

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL EMBARAZO TUBARICO

por el Dr. ALBERTO PONJOAN

del Servicio de Ginecología del Hospital de la Sta. Cruz
a cargo del Dr. PUJOL Y BRULL

Es indiscutible que el embarazo tubárico, la forma anátomo-patológica en que con más frecuencia se presenta el embarazo ectópico es una ginecopatía de las que más seriamente ponen en peligro la vida de las enfermas que la sufren y que tanto por la urgencia en que han de ser sentadas y ejecutadas las indicaciones a que da lugar el diagnóstico de dicha afección, o más aún la mayoría de sus episodios, como por la divergencia de criterio referente a la conducta a seguir espectante u operatoria en determinadas formas clínicas de este proceso, precisa que quienes nos beneficiamos de las enseñanzas de los grandes servicios hospitalarios, aportemos a la consideración de nuestros compañeros, la relación de nuestras estadísticas tanto para contribuir a afirmar el criterio sostenido por los clásicos, si nuestros resultados están en concordancia con los suyos, como para insinuar nuevas orientaciones si a ellas tiende el imparcial estudio de nuestra casuística, tanto más conveniente en el asunto que nos ocupa, cuando se trata de un proceso afortunadamente, nunca muy abundante en la práctica particular.

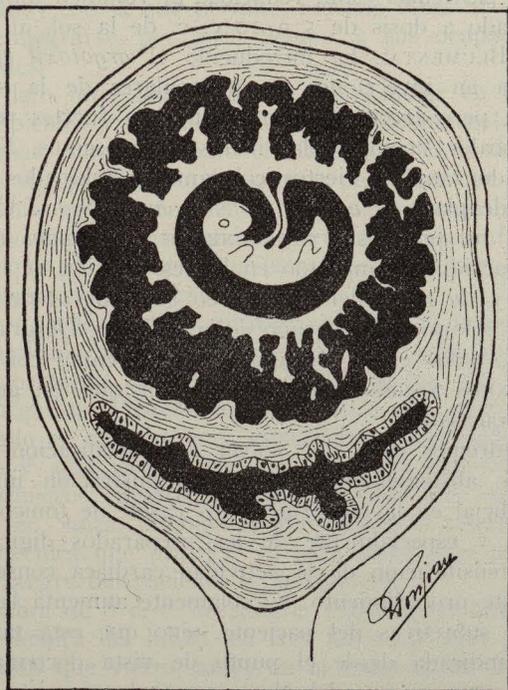


Fig. 1. - Gestación tubárica; huevo contenido en el espesor de la capa muscular.

No es propósito nuestro ocuparnos en este trabajo de la etiología y patogenia del embarazo tubárico; de si la implantación del huevo en la pared de la trompa uterina está o no influenciado por una salpingitis anterior que haya alterado las pestañas vibrátiles del epitelio de la mucosa tubárica; de si está favorecido por un obstáculo de orden dinámico—alteración de la contractilidad

de la pared de la trompa—o mecánico—parametritis, divertículos de la trompa, canales tubáricos suplementarios—de si depende de una aptitud atávica de la misma que la hace capaz de formar una caduca tubárica, o de si obedece a una aceleración del desarrollo ovular en virtud del cual queda acortada la duración normal del pre-período de implantación (12 a 14 días huevo humano), tema magistralmente tratado por el compañero Dr. GARRIGA ROCA en su trabajo publicado en el número III de la *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*.

Más nos interesa hacer un repaso de la fisio-patología del embarazo tubárico, cuyo proceso evolutivo explica los diversos accidentes que sobrevienen y en que con tanta frecuencia suele revelarse esta variedad de gestación ectópica. Cuando en condiciones normales el óvulo fecundado y en estado de mórula llega a la matriz, al mismo tiempo que provoca en el endometrio los cambios caracterizados por la formación de la caduca *en el espesor de la cual*, después de la insinuación tiene lugar la implantación del huevo, en la capa muscular comienza a iniciarse el proceso de activo crecimiento hipertrofico de sus fibras. Si contrariamente, el óvulo fecundado es detenido en la trompa, al insinuarse a través de la mucosa tubárica con facilidad llega hasta la túnica muscular *en cuyo espesor se desarrolla* (fig. 1). La capa muscu-

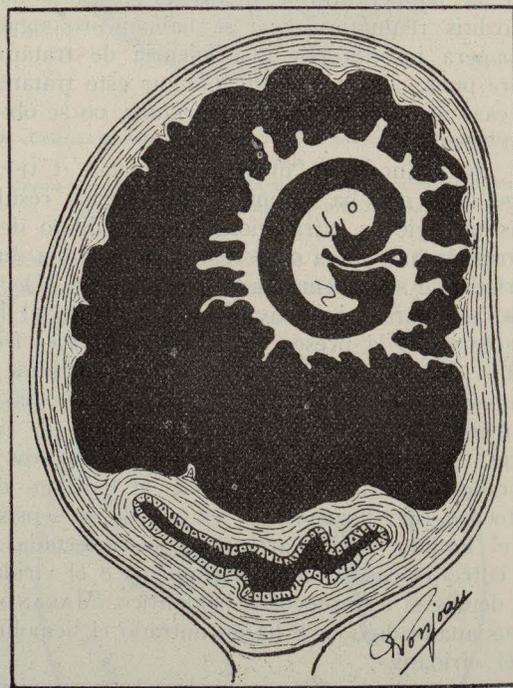


Fig. 2. - Mola tubárica; el huevo queda detenido en el espesor de la pared de la trompa, distendida ésta por el hematosalpinx.

lar de la trompa está surcada por numerosos vasos que en virtud del desarrollo ovular son aumentados en cantidad y calibre y la erosión de estos por el trofoblasto o por las células sincitiales de las vellosidades del corion, o bien su destrucción o rotura subsiguiente a la distensión de la túnica muscular constituyen los principales peligros del embarazo tubárico. La *apoplegia del huevo*

con la formación de a mola tubárica, el *aborto tubárico* y la *rotura de la trompa*, son los tres principales accidentes a que puede dar lugar la implantación del óvulo fecundado en la trompa de Falopio.

