
MEDICINA

Contribución al estudio del embarazo extra-uterino

(Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia, por Don Gregorio Amunátegui Solar)

Hasta estos últimos años el embarazo extra-uterino ha sido considerado como excesivamente raro.

Así Mr. Charles en su *Cours d'accouchements* dice que muchos prácticos que tienen á su cargo una gran clientela no observan un solo caso en el curso de su larga carrera; agrega que los parteros y cirujanos que por su posición privilegiada son llamados en consulta en los casos graves y dudosos, no llegan á observar sino una docena de preñeces extra-uterinas, y ésta es aún una cifra que bien pocos alcanzan.

Hoy día, después de los progresos realizados por la cirugía abdominal, la preñez extra-uterina parece haber aumentado considerablemente de frecuencia, como lo hace notar con justa razón Mr. Charpentier. El hecho se debe á que gran número de casos eran desconocidos y el diagnóstico ha adquirido ahora mayor precisión.

Pero uno de los puntos de mayor importancia en la efección de que nos ocupamos es su tratamiento, que, gracias á la antisepsia, ha entrado de lleno en el dominio de la cirugía abdominal.

Poseemos cuatro observaciones de embarazos extra-uterinos que no han sido publicadas: en la primera se trata de un embarazo gemelar extra é intra-uterino observado por el profesor Murillo en la Maternidad el año 86; dos de preñeces extra-uterinas que se han presentado el año 90 en la clínica del profesor Moëricke y por último hemos tenido la suerte de poder estudiar con todo detenimiento, debido á la benevolencia del profesor San Cristóbal, el cuarto de estos casos en una mujer que entró á su servicio el mes de septiembre del año 90.

Hemos elegido como tema de nuestra tesis de licenciado la descripción clínica de este caso, que es interesante bajo muchos puntos de vista é insistiremos sobre todo en el diagnóstico y tratamiento del embarazo extra-uterino en general, tocando sólo de paso las otras tres observaciones.

Abrigamos, sin embargo, la esperanza de que más tarde esta observación, reunida á otras análogas, pueda servir de base á un trabajo de mayor aliento.

Anamnesis.—Margarita Silva, de 29 años de edad, soltera, natural de Curicó, entró al hospital de San Borja, sala del profesor San Cristóbal, el día 12 de septiembre de 1890.

De temperamento linfático, esta enferma refiere haber padecido desde hace algún tiempo perturbaciones hepáticas acompañadas de diarrea, sobre las que no insistiremos por no ser ésta la causa que la ha traído al hospital.

Se queja sobre todo de un tumor del abdomen que le causa profundas molestias y gran impedimento.

Fué examinada entonces por el Dr. San Cristóbal y, creyendo que se trataba de un caso de embarazo extra-uterino, la envió á la Maternidad con el objeto de que el Dr. Murillo la examinase y la presentara á sus alumnos del curso de partos.

Después de un detenido examen bajo el cloroformo, el profesor Murillo sentó el diagnóstico de embarazo extra-uterino.

Vuelta á la sala del Dr. San Cristóbal, la enferma fué examinada nuevamente y en distintas épocas, quedando plenamente confirmado el diagnóstico.

Sólo á principios del mes de noviembre nos fué dado examinar detenidamente este caso y seguir su observación.

Síntomas y diagnóstico.—En la descripción de este caso vamos á proceder en un orden inverso al que se acostumbra seguir generalmente en clínica, es decir, sentado el diagnóstico de embarazo extra-uterino, pasaremos en revista los síntomas presentados por la enferma en el mes de Noviembre y que han servido de fundamento á dicho diagnóstico.

Antes debemos advertir que se trata de una mujer muy ignorante y que, lejos de facilitar el examen, trata al contrario de

oscurecer en lo posible el diagnóstico dando respuestas á menudo contradictorias.

Cuando fué examinada las primeras veces negó en absoluto la posibilidad de un embarazo, alegando que nunca había tenido relaciones sexuales.

Pero, después de numerosas preguntas y habiéndonos ganado su confianza, nos aseguró que había tenido relaciones sexuales solo una vez en su vida y que se habían llevado á cabo el día 3 de Abril del 90, época á que hace remontar su embarazo. Interrogada á este respecto posteriormente en diferentes ocasiones, ha estado perfectamente de acuerdo con sus datos anteriores.

Pasamos ahora á enumerar los síntomas presentados por la enferma en el mes de Noviembre.

Tenemos que resolver dos importantes problemas: primero, comprobar si se trata de un embarazo, y segundo, si éste es realmente un embarazo extra-uterino.

Para seguir cierto orden en la enumeración de los síntomas, pasaremos en revista los signos racionales, de probabilidad y de certidumbre, tal como se acostumbra hacerlo en los embarazos uterinos normales.

A. Signos racionales ó de presunción.—1.º *La supresión de las reglas.*—Este signo tiene un gran valor en el embarazo uterino siempre que se trate de una mujer de buena salud, bien reglada anteriormente, que no haya llegado á la menopausia y que no esté sometida á ninguna de las causas de amenorrea.

De todos modos, éste es un signo muy incierto, porque hay muchas mujeres embarazadas que presentan derrames sanguíneos menstruales sobre todo al principio, y además son tantas las causas de amenorrea fuera del embarazo, que no se le puede confiar un valor diagnóstico cuando este síntoma se presenta solo.

Ahora, en el embarazo extra-uterino las reglas presentan el carácter habitual de la supresión, y es sobre él que se funda para remontar al principio de la preñez, pero esta supresión es menos absoluta aún que en la preñez fisiológica. Presenta, en efecto, grandes irregularidades: en muchos casos no existe la menor supresión menstrual, en otras las reglas se suspenden durante los dos ó tres primeros meses para reaparecer como antes.

—En el caso de nuestra observación, esta mujer dice haber sido reglada anteriormente, pero como sucede tan á menudo, no recuer-

da á qué edad tuvo su primera menstruación. Sus reglas no han sido perfectamente regulares, porque si bien es cierto que han aparecido cada veintiocho ó treinta días, es decir á intervalos más ó menos fisiológicos, tenían en cambio una duración variable y en muchas ocasiones eran dolorosas, existiendo verdadera dismenorrea.

Á la fecha sus reglas se han suspendido por completo, pero no está bien segura de la época en que aparecieron las últimas. Según le parece, éstas se presentaron por última vez á fines de abril ó principios de mayo.

2.º *Las perturbaciones digestivas* no tienen en general un gran valor, y mucho menos en este caso, en que se trata de una mujer que ha presentado desde hace varios años transtornos digestivos.

