltiples lesiones coincidentes, o desgraciadas circunstancias operatorias, pueden explicar ciertas histerectomías subtotales con anexectomía bilateral, excepcionales.

El ectópico intersticial, responsable de precoces y graves inundaciones peritoneales, exige la resección cornual, cuneiforme en la siguiente forma: hemostasis transitoria por compresión digital de los pedículos; antes de seccionar el cuerno pasamos 2 o 3 catguts Nº 2. que atraviesan el útero por debajo del límite inferior de la futura sección en cuña; realizamos ésta a bisturí y rápidamente anudamos los hilos que juntando las dos valvas de la incisión, hacen una hemostasis perfecta; control cuidadoso de eventuales puntos sangrantes. El ectópico intraligamentario hay que tratarlo como un tumor incluido: abertura del peritoneo

del ligamento ancho en el vértice del hematoma entre redondo y tuba; enucleación con control riguroso de la hemostasis venosa; ablación de la tuba u ovario que le dió origen. Lo que **jamás debe hacerse**: la apendicectomía profiláctica porque a pesar de los antibióticos, en el fabuloso caldo de cultivo del hemoperitoneo, puede estallar una peritonitis mortal. b) el avenamiento: se justifica en casos de hematocele supurado abordados por vía alta por error de diagnóstico; su drenaje, se completa al través de una contraabertura por el Douglas, con tiras o guante de goma. Cuando enfrentamos el ectópico evolucionado por encima del 5º mes, dos conductas pueden seguirse. La intervencionista, sostenida por Forgue, Demelin, Devraigne, quienes sostuvieron que no compensaba exponer a la madre a riesgos enormes, por conseguir un feto, que muere antes del 7º mes, o si sobrevive, es débil, malformado o retardado. J. L. Faure, abogó por esperar, bajo vigilancia estricta, hasta el 8º o 9º mes. Cross revisando en 1951, 19 casos de embarazo abdominal (1934-50) haya 4 muertes maternas y 2 niños vivos. Mc Elin y Randall, publican en 1951, 45 casos de abdominales intratubaros (1746-1951) 4 muertes maternas, 11 niños vivos o sea 75 % mortalidad fetal y casi 10 % materna, en una variedad como la tubaría a término, de fácil manejo. Barret (1952) adiciona 5 casos personales: 3 fetos nacieron vivos, ninguno de los 5 sobrevivió; 1 muerte materna. (¿Tétanos)? Dederer, en 1950, un caso con feto y madre vivas; dice que en los soviets, hay 42 casos de abdominales con feto vivo: estadística única en el mundo. Los que son espectadores sugieren 38 semanas para intervenir (Beck); Nubiola, Fargas, Conill, esperan hasta los 8 1/2 meses, para operar con feto vivo; con feto muerto, esperan entre 1 y 3 meses, después de la cesación de latidos y movimientos. Esta conducta se inspira en el escollo grande de la extracción placentaria. Antes de operar debemos preparar bien a la enferma con antibióticos, transfusión, etc. Abierto el vientre, se abre el saco fetal y se extrae el niño; salvo en los tubarios, donde la salpingectomía extirpa en block, trompa y huevo. Cuando la placenta está atrofiada y desprendible (muerte fetal y supresión de circulación con trombosis vascular) la operación es benigna; lo mismo cuando se extirpa una placenta discoidal, insertada en la pared uterina, pinzando previamente los pedículos úteroovárico y de la uterina (Potocki) lo que facilita la disección exangüe, al precio de rigurosísima hemostasis. Pero, cuando enfrentamos una placentación

viva con localización epiploica, intestinal, aún cara inferior del hígado (Kraul) hay que abandonar la extracción: la placenta se fragmentaría sangrando muchísimo, lesionando las vísceras, tebradas por las vellosidades coriales; hay peligro de muerte intraoperatoria o inmediata. Es en estos casos que se plantean dos conductas distintas: 1) abandono, cierre sin drenaje (P. Negra, 1928) exige casos limpios y persiste durante unas semanas, el muñón de reabsorción placentaria, palpable dentro del abdomen; la hemos visto practicar una sola vez, y tiene muchos partidarios.

La iniciativa del método se atribuye en general a Beck, quien colocó experimentalmente, placentas íntegras en la cavidad abdominal del perro, y observando que ellas desaparecían en un plazo de 10 a 12 semanas, sin inconvenientes; lo que lo indujo a practicar y recomendar el método. Vignard y Jewes, abandonando la placenta en 10 casos tuvieron 8 éxitos. Geisen y Elsholz, partidarios de la extirpación, dan para el cierre con abandono, un 50 % de muertes; lo que nos parece discorda con muchas estadísticas.