Apoplejía del huevo.—Sobreviene durante las primeras semanas del embarazo cuando la nutrición está aún confiada a las vellocidades coriales produciéndose hemorragias intersticiales que infiltran las membranas del huevo y ocasionan la muerte del embrión quedando éste convertido en cuerpo extraño retenido en la trompa formando la mola tubárica (fig. 2); no es infrecuente que se reabsorban los coágulos y hasta los restos ovulares acabando en curación espontánea, pero, con mucha más frecuencia repiten las hemorragias intratubáricas, dando lugar al hematosalpinx de significación clínica bien caracterizada y que con motivo de una intervención operatoria, sinó macroscópicamente, el microscopio cuida de revelar su origen.

En el *aborto tubárico*, subsiguiente siempre a la rotura intratubárica en virtud de la cual el saco ovular va a parar en el interior de la cavidad de la trompa (fig. 3), la implantación ovular tiene lugar en el segmento

trompa por la acción corrosiva de las células del sincicio y de Langhans, su contenido, huevo y sangre procedente de la hemorragia parietal, pueden hacer irrupción hacia la cavidad peritoneal (fig. 4), dando lugar, ya al *hematocoele pelviano circunscrito*, ya a la *inundación cataclísmica* con abundante derrame en la gran cavidad peritoneal—ruptura intraperitoneal—o bien, dislacerándose la trompa a nivel de su pared desprovista de serosa, entre las hojas del mesosalpinx, su contenido va a parar al espesor del ligamiento ancho—ruptura extraperitoneal—(fig. 5).

Sin que exista ningún síntoma patognomónico que nos pueda revelar la presencia del embarazo tubárico durante sus primeras semanas; sin que los antecedentes ni el resultado de la exploración directa o combinada nos demuestren más que una lesión quística anexial, a lo más una sospecha, pero nunca la seguridad de la existencia de un embarazo tubárico en las primicias de su evolución, nada más fácil que sentar un diagnóstico bien orientado frente al sobradamente conocido síndrome clínico de la rotura tubárica con todo su cortejo de síntomas: brusco e intensísimo dolor en el bajo vientre

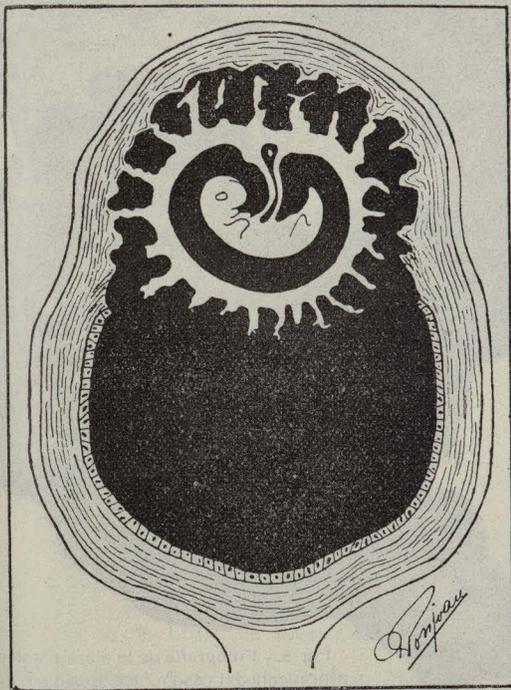


Fig. 3 - Rotura intratubárica; primera fase del aborto tubárico.

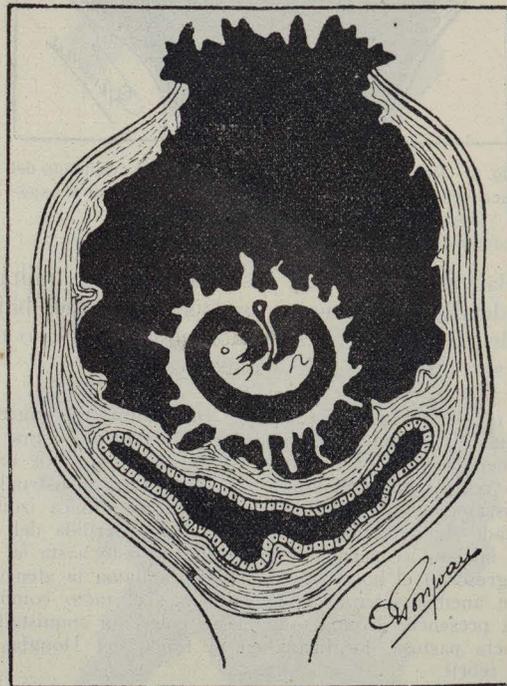


Fig. 4. - Rotura tubárica intraperitoneal; la sangre extravasada procedente de la pared dislacerada de la trompa va a parar al interior de la cavidad peritoneal.

ampular; para que pueda producirse el aborto precisa que dicha variedad de rotura sea producida durante las primeras semanas del embarazo, antes de que las franjas del pabellón hayan obturado el orificio peritoneal tubárico, siendo el aborto completo o incompleto según el huevo sea totalmente expulsado o retenido en parte.

