

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Deobaldo Febles Alfonso.

CLINICA GINECOTOCOLOGICA DEL Prof. M. RODRIGUEZ LOPEZ

LOS ECTOPICOS INTERRUMPIDOS Y TRATADOS QUIRURGICAMENTE EN LA CLINICA

DATOS ESTADISTICOS. FRECUENCIA Y ALGUNOS HECHOS SIGNIFICATIVOS QUE SURGEN DEL ESTUDIO MEDITADO DE LAS HISTORIAS CLINICAS

Dr. Deobaldo Febles Alfonso.

Sumario:

- I.— Datos estadísticos generales: 1º Frecuencia; 2º Edad; 3º Paridad.
- II.— Datos estadísticos sobre la sintomatología: 1º Síntomas correspondientes al motivo de consulta; 2º Síntomas asociados; 3º Síntomas físicos; 4º La punción del Douglas; 5º El legrado uterino; 6º Las reacciones biológicas.
- III.— La operación desde el punto de vista estadístico.
- IV.— Evolución.

I) DATOS ESTADISTICOS GENERALES

1º Frecuencia

Desde el año 1946, inclusive, hasta el mes de octubre de 1953, se han intervenido por gravidez ectópica interrumpida, un total de 180 pacientes, en la Clínica Ginecitológica que dirige el Prof. M. B. Rodríguez López en el Hospital Percyra Rossell.

Teniendo en cuenta que, en el mismo espacio de tiempo, han ingresado al Departamento de Ginecología de la misma Clínica un total de 8500 enfermas, tendremos una frecuencia de ectópicos interrumpidos operados de un 2.2% sobre el total de enfermas ingresadas al Servicio.

Además, dado que el número total de pacientes operadas, en el periodo de tiempo analizado, ha sido de 4220, tendremos que se ha intervenido por gravidez ectópica interrumpida, en

el 4,2 %, en relación al número total de enfermas operadas en el sector Ginecológico en el plazo de tiempo analizado.

Frecuencia anual:

Año	1946	17 casos
"	1947	20 "
"	1948	22 "
"	1949	18 "
"	1950	32 "
"	1951	23 "
"	1952	37 "
"	1953	11 (hasta octubre inclusive)

2° Edad

De	10 a 19 años	7 casos	4 % del total
"	20 a 29 "	91 "	50 % " "
"	30 a 39 "	73 "	41 % " "
"	40 a 49 "	9 "	5 % " "

En nuestra estadística figuran dos casos de ectópicos interrumpidos operados en enfermas de 15 años de edad (historias clínicas números: 15008 y 16165) y un caso correspondiente a la historia clínica número 2828 con 41 años de edad.

3° Paridad

En el 70 % de las historias clínicas hay antecedentes de multiparidad, ya sea de dos o más hijos.

El 30 % restante corresponde a nulíparas y multíparas, en proporción casi igual.

II) DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA

1° Síntomas correspondientes al motivo de consulta.—Dolor, Géniterraquia y amenorrea.

Dolor.—El dolor aparece en casi todas las historias clínicas, por lo menos en aquellas en que la historia ha sido completa.

En un 15 % de los casos, el dolor inicial fué mediano, de hipogastrio, sin que fué posible, por el dolor exclusivamente, señalar el lado afectado.

En el resto de los casos, o bien fué exclusivo de la fosa iliaca derecha o izquierda, según la localización del ectópico, o bien se trató de un dolor hipogástrico, pero predominando netamente del lado correspondiente al sitio del ectópico accidentado.

Por lo tanto, en el 85 % de los casos en los que figuró el dolor en el cuadro clínico estudiado, fué posible afirmar la localización de la gravidez ectópica interrumpida.

Solamente en una historia clínica (número 993), la enferma comienza con un dolor brusco localizado en fosa iliaca derecha, que se irradia pronto a todo el vientre, para recién localizarse al día siguiente en la fosa iliaca izquierda. Operada resultó ser un hematosalpinx por embarazo tubario izquierdo interrumpido, no encontrándose en el acto quirúrgico nada patológico en el anexo derecho.

En lo que se refiere al tipo de dolor en el total de 170 historias en las que aparece el síntoma, en la mitad de los casos se le describe como de tipo cólico y en la otra mitad como puntada.

