

## UN CASO DE LITOPEDION

(Comunicación del Dr. J. Villarreal)

---

A reserva de presentar la pieza anatómica y la radiografía que de ella se tomó, voy a comunicar a ustedes un caso de *Litopedion* un feto de siete meses que permaneció en el vientre de la madre por espacio de ocho años. La mujer llevaba una vida llena de dolencias e incomodidades, es una mujer del pueblo que había sido completamente sana antes de esto; según los datos llegó una época en que se creyó que estaba embarazada, pasaron los tres primeros meses con los achaques comunes al embarazo, pero un día tuvo un dolor muy fuerte y perdió algo de sangre, el dolor continuó algunos días, naturalmente los recuerdos de esta señora datan de ocho años y no pudieron ser muy claras sus explicaciones. Siguió diciéndola que estaba embarazada. Sintió movimientos aunque siempre muy adolorida de su vientre y al octavo mes volvió a tener algo raro y acalaturada.

Nunca vió médico, solo la atendieron comadronas y le dijeron que estaba embarazada e iba a nacer una criatura que finalmente no nació; no le volvió el período durante mucho tiempo y dijeron que el niño se había deshecho y siguió sufriendo esta mujer que decidió venir a consultar a México, yo la ví cuando presentaba un tumor medio simétrico en la parte media del vientre, contendría el volumen de un embarazo de seis meses y haciéndole la exploración fué encontrado un empastamiento en el fondo pélvico y el tumor daba el aspecto de un *fibromioma*; teniendo a la enferma en posición Trendelenburg, el tumor era francamente *pediculado* y perfectamente movable, de manera que si no fuera por la historia que ella refería, verdaderamente el diagnóstico no sería más que de un tumor fibroso pediculado del fondo de la matriz, atendiendo a su posición, a su consistencia y a su tamaño y forma mamelonada. La enferma sufría mucho cuando le venía el período y toda su vida era verdaderamente molesta sin que pudiera entregarse a sus trabajos habituales. El diagnóstico era el que antes he dicho, ya me había venido la idea de lo que realmente era pero sin poderlo comprobar ni saber a ciencia cierta que se tratara de un *litopedion*, procedí a la operación con anestesia local por infiltración y como

la enferma estaba en posición de Trendelenburg muy ligera, el tumor había subido, hice que dieran la posición de *Frayser* el tumor se acercó a la pelvis y bajó bastante. entonces, con grandes precauciones, temiendo causar alguna lesión interna o infección que complicaría las cosas, antes de implantar el tirabuzón introduje la mano y encontré que el epiplón estaba adherido, procuré separar una parte de éste para hacer presa sobre el tumor, hice la división en una parte *vascular* del epiplón y ví una coloración *obscura* que no recordaba la de los fibromiomas, introduje el dedo y sentí una dureza completamente fibrosa, introduje entonces el tirabuzón y sentí inmediatamente resistencia huesosa y entonces, ya seguro de que se trataba de un embarazo *extrauterino*, de mucho tiempo y que el feto era de consistencia dura; cogí con una pinza de dos ganchos a cada *lado* del dedo e hice presión sobre lo que estaba sosteniendo con el dedo, lo que aumentó un poco la sensibilidad de la enferma, pero sin que empleáramos cloroformo ni éter porque no había más que molestia y no dolor; hice entonces la eventración de la masa y me di cuenta de que era un feto que se sostenía por un pedículo en el fondo pélvico del lado derecho e iba a hacer la extirpación completa de la masa sin que hubiera hemorragia, para lo cual se puso un gran número de ligaduras sobre el epiplón porque los vasos estaban muy desarrollados y luego empecé a desprender el *feto* envuelto en el epiplón, quedando en el fondo pélvico derecho algo sumamente duro que era el ovario adherido con fuertes adherencias y en degeneración calcárea, la enferma comenzó a acusar dolor, le hice nueva inyección con adrenalina y novocaína y seguí haciendo la extirpación completa del ovario del fondo pélvico y haciendo las ligaduras al grado de que verdaderamente no hubo sangre, cogí los pequeños vasos con pequeñas pinzas y luego los sustituía con ligaduras de hilo muy delgado del No. 50; había llevado a cabo la intervención con anestesia local en la forma que ya he expuesto otras veces en esta Academia, pero al averiguar las condiciones del anexo del lado izquierdo y al tratar de hacer el desprendimiento provoqué dolor y tuve que hacer dar un poco de cloroformo; encontré la trompa cerrada e hice la salpingostomia, conseguí terminar todo con unas 30 gotas de cloroformo, hice la sutura de la pared del vientre como de ordinario, con puntos temporalmente perdidos. La secuela post-operatoria fué sumamente sencilla: la enferma volvió en sí todavía en la sala de operaciones y se le mandó a su cama donde no tuvo trastornos. Después ya tomando en detalle la historia de la enfermedad, comprendí que se habría podido hacer un diagnóstico más preciso teniendo en cuenta sus informes sobre las perturbaciones que sufrió y que habrían podido hacer preveer el embarazo extrauterino. La pieza es muy curiosa, el feto vivió en el peritoneo, después vino la muerte y es admirable que se haya tolerado en la cavidad del vientre, tenie