La rotura extratubárica, la simplemente denominada *rotura tubárica*, es sin duda el accidente más grave y ruidoso del embarazo ectópico; a consecuencia de la brusca distensión del saco grávido por la abertura de un vaso materno o directamente erosionada la pared de la

generalmente más o menos localizado en una de las fosas ilíacas, dolor súbito, pungitivo, lancinante, sincopal la mayoría de veces, acompañado de pulso pequeño y frecuente, cara de la enferma que se decolora y perfrigera, en una palabra, todo el cuadro clínico de una hemorragia interna sobrevenida en una paciente con el antecedente de una amenorrea o de un retraso menstrual que ya la hacían estar en sospecha de estar gestando.

En la estadística que vamos a exponer, la cual consta de 23 casos de embarazo tubárico observados por nosotros, durante los últimos cuatro años, en el Servicio

de Ginecología del Hospital de la Santa Cruz, en 21 de los cuales el diagnóstico fué comprobado por la intervención operatoria, prescindiremos de la árida y monó-

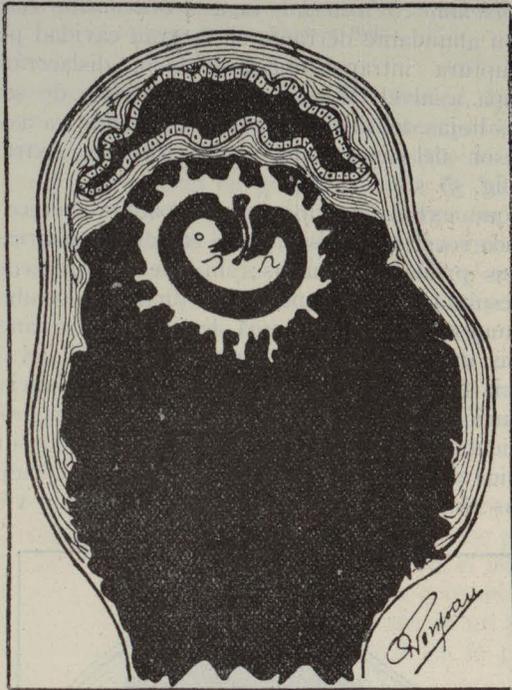


Fig 5. - Rotura tubárica extraperitoneal; el contenido del saco grávido y sangre extravasada van a parar al espesor del ligamento ancho.

tona relación de todas 23 historias clínicas, limitándonos a detallar únicamente los historiales que bajo el punto de vista de su presentación clínica, curso o tratamiento son más dignos de ser expuestos.

Caso 1.º.—Carmen Tuá, Sala S. Juan núm. 14. Ingresa el día 10 Junio 1921. 20 años, menarquía a los 12 años, tipo 4/30. Casó hace 4 meses; hace 2 meses y medio dejaron de presentarse sus reglas; pocos días antes de su 2.ª falta menstrual aparece bruscamente intensísimo dolor en la fosa iliaca izquierda acompañado de sensación de frío, palidez y pérdida del conocimiento iniciándose pérdida vaginal que persiste hasta la fecha de su ingreso en el hospital. Al explorarla llama la atención el grado de anemia intensa de la enferma; el tacto combinado revela la presencia de una voluminosa colección enquistada, de consistencia pastosa, localizada en el fondo del Douglas; sin reacción febril.

En espectación armada, atentamente vigilada, dispuestos a intervenirla en caso de presentarse signos de repetición de la hemorragia interna o de supuración de la colección enquistada, instituímos el tratamiento conservador a base de reposo absoluto y medicación antiflogística; al cabo de mes y medio sale del Hospital habiéndose reabsorbido en gran parte el hematocele pero, persistiendo no obstante, induración en el fondo de saco posterior, indolora, que inmoviliza y fija la matriz hacia delante y al a izquierda.

Recientemente explorada dicha enferma persiste falta de movilidad del útero por lo que actualmente se le practica diatermia; dicha enferma no ha tenido ningún embarazo posterior.

Caso 2.º.—Elvira Cañellas. Sala S. Juan 13 p. Ingresa el día 5 de Octubre de 1921. Diagnóstico: *Hematocele retro uterino* por rotura tubárica. Operación día 13 de Octubre de 1921. Colpotomía posterior.

Alta el día 1 de Diciembre de 1921. Curada.

Caso 3.º.—Luisa Amorós. Sala S. Juan 1 c. Ingresa el día

9 de Noviembre de 1921. Diagnóstico: *Rotura tubérica derecha*. Operación día 17 de Noviembre de 1921. Laparatomía; comprobación rotura trompa derecha; siendo imposible aislar el ovario de la trompa afecta, se le practica extirpación de anexos derechos.

Alta día 15 de Diciembre de 1921. Curada.

Caso 4.º.—Dolores Diaz. Sala S. Juan núm. 21. Ingresa el día 17 de Diciembre de 1921. Diagnóstico: *Hematocele retro-uterino*. Tratamiento conservador: reposo absoluto en cama, irrigaciones calientes, supositorios vaginales, etc.

Alta día 24 de Enero de 1922. Muy mejorada. Tampoco ha tenido ningún embarazo posterior.

