

## ANOTACIONES

## SOBRE DOS CASOS DE CATACLISMO INTRAPERITONEAL POR RUPTURA TUBARIA

Por el doctor L. LEIVA PEREIRA (de Bogotá).

(Trabajo presentado a la Academia Nacional de Medicina).

El 3 de febrero de 1921 leyó en la Sociedad de Cirugía de Lyon el doctor Jean Murard la historia de una enferma operada para un aborto intraperitoneal en una preñez tubaria, y con tal motivo, este cultísimo centro médico discutió durante ocho sesiones seguidas sobre este punto, que, concretado en forma de la pregunta siguiente, sirvió para encabezar el orden del día de dicha Sociedad por el tiempo arriba anotado.

«¿Hay que intervenir inmediata o secundariamente en la inundación peritoneal en la preñez tubaria?»

Por mi parte el haber tenido que operar las dos enfermas con cuyas historias encabezo este escrito (que si los señores académicos juzgan benévola, deseara pudiera servir como trabajo reglamentario para ingresar a la Academia Nacional de Medicina en calidad de socio de número), y de necesitar de un trabajo para tal fin, me aprovecho para mostrar el estado actual de una cuestión tan importante como en la que me ocupo. Si es verdad que un hecho bien observado tiene el valor de una estadística, mi criterio, con respecto a la pregunta del doctor Jean Murard, está formado: soy intervencionista de urgencia. Los doctores Albertin y Desgoutes, que esperan, exponen más sus enfermas que los intervencionistas inmediatos, como trataré de demostrarlo, haciendo primero un recuerdo de las causas, síntomas y signos de la preñez extrauterina, la que, como dice C. Daniel (*Surgery Gynecology & Obstetrics*, 1922, 15), es casi imposible de diagnosticar clínicamente, muy difícil por el examen macroscópico de la pieza y posible únicamente con la ayuda del microscopio. En seguida trataré del choque y su diferenciación con el estado especial que se produce en las hemorragias intraperitoneales de origen tubario y, por último, de la intervención misma y tratamiento postoperatorio.

Doy las gracias a los doctores Manuel V. Peña y Jorge Martínez Santamaría: al primero le debo su eficaz ayuda en el acto operatorio, y al segundo todo el trabajo anatomopatológico que se encuentra en las observaciones, única cosa interesante de esta reseña.

A. R. C. de D.—Edad, veinticinco años. De Bogotá. Casada.

Comenzó a reglar a los trece años, y hasta que se casó éstas fueron perfectamente normales; duraban tres días sin adelantarse ni atrasarse. Tales condiciones continuaron durante los ocho primeros meses que siguieron al matrimonio. El 12 de mar-

zo de 1922 tuvo su última regla; ya en abril ésta no se presentó, circunstancia que, unida a náuseas, trastornos y dolores vagos, la hicieron pensar en un embarazo.

El 13 de mayo a las siete de la tarde, pocos momentos después de llegar a su casa de una larga caminata (durante la cual comió varias frutas a las que atribuyó lo que ella en un principio creyó fuera un cólico intestinal), sintió un dolor violento en la fosa iliaca derecha con sensación de vértigo, sudor, náuseas y agonía extrema.

Se le hicieron varias fomentaciones calientes, pero los dolores seguían cada momento más y más agudos. Un colega que fue llamado en la noche, ordenó unas inyecciones de cafeína y aceite alcanforado, pues el pulso lo encontró muy mal; al decir de los parientes de la enferma, durante la noche tuvo varios síncope, y los dolores en calambres uterinos, que ella llamaba cólicos, se sucedieron con bastante frecuencia; el estado general se empeoró: vómitos muy frecuentes, sudor, palidez y frío en las extremidades. A las once a. m. fui llamado y encontré:

Una enferma en cuyo rostro se veían las huellas del dolor, exangüe, sudorosa, voz débil, dispneica, 25 respiraciones, y cada diez minutos, más o menos, contorsiones violentas que atestiguaban el grado de dolor; me tocó observar uno de esos dolores, en un todo semejantes a los de una parturiente. El pulso era incontable y apenas si se podía sentir una onda ligerísima. Las extremidades estaban frías; tenía náuseas y vómitos verdosos; la enferma acusaba dolores en la cintura con punto de partida en la región iliaca derecha (allí había sentido el lanzazo), pero con irradiaciones hacia atrás y hacia el hombro derecho; las escleróticas estaban ligeramente subictéricas. Al palpar el abdomen se despertaba dolor en la fosa iliaca derecha, región que se encontraba mucho más defendida que la izquierda; también era dolorosa la región de la vesícula biliar y la hipogástrica.