2) La marsupialización.— Preconizada por Pinard, es un mal procedimiento. Se secciona el cordón al ras de la placenta y ésta se fija a la pared, esperando su eliminación en las semanas siguientes: lo que en realidad se observaba, eran hemorragias e infecciones, con una mortalidad de más del 45 %. Quizá ahora se puede controlar la infección con los antibióticos, pero subsiste el peligro de las hemorragias. Kraul le atribuye su éxito, en la placentación subhepática referida.

En cuanto a las complicaciones derivadas de las infecciones, oclusiones o fistulizaciones de los embarazos ectópicos abdominales, exigen una conducta condicionada al caso en especial, siendo imposible su descripción universal dentro de los límites asignados al relato.

En él, hemos tratado de condensar nuestra experiencia vivida en el ejercicio activo de la ginecología desde 1930 a 1945, en el Servicio B. de Ginecología; y desde 1945 en adelante, en la Clínica Ginecotológica del Prof. M. Rodríguez López; ambos en el Hosp. Pereira Rossell.

Nuestra estadística revisa 47 casos del Servicio B: 16, de nuestra pretélica actuación mutua (CASMU); 37 de nuestra práctica privada, debidamente compulsados.

En el Serv. del Prof. M. Rodríguez López, desde agosto 1946-agosto 1953, se han operado 173 casos; hubieron 5 diagnósticos erróneos o dudosos, corregidos en el acto operatorio; o sea 2.6 %; 1 muerte; o sea 0.65 %, comprendiendo además, 20 casos operados por distintos médicos de guardia. Ella se descompone así:

Prof. M. Rodríguez López .....	34	casos
Dr. R. A. Belloso .....	18	"
(sus colaboradores):		
Pte. Barthe .....	1	"
Pte. Abó .....	1	"
Dra. Canale .....	9	"
Dr. Prina .....	9	"
Dr. Roig .....	4	"
Dr. A. Stábile .....	12	"
" O. Canesa y colab. ....	21	"
" Bentancur .....	9	"
" G. Tobler .....	9	"
" Rodríguez Ximeno .....	7	"
" Melmestein .....	5	"
" A. Achard .....	5	"
" Alvarez .....	3	"
" Febles Alfonso .....	3	"
" Novoa .....	2	"
" Steigmann .....	1	"
Distintos médicos de guardia .....	20	"

Al finalizar nuestro relato sobre "Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo Ectópico", podemos afirmar, que si los grandes progresos científicos registrados últimamente, permiten una mayor desenvolvura en el tratamiento del E.E., con notable mejora de la morbi-mortalidad, todavía la clínica, por sobre todos los recursos del laboratorio, manejada con un sutil conocimiento de la semiología funcional y física, mantiene la mayor jerarquía en la elaboración diagnóstica; de cuya precocidad depende el tratamiento: quirúrgico, rápido, urgente, salvador.