adherencias muy insignificantes con las paredes de la cavidad del vientre aunque muy grandes con el epiplón; la próxima vez traeré a la enferma que está muy bien y ya quiere irse a su tierra, su ovario único está muy bien y tal vez pueda nuevamente hacerse embarazada.

---

### Comentarios a la comunicación del doctor Villarreal

---

Dr. Godoy Alvarez:—El trabajo que nos ha traído el doctor Villarreal es muy interesante y lo felicito sinceramente. Solo tengo dos dudas que mucho le agradecería me hiciera favor de disipar. Nos ha dicho que hizo una laparatomía para extracción de un tumor que consideraba como fibromioma y que resultó un litopedio, habiendo practicado tal operación con anestesia local. Ahora como se trató de una amplia laparatomía ¿fue necesario completar la anestesia local con narcosis clorofórmica? o ¿es que practicó raquianestesia y en tal caso ya no se trató de anestesia local?

Además el doctor Villarreal nos habla de una radiografía y si tal hubo ¿por qué no se aclaró desde luego tratarse de un litopedio? Sintiendo una dureza pétrea en la exploración diagnóstica ordinaria, también pudiera pensarse en un fibromioma calcificado.

El doctor Gonzalo Castañeda tomó la palabra y dijo: por tener conexión por lo expuesto por el doctor Villarreal voy a referir en extracto, la historia de una enferma que estudiamos en la Clínica oficial a mi cargo. Era una mujer casada por dos veces; en su primer matrimonio tuvo dos hijos, paridos con felicidad, están sanos y viven aún; en las segundas nupcias tuvo un hijo a término que nació muerto, vino un segundo embarazo, del que nació un niño de término que solo vivió un mes. Según su decir, después de este parto no quedó bien, se sentía achacosa y con motivo de sus achaques que no precisa, se internó en el Hospital Juárez, permaneció allí como dos meses, después de los cuales salió mejorada, aunque no completamente buena y sana.

Ocho meses después de esto la vimos nosotros. Nos contó que desde su salida del Hospital le vinieron las reglas las cuales no habían faltado hasta la fecha, siendo periódicas, aunque abundantes y dolorosas. Explorada, se notó en su vientre un bulto muy grande que arrancando de abajo pasaba del ombligo, de superficie lisa, bordes redondeados, poco doloroso, de consistencia blanda renitente, su blandura era tal que permitía como aplastarlo, su forma total retrataba la de una pera gigantesca, pero el carácter de este cuerpo extraño era una gran movilidad, una movilidad tan

amplia que permitía llevarlo por todos lados, y aun sacarlo de la pelvis, jugábamos con él, comprimiéndolo a su través sentíamos el promontorio, su gran blandura lo hacía compresible. La exploración ginecológica reveló que ese bulto abdominal se continuaba por un istmo con el cuello uterino que era grande, blando y dilatable. La suma de todos los datos referidos nos condujeron a concluir que el dicho cuerpo era la matriz, multiplicada en su tamaño; a estas alturas la conclusión fué fácil, no así el principio, pues ni la historia, caracteres del tumor y circunstancias del caso, caían del lado de que ello fuera matriz, sino de un tumor del vientre, insólito.