Dice haber tenido desde algunos años atrás, hasta hace un mes, mucha diarrea, habiendo en ocasiones presentado un aspecto disenteriforme. Ahora mismo sus funciones digestivas no son regulares.

Además, recuerda haber padecido de vómito durante los meses de mayo y junio.

3.º *El aumento de volumen del vientre* es un signo que pertenece tanto á la preñez normal como al embarazo extra-uterino, estando sugeto como los precedentes y aún más á numerosas causas de error, tales como distención de los intestinos por gases, retención de orina, acumulación de grasa en las paredes del vientre y al rededor de las vísceras abdominales, hipertrofia del hígado, bazo, riñones, quistes del ovario, metritis, pólipos, fibromas, fisometría, hidrometría, etc.

En el embarazo normal el aumento de volumen del vientre es producido por el desarrollo regular del útero de abajo arriba y en la línea media, pudiendo ser prefijado y servir hasta cierto punto para calcular la edad de la preñez, si se toma en cuenta el nivel á que ha llegado el fondo del órgano con relación á la pared abdominal.

En el embarazo extra-uterino no pasa lo mismo, y el desarrollo del vientre es irregular. En este caso se percibe un tumor que no presenta la simetría y crecimiento prefijado, como se observa en el útero grávido.

Este tumor es doloroso á la palpación, y según el sitio en que se implante el huevo así será la colocación que ocupe, pudiéndose

desarrollar en la cavidad abdominal misma, en cuyo caso rechaza el útero hacia adelante, ó bien en una de las trompas, y entonces, desviando el útero de un lado, hará eminencia del lado opuesto.

Á veces se constata la presencia de dos tumores: el uno pequeño, resistente, elástico, análogo á un útero en el segundo ó tercer mes de la preñez, y que sienta según los casos á la derecha, á la izquierda ó hacia adelante; el otro, separado á veces por un surco del precedente, es más voluminoso, liso, redondeado ó irregular y abollado, ya blando y fluctuante, ya duro y resistente, y en el cual se puede á veces constatar el peloteo ó las partes fetales.

En el caso presente, en que no nos ha sido posible seguir desde el principio el desarrollo, se puede apreciar un aumento de volumen del vientre, lo que ha motivado la entrada de nuestra enferma al hospital. Este aumento de volumen es debido á la existencia de un tumor sensible á la palpación y limitado hacia arriba por una línea de convexidad superior que pase á un través de dedo por encima del ombligo, haciendo principalmente eminencia en los flancos laterales. La circunferencia del abdomen al nivel del ombligo mide 0.89 centímetros.

Como se ve, los caracteres de este tumor abdominal están en relación más bien con una preñez extra-uterina que con un embarazo normal.

Además, este aumento de volumen del vientre no correspondría, si se tratase de un embarazo uterino, á la época presunta de la preñez, cuyo principio sería, según la enferma, el mes de abril.

4.º *El desarrollo de pigmento en la línea blanca y en la eminencia del ombligo es bien manifiesto.*

No tomaremos en consideración ni las perturbaciones nerviosas difíciles de apreciar en personas de esta escala social y sobre todo en enfermas de hospital, ni la coloración de la vulva y de la vagina, ni las modificaciones de los senos, signos muy poco ciertos, sobre todo el cambio de coloración, y que no tienen valor alguno en una enferma como la de que tratamos, que presenta una pigmentación bastante intensa de toda la superficie cutánea.

B. Signos de probabilidad.—Estos son signos sensibles y del origen fetal, lo contrario de los anteriores, que son de origen materno.

1.º En primer lugar nos ocuparemos en constatar, por medio de

la palpación, *las partes fetales*. Cuando esta sensación es bien percibida y no deja duda alguna, puede considerarse como un signo de certidumbre.

En el caso que estudiamos se pueden sentir las partes fetales tan distintas y perfectamente, que producen la misma impresión que si se encontrasen debajo de la piel, pudiéndose aún precisar la posición que tiene el feto. Está doblado y su dorso se encuentra dirigido hacia arriba y adelante, la cabeza está en la fosa ilíaca izquierda y las nalgas en la derecha.

Esta investigación tiene en el caso actual una gran importancia diagnóstica. En efecto, en el embarazo intra-uterino la palpación de las partes fetales suele ser difícil, cubiertas que están por una gruesa capa de fibras musculares, llegando á ser imposible cuando entran en contracción.

Por el contrario, en el embarazo extra-uterino, aunque se forman algunas fibras musculares al rededor del saco quístico, éstas son tan delgadas y tanto menos numerosas que en el caso anterior, que la palpación llega á ser sumamente fácil y se puede apreciar claramente las partes y contornos fetales como si se encontrasen bajo el dedo que las explora.

2.º *Los movimientos activos del feto* son de gran importancia no sólo bajo el punto de vista del diagnóstico sino también para apreciar más ó menos la edad del feto.

Sentidos por la madre solamente pueden ser confundidos con el cambio de lugar de los gases intestinales ó con contracciones de los músculos abdominales, pero cuando son de origen fetal persisten mientras el niño está vivo. Apreciados por el tocólogo llegan á ser un signo de certidumbre.

Nuestra enferma asegura sentir estos movimientos desde hace más ó menos tres meses; al principio eran suaves, habiendo llegado á ser á la fecha bastante fuertes y limitados sobre todo á la región del flanco derecho. Desde hace tres meses se vienen repitiendo constantemente, sobre todo en la noche.

Pero, tenemos que advertir que no nos ha sido posible percibirlos á pesar de haberlos provocado en diversas ocasiones.

En nuestra enferma no existe ni peloteo abdominal, ni vaginal.

C. Signos de certidumbre.—Hemos visto que algunos de los signos racionales y casi todos los de probabilidad llegaban á ha-

cerse de certidumbre una vez alejadas las causas de error; pero hay sobre todo dos que no dejan duda alguna sobre la existencia de la preñez: el ruido del corazón fetal y la constatación de las partes fetales á través del cuello entreabierto.

En un punto situado más ó menos en la parte media de una línea que vaya del ombligo á la espina ilíaca ántero-superior izquierda hemos percibido los ruidos fetales bien claros y manifiestos, habiendo alejado las causas de error por la constatación de la falta de isocronismo entre el pulso de la madre y el nuestro.

Pasaremos sobre el segundo signo, porque vamos á agrupar en un párrafo especial los síntomas suministrados por el examen vaginal directo.