La intensidad del dolor aparece relatada con una gran variabilidad, desde el dolor de poca intensidad hasta la crisis dolorosa brutal que se acompaña de lipotimias y en algunas historias de pérdida del conocimiento.

Sin embargo, del examen del sintoma a través de las distintas historias surge que, en algún momento de su evolución, ha tenido intensidad notoria. En cuanto a irradiaciones figuras todas las conocidas, pero queremos destacar, desde el punto de vista estadístico, la elevada frecuencia con que se relata la irradiación hacia la fosa lumbar de uno u otro lado, que aparece descrita en las historias clínicas con una frecuencia del 50 % (85 casos).

Génitorragia.— Aparece descrita en 150 historias, por lo que su frecuencia ha sido algo menor que la correspondiente al dolor.

Del total de historias clínicas en las que se anota la existencia de génitorragia, en 83 el síntoma mencionado precede al dolor.

En el resto de las historias se desprende lo siguiente: en una mitad de los casos se inicia simultáneamente con el dolor, mientras que en la otra mitad es consecutiva al mismo.

Casi todas las génitorragias fueron de escasa cantidad, generalmente de sangre negruzca, con intervalos libres variables de

uno o más días. Como excepción merecen citarse las historias clínicas números 229, 2344 y 2163.

En la primera de ellas, aparece sangre en cantidad más o menos abundante, con coágulos; en la segunda, géntorragia copiosa de sangre negruzca interpretándose el caso clínico como un aborto incompleto y habiéndosele practicado incluso un legrado, que pretendió ser evacuador, algunos días antes de su ingreso a la clínica. Hecho el diagnóstico correcto (con punción del Douglas positiva) es intervenida, confirmándose el diagnóstico; finalmente en la tercera historia clínica, la géntorragia se describe como abundante, con coágulos pequeños.

Amenorrea.— No aparece en 15 historias. El cuadro clínico se inicia en los días siguientes a la fecha menstrual normal. Sin embargo, no podemos en rigor científico catalogar como menstruación auténtica, a la pérdida hemorrágica que se señala como la última menstruación normal, porque falta en ellas la documentación histológica. Además, en varias historias esa menstruación no fué exactamente igual al tipo menstrual de la enferma. En rigor, se trata de géntorragias que aparecen en fecha menstrual y que confunden al clínico en la interpretación del caso.

De las 180 intervenciones, 75 fueron realizadas luego de una amenorrea de dos meses. Las restantes en amenorreas menores (la mayor parte) o mayores.

Diarrea.— En la historia clínica número 1228, la enferma experimentaba desde cuatro días antes del ingreso, un cuadro disenteriforme, habiendo tenido el día de su internación un fuerte dolor en fosa iliaca derecha. Creemos que el cuadro digestivo fué un hecho agregado en la evolución de la gravidez ectópica interrumpida que recién aparece en escena en oportunidad del dolor en fosa iliaca derecha.

2º Síntomas asociados

En primer lugar, cabe destacar la ausencia de temperatura, ya que ésta sólo aparece en 17 historias (9 %).

La presencia de síntomas urinarios ocurre con una frecuencia nada despreciable, ya que en el 60 % de los casos aparecen citados en las historias clínicas (en 105 historias).

Los trastornos urinarios relatados consisten en: disuria de distinta intensidad, micción dolorosa, tenesmo vesical, polaquiuria.

Se aprecia por lo tanto que los trastornos funcionales en la esfera urinaria, obedecen a trastornos vesicales.

Desde el punto de vista digestivo, dejando de lado las náuseas y los vómitos, que han acompañado casi ineludiblemente a los casos agudos con dolor intenso, aparecen acompañando a los trastornos vesicales, trastornos funcionales en la porción terminal del tubo digestivo, aunque con una frecuencia menor (relatados en 90 historias). Consisten éstos en: cuadro diarreicos, tenesmo rectal o "dificultad para mover el intestino".

3° Síntomas físicos

Sólo nos referiremos desde el punto de vista estadístico al examen físico abdominal y al examen genital.

Desde el punto de vista abdominal, muy poco es lo que aparece en las historias clínicas. Es constante el dolor a la palpación. Pero es necesario revisar muchas historias para encontrar datos más precisos.