Ahora bien, admitido, probado que de la matriz se trataba, venía una segunda cuestión, qué tiene, qué le pasa, por qué después de un parto que data de ocho meses, ese útero que menstrúa, está tan grande que pasa del ombligo. La hipótesis de un nuevo embarazo era insostenible, la existencia de un antiguo tumor contemporáneo del embarazo último tampoco era admisible; el interrogatorio, la historia, el está presente no apoyaban el supuesto de una retención total de placenta; la clínica del caso desechaba todos los supuestos, menos uno. Este fué el siguiente. Creo dije, que esta mujer estaba embarazada de gemelos, parió uno y el otro se quedó adentro el cual está muerto; este diagnóstico fué atrevido, y en buena parte inspirado e intuitivo, porque no constaba ni había historia de embarazo gemelar, que de haberla habido, el diagnóstico de lo que pasaba caía automático, pero en este sentido todo era silencio. Pero en el caso, si no era posible partir de este antecedente para llegar al fin podía seguirse camino inverso; partiendo al fin para llegar al principio.

El camino de la exclusión daba cierta verosimilitud a la hipótesis, pero la vía directa fué más segura; los fundamentos fueron: la blandura y pasividad de la matriz y su gran movilidad, derivada del relajamiento mismo de su aparato ligamentario, condiciones que unidas, solo se encuentran en matriz embarazada con feto muerto. Dentro de este supuesto, propuse una exploración intrauterina que sirviera de comprobación y vía de tratamiento. Dilatado el cuello, el tacto descubrió dentro del útero una cosa indefinida; averiguado que la cavidad estaba ocupada, asépticamente se colocó un taponamiento, al tercer día arrojó la mujer un niño muerto, de término. Esta enferma cuyo puerperio se atendió debidamente y se reforzó con remedios antisifilíticos, salió del Hospital buena y sana.

Esta historia enseña, mejor dicho afirma y comprueba viejos conocimientos: I.—La fuerza que tienen ciertos hechos que ha recogido la clínica clásica y secular. II.—Cómo la sospecha y la malicia que emanan de la experiencia, suelen encaminar al igual que los hechos probados. III.—Que un útero embarazado de feto muerto puede menstruar y por ende reembarazarse. IV.—El niño muerto se comportó como vivo, si se hubiera com-

portado como muerto, el cuadro clínico o patológico habría sido diferente, un muerto que no era muerto. V.—El caso en particular dice, cuán cierto es que un útero embarazado blando y flojo encierre producto muerto. VI.—Cuán superior es la Clínica biológica a la Clínica de Gabinete.

Dr. Villarreal:—Ya una parte contesté a ustedes diciéndoles que no se hizo la radiografía para hacer el diagnóstico del tumor, sino que se tomó de la pieza extraída; yo creo que es enteramente ocioso cuando se trata de un tumor que no ofrece grandes complicaciones y no hay una sospecha grande para pensarse que pueda uno incurrir en un error de trascendencia tomar la radiografía, además de que los fibromiomas casi no dan sombras, de manera que se hizo la radiografía del feto para determinar con mayor exactitud su edad sin destruir la pieza anatómica y se pudo ver la osificación de los huesos. Decía yo que empleé anestesia local por infiltración, porque ya he presentado varios enfermos tratados así para extirpación de tumores del ovario y la matriz misma; aquí referiré un caso de histerectomía supravaginal practicada sin una gota de anestesia general; la operación de la hernia habitualmente la practico con anestesia local por infiltración porque puede uno ir la haciendo al paso y a medida que va progresando la operación, cuando se llega a la vaina aponeurótica, se introduce la aguja y luego la solución anestésica, en seguida se divide la aponeurosis, luego viene la inyección del tejido sub-aponeurótico del tejido sub-peritoneal con el objeto de que la zona de anestesia sea más extensa y se puedan hacer maniobras en la cavidad sin sensaciones que resulten intolerables; solo cuando se coge la matriz para su fijación o se va a intervenir en los ovarios, entonces hay que hacer la inyección en los ligamentos anchos y en esta forma es como se hacen operaciones serias sin grandes dolores ni mayores perturbaciones; esta enferma a quien yo aludí, se levantó por su propio pie y se fué a su cama sin que hubiera habido ningún «shock» traumático. En cuanto a la raquianestesia, es una anestesia regional sumamente extensa que es de por sí una pequeña operación quirúrgica, pero sumamente delicada; indudablemente que entre la raquianestesia y la anestesia por infiltración, hay la diferencia de que esta última es más difícil pero también el peligro es mucho menor; claro que hay que tener muchas precauciones asépticas porque fácilmente se pueden infectar los tejidos y también si no se hace la raquianestesia con las precauciones hay el peligro de una infección de las meninges: mucho me he ocupado de las ventajas y desventajas de la raquianestesia y debo insistir en que a pesar de las nuevas substancias que se emplean hoy, no se obtiene mejor resultado del que obteníamos antes con la cocaína en una dosis adecuada, debe agregarse que la relación de la toxidez de la cocaína con la novocaína es de 1 a 5 y en efecto, cuando se inyectan 12 o 14 centigramos de novocaína los enfer-