Resumiendo, pues, tenemos que nuestras enferma presenta: supresión de sus reglas desde el mes de mayo más ó menos, perturbaciones digestivas, aumento de volumen del vientre que llega á medir al nivel del ombligo 0.89 centímetros de circunferencia y que ha sido, según ella, progresivo, constatación de las partes fetales por medio de la palpación, movimientos activos del feto percibidos por la paciente desde hace tres meses más ó menos y localizados en la región del flanco derecho y por último ruidos cardíacos fetales en el lado izquierdo.

Con todos estos síntomas creemos que no hay lugar á duda y que se trata indudablemente de un embarazo.

Pasamos ahora al segundo punto de la cuestión. ¿Es un embarazo extra-uterino?

Al enumerar los signos del embarazo hemos llamado la atención sobre las particularidades que ofrecían algunos de ellos bajo este punto de vista.

Pero nos queda que mencionar el examen directo por la vagina de los fondos de saco y del útero mismo, lo que tiene en este caso un valor decisivo.

Examinando los fondos de saco vaginales pudimos apreciar en el lado izquierdo la cabeza del feto que ocupaba el fondo de este saco.

Este solo dato aleja la idea de un embarazo uterino.

El cuello del útero no presentaba ninguna de las particularidades propias del embarazo. Su consistencia era dura, su forma acuminada y el hocico de tenca circular con sus labios aplicados, caracteres que se encuentran en una nulípara fuera del estado de gestación.

Es de advertir que aunque el cuello presentase los signos del embarazo, como son el resblandecimiento y la abertura de los orificios, ésto no indicaría que el embarazo era intra-uterino, puesto que en el extra-uterino suelen también presentarse estos caracteres.

Después efectuamos la exploración bimanual y pudimos comprobar que el volumen del útero era normal y que no se tocaba por la pared abdominal, es decir, que no había sobrepasado la sínfisis pubiana. Su dirección había cambiado un poco: el cuello estaba dirigido hacia la izquierda y el cuerpo á la derecha, es decir, que había basculado en totalidad, siendo de notar que esta desviación era sobre todo marcada en el cuerpo.

Rodeando el útero y especialmente al lado izquierdo y por encima se podía notar el tumor quístico que contenía el feto. Tratamos entonces de producir el peloteo vaginal, lo que no nos fué posible conseguir.

Con estos datos creemos que el útero estaba completamente desocupado y que, en consecuencia, el feto se había desarrollado fuera de él.

Sin embargo, para llevar nuestra convicción hasta la más completa evidencia, resolvimos hacer el examen de la cavidad uterina por medio del histerómetro, investigación que repetimos en distintas ocasiones y siempre con igual resultado.

Desde luego notamos que al introducir el histerómetro se desviaba hacia la derecha. Además, nos marcó en las distintas ocasiones seis centímetros y medio, es decir, la dimensión de un útero virgen.

Tratamos también de hacer penetrar el instrumento con cierta dulzura hacia la izquierda para saber si el quiste fetal tenía comunicación con el cuello, lo que no pudimos realizar.

Si después de la enumeración de los signos de posibilidad, probabilidad y certidumbre, hemos visto que se trata de un embarazo probablemente de naturaleza extra-uterina, después de este examen no nos queda ya duda alguna.

Demostrado, como lo creemos, que se trata de un embarazo extra-uterino y que el feto está vivo, como lo comprueban los movimientos sentidos por la madre, y sobre todo el ruido del corazón fetal, nos queda por demostrar aproximativamente la época de la preñez ó la edad del feto, lo que, como veremos, tiene gran importancia bajo el punto de vista del tratamiento.

Esto presenta grandes dificultades aún en el embarazo normal, y con mucha más razón en el extra-uterino, en cuyo caso nos vemos privados de signos de gran valor, como son la altura que presenta el útero en los distintos períodos, el reblandecimiento del cuello, el estado de los orificios, etc.

Sin embargo, excepcionalmente poseemos en este caso particular un dato de suma importancia y que es casi decisivo, la fecha en que se efectuó la relación sexual que, según la enferma, es la única que ha tenido en su vida. Como ya lo hemos dicho en otra parte, la paciente refiere que esta relación tuvo lugar el 3 de abril del 90. Según eso, no habría lugar á duda, el feto tendría 7 meses.

Pero supongamos, como es natural hacerlo, que este dato no sea exacto y tratemos de buscar en los demás síntomas algunos hechos que sirvan para fijarnos á este respecto.

Desde luego, hemos visto que los latidos del corazón fetal son perfectamente perceptibles, lo que indica que el feto tiene más de 4 meses.

La enferma dice que sus reglas se le suspendieron más ó menos en el mes de mayo, lo que corresponde al principio de la preñez y concuerda con los 7 meses de embarazo.

Asegura también la paciente que ha sentido movimientos fetales desde hace dos ó tres meses, y como éstos no se producen sino cuando el feto tiene cuatro ó cuatro y medio meses, llegamos igualmente al mismo resultado.

Con estos datos, pues, creemos poder sentar que el feto tiene aproximadamente siete meses.

Ahora, veamos modo de investigar de qué clase de embarazo extra-uterino se trata.

Se puede dividir en tres variedades: 1.º Preñez ovárica, que se subdivide en ovárica, externa é interna; 2.º preñez tubaria, que se subdivide á su vez en tubaria propiamente dicha, intersticial y tubo-abdominal, según que el huevo se haya injertado en la mitad, en la extremidad interna ó en la parte externa de la trompa, y 3.º preñez abdominal ó peritoneal que puede ser primitiva ó secundaria.

El diagnóstico de la variedad de preñez es una cuestión sumamente difícil y que generalmente no se hace sino en la mesa de operación ó en la sala de anfiteatro.

Antes de continuar con nuestro caso, abramos un paréntesis para hacer el resumen de una de nuestras observaciones que nos ha si-

do facilitada por el profesor Murillo y que demuestra cuán difícil es en algunos casos no solo el diagnóstico de la variedad sino aún el de la existencia de una preñez extra-uterina.

En el mes de febrero del año 86, época de la epidemia del cólera en Santiago, ingresó á nuestra Maternidad una enferma que presentaba síntomas coléricos y en la que se diagnosticó además una preñez gemelar. Al día siguiente cesó un tanto la diarrea, pero la paciente quedó en un estado de postración muy grande.

En estas circunstancias dió á luz un feto muerto y la mujer falleció en seguida. Se fué entonces á buscar el otro feto para extraerlo por las vías naturales, pero se encontró el útero desocupado.