Había macidez en los flancos y se podía percibir perfectamente la sensación de onda que mostraba un abundante derrame intraperitoneal. Una ruptura de una preñez extrauterina era tal vez lo único que podía explicar un estado abdominal tan grave como en el que se encontraba la señora C., y el tratamiento no podía ser otro sino una intervención que permitiera contener la hemorragia.

Llevada la enferma a la Casa de Salud del doctor Peña, y hábilmente ayudado por éste, a la una y media de la tarde abrí la cavidad abdominal por una laparotomía infraumbilical: una enorme cantidad de sangre de un color negruzco, sin tendencia a la coagulación, y ningún coágulo se encontró en la cavidad abdominal. Pusimos la enferma en posición de Trendelenburg, e inmediatamente vimos la trompa derecha rota y sangrando; exteriorizada ésta, vimos un huevo pequeño y las vellosidades coriales que asomaban por la ruptura; rápidamente se ligó la trompa y el ovario, que presentaba dos quistecitos; la matriz

estaba aumentada de tamaño. Se enjugó bien el fondo de Douglas y se cerró en tres planos la incisión, suturando la piel con ganchos; no se drenó. En total, la operación había durado 12 minutos.

Día 14. Tarde.

Posición sentada de la enferma, instalación del gota a gota rectal. Inyecciones de aceite alcanforado, 10 c. c. Suero de Hayen, 600 gramos. A las doce del día, nuevo aceite, 10 c. c. Morfina y cafeína.

Día 15.

Temperatura, 37 y 8 mañana, 37 y 4 tarde. Pulso, 140. Orinó la enferma 200 gramos, espontáneamente. Inyecciones de aceite alcanforado, de 10 c. c.; gota a gota y hielo abdominal permanentes. A las doce comenzaron vómitos frecuentes, y a las seis y media hice un lavado del estómago. Inyección intravenosa, 250 gramos; suero glucosado con el aparato del señor Enrique Peña. El estado general se veía mucho mejor.

Día 16.

Temperatura, 37 y 4 y 36½, respectivamente. Pulso, 110. Respiraciones, 18; estado general, mucho mejor; orinó 600 gramos; se continuó el gota a gota y hielo.

Día 17.

Temperatura, 37 y 1, y en la tarde, 37 y 4. Se hace un lavado. Orina, 1,600 gramos. Pulso, 100.

Día 18.

Temperatura, 36 y 5 y 37 y 1. Pulso, 90.

Día 19.

Se toma un purgante, y la enferma se alimenta comiendo de todo. Se hacen dos lavados vaginales diarios, por tener la enferma un flujo purulento abundantísimo; éstos se continúan hasta que la enferma sale de la Casa de Salud el 1.º de junio de 1922, perfectamente curada.

NOTA.—Al ir a quitarle los ganchos, el octavo día, como acostumbro, encontré que la piel no se había cicatrizado todavía. Circunstancia ésta que he notado siempre que es necesario el hielo constante, después de las laparotomías.

S. M.—Edad, veintidós años. De Neiva.

Regló a los catorce años y medio, y siempre fueron éstas perfectamente normales, presentándose del 5 al 6 de cada mes regularmente. Del 6 al 9 de abril menstruó, sin notar absolutamente nada anormal. El 20 de abril tuvo su primer coito, y en mayo la regla no se presentó; ella no se dio cuenta de este detalle; lanzada a una vida nueva, bebía, comía y bailaba, creyendo que una vez perdida la virginidad, la regla no volvía. Niega haber tenido flujo alguno. El 15 de mayo comenzó una hemorragia que, según dice, en nada se parecía al período menstrual, pues le comenzó por una rarísima sensación en el hipogastrio, así como por calofríos, sudores, sensaciones vertiginosas y dolor de cabeza. El 16 esta situación se hizo más grave; los vér-

tigos más frecuentes, sudores y sensación de frío, nublación de la vista, y por la noche, a las once, al momento que le trataban de hacer un lavado rectal, sintió un dolor violento (puñalada) en la fosa iliaca derecha, vómitos frecuentes y un síncope. El dolor se hizo intermitente, como los del parto; ese día no llamaron médico, y la enferma parece que mejoró algo. El 18 de mayo, a las dos de la tarde, nuevo dolor violento con vértigo más fuerte; entonces fui llamado, y encontré:

Una enferma sumamente pálida, sudorosa, con extremidades frías, lengua pastosa, dispnea, pulso 160 por minuto, sed violenta. A la palpación abdominal dolor marcadísimo en la fosa iliaca derecha, con gran defensa muscular de ese lado; la percusión del flanco derecho mate. Ligera hemorragia vaginal, que la enferma decía ser la regla. Pensé por estos signos que se tratara de una apendicitis aguda, y aconsejé se llevara a la Casa de Salud del doctor Manuel V. Peña para una operación inmediata. Pues aun cuando no bien seguro en el diagnóstico por faltar la fiebre, el aspecto de la enferma mostraba un estado peritoneal grave, que únicamente una operación podía remediar y aclarar.

A las cuatro y media de la tarde, ayudado por el doctor Manuel V. Peña, hice una laparatomía lateral, pulgada y media hacia adentro de la espina iliaca anterosuperior derecha; las capas musculares fueron disociadas en las diversas direcciones de sus fibras. Una vez el peritoneo abierto, nos encontramos en presencia de una fuerte hemorragia peritoneal; prolongámos la incisión aponeurótica hacia abajo, y colocámos, no sin dificultad, una valva pequeña, con lo que obtuvimos luz suficiente para explorar los anexos. Cogida la trompa derecha (como puede verse en la pieza anatomopatológica), encontramos una ruptura de ésta a nivel del istmo; el huevo, del tamaño de una lenteja, se encontraba en la ruptura; colocámos dos pinzas y resecámos la trompa con el ovario. El útero estaba aumentado de volumen. En seguida buscámos el apéndice y lo resecámos, siguiendo la técnica habitual; cerrámos, suturando en tres planos, la cavidad abdominal, y dejámos un tubo de caucho en el Douglas, pues no pudimos por esta incisión hacer un buen aseo peritoneal, el que naturalmente quedó lleno de coágulos y sangre. La enferma se colocó en su cama sentada y se instaló un «gota a gota» con suero fisiológico. Además de eso, el señor Enrique Peña inyectó, sirviéndose de su aparato, 350 c. c. de suero glucosado. Se le pusieron 10 c. c. de aceite alcanforado al 10 por 100, y cafeína; en la madrugada, nuevo aceite y un centígramo de morfina. El 19 de mayo había absorbido por el «gota a gota» 800 c. c. Se le hizo la curación por encontrarse las gasas y algodones perfectamente empapados en sangre.

La temperatura era poco más o menos normal; el pulso 120, ya mucho más tenso; la enferma no había vomitado absolutamente, y su estado general mostraba una gran mejoría. En la mañana se sondeó, y se le extrajeron por este medio unos 300 c. c. de orina.

Durante el día se le pusieron aceite alcanforado 10 c. c., y una inyección subcutánea de 300 c. c. de suero artificial; y por la noche una de 250 de suero glucosado intravenoso, acompañada de una de morfina.

Día 20.

Pulso, 100; estado general, mucho mejor; temperatura, 36½ matinal y 37 vesperal; curación, y 10 c. c. de aceite alcanforado.

Día 21.

Temperatura normal; pulso, 100; estado general, muy satisfactorio. A mediodía se presentaron dos cólicos intestinales, que casi siempre dan en toda operación abdominal; por la tarde se le hizo un lavado de medio litro de agua con bicarbonato, que dio buen resultado.

Día 22.

Curación. Temperatura, 36 y medio y 37. Pulso, 100. Estado general, bueno. Comienza la enferma a alimentarse y le da un cólico.

Día 23 de mayo.

Se retira el dren.

Los días 24 y 25 los pasa la enferma muy bien. El 26 siente malestar y calofrío, y por la tarde la temperatura sube a 39,8.

El 27, como se mantuviera la temperatura así de elevada, llevo la enferma a la sala de operaciones, y anestesiándola al cloroformo, desbrido un poco la herida y extraigo dos coágulos, y pongo un dren grueso.

Todo entra en orden hasta el primero que, para eliminarse un nuevo coágulo bien organizado, se produce una ligera elevación de temperatura.

El 2 de junio hago una curación al BIPP, y el 8 la enferma sale de la Casa de Salud curada.