Caso 5.º.—Matilde Pérez. Sala S. Juan núm. 11. Ingresa el día 23 de Marzo de 1922. Diagnóstico clínico: Quiste dermoideo del ovario con pelvi-peritonitis de larga fecha. Operación día 9 de Abril de 1922. Histerectomía abdominal subtotal con extirpación de anexos por supuración de quiste fetal consecutivo a aborto tubárico izquierdo.

Muerte a las 24 horas de shok operatorio.

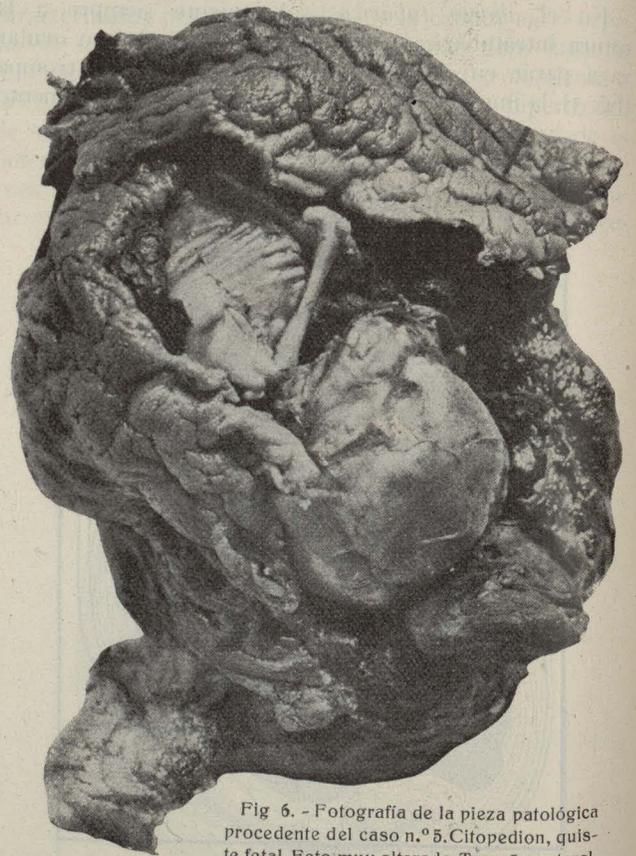


Fig 6. - Fotografía de la pieza patológica procedente del caso n.º 5. Citopedion, quiste fetal. Feto muy alterado. Tamaño natural.

Caso 6.º.—Rita Roca. Sala S. Juan núm. 9. Ingresa el día 15 de Mayo de 1922. Diagnóstico: Voluminosa colección quística ante-uterina: *hematocele enquistado* en el espacio vésico-uterino y ladeado hacia la fosa iliaca izquierda. Operación el día mismo de su ingreso: colpotomía anterior; el hematocele no era intra-peritoneal sino extra-peritoneal entre las hojas del ligamento ancho izquierdo corriéndose hacia el espacio pubio-vesical y empujando a la vejiga hacia abajo y hacia la derecha.

Alta día 21 de Junio 1922. Curada.

Caso 7.º.—Mercedes Ribera. Sala S. Juan núm. 16 c. Ingresa el día 15 de Noviembre de 1922. Diagnóstico clínico: Anexitis quística izquierda con metritis intersticial. Operación día 26 de Noviembre de 1922. Laparotomía: comprueba *mola tubárica* izquierda. Por estar también alterados los anexos derechos se le practica Histerectomía subtotal con extirpación bilateral anexos.

Alta el día 18 de Diciembre de 1922. Curada.

Caso 8.—Dolores Hernández. Sala S. Juan 17 c. Ingres a el día 5 de Febrero de 1923. Diagnóstico: *Hematocele retro-uterino* infectado. Operación el día 6 de Febrero de 1923: Colpotomía posterior.

Alta el día 14 de Marzo de 1923. Curada.

Caso 9.—Tomas Muñoz. Sala S. Juan 16 p. Ingres a el día 5 de Mayo de 1923. Diagnóstico *Hematocele retro-uterino* muy voluminoso y remontado hacia la fosa ilíaca derecha. Operación el día 7 de Mayo de 1923. Colpotomía posterior; intensa hemorragia post-operatoria que obliga a taponamiento.

Alta el día 1.º de Junio de 1923. Curada.

Caso 10.—Leonor Tomás. Sala S. Juan 6 c. Ingres a el día 9 de Junio de 1923. Diagnóstico clínico: anexitis derecha. Operación el día 10 de Junio de 1923; Laparotomía: comprueba *aborto tubárico derecho*; extirpación anexos derechos.

Alta el día 30 de Junio de 1923. Curada.

Caso 11.—Carmen Albiol. Sala S. Juan 15 c. Ingres a el día 14 de Noviembre de 1923. Diagnóstico clínico: anexitis doble quística supurada. Operación el día 26 de Noviembre de 1923. Laparotomía: comprueba *mola tubárica izquierda* y anexitis derecha; resección de la trompa izquierda y de los anexos derechos.

Alta el día 5 de Enero de 1924. Curada.

Caso 12.—Buenaventura Güil. Sala S. Juan 12 c. Ingres a el día 12 de Diciembre de 1923. Diagnóstico clínico: Anexitis izquierda y probable *hematosalpinx derecho*. Operación el día 27 de Diciembre de 1923. Laparotomía: comprueba hematosalpinx derecho (fig. 7), extirpación bilateral anexos.

Alta el día 26 de Enero de 1924. Curada.