## BIBLIOGRAFIA NACIONAL Y EXTRANJERA

- Achard, A.**—Embarazo intra y extrauterino simultáneos; accidente grávido tubario. Arch. Gin. y Obst. (Pereira Rossell); Día Médico Urug. 98; 631-32; 1941.
- Alvarez, H. y Piacenza, G.**—Emb. tuboabdominal al 8º mes; hemor. retróplacentaria. Arch. Urug. Med. Cir. y Esp.; 19: 536-542; 1941.
- Calleri, E.**—Emb. perit. a término. Oper. con feto muerto. Bol. de la Soc. Méd. Quir. del Centro de la Rep.; 34: 45-52; 1942.
- Colistro, C. P.**—3 casos clínicos de emb. ect. abdom. Arch. Urug. de Med. Cir. y Esp.; 14: 141-150; 1939.
- Colistro, C.**—Gestación ectópica sin amenorrea. Maternidad del Hosp. Pasteur; 155; 1945.
- Crottogini, J. J.**—Grav. errores diag. en metrorr. por E. E. "Estudiante Libre": 185-186.
- De Vecchi, J.**—Patología del emb. etc. intersticial. Arch. Gin. y Obs. Pereira Rossell; pág. 61; 1945.
- Giampietro, A. y Pou de Santiago.**—Ect. abdom. a término; huevo retenido. Arch. Ginec. y Obs. del Pereira Rossell.; 3; 120-130; 1944.
- Giampietro, A.**—Sobre aspectos rad. del emb. ect. Arch. Gin. y Obs. del Pereira Rossell; 65; 3; 1944.
- Infantezzi, J.; Rodríguez Ximeno, M. y Pou de Santiago, A.**—Sobre un caso de emb. en cuerno rudimentario y emb. tubario casi a término. Arch. Gin. y Obs. del Pereira Rossell; 3; 78-96; 1944.
- Leborgne, R.**—Contribución al diagnóstico radiológico del E. E. Arch. Gin. y Obst. del Pereira Rossell; 2; 267; 1943.
- Leborgne F. y R.**—Diagnóstico del E. E. por la tomografía. Actas ginecotológicas; 8; marzo 1947; Arch. Gin. y Obst. del Pereira Rossell; 7; 73; 1948.
- Pou de Santiago, A.**—Apendicitis subaguda y aborto tubario. Arch. Gin. y Obst.; 4; 25; 1945.
- Rodríguez López, M.**—Punción negativa y Douglas doloroso en E. E. interrumpido. 1er. Curso de Perfeccionamiento Ginecotológico; 319; 1946.
- Rodríguez López, M.**—¿Se debe levantar el estado general en el síndrome de Barnes antes de operar? Idem. idem. pág. 311; 1946.
- Rodríguez Lopez, M.**—Douglas doloroso como signo de E. E. interrumpido; Id. id: 291; 1946.
- Rodríguez López, M.**—La punción del Douglas en los hematoceles; errores a evitar; Id. id: 291; 1946.
- Rey Vercesi, S.**—Algunos aspectos clínicos del embarazo ectópico. Arch. de Gin. y Obst. del Hospital Pereira Rossell; 3; 32-48; febrero 1944.

- Rey Vercesi, S. y Pou de Santiago, A.**— Sobre un caso de embarazo peritoneal secundario. Arch. de Gin. y Obst. del Pereira Rossell: 3: 107-119: 1944.
- Schaffner, E. y Scolnik, B.**— Preñez ovárica. Actas Ginecotológicas: 6: 59: 1952.
- Stabile, A.**— Hemorr. en la 2ª mitad del embarazo. 2º Curso de Perfeccionamiento Ginecotológico. 1946.
- Stajano, C.**— Fisiopatología del shock. 1948.
- Ahumada, J.**— El embarazo tubointersticial. O.G.L.A.: 8: 70: 1950.
- Avilés, M.**— Embarazo abdominal de término. Bol. Soc. Chilena Obst. y Gin.: 7: 569: 1942.
- Arenas, N.; Urcaray, L. y Navarret, E.**— Embarazo abdominal de 7 meses. Bol. Soc. Obst. y Gin. Bs. As. 28: 108: 1949
- Armand, M.**— Grossese ectopique abdominale primitive a terme: extraction par laparotomie d'un enfant vivant bien constitué. O.G.L.A.: 4: 20: f. 870: 1946.
- Baccialli, L.**— Early signs of tubal pregnancy in primary Stages of development. Year Book Obs. and Gyn.: 76: 1950. Sem. Hop. Paris. 26: 601-03: 1950.
- Bazul, V.**— Gravidéz abdominal secundaria. O.G.L.A.: 2: 289: 1944.
- Baden Wayne, F. and Heins, O. H.**— Ovarian pregnancy. Am. J. Ob. and Gyn.: 64: 353-358: 1952.
- Beacham - Collins - Beacham Griffon and Nix.**— Ectopic pregnancy. 320 cases. J. Missouri M. A. 48: 629-633: 1951. Year Book Obs. y Gyn. 29: 1952.
- Barret, M. E.**— Abdominal pregnancy: repport of five additional cases. Am. J. Obs. y Gyn.: 64: 1060-1072: 1952.
- Bergamin, F. y Das Neves.**— Abdomen agudo por preñez ectópica. An. Clin. Gin. Fac. Med. Univ. S. Paulo: 2: 171: 1948
- Bowles, H. E.**— Cervical pregnancy. Year Book Obs. and Gyn.: 368: 1945.
- Bunster, E.**— Algunas consideraciones sobre el E. E. a propósito de un caso tratado medicalmente. Bol. Soc. Chilena de Obs. y Ginec.: 9: 38: 1944.
- Bursch, L. E.**— Diagnosis of extrauterine pregnancy. Year Book Obs. and Gyn. 363 365: 1945.
- Brindeau, A. y Lantuejoul, P.**— El aborto tuboabd. en e lemb. ect. Rev. Esp. Obs. y Gin.: 2: 571: 1945 O.G.L.A.: f. 853.
- Cámara, A. y Páes Barreto, E.**— Diag. precoce da prehnéz tubaria. Rev. de Gin. y Obst.: 1: 36: 1944. O.G.L.A. ficha 412.
- Campos Da Paz, A.**— A histerosalpingo-grafia no diagnostico da prehnéz ectopica. O.G.L.A.: 3: 703: 1943. F. 775.