#### CAUSAS DE LA PREÑEZ EXTRAUTERINA

De una manera segura no se conoce el porqué se desarrolla un embarazo fuera de su sitio. Se presenta de los diez y ocho a los veintiocho años; casi siempre ha habido antes un período más o menos largo de esterilidad.

Un retardo en la emigración del óvulo ocasiona el fenómeno, pero ¿porqué este retardo? Broum Miller atribuye una grande importancia a las drogas y las operaciones que las mujeres se hacen para no quedar embarazadas, lavados fríos, quinina, etc., etc.

Cuando el coito fecundante tiene ocasión días antes de la menstruación, el espermatozoide tiene tiempo de viajar mucho más largo antes de encontrar el óvulo que debe fecundar.

También se evoca como causa todo obstáculo mecánico a la emigración del óvulo de la trompa a la matriz, estrecheces por salpingitis anteriores o congenitales, etc.

En ninguna de mis enfermas se puede evocar ninguna de estas causas; ellas no habían tenido infección alguna de los anexos, y da la casualidad que la segunda enferma precisa el día de su primer coito: 22 de abril de 1922. Los exámenes anatomopatológicos no muestran esclerosis alguna, de manera que las causas de la preñez ectópica en muchos casos nos son completamente desconocidas hasta ahora.

### SÍNTOMAS

Landiske dice: «Pensad siempre en preñez extrauterina cuando os encontréis en presencia de una enferma amenorreica por un tiempo y que luego ha tenido dolores vagos en cualquiera de las fosas ilíacas y metrorragias.» Los síntomas del embarazo extrauterino al principio son muy vagos; el principal es la supresión de la regla, que tampoco es absoluto; vienen luego algunos de los fenómenos subjetivos que se observan en las preñeces normales, ansias, desganos, etc. Las metrorragias tienen por causa lo que pudiéramos llamar poder corrosivo de las células coriales; en efecto, el corión horada las paredes de la trompa abriendo vasos que son causas de las hemorragias y, a un grado más avanzado, de rupturas y de hemorragias intraperitoneales. Por otra parte, los estudios anatomopatológicos muestran que es un hecho que en muchos puntos de la trompa, aun retirados del sitio de implantación del huevo, se desarrolla una reacción decidua, de donde hemorragias que matan el embrión y ocasionan el aborto; ahora hemorragias análogas se producen en los otros puntos de las trompas en que hay creación decidua y en el útero mismo, formando el conjunto de todas éstas las metrorragias que constituyen un síntoma importantísimo en la lesión en que me estoy ocupando. Como signos locales tenemos el tumor lateral perceptible al tacto y a la palpación, pero naturalmente se necesita que el embarazo tenga algún tiempo. El signo de Ruge Simon, que consiste en el cambio de posición del fondo del útero, el cual se hace vertical en vez de ser horizontal, debido al cambio de inserción de los ligamentos redondos en los cuernos uterinos; naturalmente la interpretación de todos estos signos no es siempre muy fácil. Cuando el aborto se hace en la cavidad peritoneal, la mujer siente un dolor violento que ocasiona síncope generalmente, las facciones se le alteran, y demuestran esa agonía especial de los estados peritoneales agudos, sudores viscosos, ojeras profundas, aumento en el número de respiraciones, al mismo tiempo el pulso se acelera y se hace débil, el dolor se despierta mayor a la presión, y por regla general, es más violento del lado en que se ha desarrollado la preñez. Las extremidades se enfrían. Pasado algún tiempo los dolores se acentúan y se presentan como los del parto, intermitentes y violentos, acompañados generalmente de ansias y vómitos; a la percusión hay meteorismo y macidez en los flancos. Puede ya notarse la pre-

sencia de un derrame, el estado general se empeora y se muestra como en la peritonitis aguda; hay siempre una pequeña elevación de temperatura. El diagnóstico de un aborto tubario en el primer mes, como ya lo dije, es muy difícil; una apendicitis aguda, una torsión de un quiste del ovario se presentan con los mismos caracteres.

En la primera de mis enfermas se hizo el diagnóstico; en la segunda creí encontrar una apendicitis aguda; de ahí que no hubiera hecho la laparotomía mediana; afortunadamente no ha sido sólo a mí a quien ha pasado una cosa semejante. Leyendo cuanto he podido sobre el particular, he encontrado que la mayor parte de los ginecólogos que se han ocupado en la cuestión han sufrido el mismo error varias veces. Diagnosticar una preñez extrauterina de dos meses para adelante es difícil, no imposible; pero diagnosticar una ruptura cuando apenas ha existido un pequeño retardo de unos días, es tan difícil como diferenciar de un periodo menstrual una metrorragia que aparezca en el mismo día.