Tomamos como tipo de descripciones más frecuentes, las siguientes:

Historia clínica número 28488: dolor exquisito en fosa iliaca izquierda, bajo vientre muy sensible;

Historia clínica número 28457: dolor espontáneo en fosa iliaca derecha, resto s p;

Historia clínica número 998: vientre algo balonado con ligera defensa en fosa iliaca izquierda, doloroso a la palpación;

Historia clínica número 2548: abdomen poco móvil, doloroso a la palpación superficial.

Desde el punto de vista genital sólo nos referiremos al elemento que aparece en la mayoría de las historias clínicas. Se trata de la comprobación de una masa, de contornos a veces indefinidos, otras veces más precisos, siempre dolorosa, aún cuando en grado variable.

Tomemos como base la descripción que aparece en tres historias clínicas:

Historia clínica número 735: útero en A. V. de tamaño normal; en fondo de saco derecho y posterior tumoración de consistencia quistoide, de superficie irregular, dolorosa;

Historia clínica número 1032: útero en A. V. s p; masa látero-uterina izquierda, muy sensible;

Historia clínica número 2118: en el Douglas masa redondeada del tamaño de un pomelo, íntimamente relacionada con el útero, de consistencia elástica, poco dolorosa.

Este detalle semiológico aparece en 115 historias de las 130 pacientes operadas por gravidez ectópica interrumpida, lo que da una frecuencia del 63,7 %.

4º La punción del Douglas

La punción del Douglas, muy utilizada en nuestra clínica, ha sido realizada en 145 casos (80 %).

No se anotan casos de resultado negativo porque, como es lógico, nuestra estadística se refiere a casos de embarazos ectópicos interrumpidos comprobados luego operatoriamente.

La sangre obtenida fués siempre de color oscuro e incoagulable, salvo en el caso de la historia clínica número 27003, en la que por la punción se obtiene sangre roja que coaguló inmediatamente luego de extraída en las tres punciones sucesivas con diferente orientación de la aguja de punción, para descartar la posibilidad de haber puncionado un vaso.

Este caso resultó ser un ectópico tubario ístmico con varios puntos sangrantes en la superficie del pequeño tumor tubárico, que semejaban pequeñas surgentes. La punción del Douglas certificando el hematocoe retro uterino o algunas veces alcanzando al propio hematosalpinx, fué un medio de diagnóstico valioso y muchas veces el único elemento que permitió realizarlo. Nunca la punción del Douglas dió la más leve complicación.

5º Legrado uterino

Aparece realizado en cinco historias clínicas:

Historia clínica número 249: mucosa deciduiforme, hemorrágica;

Historia clínica número 15253: proceso inflamatorio exudativo fibrino-leucoctaro (materal escaso);

Historia clínica número 15539: hiperplasia glanduliforme en faz proliferativa inicial;

Historia clínica número 15780: hiperplasia simple y papilar del epitelio;

Historia Clínica número 27003: endometrio en proliferación muy edematoso y congestivo.

6º Reacciones biológicas

Fueron realizadas en muy pocos casos. Sólo en 15 historias figura la reacción de Galli-Mainini y también en algunas el Ascheim-Zondeck.

El Galli-Mainini fué positiva en tres casos, negativa en los restantes.

El Ascheim-Zondeck sólo fué positivo en la historia clínica número 15948, siendo en las restantes o negativo o sólo positivo en la reacción.

Esto demostraría que las reacciones biológicas no siendo absolutas y constantes, son un elemento que confunde y complica el problema clínico.

III) LA OPERACION DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTADISTICO

En el 50 % de los casos se trataba de un embarazo ectópico derecho (87 casos) y aproximadamente en el 50 % izquierdo (93 casos).

Existe un caso de embarazo abdominal de 6 meses de evolución (historia clínica número 15473) con transformación litopédica del feto, que fué intervenido con diagnóstico de mionn uterino.

El 60 % de los embarazos tubarios fueron ampulo-fimbricos (ampulares puros en su mayor parte).

El 40 % restante fueron ístmicos o ístmicos-intersticiales.

Dentro de los ectópicos tubarios ampulares el 60 % de los mismos, resultaron accidentados o interrumpidos por rotura; el resto, por aborto tubario.