El Dr. Frias, que había observado antes el caso y que en esos momentos pasaba la visita de tarde, practicó la laparotomía y extrajo del abdomen un feto que alcanzó á vivir unos pocos minutos.

Se trataba, pues, en este caso de un embarazo gemelar intra y extra-uterino, siendo este último de la variedad tubo-abdominal.

Pero, volvamos á nuestro caso. ¿Á qué variedad de preñez extra-uterina pertenece?

Las mas frecuentes son las tubarias y abdominales y son las únicas que permiten hacer un diagnóstico.

La preñez tubaria se termina á menudo hacia los tres ó cuatro meses por la ruptura del quiste, lo que no pasa con las abdominales que llegan comunmente á término.

Ahora, hemos visto más arriba en nuestro caso que la preñez data de siete meses y fundados en esta consideración hemos diagnosticado una preñez extra-uterina de la variedad abdominal.

Como se comprende este diagnóstico no está fundado con respecto á la variedad de la preñez en una base sólida y hemos llegado á él tomando en cuenta solo la fecha del embarazo.

Tratamiento de las preñeces extra-uterinas.—Entramos ahora á la importante cuestión del tratamiento.

Pero antes resumiremos en dos palabras cuál es la terminación de una preñez extra-uterina para pasar á hablar del tratamiento de las preñeces extra-uterinas en general y de nuestro caso en particular.

Un embarazo extra-uterino puede terminarse de tres maneras diferentes.

1.º *El feto muere*, lo que se verifica generalmente en los cinco primeros meses. Una vez muerto, puede reabsorberse cuando está en el primer mes de su desarrollo, puede momificarse, cambiarse en grasa de cadáver, incrustarse de materias calcáreas (lithopedion).

En estos casos, ó bien es tolerado por el organismo durante algunos años, lo que es raro, ó bien el quiste que contiene el feto se inflama y provoca una peritonitis mortal, ó bien se produce un flegmón, abriéndose el absceso que resulta en los órganos vecinos ó al exterior y trayendo como consecuencia la muerte á causa del agotamiento y de la infección.

2.º *El quiste se rompe*, lo que tiene lugar generalmente en las preñeces tubarias ó á consecuencia de un golpe ó de una caída en cualesquiera de las otras variedades.

Las consecuencias de esta ruptura son fatales, porque la mujer muere á consecuencia del shock, ó de la hemorragia, ó posteriormente por la peritonitis consecutiva.

3.º *El niño continúa viviendo*, lo que se observa principalmente en la preñez abdominal. En este caso se produce á los nueve meses mas ó menos un falso trabajo, análogo al parto fisiológico, pero no pudiendo llevar á cabo la expulsión del feto, tiene como consecuencia ó su muerte ó la ruptura del quiste.

Así, pues, en todos los períodos de su evolución el embarazo extra-uterino constituye un peligro formidable ya sea por la hemorragia mortal, ya por la peritonitis ó la septicemia, ya por las supuraciones ó la compresión á que puede dar lugar.

Con razón se ha llegado á decir que la preñez extra-uterina debe ser considerada como un neoplasma maligno y tratada como tal.

Teniendo en cuenta estas terminaciones y los peligros que el embarazo extra-uterino trae consigo, el Dr. Pozzi, cirujano del hospital Lourcine-Pascal, en un trabajo publicado últimamente, llega á la conclusión de que en todos los períodos de su evolución y en todas sus variedades la preñez ectópica debe ser objeto de una operación tan precoz como sea posible. La que le ha dado mejores resultados recientemente ha sido la extirpación completa del saco por la laparotomía.

Por lo que á nosotros toca, no hemos podido formarnos, como

es natural, una opinión personal; pero después de haber leído detenidamente los diversos trabajos relativos á esta cuestión, hemos llegado á convencernos de que las conclusiones del Dr. Pozzi están en completo acuerdo con las doctrinas modernas y fundadas además en un estudio detenido de los hechos, teniendo en vista estadísticas recientes.

Es por esto que vamos á dar un resumen de su trabajo, que nos servirá de guía para la elección del tratamiento que vamos á aplicar á nuestro caso.

Preñez extra-uterina antes del 5.º mes, sin ruptura del quiste.—Como no existe en este período signos positivos de preñez, no se puede sino sospechar su existencia. Pero basta estar en presencia de un tumor que ocasiona dolores para que la laparotomía esté indicada.

El peligro principal de la operación consiste en la hemorragia ya sea producida por la placenta, ya por la ruptura del quiste en los esfuerzos de liberación. Para obviar este inconveniente se debe hacer la decorticación del saco, la extracción de la placenta y el taponamiento con gaza yodoformada.

Cuando el embarazo es tubario debe hacerse la extirpación de la trompa feto-quística.

La operación es benigna. Así Lawson Tait ha tenido una serie de 43 éxitos y Veit 12 curaciones sobre 15 casos.

Preñez extra-uterina antes del 5.º mes, complicada de ruptura y de hemorragia uterina grave.—En la gran mayoría de los casos esperar la hemostasis espontánea es dejar morir á la enferma por no asumir la responsabilidad de una operación cien veces menos grave que la espectación, pues si la enferma no sucumbe inmediatamente, la muerte será la consecuencia de un segundo ó tercer ataque hemorrágico ó bien de las complicaciones del enorme hematocoele así constituido.

El precepto de intervenir en este caso había sido formulado ya por Keller el año 1872, pero toca á Lawson Tait el honor de haberlo hecho entrar en la práctica gracias á una serie de éxitos, pues sobre 42 laparotomías llevadas á cabo con este objeto ha obtenido 40 resultados felices.

En este caso se debe quitar cuidadosamente toda la sangre y si es necesario se debe hacer el taponamiento hemostático del peritoneo con gaza yodoformada.

Preñez extra-uterina después del 5.º mes; niño vivo.—Á este respecto los cirujanos se encuentran divididos y existen dos escuelas: los unos son partidarios de la laparotomía primitiva, los otros de la laparotomía secundaria, es decir, dos meses después que el feto haya sucumbido.

Los segundos dicen que esperando este tiempo la circulación placentaria ha cesado completamente y por lo tanto no existe ya el peligro de la hemorragia al incidir la placenta y al extraerla y que, en cuanto al feto, no debe ser tomado en consideración y no temen sacrificarlo, porque sería, según ellos, frecuentemente deforme y rara vez viable.