#### TRATAMIENTO

M. Albertin, de Lyon, sostuvo en el Congreso francés de cirujanos reunido en París, 1910, que en los casos de inundación peritoneal por ruptura o aborto tubario, había necesidad de dejar pasar el *shock* para luego intervenir en buenas condiciones; apoya su argumentación en varios casos llegados a su servicio de ginecología en estado preagónico y en los cuales, según él, una muerte evidente hubiera seguido a cualquier intervención; juzga que el hecho de haber salvado tres de las siete enfermas en cuyas observaciones se basa su estudio, se debió a la abstención operatoria. Sin dato ninguno dice que las hemorragias de esta naturaleza tienen tendencia a detenerse espontáneamente; opina que no es la pérdida de sangre sino el *shock* producido por la ruptura lo que constituye la gravedad en tales casos; lo más curioso es que en las detalladísimas historias de las enfermas que murieron, al hacer la autopsia siempre encontró grandes derrames sanguíneos intraperitoneales que no sólo llenaban el fondo de Douglas sino toda la cavidad abdominal. No pretendo yo que mis dos observaciones puedan servirme para desbaratar siquiera una opinión, pero corroborado por todo lo que sobre el particular he podido leer, creo que hice lo único factible al transportar mis dos enfermas a la Casa de Salud para ser operadas inmediatamente.

El diagnóstico diferencial entre el *shock* verdadero, es decir, aquel que se produce sin que la hemorragia éntre en parte por ser ésta sumamente pequeña, y el estado, que no sé cómo llamarlo, de una mujer en plena hemorragia intraperitoneal por preñez rota, es imposible; ¿qué cirujano puede con seguridad decir, delante de un caso del llamado cataclismo peritoneal, «esta mujer no tenía sino una pequeña hemorragia y se encuen-

tra en un estado de *shock* del que muy pronto saldrá; ¿su gravedad se debe a una reacción peritoneal únicamente?»

Si alguien pudiera hacer este diagnóstico con certeza, el problema estaba resuelto: si es hemorragia, intervenir; si *shock*, esperar; ¿pero cómo puede hacerse esta distinción seguramente? Hay que convenir en que no existe manera alguna para ello; la presión sanguínea, dicen algunos, serviría de base, pero es esto algo muy aleatorio en que no puede basarse nadie para esperar e instituir un tratamiento distinto del racional; así vio morir Cotte, en pleno Hotel Dieu, de Lyon, una enferma suya a quien no se le contuvo la hemorragia y sangró en blanco. Por otra parte, cualquiera inyección de las que sirven para reanimar una persona en *shock* aumenta la hemorragia, o bien porque son vasodilatadores, como el aceite alcanforado o como el suero, y aun la misma transfusión, porque disminuye la coagulabilidad. ¿No es lo más racional abrir, ligar y luego hacer reaccionar la enferma? Parece que sí. ¿Porqué, como dice Lawson, si se rompe una rama de la ilíaca externa y no hay más remedio que ligarla, con una de las ilíacas internas, las cosas cambian? ¿Será que al pasar por debajo de la arcada crural es otra la constitución vascular? Puede que así sea, pero hasta ahora no se ha dicho nada al respecto, y mientras tanto, si hemos de ser lógicos, tenemos que aplicar para idénticos males idénticos remedios.

Y a mi juicio el hecho de una reacción de mejoría no debe retardar la intervención; la sintomatología de mis dos enfermas muestra que en ellas, como en todas, la sangría se hace por períodos; la señorita Miranda, sobre todo, es un ejemplo claro al respecto; es esta otra razón que determina a proceder rápidamente, por cuanto nadie sabe cuál oleada de sangre va a ser la última.

Creo haber aducido pruebas de peso suficiente para dejar resuelto el problema de una manera definitivamente ganada por los intervencionistas, que cuenten naturalmente con todos los medios indispensables para hacer una laparotomía en buenas condiciones y sin necesidad de transportar las enfermas a largas distancias; todos sabemos que los movimientos agravan las hemorragias.