- Carrabba, Salvatore and Silberblatt, W. B.**—Diagnostic variants in the syndrome of ectopic pregnancy. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 64: 1154-1158; nov. 1952.
- Carranza, F.**—Consideraciones sobre el diagnóstico y el tratamiento del ictus hemorrágico en el embarazo extrauterino roto. *Bol. y Trab. Academ. Cir. Arg.*: 36; 265; 1952.
- Gross, Lester and Mc Cain.**—The diagnosis and management of abdominal pregnancy with a review of 19 cases. *Am. J. Obs. y Gyn.*: 62: 303-311; 1951.
- De Moraes, A.**—Asp. radiolog. de la preñez ectópica. *An. Bras. Gin.*: 27; 343; 1944. *O.G.L.A.*: 2; 1944. F. 514. *Am. J. Obs. y Gyn.*: 52; 342; 1946.
- De Giorgi, I.**—Per la genesi de la gravidanza abdominale primitiva. *Arch. di Ost. e Gine.*: 52; 1; 1947. *O.G.L.A.*: ficha 1198.
- Diaz Cueva, D.**—Hematocele retrouterino. *O.G.L.A.*: 1; 575; 1943.
- Dindia, A. H. and Turcotte, V.**—Extrauterine pregnancy. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 52: 321-324; 1946.
- Falls, F. H.**—Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Year Book Obs. and Gyn.*: 73; 1950.
- Fitzgerald, J. E.**—Webster Aug. Maternal mortality at Cook County Hospital. *Am. J. Obs. and Gyn.* 65; 528-538. march. 1953.
- Gerin-Lajoie, L.**—Ovarian pregnancy. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 62: 920-929; oct. 1951.
- Guitarte, A. y Báez J. J.**—Embarazo abdominal; 2º Cong. Bras. de Gin Obst.: II; 471; 1949.
- Henderson and Bean, J. L.**—Early extrauterine pregnancy. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 59; 1225-1235; june 1950.
- Hyams, M. N.**—Un ruptured interstitial pregnancy. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 65: 698-706; april 1953.
- Israel, L. S.**—The clinical similarity of corpus luteum cyst and ectopic pregnancy. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 44: 22-33; july 1942.
- Jarcho, J.**—Ectopic pregnancy, with special references to abdominal pregnancy. *Am. J. of Surg.*: 77; 273-313; march 1949.
- Collins-Beacham and Beacham.**—Ectopic pregnancy; mortality and morbidity factors. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 57: 1144-1154; june 1949.
- Lizana, L. F.**—Emb. ovárico de término primitivo. *Bol. Soc. Chilena Obs. y Gin.*: 15; 54; 1950.
- León, J. y Castelberg, N.**—Embarazo tubario incipiente. *O.G.L.A.*: 6; 477; oct. 1948.
- Leff, B. and Winson, S. G.**—An analysis of 212 consecutive cases of ectopic pregnancy. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 53: 297-299; february 1947.
- Marbach and Schinfeld.**—Ectopic pregnancy, occurring three times in same patient. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 62: 376-378; dic. 1951.