mos presentan las perturbaciones consiguientes. De manera que con esto ya queda contestado el doctor Godoy Alvarez. Con respecto a la exposición de mi amigo Gonzalo Castañeda, no habría más relación con el caso que yo presenté que el feto muerto estaba en la matriz y éste en los intestinos, indudablemente que había muerto y envuelto por el epiplón y sostenido por él había soportado la calcificación aséptica dentro de la cavidad abdominal. Estos son casos muy raros y yo no recuerdo desde que soy Académico haber oído nunca algo semejante aquí y por eso me permití traerlo.

Dr. Ramírez:—Correspondiendo a la invitación del doctor Castañeda diré que yo no creo que el embarazo gemelar corresponda a una infección sifilítica y he aquí las razones: En primer lugar porque la estadística no ha demostrado que haya una relación entre la sífilis y el embarazo gemelar, si se saca una estadística de los machacamientos por automóvil se verá que un gran número de los machacados son sifilíticos, pero no porque haya relación entre los machacamientos y la sífilis, sino porque hay un gran número de enfermos de este padecimiento, expuesto como el resto de los mortales a ser cogidos por automóviles. Igualmente si se estudiara la herencia se vería que la sífilis la padeció el padre y el abuelo, porque es una enfermedad muy frecuente, pero no porque sea forzosamente hereditaria. Los mamíferos tienen embarazos que van siendo cada vez con menor número de individuos. En los monos antropoides los partos son únicos, en cambio en los roedores el parto es muy grande; el armadillo de Texas tiene cuatro embriones, ni más ni menos, así pues no corresponde el hecho a la sífilis. Desde otro punto de vista, tampoco es aceptable; puede suceder que a una mujer sifilítica en lugar de rompersele dos se le rompe un folículo de Graaf, pero esto no significa nada; ahora bien, el hecho de que penetren dos espermatozoides en un huevo para fecundarlo, tampoco explica la existencia de un padecimiento infeccioso. En algunos animales, por ejemplo, en órdenes inferiores, es posible que dos espermatozoides fecunden en un solo óvulo y se produzcan dos animalitos, pero generalmente cuando entra un espermatozoide el otro ya no entra, esto parece muy misterioso. ¿Cómo sabe el espermatozoide que está afuera que ya hay otro adentro y él no debe penetrar? Pues muy sencillo, no es que los espermatozoides sean muy inteligentes como alguien había expuesto, sino que una de las substancias que tiene el espermatozoide hace variar la tensión superficial y da origen a que se produzca una membranita que intercepta la entrada; así es que bien señaladas estas cosas no es tampoco nada misterioso que se forme el cono de atracción: se trata de un menisco. En la reacción de Hay se pone flor de azufre en la orina y disminuye la tensión superficial; sutilmente se ha determinado que varía la tensión superficial en el huevo y a esto se debe el hecho de que no penetre otro espermatozoide. Se ha descri-