En los ístmicos todos lo fueron por rotura, salvo el caso de la historia clínica número 27003, en el que la histología de la pared tubaria muestra una intensa esclerosis de la capa muscular, con espesamiento considerable de la pared tubaria al nivel de la cámara hemática del ectópico.

Merce destacarse la elevada incidencia de procesos inflamatorios asociados al ectópico, ya sea homolaterales, contralaterales o bilaterales.

Según las descripciones operatorias del estado de los genitales internos se deduce que en el 35 % de los casos (65 historias) existen alteraciones simultáneas con el embarazo ectópico interrumpido: de ellas el 80 % es de índole inflamatoria, el resto de naturaleza generalmente tumoral anexial o uterina.

La mayor parte de las intervenciones fueron realizadas el mismo día del ingreso; las restantes entre uno y treinta y dos días después de la internación. La enferma correspondiente a la historia clínica número 887 estaba en sala con diagnóstico de "anexitis quística" habiendo sido intervenida a los treinta y dos días de internada, luego que la punción del Douglas permitió hacer el diagnóstico correcto.

La enferma correspondiente a la historia clínica número 834, fué intervenida dos veces por embarazo ectópico interrumpido, la primera vez en trompa derecha y 14 meses después por ectópico izquierdo.

No tenemos ningún caso de operación en embarazos ectópicos en evolución normal.

El caso correspondiente a la historia clínica número 790, fué intervenido con diagnóstico de gravidez ectópica interrumpida, resultando un hematocele retrouterino por hemorragia provocada por un cuerpo amarillo en el ovario derecho.

IV) EVOLUCION

En las 180 intervenciones por gravidez ectópica interrumpida hay sólo un caso de muerte por íleo paralítico a los 9 días de la operación.

DISCUSION

Sr. COORDINADOR.—Se va a iniciar la discusión.—Tiene la palabra el Dr. Crottogini.

Dr. CROTTOGINI.—En virtud de la premura con que el Dr. Belloso leyó su trabajo, premura de tiempo, nos hemos privado del placer de escucharlo completo, sin embargo hemos oído lo suficiente para darnos cuenta de que es un trabajo escrupulosamente estructurado, como está de acuerdo, por otra parte, con la capacidad del distinguido relator y de su experiencia ya suficientemente larga en Ginecología.

Sin embargo, a mí me parece que sería interesante hacer recalcar algún hecho, preferentemente para los cirujanos del interior del País y también para los cirujanos generales de Montevideo.

Yo diría, por ejemplo, lo siguiente: en materia de diagnóstico de embarazo ectópico, ¿cuál ha sido la evolución en los veinte años últimos? ¿Qué armas nuevas tenemos? ¿Con qué cosas más, podemos manejarnos desde hace veinte años? Prácticamente con ninguna más.

La Clínica, en materia de embarazo ectópico sigue siendo decisiva: esto es una cosa que tiene una jerarquía tan grande que debe ser repetida y que debe ser perfectamente conocida por todo el mundo.

Es verdad que ahora se puede disponer de peritoneoscopia o de culdoscopia, de legrados uterinos a la manera de Novak con histología para investigar elementos deciduales, de reacciones biológicas de embarazo, Galli Mainini, Zondek o cualquiera de sus variantes, con estudio radiológico para ver imágenes de trompas, muy bonitas y demás, pero la verdad es que la **clínica**, el **dolor**, la **metrorragia**, la **tumefacción**, siguen siendo decisivas tanto en el último rincón de nuestro país como en la mejor armada de las clínicas. Esto es una cosa que tiene que saberse y que tiene que decirse.

Lo mismo es en materia de terapéutica: está muy bien que ahora se dispone de anestesia por gases, de banco de sangre y demás, pero embarazo ectópico diagnosticado, embarazo ectópico operado inmediatamente, sin perder tiempo en tratar el shock, que se maneje como se maneje adentro, pero cohibir el vaso que sangra sigue siendo ahora como fué siempre la gran manera de salvar enfermas que tienen embarazo ectópico.

Esto parece muy sencillo, pero las páginas de los libros, de los tratados, van poniendo tantas cosas que deben servir para las clínicas especializadas que tienen un interés mucho más especulativo que práctico, pero que en los grandes números y en las grandes masas, no deben pesar.