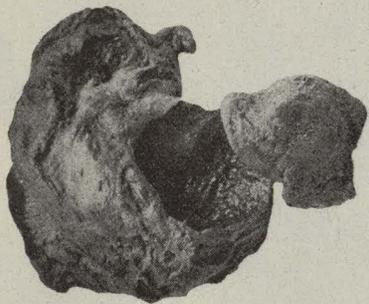


Fig. 7. - Caso 12; trompa abierta; su cavidad estaba llena de coágulos.

Caso 13.—Virtudes Benitez. Sala S. Juan 14 c. Ingres a el día 15 de Diciembre de 1923. Diagnóstico: *rotura tubárica derecha* por embarazo ectópico. Operación el día 17 de Diciembre de 1923. Laparotomía; extirpación anexos derechos.

Alta el día 10 de Enero de 1924. Curada.

Caso 14.—Dolores Peris. Sala S. Juan núm. 21. Ingres a el día 9 de Abril de 1924. Diagnóstico: *Rotura tubárica izquierda* Operación el día 14 de Abril de 1924. Laparotomía: comprueba rotura tubárica con gran hematocele enquistado; extirpación anexos.

Muere a las 48 horas de peritonitis.

Caso 15.—Josefa Morera. Sala S. Zacarías 1. Ingres a el día 3 de Mayo de 1924. 36 años, primera menstruación a los 13 años, tipo 8/30; casa a los 20 años, parto normal a los 11 meses vuelve a reglar a los 3 meses continuando tipo 3/30.

Hace 4 meses después de un retraso menstrual de 10 días se presenta intenso y súbito dolor en la fosa ilíaca izquierda, irradiado a todo el vientre, acompañado de mareo, perfrigeración, pulso pequeño, frecuente y metrorragia, ingresando en el hospital en este estado.

Laparotomizada el día 8 del mismo mes se comprueba *rotura tubárica de la porción ampular de la trompa izquierda*, no pudiéndose aislar el ovario y afectos a su vez los anexos del lado contrario, se le practica histerectomía subtotal con doble extirpación de anexos. Reintervenida 5 días más tarde por ocu-

sión intestinal (acodamiento de la S ilíaca a nivel de la peritoneización del suelo pelviano), abandona el hospital el día 18 de Junio de 1924. Curada.

Caso 16.—Dolores Segura. Sala S. Juan núm. 16. Ingres a el día 18 de Agosto de 1924. Diagnóstico: *Hematocele retro-uterino* por rotura tubárica izquierda. Operación el día 20 de Agosto 1924. Laparotomía: comprueba rotura tubárica izquierda; eliminación de gran cantidad de coágulos; extirpación de anexos izquierdos cuya trompa presentaba una gran perforación a través de la cual asomaba el huevo íntegro (fig. 8 y 9).

Alta el día 27 de Septiembre de 1924. Curada.



Fig. 8. - Fotografía de la pieza patológica procedente del caso n.º 16; trompa abierta mostrando su contenido (tamaño natural).

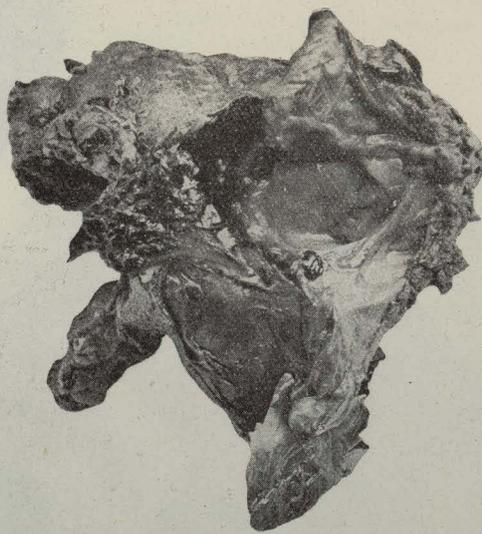


Fig. 9. - Fotografía de la misma pieza patológica anterior con el saco embrionario abierto.

Caso 17.—Ramona Abellá. Sala S. Juan 18 p. Ingres a el día 13 de Septiembre de 1924. Diagnóstico clínico: Quiste parovárico incluido en el ligamiento ancho derecho; anexitis izquierda. Operación día 15 de Septiembre de 1924. Laparotomía: comprueba antigua *rotura tubárica extraperitoneal* derecha y piosalpinx izquierdo; histerectomía con extirpación de anexos. Sale el día 28 de Octubre de 1924. Curada.

Caso 18.—Teresa Olivella. Sala S. Juan núm 10. Ingres a el día 2 de Enero de 1925. 34 años; menarquia a los 12, tipo 4/30;

casa a los 20 años, 2 gestaciones a término con parto y puerperio normales, el último data de 9 años.

Hace 6 semanas aparecen intensos dolores en la fosa ilíaca izquierda acompañados de sensación de frío, palidez y metrorragia; a la exploración se encuentra tumoración en el hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, irregular, de consistencia en parte dura y en otras zonas blanda, adherida al útero que está en retro posición.

Operación día 29 de Enero de 1925. Laparotomía: comprueba rotura tubárica izquierda con voluminoso hematocle enquistado ante-uterino: Extirpación de anexos e hysteropexia ligamentaria. Alta el día 21 de Febrero de 1925. Curada.

Caso 19.—Teresa Casas. Sala S. Juan 14 p. Ingres a el día 21 de Enero 1925. 28 años: primera regla a los 13, tipo 5/28, dismenorréica; hace 2 años aborto de 6 meses, feto macerado.