Por el contrario, los partidarios de la operación primitiva hacen notar que si la laparotomía secundaria expone menos á la hemorragia, no pasa lo mismo con la septicemia, que puede mostrarse rápidamente. En segundo lugar ven sobre todo en la laparotomía primitiva la posibilidad de salvar á la vez á la madre y al niño y se fundan en estadísticas recientes para demostrar que en muchos casos el niño ha sobrevivido sin presentar deformación de ningún género.

Si por los progresos de la técnica se consigue que las probabilidades de salvación para la madre sean iguales en ambas operaciones y si en la laparotomía primitiva hay además probabilidad de salvar una segunda vida, la del niño, nos parece que no cabe la menor duda y que sería necesario decidirse resueltamente en favor de ésta.

Veamos qué dicen las estadísticas sobre este particular.

Hasta hace pocos años, hasta 1886, la mortalidad en la laparotomía primitiva era muy considerable. Así Maygrier sobre 17 casos de laparotomía primitiva, reunidos y analizados hasta el año 86, ha encontrado una mortalidad de 15 casos para la madre, es decir, un 88 %. En cuanto á los niños, 9 habían muerto en las primeras cuarenta horas y la suerte de los 8 restantes era desconocida.

Werth, estudiando los casos publicados de 1880 á 1886 ha encontrado 8 observaciones con 7 muertes para la madre y 3 para los niños, advirtiendo que dos de los sobrevivientes murieron poco tiempo después, salvando en definitiva 2 que fueron observados hasta la edad de 3 meses.

Harris ha publicado en el año 88, 30 casos de laparotomía primitiva recogidos por él. De éstos, 20 habían sido operados hasta

el año 80 y los 10 restantes del 80 al 88. Los resultados de ambas series son completamente distintos. En la primera, concerniente á los 20 casos publicados hasta el año 80, ha encontrado 1 solo éxito para la madre y 10 para el niño. Por el contrario, en la segunda serie, que comprende los 10 casos operados entre los años 80 y 88, ha habido 4 éxitos para la madre y 6 para el niño.

¿Á qué se debe esta mortalidad tan enorme?

Del estudio de las estadísticas cuyo resultado dejamos apuntado, se desprende que para la madre la causa de la muerte ha sido la hemorragia, ya sea en el momento de la incisión, debido á que, estando la placenta insertada por delante del quiste, era interesada por el cuchillo, ya sea durante el desprendimiento de este órgano en el curso de la operación, ya sea durante los días siguientes á causa del desprendimiento espontáneo de los fragmentos placentarios.

Estos diversos inconvenientes pueden subsanarse con los perfeccionamientos llevados á la técnica operatoria y sobre todo haciendo la ablación del saco y de la placenta con gran rapidez y taponando en seguida con gaza yodoformada. En cuanto á los niños, su gran mortalidad dependía de la falta de cuidados, puesto que, aún cuando nazcan en un estado de debilidad congénita suma, ésta puede subsanarse gracias al empleo del gavage y de las incubadoras, medios que logran hoy día hacer vivir niños condenados fatalmente á la muerte en otro tiempo.

En prueba de este aserto, nos bastará citar la prolija estadística presentada por el Dr. Pozzi en su trabajo.

Relaciona 13 laparotomías primitivas ejecutadas á término ó pocos días antes con el siguiente resultado: de los 13 casos se ha salvado 9 madres y 11 niños.

Nos parece, pues, que ante estos hechos no se puede dudar en practicar la laparotomía primitiva con la esperanza de salvar á la madre y al niño.

¿En qué momento se debe operar?

Es preferible no esperar los fenómenos del falso trabajo, porque trae consigo la muerte inevitable del feto.

Basándose en el examen exterior del feto, en su volumen apreciable á la palpación y si fuese posible en datos más positivos, se intervendrá entre ocho y ocho meses y medio.

Preñez extra-uterina después del quinto mes; niño muerto recientemente.—¿Se puede practicar la laparotomía en los primeros días que siguen á la muerte del feto? La mayoría de los autores se ha pronunciado hasta aquí por la negativa. Parry ha llegado hasta preconizar la expectación indefinida y esperar sea la transformación en lithopedion, sea la aparición de los accidentes de eliminación espontánea en ayuda de los cuales se podría intervenir. Esta doctrina ha sido adoptada por Tarnier y Budin.

Menos absolutos, Litgman, Werth, Maygrier, Pinard, basándose sobre los resultados estadísticos ya antiguos y por temor á la hemorragia que había muerto hasta aquí tantas operadas, aconsejan esperar hasta la obliteración de la circulación placentaria.

Pero esta época es muy dudosa y aunque se haya fijado aproximativamente en dos meses, se ha visto que el desprendimiento de la placenta ha dado lugar á una hemorragia fulminante al cabo de tres meses.

En consecuencia, se puede ver privado de todos los beneficios de la expectación que ha dejado morir al niño y expuesto á la mujer á nuevas complicaciones.

En efecto, y es este un punto sobre el cual es necesario insistir, en la mortalidad de las operaciones secundarias, es decir, diferidas de propósito deliberado, sería justo tomar en consideración las muertes que son el resultado de la expectación misma, las septicemias o peritonitis intercurrentes que hacen fatal una intervención que algunos meses antes se presentaba en condiciones favorables.

Si se toma en cuenta estas consideraciones y se nota los resultados favorables que ha dado la laparotomía primitiva en los casos más recientes, se estará autorizado para adoptarla como regla de conducta.

La invasión de la fiebre y los pródromos de una septicemia, lejos de contra-indicar la operación, le harían urgente, habiéndose salvado algunas enfermas en semejantes circunstancias.

Preñez extra-uterina después del quinto mes; niño muerto desde largo tiempo atrás.—Cuando la muerte del feto data desde mucho tiempo, cuando la tolerancia parece establecida y se espera la transformación del feto en lithopedion ¿es prudente intervenir y hacer correr los riesgos de una laparotomía á una mujer que

goza de una perfecta salud? Aún entonces la operación debe ser aconsejada, teniendo en vista los peligros del porvenir.

En efecto, es necesario recordar que la tolerancia del feto ectópico es siempre precaria, que la descomposición del huevo y la infección consecutiva del peritóneo pueden sobrevenir en tanto que el lithopedion no esté definitivamente constituido y que aún entonces una infección causada por la supuración que tiende á expulsar el feto puede traer los más graves accidentes.

Quiste fetal antiguo supurado con ó sin fistula.—Evidentemente en este caso es necesario favorecer y apresurar el trabajo á menudo muy lento del organismo.