También me hubiera gustado y probablemente el Dr. Belloso lo diga en su trabajo: entre los métodos de diagnóstico debe ser incluido el acto quirúrgico. **La operación es un procedimiento de diagnóstico en materia de embarazo ectópico dudoso** y es muy superior a todo ese otro

conjunto de pequeñas cosas, de modo que yo diría que si representáramos el valor de la clínica, como elemento diagnóstico, sería una columna que iría del piso al techo de este salón y el valor de todas las otras cosas sumadas serían unos diez centímetros de esa pared, frente al elemento clínico que es el dominante.

Hay una serie de pequeños otros comentarios que hacer. Puntos que naturalmente yo no voy a tocar, pero no quería que pasara esta oportunidad sin decir lo que termino de expresar, sobre todo para que el cirujano de campaña sepa que él está perfectamente armado para diagnosticar y para tratar un embarazo ectópico. Nada más.

Sr. COORDINADOR.— Tiene la palabra el Dr. Rodríguez López.

Dr. RODRIGUEZ LOPEZ.— Debemos lamentar que el tiempo, sea, por exigencia de la marcha del Congreso muy breve para que el Dr. Beloso hubiera podido haber leído todo su trabajo. Los enfoques principales que él abordó, dejan ver la enjundia, la jerarquía de la labor realizada, la labor perfecta, la labor documentada, la labor meditada, que es el fruto de una gran experiencia y de una gran preparación en la especialidad que todos le reconocemos al Dr. Beloso. Yo, por tener el privilegio de tenerlo en mi clínica, soy el primero que estoy por demás favorecido, enormemente satisfecho de que así sea, y que este trabajo sea un triunfo más del compañero de trabajo de todos los días y de todas las horas.

Evidentemente estamos de acuerdo con el profesor Crotogini y no podría ser de otra manera, en que lo que ha surgido para hacer diagnóstico de embarazo ectópico como elemento complementario, en estos últimos años no le agrega mucho más a lo que tenemos o hemos tenido desde hace muchísimos años. Evidentemente se ha hecho mucho hincapié últimamente en las reacciones biológicas. Yo podría decir que en general no sirven para mucho y muchas veces sólo sirven para confundir. Se ha hecho mucho hincapié también en el raspado endometrial: tampoco tiene un valor absoluto, porque muchas veces cuando va la cureta de Novak a querer sacar un fragmento de caduca para certificar el diagnóstico de embarazo ectópico, la caduca ya se ha desprendido, ha caído y ha desaparecido, que si eso es así, puede valer para hacer el diagnóstico en la faz incipiente o en las fases iniciales de la interrupción ectópica. Pero también existe en esto un peligro, porque es en el momento donde la duda clínica está más infinitamente preñada de elementos no completamente exactos para discernir si es un embarazo ectópico incipiente, interrumpido o es un embarazo ectópico intrauterino y entonces no está legitimamente facultado el clínico a introducir en la cavidad uterina ningún instrumento, cualquiera sean las exigencias que se tengan en este momento, para hacer el diagnóstico de ectópico interrumpido. Las endoscopias intra pélvicas, sea a través de una brecha alta (peritoneoscopia) de una brecha vaginal (culdoscopia) son riesgosas y no están introducidas en la práctica diaria.

Es evidente que en la duda del diagnóstico de ectópico, debemos actuar como en la duda del diagnóstico de una apendicitis, y ahí felicito yo a mi amigo el Prof. Crottogini de que diga y de que haya hecho énfasis en eso de que la operación es un medio de diagnóstico más. Hay que ir en la duda, a operar, y hablo de la duda después de haber hecho un balance exacto de todos los elementos clínicos donde lo principal evidentemente es que el denominador común de los elementos semiológicos de una gravidez incipiente y el cuadro funcional siempre de importancia del ectópico al intrauterino. De manera que vuelvo a repetir, la intervención, la parte quirúrgica, tiene un valor extraordinario en los casos en que la duda pesa aun después de haber querido agotar con espíritu clínico, sagaz y bien medido el pro y contra en todos los elementos semiológicos: el espíritu del clínico reconoce en estos casos que son muy raros, que no ha llegado a desbrozar en el problema de confusión y la cirugía en este caso tiene un gran valor.

En cuanto a incisiones, sabemos que nosotros, habituados a hacer la incisión de Chaanestiel, la hacemos sistemáticamente.