to que hay folículos de Graaf con dos ovulos y yo no sé si suceda que al romperse el folículo, puedan ser ambos fecundados. Así pues, todo hace suponer que en nada interviene la infección paterna para producir el embarazo gemelar. El hecho de que sean frecuentes los embarazos gemelares entre los hebreos sí es muy cierto pero tampoco prueba nada, hay casos muy famosos de estos embarazos por ejemplo, la historia de Saul y Jacob con aquella curiosa disputa de primogenitura sobre quién sacó primero la mano y quién la cabeza y ustedes recuerden que por consejo de Jehová se trató de engañar al hermano con un ardid muy grosero. Pero todas estas cosas que llevo dichas no ilustran sobre cómo un solo óvulo fecundado por un solo espermatozoide puede producir dos individuos; en el armadillo de Texas el huevo se adhiere en el fondo del ovario que tiene salientes en ángulo recto y al desarrollarse el óvulo dividen las salientes la *mórula* en cuatro partes y de cada parte sale un animal entero. Esto echa abajo la teoría pangenética de Darwin, porque de un solo huevo puede producirse en lugar de cuatro patas, dos ojos y una cola, muchas patas, muchos ojos y muchas colas. Morgan cuenta los huevos de mosca y cuando están en estado de *mórula* los disgrega y de cada célula de la *mórula* sale un animal al grado de que ha llegado a obtener 180 o más, muy pequeños por supuesto. Cada célula totipotencial puede engendrar un individuo en algunos animales y en otros cada *hoja* puede producir varios organismos. En la especie humana, o son dos espermatozoides que llegaron exactamente al mismo tiempo a la superficie del huevo, o es porque hay folículos de Graaf que den dos óvulos en lugar de uno, o dos puestas ovulares simultáneas, y esas son condiciones raciales. Yo creo que no debe aceptarse que sea una división de la *mórula* la que da origen a dos individuos en la especie humana; Petersson señala esto en el armadillo y hace hincapie en los gemelos que son perfectamente simétricos. La simetría de las impresiones digitales en los gemelos humanos hace presumir que un solo huevo se ha dividido en dos, dando dos individuos enteramente iguales. En todos los libros se señala que la fecundación se hace en la trompa, pero eso no está demostrado más que para los animales inferiores que tienen una trompa larguísima, como la rana, pero en los mamíferos superiores no se ha probado y muy posiblemente la fecundación se hace en el útero y cuando no se hace en el útero sino en la trompa, es cuando se producen los embarazos extrauterinos; no se puede precisar que la fecundación se haga en estos casos en la trompa, de todas maneras sería un problema que yo reconozco. Yo creo que esos eran los puntos que se me preguntaban y de paso quiero decir algo sobre los anestésicos; es cierto que la novocaína es cinco veces más tóxica que la cocaína, pero es cualitativamente diferente en grupos tóxicos, como se desprende de las fórmulas de una y de otra. (Cita los

nombres de las sustancias correspondientes,) así que no es difícil reconocer que la novocaína hasta en cantidad superior es cualitativamente menos tóxica que la cocaína.