Si existe un absceso debe abrirse, sea al nivel de las paredes abdominales, sea al nivel del recto ó de la vagina y se irá á buscar los restos fetales, lo que será favorecido á menudo por la existencia de una fistula que permitirá al estilete penetrar hasta el feto y servir de guía para la incisión del saco. Esta operación es verdaderamente benigna si se tiene la precaución de hacer la antisepsia completa del caso. Y en prueba de ello, el Dr. Pozzi cita en su trabajo el saco de una enferma del servicio del Dr. Gallard en la que, á consecuencia de una presión del saco quístico se había producido una gran fistula recto-vaginal y, sometida desde largo tiempo á las infructuosas tentativas de una eliminación espontánea, fue operada, pudiendo extraerle por el recto todo el esqueleto de un feto.

Sobre 35 casos de quistes fetales antiguos supurados, reunidos por Parry, solo tres fueron seguidos de muerte después de la operación.

Preñez en un cuerno uterino rudimentario.—Abandonados á sí mismo los casos de este género, han dado una mortalidad de 23 por 30 en los seis primeros meses, según Bandl.

Es necesario practicar, pues, la laparotomía, siendo la operación infinitamente más sencilla que en los casos precedentes.

Ha sido hecha seis veces con cinco éxitos á término ó largo tiempo después. El cuerno uterino ha sido inmediatamente extirpado como lo es el útero entero en la operación de Porro.

Antes de concluir con estas ideas generales, vamos á puntar una estadística que el Dr. Picqué, de París ha presentado al pasado Congreso de Berlín, referente á tres casos de preñez extra-uterina

tubaria, operados en el hospital Pascal-Lourcine el año 89, en dos de los cuales se trataba de fetos vivos de cinco á seis meses. En estos casos se vió obligado á operar después de la ruptura del saco y de accidentes graves de peritonismo y encontrándose la cavidad peritoneal llena de coágulos sanguíneos.

Mr. Picqué atribuye el éxito de sus operaciones al haber extraído la placenta y extirpado la trompa, y saca la conclusión de que las muertes observadas en operaciones de este género se deben á que algunos cirujanos por temor á la hemorragia abandonan la placenta á sí misma después de haber suturado los bordes del saco á la pared abdominal, lo que trae como consecuencia la infección, á pesar de las precauciones antisépticas tomadas últimamente.

Después de haber resumido las reglas generales del tratamiento de la preñez extra-uterina, volvamos á nuestra observación.

Sentado ya el diagnóstico de una preñez extra-uterina posiblemente de naturaleza abdominal, ¿qué tratamiento es necesario emplear?

Consecuentes con las conclusiones anteriores, el tratamiento racional en este caso es la laparotomía primitiva con la esperanza de salvar así á la madre y al niño.

¿Cuándo es necesario operar?—Hemos visto que el feto tenía el 1.º de noviembre más ó menos siete meses, por lo tanto será necesario esperar que llegue á los ocho ú ocho meses y medio para que alcance un desarrollo que sea compatible con la existencia, estando, sin embargo, preparados para apresurar la intervención si se presentasen los síntomas del falso trabajo.

La operación quedó, pues, resuelta, y debía practicarse el 12 de diciembre.

Mientras tanto, la enferma fué sometida á la más rigurosa observación.

Lo único que llamó la atención fué que presentó desde fines del mes de noviembre un alza de la temperatura, que era de 38 grados en la mañana y de 38.5 en la tarde, y una frecuencia del pulso que no bajaba de 100 pulsaciones.

Este estado se mantuvo á pesar de todas las precauciones empleadas para combatirlo.

Así las cosas, nos preparábamos para practicar la operación el 12 de diciembre; pero el 9 en la mañana la mujer presentó todos los síntomas de un falso parto, accidente cuya gravedad no puede

escaparse á nadie, puesto que trae generalmente consigo una ruptura del saco y una peritonitis generalizada consecutiva casi siempre mortal, sin contar con la muerte del niño que es de regla en la mayoría de los casos.

Á las tres de la tarde del día 9 nuestra enferma presentó, como decíamos, dolores que se fueron haciendo más y más vivos y aproximados al mismo tiempo que perdía por el cuello una cantidad de líquido que puede avaluarse en 200 gramos, lo que, como se verá más adelante, tiene gran interés.

Advertido inmediatamente de lo sucedido el Dr. San Cristóbal, resolvió hacer la operación el mismo día, la que se llevó á cabo á las cuatro y media de la tarde con asistencia de los doctores Jarpa, Amaral, Zegres y Rojas.

Se vació previamente la vejiga, y después de cloroformada la paciente y habiendo rapado y lavado antisépticamente la región, se procedió á operar.

Se hizo una incisión que, partiendo á tres traveses de dedo por encima del ombligo, pasaba por su lado izquierdo y terminaba cerca del pubis.

Después de dividir piel, tegido celular, aponeurosis y peritoneo, esperábamos encontrar el quiste colocado en la cavidad peritoneal; pero no pasó así.

Lo primero que llamó nuestra atención fué un tumor que tenía semejanza con un útero aumentado irregularmente de volumen. Dicho tumor llegaba hasta un poco más arriba del lugar correspondiente al ombligo, teniendo sus mayores dimensiones al lado izquierdo; al lado derecho, formando cuerpo con él, se encontraba el útero rechazado un poco á la derecha, es decir, que estaba aplicado á la pared derecha y parte superior del tumor.

Para formarse una idea cabal, figúrese un útero al final del embarazo que en lugar de haberse desarrollado regularmente hacia arriba, lo hubiera hecho en el sentido transversal y especialmente al lado izquierdo y que al mismo tiempo existiese al lado derecho un fibromioma intersticial implantado en su pared externa.

Este era el aspecto de las cosas: el útero verdadero en el que habíamos introducido el histerómetro durante los exámenes, tenía el aspecto del fibromioma en la comparación que hemos supuesto; y el tumor ó más propiamente el quiste que encerraba el feto, está representado en nuestra comparación por el útero aumentado de volumen.

Continuaremos ahora describiendo el aspecto del quiste.

La trompa izquierda estaba implantada á su lado izquierdo y la derecha al lado derecho del útero.

Los ovarios normales estaban en su lugar.

Detrás del tumor y aplicados á su cara posterior encontramos dos órganos de las mismas dimensiones y aspecto que los ovarios; estaban implantados directamente en su pared, no existiendo pedículo y colocados á cierta distancia uno del otro.

Una vez á la vista el quiste y reconocido claramente que en su interior estaba el feto, se incindió la capa más externa que era tegido muscular grueso i resistente, semejante al del útero llegado al término del embarazo.