Hace 20 días después de un retraso menstrual de tres semanas, se presenta dolor pungitivo en el bajo vientre persistiendo desde aquella fecha dolor y dificultad a la defecación, temperaturas de 38,5 a 39 que datan de 5 días. A la exploración se encuentra: tumoración retro-uterina, fluctuante y muy dolorosa.

Diagnóstico: *Hematocle retro-uterino supurado*. Operación el día 26 de Enero de 1925. Colpotomía posterior. Alta el día 21 de Febrero de 1925. Curada.

Caso 20.—Eulalia Ferrer. Sala S. Zacarías núm. 2. Ingres a el día 4 de Abril de 1925. 26 años, menúo por primera vez a los 15, tipo 5/30; tres embarazos con parto y puerperio normales a los 18, 20, y 23 años.

Hace dos meses dejaron de presentarse sus reglas; pocos días antes de su segunda falta menstrual aparece intensísimo dolor en la fosa ilíaca izquierda acompañado de sensación de frío, mareo y seguido de pérdida del conocimiento; el dolor calmó a las 5 o 6 horas; desde entonces aquella crisis ha repetido 5 veces, y cada una de ellas con más intensidad y menos intervalo de separación.

A la operación se encuentra: tumoración del tamaño de una cabeza de feto, que ocupa la fosa ilíaca izquierda y parte del hipogastrio, irregular, semi dura, dolorosa a la presión; útero

Fig. 10. - Caso 20. Embarazo tubárico; trompa enormemente aumentada de volumen conteniendo el huevo entero; la trompa presenta dos perforaciones que aparecen respectivamente en la parte alta y baja de la figura. Fotografía de la pieza de tamaño natural.

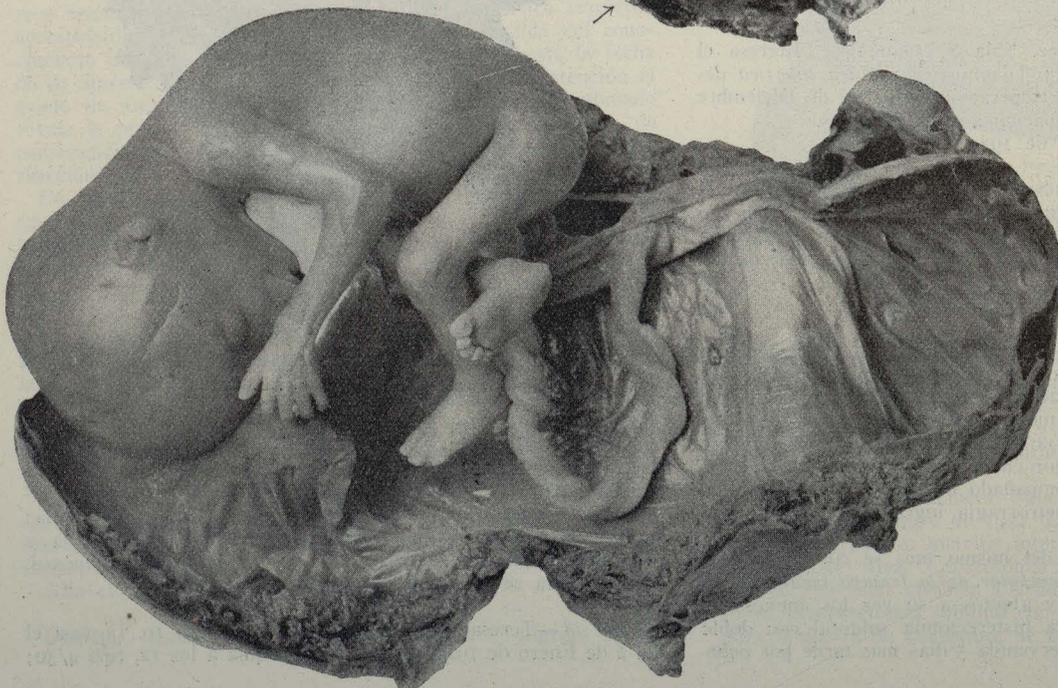
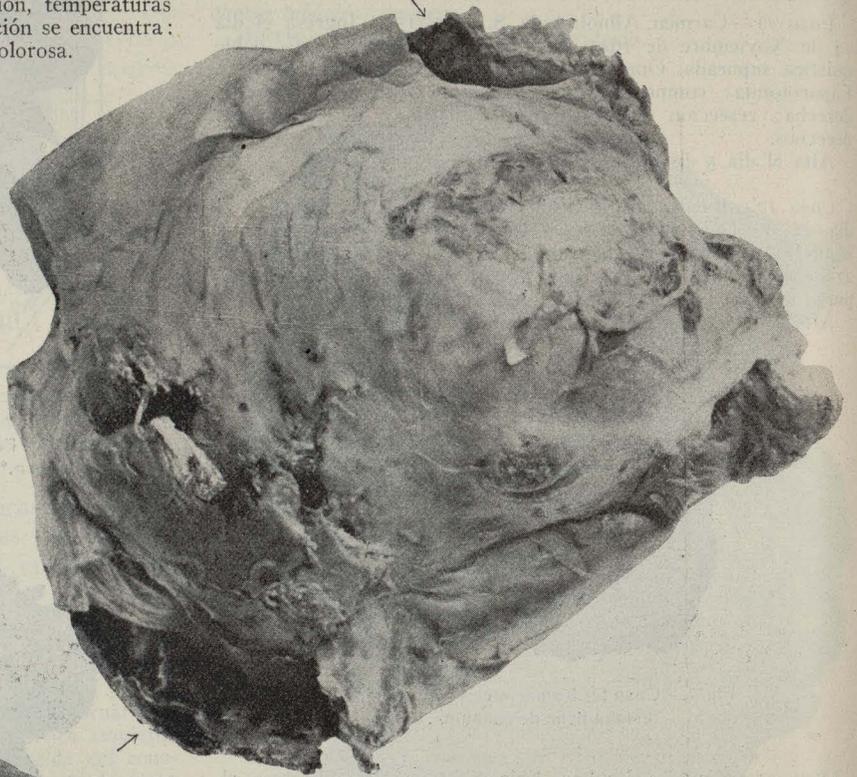