- Mac Fadyens, B.**—Reisheten and Kannapel. Endoscopy in Gynecology. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 64: 319-325; aug. 1952.
- Mc Elin, Th. W. and Randall, L.**—Intratubal term pregnancy without rupture; review of the literature and presentation of diagnostic criteria. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 61: 130-137; january 1951.
- Fac arlane, K. T. and Sparling, D. W.**—Ectopic pregnancy; selected data from 110 cases including a report of two unusual caesars. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 51: 343-351; march 1946.
- Mac Vine, J. S. and Lees.**—Statistical and clinical review of 107 cases of ectopic gestation. *Year Book Obst. and Gyn.*: 60: 1949.
- Marchetti, A. A.; Kudder, K. and Kudder, A.**—A clinical evaluation of ectopic pregnancy. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 52: 544-555; oct. 1946.
- Merchant, F. R.**—Problemas de orden práctico que plantea el embarazo angular. *Reun. Extraor. Soc. Gin. y Obst. de Bs. As., Tucumán*; pág. 61; 1951.
- Mondor, H.; Porcher, P. et coll.**—La radiographie dans les hemoperitone de la grossesse ectopique. *Presse Médicale*: 59: 1717; 1951.
- Mondor.**—Diagnostics urgents. Masson, Paris, 1930.
- Mcreno, G. M.**—Punción del Douglas y biopsia del endometrio en el embarazo ectópico complicado; *Bol. Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*: 13: 188; 1946.
- Morton, D. G.**—Cervical pregnancy; report of two cases and discussion of treatment. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 57: 910-917; May, 1949.
- O'Connell, Paul.**—Full term tubal pregnancy. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 62: 1305-1311; june 1952.
- Oliveira Campos, J. y Castro Caldas, A.**—El examen hist. del end. en el diagn. de la gravidez ectópica. *Gac. Méd. Esp.*: 20: 98; marzo 1946.
- Peralta Ramos, A. G. y Gramajo, G.**—La dosificación de las gonadotrofinas corionicas en el diag. del E. E. *Bol. Inst. Mat. Soc. Ben. de la Cap. Bs. As.*: 12: 88; 1943.
- Peralta Ramos, A. y Uranga, Imaz.**—Emb. sim. en útero doble. 2as. *Jorn. Riopl. de Obst. y Ginec.* 181; 1936.
- Pérez, M. L.**—Persuflación tubaria y gestación ectópica. *O.G.L.A.* 9: 947; 1951.
- Pisani Bernard, J.**—Management of ectopic pregnancy with massive intraperitoneal hemorrhage an dehook. *Surg. Gyn. and Obst.* 95: 149-154; aug. 1952.
- Priddle-Moulton and Dennis.**—Ectopic pregnancy; clinical study of 126 consecutive cases. *Am. J. Obs. and Gyn.*: 64: 1093-1101; nov. 1952.
- Ricci, J. V. y Di Palma.**—Análisis de cien casos de embarazo ectópico roto. *Rev. Méd. Lat. Amcr.*: 198: 875; 1932.

- Ricci, G.**—Consideraciones sobre el diagnóstico del embarazo ectópico. Bol. Soc. Cirg. Rosario: 4; 312; agosto 1938.
- Ricci, G. y Argonz, E.**—Embarazo ectópico. Tratado de Nubiola y Zárate; II: 509-574.
- Rodríguez Velazco, A.**—Consideraciones sobre el embarazo ectópico; diagnóstico y tratamiento. Arch. de la Clín. "Eliseo Cantón": 2; 209; 1943.
- Rojas, D. A.**—Embarazo intramural; Bol. Soc. Obst. y Gin. Bs. As. 24; 401; agosto 1945.
- Romney, S. L.; Hertig, A. T. y Reid, D. E.**—The endometria associated with ectopic pregnancy. (A. Study of 115 cases). Surg. Gyn. and Obst.: 91; 605-611; nov. 1950.
- Schauffler, G.**—Ectopic pregnancy. West J. Surg. 53; 301-310; 1945. Year Book O. and Gyn.: 354; 1945.
- Siegler, S. L.**—Evaluation of ectopic pregnancy with selective data form 127 consecutive cases. New York St. J. Med. 45: 1974-1981; set. 1945. Year Book O. and Gyn. 358; 1945.
- Taylor Corostiaga, D. y Lede, R.**—Síndromes hemorrágicos; embarazo ectópico. La Pr. Méd. Arg. 32: 800; 1945.
- Teissier, J. A.**—A propos de la grossesse ectopique. Gyn. et Obst. 50; 434; 1951.
- Tejerina Fotheringham, W.**—Embarazo tubario roto. La operación. Bol. Soc. Cir. del Rosario. 5; 315; set. 1936.
- Tejerina Fotheringham, W.**—Embarazo ectópico a término. Bol. Soc. Obs. y Gin. Bs. As. 10; 657; 1940.
- Terpin, R.**—Ectopic pregnancy. Year Book Obs. and Gyn.: 362-63; 1945.
- Villar, A.**—Los errores del diagnóstico en el embarazo extrauterino. La Sem. Méd. 1929.
- Williams and Corbitt.**—Analysis of 101 fatalities from ectopic pregnancy. Am. J. Obst. and Gyn. 48: 841-850; dicember 1944.
- Wilson Karl, M. and Ekas Ward, L.**—Ovarian pregnancy with report of three cases. Am. J. Obs. and Gyn.: 57; 166-175; jan. 1949.
- Zuckermann, N. C.**—Embarazo tubario incipiente. Obs. y Ginec. Latino Americanas. 9; 28; 1951.
- Zuckermann, C.**—Embarazo ectópico. Am. J. Obs. and Gyn. 64; 457; 1952.