Dividida la primera capa, se produjo en toda la superficie de sección una hemorragia que se cohibió por medio de pinzas hemostáticas de largos bocados.

Sin duda estábamos en la región ocupada por la placenta inserta inmediatamente por debajo.

Se alcanzó á incidir una parte y la hemorragia fué tan abundante, que no bastando las pinzas se recurrió á la comprensión manual.

No era, pues, posible continuar mas adelante la incisión so pena de ver producirse una hemorragia seguramente mortal; pero al mismo tiempo era necesario obrar rápidamente.

Un ayudante tomó entonces con ambas manos los bordes de la sección muscular y produjo la hemostasis hasta donde era posible.

La incisión hecha anteriormente había empezado en la unión del tercio medio con el inferior de la cara externa del quiste; entonces se prolongó hacia arriba interesando los tercios medio y superior hasta llegar al fondo mismo; aquí las paredes eran mucho más delgadas y menos resistentes que las del tercio inferior.

Felizmente, en este lugar no se encontró placenta, pudiéndose llegar hasta la cavidad misma del quiste, de donde se extrajo un feto vivo que se encontraba aprisionado sin poder efectuar ningún movimiento, pues las paredes del quiste estaban perfectamente aplicadas y contraídas sobre él.

Su posición era la misma que ya habíamos diagnosticado por la palpación, es decir, estaba colocado trasversalmente con el dorso hacia arriba y adelante, la extremidad cefálica á la izquierda y la pelviana á la derecha.

Además, no existía casi líquido amniótico, pudiéndose avaluar su cantidad en sesenta gramos.

Una vez extraído el feto con toda rapidez, había que preocuparse de la placenta y de las membranas

Por la incisión ya hecha y facilitando la maniobra la cavidad del quiste vacía por la extracción del feto, se despegó la placenta de la pared anterior del quiste donde estaba insertada. Se extrajo sin gran dificultad así como también las membranas. Medía, más ó ménos 0,18 centímetros en su mayor diámetro y 0,12 en el menor.

Como al principio de la operación se había incidido la pared del quiste en el punto de inserción de la placenta, una vez extraída, los bordes de la incisión se separaron, quedando por consiguiente abierto el quiste en toda su altura.

Se suturó los tercios superior, inferior y una parte solamente del tercio medio, dejando una abertura de 0,08 centímetros por donde se hizo el taponamiento de la cavidad con gaza yodoformada, produciendo así la hemostasis.

Se suturó en seguida la pared abdominal en toda su extensión, excepto en el lugar que correspondía á la abertura del quiste; después se unió por medio de suturas los lados de la parte del quiste abierta á los de la pared abdominal correspondiente para evitar que los líquidos provenientes de su cavidad pudiesen derramarse en el peritoneo y facilitando así también la renovación del taponamiento.

El feto que se extrajo era del sexo masculino, perfectamente desarrollado, no presentando ningún vicio de conformación; pesaba 3,000 gramos, medía 0,46 centímetros y ha continuado viviendo sin sufrir perturbación alguna.

Como se ve, pues, no se trataba de una preñez abdominal, como lo habíamos supuesto, error muy disculpable si se consideran las dificultades de semejante diagnóstico.

El quiste fetal tenía paredes musculares espesas en todo semejantes á la de un útero normal, comunicaba por una estrecha abertura con el cuerpo del útero y la trompa izquierda estaba en comunicación directa con él.

Según todas probabilidades, se trataba de un embarazo intersti-

cial, es decir, que el feto se había desarrollado en la trompa á su paso por la pared uterina misma, habiendo rechazado el resto del útero á la derecha á consecuencia de su crecimiento. Así se explicaría la comunicación entre el quiste y el útero, comunicación que no sería otra que la desembocadura de la trompa; así se concibe igualmente la salida de los 300 gramos de líquido durante el falso parto y, por último, de esta manera se comprende que una de las trompas comunicase con el quiste y la otra con el útero.

Sin embargo, el embarazo intersticial pasa rara vez del cuarto mes sin dar lugar á la ruptura del quiste, debido á su creciente desarrollo y al poco espacio que el feto puede crearse en el interior de las paredes musculares mismas.

Debido á estas consideraciones hemos pensado que se podría tratar en este caso de un embarazo producido en un cuerno rudimentario.

El diagnóstico nos parece imposible durante la vida y aún la misma operación no nos ha dado mayores luces á este respecto.

Sin embargo, si se tratase de una preñez en un cuerno rudimentario, aún cuando éste no tuviese comunicación directa con el útero, es racional que el cuello hubiese experimentado durante el embarazo, si no las mismas, por lo menos algunas de las transformaciones que tienen lugar en el embarazo uterino normal.

De todos modos, ya sea que se trate de un embarazo intestinal ó de una preñez en un cuerno rudimentario, el tratamiento es el mismo en ambos casos.

Pasemos ahora á ocuparnos de la operada en los días que siguieron á la laparotomía.

En los cinco primeros días no hubo nada que sea digno de mención, y para abreviar daremos solo las temperaturas y pulsaciones tomadas mañana y tarde.

La alimentación, como en todas las operaciones de este género, ha sido ligera y en los primeros días dieta absoluta.

<i>Día</i> 1.º	Mañana.—Temperatura.....	37.—Pulso....	110
	Tarde...—	Id.....	37.— Id..... 110

Ha pasado mala noche; vomitó seis veces.

Día 2.º Mañana.—Temperatura..... 38.—Pulso... 140
 Tarde...— Id..... 37.8.— Id... 140

Los vómitos han continuado.

Día 3.º Mañana.—Temperatura..... 38.—Pulso... 120
 Tarde...— Id..... 38.— Id... 140

Ha pasado regular noche y los vómitos han cesado.

Se hizo la primera curación; se sacó la gaza yodoformada; se colocaron dos tubos de drenaje á pesar de no haber supuración.

Día 4.º Mañana.—Temperatura.... 37.5.—Pulso... 130
 Tarde...— Id..... 37.3.— Id... 120

La noche ha sido satisfactoria.

Día 5.º Mañana.—Temperatura.... 37.8.—Pulso... 120
 Tarde...— Id..... 37.6.— Id... 120

Llama la atención que las temperaturas y las pulsaciones no guardan relación. Además, el pulso es pequeño, depresible é irregular. Como se recordará, desde antes de la operación la enferma presentaba esta falta de tonicidad cardíaca que se traducía por la frecuencia y debilidad de las pulsaciones.