Fig. 11. - Caso 20. El mismo caso de la figura anterior, abierta la trompa y membranas aparece el feto. Fotografía tamaño natural.

ladeado hacia el lado izquierdo, Douglas empastado y doloroso.

Diagnosticada de embarazo ectópico con probable *aborto tubárico*, teniendo en cuenta el grave estado anémico de la enferma, ausencia de reacción peritoneal, temperatura 36,2 y pulso 120 en espectación armada acordamos demorar la intervención en espera de mejorar su estado general. Quince días más tarde y con motivo de una nueva exploración genital repite súbito e intensísimo dolor sincopal, hipotermia, disnea y pulso imperceptible apreciando la auscultación 140 latidos por minuto.

Laparotomizada de urgencia se encuentra en la fosa iliaca izquierda y limitada en su parte antero-interna por el gran delantal epiploico fuertemente adherido al peritoneo parietal, gran colección de aproximadamente 3/4 de litro de sangre, en parte líquida y entre coágulos la trompa izquierda enormemente aumentada de volumen con dos perforaciones de 2 y 3 cm. de diámetro (fig. 10 y 11) a través de las cuales asomaban las membranas fetales completamente íntegras.

Operada el 20 de Abril pasado, sigue un curso post-operatorio normal y sale del hospital el día 2 de Mayo completamente curada.

Caso 21.—Manuela Salvatierra. Sala S. Juan, 17. Ingresa el día 29 de Abril 1925. 24 años, menarquia a los 11, tipo 4/30, casa a los 18 años, parto y puerperio normal a los 10 meses y nuevo embarazo con parto y puerperio también normales hace año y medio.

Hace 2 meses dejan de presentarse sus reglas; 3 semanas más tarde aparece brusco y fuerte dolor en el bajo vientre acompañado de frío, mareo y pérdida vaginal; en este estado ingresa en el Hospital.

A la exploración se encuentra: tumuración voluminosa de consistencia pastosa y crepitante, enquistada en el fondo de Douglas que desplaza al útero hacia el pubis.

Diagnosticada de *hematocoele* por probable *rotura, aborto tubárico* y dispuestos ya a intervenirla, una hora antes de la señalada para la intervención, repiten signos de nueva hemorragia interna. La laparotomía comprueba gran inundación sanguínea intraperitoneal por rotura de la trompa izquierda (véase figura 12). Salpinguectomía y extracción de coágulos.

Curso post-operatorio normal, saliendo el 30 de Marzo curada.



Fig. 12. - Fotografía de la trompa grávida abierta procedente del caso n.º 21, mostrando el huevo en ella contenido; tamaño natural.



Fig. 15. - Fotografía del hematosalpinx procedente del caso n.º 22; abierta la tumuración tubárica aparece la cavidad de la trompa llena de coágulos; tamaño natural.

Caso 23.—Angela Alorn. Sala S. Juan, 5 p. Ingresa el día 29 Julio 1925, recomendada por el Dr. Carlos PUIG, de Canet de Mar; 37 años, menarquia a los 13, tipo 5/28; casa a los 23 años, 2 embarazos a término con parto y puerperio normales, hace 2 años un aborto de 4 meses.



Fig. 14. - Fotografía de la pieza patológica procedente del caso n.º 23. Trompa grávida abierta conteniendo un feto, al parecer de unos tres meses. Tamaño natural de la pieza.

Caso 22.—Isabel Serrano. Sala S. Juan, 6 p. Ingresa día 20 Mayo 1925. 20 años, primera regla a los 14, tipo 3/30 dismenorréica, casa a los 17; un parto y puerperio normales hace 2 años y un aborto de 2 meses medio año más tarde.

Hace 3 meses tuvo una falta; 3 semanas más tarde aparece dolor intensísimo en el bajo vientre irradiado a la fosa iliaca derecha iniciándose pérdida vaginal que persiste hasta la fecha; durante una de sus metrorragias fué expulsado una caduca uterina.

A la exploración se encuentra: tumuración en la fosa ilíaca derecha del tamaño de una naranja grande, su polo inferior se percibe a través del fondo de saco lateral del mismo lado, dolorosa, y está bastante adherida al útero. Laparotomizada de urgencia a los tres días de su ingreso por haberse repetido los signos de hemorragia interna se comprueba la presencia de un *hematocele enquistado* y limitado en su parte superior por el gran epiplón, asas intestinales y apéndice y en medio del cual hallábase la trompa derecha grande con una perforación en su porción ampular. Abierta esta aparece el feto (véase fig. 14) de unos 3 meses o 3 y medio.

A modo de conclusiones vamos a exponer las principales deducciones que se desprenden del estudio de nuestra estadística.