No creemos que la incisión vertical, la celiotomía infra umbilical mediana sea más rápida que el Pfannenstiel. Nosotros tenemos una técnica que es rápida y podemos afirmar que con ella, el abordaje a la cavidad abdominal es más rápido que por vía mediana. En cuanto a lo que debe ser exéresis, estamos de vuelta con el novelerismo de los que exprimen la trompa y quieren sacar el huevo para mantener esa trompa en posibilidad de poder fecundarse. Creemos que es una operación no solamente riesgosa, porque es muy difícil hacer la hemostasis en esa trompa sangrante sino que esa trompa en la zona donde anidó el huevo, es una trompa que va a la esclerosis y la obliteración; lo que si sabemos y el Dr. Belloso ha insistido, es que hay que luchar contra las resecciones de trompa innecesarias.

Sr. COORDINADOR.— Tiene la palabra el Dr. Mourigán.

Dr. MOURIGAN.— Me llamó la atención que no se haya mencionado o dado jerarquía en el diagnóstico del embarazo ectópico, a la hemorragia del cuerpo amarillo. Nosotros operamos, más o menos, veinte o treinta enfermas por año con hemorragia de cuerpo amarillo. Algunas han presentado puntos dudosos para el diagnóstico diferencial con embarazo ectópico. Para nosotros es muy frecuente y hay algunos que viendo las lesiones le han llamado embarazo ovárico, cuando nosotros hemos visto y sacado enucleación como nos enseñó el descubridor del cuerpo amarillo, Prof. Fraenkel, hemos sacado la membrana y hemos hecho el examen histológico mostrando que no había vellosidades coriales en la lesión.

El otro punto que quería comentar, en el que estoy completamente de acuerdo, es en el valor de la punción del Douglas, pero creo, discrepando con el estimado profesor Rodríguez López, de que siempre debe

hacerse en un medio quirúrgico y en una posición perfecta, en mesa ginecológica, con buena luz, valvas, ayudantes, etc., como un acto previo al acto operatorio posible.

En cuanto a la incisión, para el que no esté práctico en el Pfannestiel, indudablemente la mediana es más rápida. La mediana ha sido desprestigiada por la infección, porque la mediana lateralizada como ocurre casi siempre es un jalaguier y es una incisión que no da más eventraciones que las demás, si se evita la infección que hoy día ha contribuido a eso, el uso de los antibióticos.

Yo hago prácticamente siempre Pfannestiel, pero la mediana da resultados muy buenos lateralizándola, que es un verdadero Jalaguier, es rápida, es fácil de hacer y en esas condiciones es fácil de cerrar.

En cuanto a que la operación esueleva todo problema, no lo creo. Después de abierto el vientre hay sangre y muchas veces he visto cirujanos que no dudaban hasta ese momento, dudar de la sangre que aparece en el vientre ya abierto. ¿De dónde procede esa sangre? Salvo casos de alteración de la crasia sanguínea que ya se debe haber pensado con anterioridad, que personalmente en el adulto no nos tocó nunca (sólo hemos visto, hemo peritoneo en niños) que está la hemorragia en el cuerpo amarillo, y consultaba yo a Fraenkel como con cuerpo amarillo intacto, no cuerpo amarillo menstrual que eso no sangra jamás: el que sangra es el cuerpo amarillo patológico, quístico, de otra menstruación; como era posible hemorragia, y a veces hemorragia copiosa, hemo peritoneo agudo copioso, con un ovario sano y me dijo estas palabras: "Sus ojos no ven, pero microscopio ve". Por donde se hace la salida sanguínea; la sangre de la hemorragia del cuerpo amarillo prácticamente no coagula jamás; la de embarazo ectópico coagula siempre, así que la existencia de los coágulos con el vientre abierto—, ya es un elemento importante. Sólo en un caso operado en el año 1931 tuve una enferma con hemo peritoneo copioso, con coágulos, porque el desgarró del cuerpo amarillo patológico, llegaba hasta el hilio ovárico y fué entonces cuando el profesor Ivanisevich me hizo notar que él jamás había visto una hemorragia folicular del ovario, como se dice en el lenguaje hospitalario corriente. Y yo después de eso tampoco lo he visto; he visto hemorragias del cuerpo amarillo.

Ahora, en la punción, ya dije, estoy absolutamente de acuerdo, hecha en buenas condiciones.