#### INTERVENCIÓN

Abierto el abdomen se encuentra una enorme hemorragia, y la primera sangre que se presenta tiene un color negruzco especial; ésta es perfectamente fluida con muy poca tendencia a la coagulación. Villard cree que esto se debe a un exudado peritoneal, análogo al pleural en los casos de hemotórax, que impide la coagulación de la fibrina.

Toixier, de Lyon, Polak, de Brooklyn, que a mi juicio son quienes mejor han estudiado la cuestión que me ocupa, son de opinión que dicha sangre debe dejarse en la cavidad peritoneal:



según ellos es el mejor suero que se puede inyectar, el mejor tratamiento de *shock*. Hubiera yo sabido esto antes no hubiera drenado la enferma de mi segunda operación, habiéndose ella evitado seguramente la prolongación de su curación completa y yo las múltiples curaciones, sin perjuicio, naturalmente, del peligro de eventración mucho mayor en ella que en las que curan por primera intención.

El sitio del dolor indica la trompa que uno debe buscar, y si hay ruptura, como en mis dos casos, el asunto no presenta dificultad: todo se reduce a poner dos pinzas fuertes cogiendo los pedículos, ligarlos bien y nada más. Pero caso de un aborto tubario, puede que la trompa no sangre en el momento de la operación y el cirujano se desorienta, buscando por todas partes el origen de la hemorragia, y después de haber traumatizado la enferma cierre, como le pasó a Goullioud, para luego, en presencia de una nueva hemorragia, volver a abrir su enferma y ver cómo por el orificio de la trompa salía un chorro de sangre que le causó la muerte. El examen anatomopatológico de la pieza mostró un embrión del tamaño de una lenteja adherido aún; la hemorragia en éste, como en casi todos los casos, fue producida por la potencia de erosión del trofoblasto, el que causa hemorragias sin ruptura. De aquí se deduce el hecho de que en un caso semejante debe palpase entre los dedos la trompa cuidadosamente para no correr el mismo riesgo de Goullioud. Tixier recomienda no poner las enfermas en posición de Trendelenburg: según él las trompas sangran más. La pared, pues, debe cerrarse en uno o tres planos según la gravedad de la enferma; me inclino mucho a hacerlo en un plano con hilos de bronce.

#### RESUMEN

- 1.° La etiología de la preñez tubaria es aún desconocida.
- 2.° El diagnóstico muy difícil al principio.
- 3.° La ruptura de la preñez tubaria puede, si ésta se produce en el primer mes, confundirse con una apendicitis, una salpingitis o un quiste torcido del ovario.
- 4.° Debe pensarse en una preñez extrauterina, toda vez que una mujer retardada en su regla presente metrorragias.
- 5.° El diagnóstico diferencial entre el *shock* y la hemorragia propiamente dicha es imposible.
- 6.° El tratamiento debe ser quirúrgico esencialmente. Naturalmente contando con todos los medios.
- 7.° Debe dejarse la sangre derramada en el peritoneo por servir de tónico.

Laboratorio de Higiene de Samper & Martínez — Bogotá, agosto  
4 de 1922.

Señor doctor Lisandro Leiva—En la ciudad.

El 11 de julio próximo pasado se recibió en este Laboratorio, proveniente de operación practicada a la señora A. R. C. de D., el cual ha dado el siguiente resultado:

Se practicó un estudio de una membrana, encontrándose al microscopio que está compuesta por los elementos constitutivos de la *decidua serotina*.

Quedan a su disposición los cortes marcados con el número 181.

De usted atentos, seguros servidores y amigos.

Laboratorio de Higiene,

SAMPER & MARTÍNEZ

Laboratorio de Higiene de Samper & Martínez—Bogotá, agosto  
9 de 1922.

Señor doctor Lisandro Leiva—En la ciudad.

El día 11 de julio próximo pasado se recibió en este Laboratorio una muestra y un apéndice, para su examen anatomopatológico, proveniente de operación que practicada a la señora S. M. (número 4,110), ha dado el siguiente resultado:

Se practicaron varias secciones de una tumefacción hemorrágica de la vecindad de la trompa, encontrándose lo siguiente: un tejido cuya histología corresponde a la de la *decidua serotina* y entre la villi aglomeración de glóbulos rojos (focos hemorrágicos).

Apéndice. No se encuentra nada anormal en la estructura del apéndice, por lo cual es nuestra opinión que está sano.

Quedan a su disposición los cortes marcados con el número 180.

De usted atentos, seguros servidores y amigos.

Laboratorio de Higiene,

SAMPER & MARTÍNEZ