1.^a Rarísimas veces tiene ocasión el ginecólogo de poder diagnosticar el embarazo tubárico durante los primeros tiempos de su evolución antes de aparecer sus episodios y accidentes—*apoplejía del huevo, aborto tubárico, rotura de la trompa*—; o las pacientes ignoran su afección y no consultan, o si son acentuados los signos de gestación creen en un embarazo normal y tampoco reclaman su examen.

2.^a La brusca aparición del síndrome inequívoco de la hemorragia interna es el punto capital del diagnóstico de rotura tubárica.

3.^a El hematocele retro-uterino es una terminación muy frecuente del embarazo tubárico, 8 por 23 de nuestra estadística.

4.^a A más de los tipos clásicos de localización del derrame intra-peritoneal *tipo Nélaton*—localización en el Douglas—y *tipo Barnes*—gran inundación cataclísmica con derrame libre en la gran cavidad peritoneal, variaciones anatómicas o anátomo-patológicas de cada enferma—retro-posición uterina, meso ilíaco largo, ptosis intestinal, adherencias pelvi-peritoneales, etc.—pueden influir en la localización del enquistamiento hemático, dando lugar ya al hematocele ante-uterino, ya al hematoma pelvi-parieto-cólico izquierdo *tipo Chaton*, con doble diafragma patológico de Bernutz, el inferior que lo separa del resto de la cavidad pelviana y el superior del resto de la cavidad abdominal.

5.^a El tratamiento del hematocele infectado y del hematocele antiguo que lleva bastantes días de evolución con señales clínicas evidentes de que el foco hemorrágico está definitivamente apagado, ha de ser la *colpotomía*.

6.^a La espectación en el tratamiento del hematocele reciente, solamente es admisible estando la enferma internada en un servicio quirúrgico, donde en todo momento esté preparado el personal y material necesario en caso de un nuevo avivamiento del foco hemorrágico.

7.^a A menos que el hematocele enquistado sea de tamaño muy reducido, no admitimos hoy su tratamiento conservador, a pesar de haberlo observado nosotros en los casos 1.^o y 4.^o; es tributario de la *colpotomía* cuando reúne las características expuestas en la conclusión 3.^a; guiados por la doble indicación de atacar directamente el foco de la hemorragia interna y de evitar la evolución ulterior del embarazo extra-uterino con exposición a todos sus gravísimos episodios, la vía de elección será la *abdominal* en los demás casos.

8.^a Una nueva indicación que nosotros sentamos del tratamiento quirúrgico del hematocele reciente, es para favorecer su absorción y evitar la persistencia de aque-

llas adherencias peritoneales que lo enquistan, falsas membranas que de blandas y friables que son al principio, por adición de depósitos fibrinosos a su superficie interna no tardan en hacerse resistentes y hasta a veces duras como cartilago que fijan e inmovilizan el útero y anexos ocasionando casi siempre una esterilidad permanente.

9.^a El síndrome de shock peritoneal por reflejo simpático que acompaña a la irrupción del dramático cuadro clínico que caracteriza a los episodios de la gestación tubárica—*aborto, rotura*—es pasajero y el gravísimo peligro de su confusión con la persistencia de la hemorragia interna no autoriza al ginecólogo a abandonar la cabecera de la enferma cual estado general, sobretudo frecuencia y tensión del pulso, no mejora espontáneamente a los pocos minutos o bajo la acción de las primeras inyecciones de caféina o alcanfor.

10.^a Entre las diferentes técnicas de operatoria quirúrgica para el tratamiento del embarazo tubárico y de sus accidentes, la de elección ha de ser la que deje el aparato genital de la paciente con menos mutilaciones y más aptitud para nuevas concepciones; la existencia de recidivas de embarazo extra-uterino (casos de PATEL, COTTE, etc.), no bastan para autorizar una intervención radical y como en cirugía ginecológica debe siempre atenderse al principio del *tratamiento conservador máximo*, si la trompa grávida o rota no está totalmente perdida, intentaremos conservar su porción más interna. *Salpingostomía, ablación de la trompa y castración unilateral*, si no se puede aislar el ovario, es el orden de la técnica operatoria conservadora que debemos seguir.

11.^a Nos cabe el honor de hacer constar que en nuestra estadística consta el *único caso* (núm. 20) existente en literatura ginecológica (hemos revisado a más de las obras clásicas, las más autorizadas revistas nacionales y extranjeras) de *doble rotura en una misma trompa* (véase fig. 10).

VALOR DE LA ANAMNESIA EN GINECOLOGIA

por el Dr. M. GARRIGA ROCA

Médico de la Sección de Toco-Ginecología del Hospital Clínico, de Barcelona.

Dos son los medios de que nos valemos en clínica para venir en conocimiento de una enfermedad; uno, recoje los datos puramente objetivos; es la *exploración clínica*, y el otro los subjetivos y es la *anamnesis*. El primero tiene un valor real, dependiendo su cuantía de la experiencia del observador y de la adecuada interpretación y coordinación de los datos que su atenta investigación le suministre. El segundo, la anamnesis, es muy variable en importancia pues siendo eminentemente subjetiva se presta a torcidas interpretaciones.

Hay enfermedades en que la sola relación de los síntomas es suficiente para deducir de ella un diagnóstico; tal sucede, por ejemplo, con la descripción típica de un caso de neumonía franca. Su importancia llega al máximo en ciertas enfermedades del tubo digestivo, donde al lado de una exploración poco rica en datos,