En cuanto a los antecedentes, en una estadística que se leyó aquí, lo inflamatorio es muy importante, eso era para mí en la época pre-antibiótica y en la clientela hospitalaria; en la clientela particular prácticamente se ve el mismo porcentaje.

Esos eran los comentarios que queríamos hacer respecto a este tema tan interesante de la práctica diaria que pertenece prácticamente a la cirugía de urgencia.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra para cerrar la discusión el Dr. Rogelio A. Belloso.

Dr. BELLOSO.— Yo le agradezco al Prof. Crottogini, Prof. Rodríguez López los conceptos amables que han tenido para mi trabajo dictados mas que nada por una frecuentación amistosa de tantos años, y probada lealtad. Estoy cien por ciento de acuerdo, y de la lectura de mi relato se puede desprender lo que yo afirmo, con lo que manifiesta el Profesor Crottogini. Estamos ahora, y yo lo hago destacar en el correr del relato, en las mismas condiciones que hace veinte años: la clínica para el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico es soberana. Todos los elementos diagnóstico auxiliares que yo he examinado en el correr de la redacción del trabajo han sido examinados con un espíritu crítico pero situándolos en su verdadera importancia y ninguno de ellos tiene la jerarquía que da una buena historia, una buena semiología funcional y física.

El Dr. Rodríguez López se refirió al pasar a la maniobra de expresión de la trompa que yo cité como un elemento de ultra conservadurismo puesto en práctica por aquellos que quieren a toda costa reservar a la mujer que es sometida a una operación por un embarazo ectópico con fines de una procreación ulterior. Es, y yo lo destaco, un hecho que he visto referido nada más que por un viejo ginecólogo de la escuela clásica, Marquiagelli, pero jamás hemos hecho y exceptuamos de hacer, — como también otras maniobras terapéuticas, tratamiento quirúrgico y que suponen la abertura de la trompa, la exéresis del huevo, las suturas término terminales, etc., que de vez en cuando se refieren en las sociedades científicas como seguidas por un éxito en la procreación ulterior. De manera que no quisiera que quedara en el ambiente, sobre todo para aquellos que no leerán o no les interesará mayormente la lectura del relato, que quedara en el ambiente, repito, que nosotros sostenemos que es una maniobra aconsejable. Nada de eso.

En cuanto a lo que expresó mi amigo Dr. Mourigán, todas las objeciones y todos los comentarios que él ha hecho respecto a la patología del folículo evolutivo y dentro de ella a la patología hemorrágica derivada de los accidentes del cuerpo amarillo, están debidamente aclaradas y documentadas en el relato. Yo lo invito a que él lo lea y verá que allí está contemplado en su verdadera dimensión la importancia que tiene la hemorragia del cuerpo amarillo evolutivo en el diagnóstico del hemo peritoneo agudo y tratamiento de estos cuadros de la patología genital femenina, cuadros que, como dijo muy bien, son cuadros reheltes y de urgencia.

Solo me resta agradecer a la mesa, y nuevamente a las autoridades del Congreso y a la Sociedad Gineco-tológica que me hayan con ferido el honor de este relato en el cual hemos puesto todo el deseo de servir los fines de su practicidad y que ha sido elaborado en base no

tanto a nuestros conocimientos que siempre necesitan ser acrecentados, sino en base a una experiencia vivida con mucha lealtad y con mucha honestidad en el Servicio del Hospital Pereira Rossell.

ELECCION DE TEMA DE LA SECCIONAL DE GINECOLOGIA PARA EL V CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA A REALIZARSE EN 1954

Sr. COORDINADOR. — Han sido propuestos sólo dos temas:

- 1º Tumores incluidos en el ligamento ancho;
- 2º Cáncer del cuerpo uterino.

Si nadie hace observaciones, se va a pasar a la elección (Se vota).

Sr. COORDINADOR El resultado de la elección ha sido el siguiente

Tema 1: 14 votos

Tema 2: 10 votos.

En consecuencia queda elegido el tema:

“Tumores incluidos en el ligamento ancho”
para el V Congreso a realizarse en 1954.

A continuación se exhibió la película “Operación de embarazo ectópico”, filmada en la Clínica Ginecotocológica del Prof. Juan J. Crottogini.