Con el objeto de modificar el estado del corazón se prescribió las inyecciones de cafeína y de morfina. Contra los vómitos se ha administrado trocitos de hielo, también se le ha inyectado diariamente uno á dos gramos de la solución de cornezuelo de Dussart.

Hay que dejar constancia de que la enferma no estuvo un solo día tranquila y, burlando la vigilancia de las enfermeras, se levantó varias veces so pretexto de tomar agua. Esto, que al principio fué tomado como síntoma de delirio, se debe únicamente á su ignorancia, y varias veces pidió su alta para concluir de curarse en su casa.

Así, pues, fuera del estado del corazón, no ha habido síntomas alarmantes ni signo alguno de infección.

Día 6.º Mañana.—Temperatura.... 37.8.—Pulso... 120

Se hizo la segunda curación; la herida había cicatrizado por primera intención.

En la tarde la enferma tuvo escalofríos, pero sin presentar síntomas de peritonitis.—Temperatura.... 38.—Pulso... 180.

Se había declarado una neumonía franca en la cara posterior del pulmón derecho. No apuntaremos los síntomas locales, iguales á los de toda neumonía fibrinosa.

Se prescribió el tratamiento apropiado, insistiendo en las inyecciones de cafeína, que fueron administradas cada cuatro horas.

Día 7.º La noche ha sido muy agitada.

Mañana.—Temperatura... 37.—Pulso.. 140.—R... 36

El pulso sumamente débil é irregular, y en consecuencia se le inyectaron en la región sub-clavicular trescientos gramos de serum artificial.

Se quitó los puntos de sutura laterales que fijaban el saco á la pared abdominal.

Tarde.—Temperatura..... 38.5.—Pulso..... 140

Día 8.º La noche ha sido muy mala. Se ha comprometido el otro pulmón.

La paciente murió en la tarde á consecuencia de la parálisis cardíaca, lo que se explica suficientemente, puesto que se trata de una mujer que presentaba antes de su neumonía debilidad é irregularidades en su pulso.

De modo, pues, que nuestra operada no ha muerto á consecuencia de la laparotomía, sino de una enfermedad intercurrente, de una neumonía doble.

El 20 de diciembre, once días después de la operación, se practicó la autopsia, cuyo protocolo damos en resumen á continuación.

En la cara posterior de ambos pulmones se apreciaban claramente las lesiones propias de una neumonía fibrinosa en su segundo período, causa directa de la muerte.

La herida abdominal estaba completamente cicatrizada.

Abriendo la cavidad abdominal se pudo apreciar que el quiste estaba reducido á la mitad de su volumen. No existía pus en

parte alguna y el peritoneo estaba casi normal, salvo solo adherencias con la parte postero-superior del quiste, estando además unidas sus paredes en el pequeño espacio que se dejó sin suturar y por donde se hizo el taponamiento.

Como el resto de la cavidad abdominal, incluso los órganos genitales, no presentaba ninguna particularidad, se extrajo el quiste conjuntamente con el útero para poder estudiarlo detenidamente.

Al exterior tenía el mismo aspecto que el ya descrito al hablar de la operación.

El útero, de dimensiones normales, estaba adherido y formando cuerpo con el quiste y colocado hacia abajo y á su derecha. La trompa izquierda desembocaba en el quiste y la derecha en el útero. Existía comunicación entre éste y el quiste.

Dijimos al hablar de la operación que en la cara posterior del quiste existían dos cuerpos del tamaño de una avellana i semejantes por su forma á los ovarios.

Examinados con detenimiento, pudimos convencernos de que se trataba de dos fibromiomas sésiles, aplicados á la cara posterior del quiste.

En el interior del saco quístico, en el lugar ocupado por el feto, no encontramos nada digno de mención.

En el lado derecho del quiste se había desarrollado un fibromioma intersticial del tamaño de una nuez, implantado en el espesor mismo de las paredes por encima de la cavidad uterina.

No pudimos percibir ningún signo que nos permitiese afirmar la existencia de un cuerno rudimentario y quedamos, por lo tanto, en la misma incertidumbre que antes de la autopsia

Es posible que se haya tratado en este caso de un cuerno rudimentario; pero despues del estudio de la pieza anatómica nos inclinamos á pensar que era un embarazo intersticial, y con todas las reservas del caso vamos á explicar su desarrollo del modo siguiente:

Entre las causas del embarazo extra-uterino, en general mal conocidas, los autores están de acuerdo en darle un lugar preferente á todo lo que pueda poner un obstáculo á la migración regular del óvulo en la trompa hasta su llegada á la cavidad uterina.

Los fibromiomas del útero están comprendidos en este caso, puesto que á veces llegan á impedir el paso del óvulo á la matriz. En comprobación de lo que decimos, nos bastará citar una obser-

vación de Harley, referida y dibujada en la obra de Charpentier; se trata de una preñez tubaria debida al desarrollo de tumores fibrosos del útero.

Supongamos que en el caso de nuestra operada el fibromioma intersticial, encontrado á la autopsia, estuviese colocado antes del embarazo en el lado izquierdo del fondo del útero por encima de la desembocadura de la trompa izquierda.

El fibromioma, obstruyendo así la trompa izquierda, ha impedido que el óvulo llegue hasta el útero y éste entonces se ha implantado en la trompa en el espesor mismo de la pared uterina, puesto que el óstáculo á su migración se encontraba colocado solo en la desembocadura de la trompa.

Á consecuencia del desarrollo ulterior del feto, el resto del útero ha sido rechazado á la derecha y, continuando su crecimiento en todos sentidos, el fibromioma que ocupaba el fondo del útero ha venido á colocarse por encima de él y á la derecha del quiste fetal, que es la posición que tiene en la pieza anatómica.

Esta es una mera hipótesis, basada es cierto en hechos reales, pero sujeta también á objeciones.

En efecto, ¿cómo ha llegado á desarrollarse el feto en el espesor mismo de las paredes musculares, es decir, cómo ha conseguido formarse una cavidad suficientemente grande que haya podido tolerarlo hasta los ocho meses y medio sin producirse antes la ruptura del quiste á consecuencia de las contracciones musculares?

Esta y otras muchas objeciones podrian hacerse á la explicación que proponemos.

No entraremos, sin embargo, en más detalles porque el tema de nuestra memoria ha sido simplemente la observación clínica de un caso que, además de presentar un interés científico, contribuye por su parte á aumentar la estadística ya numerosa de laparatomías practicadas en preñeces extra-uterinas con un resultado satisfactorio tanto para la madre como para el niño.