Dr. González Gumán:—No tuve el gusto de oír el trabajo del doctor Villarreal pero me referiré a lo dicho por el doctor Ramírez en lo que se refiere a la cuestión de los embarazos gemelares. Tengo entendido que se señala la relativa frecuencia con que se presentan en algunas razas como en la hebrea en que son transmitidos entre las familias por mujeres siguiendo las leyes *mendelianas*. Este hecho debe estar ligado a la cuestión de las células sexuales de estos individuos ya que son características raciales o familiares, es lógico pues suponer que los óvulos de estas gentes tienen una condición especial para dar origen a embarazos gemelares. Estos embarazos pueden producirse en varias circunstancias, primero, un óvulo ha sido fecundado y dado nacimiento a un embrión; un segundo óvulo es fecundado por otro espermatozoide y se forma un nuevo ser posterior al primero; es la superrelación; dos óvulos llegan a la matriz y son allí simultáneamente fecundados por dos espermatozoides, en este caso los gemelos se desarrollan en huevos diferentes y entonces los gemelos pueden ser de distinto sexo; la fecundación se verifica sobre un solo óvulo, primero, y en este caso puede suceder: que sea fecundado por dos espermatozoides y producir dos embriones que pueden ser de distinto sexo; segundo, un solo espermatozoide fecunda un solo óvulo y la separación en dos gérmenes se produce desde las primeras fases del desarrollo y cada uno va a dar nacimiento a un embrión casi constantemente del mismo sexo. El doctor Ramírez toca este punto muy interesante y citaba las experiencias de Morgan; hay otras también muy interesantes, las hechas en los *equimodernos*, donde en un solo óvulo pueden engendrarse hasta 118 individuos, pero en lo que discrepo con él es en que en la especie humana la separación se haga durante la fase de *mórula* ya relativamente avanzada, yo no creo esto porque hay veces que se demuestra que las separaciones son muy tempranas. Hay óvulos que, cuando la *mórula* contiene 118 blastomeros casi todos tienen la mala condición físico-química y cuando dicha condición de los blastomeros es semejante pueden formarse aparte; dando nacimiento cada uno a un embrión. Hay otros casos en que en uno de los *polos* del huevo se acumulan materiales grasientos y en el otro materiales *protéicos* y cuando la separación se produce no hay duda de que es un estado esencialmente diferente, cada blastomero no puede engendrar un embrión, sino solo determinados tejidos del mismo. Si por procedimientos especiales se produce la separación de los dos *blastomeros*, se multiplican pero nunca ninguno de ellos llega a dar nacimiento a un individuo completo; yo quiero decir que la base del problema es la constitución físico-química de los blastomeros, y

en el caso de la especie humana puede decirse que el óvulo tiene la misma constitución en todas las partes de su protoplasma y se podría admitir que un solo huevo diera nacimiento a muchos individuos, como tal cosa no sucede, hay que suponer que quizás desde las primeras segmentaciones va a variar considerablemente y la primera segmentación con separación, la constitución físico-química de los blastómeros será la causante de los embarazos gemelares. De manera que sería más lógico suponer que el hecho sea bajo la influencia de condiciones raciales o familiares, entendiéndose por condiciones, circunstancias físico-químicas que se transmiten por las mujeres. Habría una tendencia a la separación del óvulo humano en dos blastómeros y a la formación de un individuo en cada uno de ellos.

Dr. E. Ramírez:—Me quiero referir a lo dicho por el doctor González Guzmán, — explica el doctor Ramírez tomando otra vez la palabra, — es curioso que el huevo alécito humano no se conduzca como el huevo del anfibio; se sabe que en los vertebrados ya no se hunde una parte del huevo sino que se forma un túnel y en la especie humana a pesar de ser el huevo alécito, la división se hace como si fuera un huevo *telelécito*, hay esta circunstancia, en el estado actual no podemos decir hasta qué punto podría hacerse una división de la mórula para dar dos individuos; es claro que si se disgrega la mórula una mujer podría parir 100 niños; pero fuera de ese caso, sí podría suponerse que hubiera una división en estado de mórula, cuya división daría dos organismos simétricos. En la especie humana no se conoce el desarrollo primitivo sino por unos cuantos datos y es tal nuestra ignorancia en ese sentido, que todos los huevos recientes llevan el nombre de los investigadores que los han examinado, pero no hay arriba de 20 huevos humanos examinados; por lo demás es muy posible que sea al principio cuando se efectúa la división.

Dr. Villarreal:—La discusión se ha desviado con respecto a la que yo comuniqué; persiste la observación del doctor Castañeda sobre la matriz ocupada con un feto muerto durante 8 o 10 meses; yo no sé si se le hizo la exploración de una matriz *bidelfa*, esto explica el caso de que una mujer llegue a tener hasta cuatro hijos cuando tiene *matriz* independiente. Las teorías de González Guzmán y de Eliseo Ramírez son muy interesantes y tanto a ellos como a los otros Académicos que me hicieron favor de comentar mi trabajo, les doy las gracias por sus comentarios.

Dr. Rivero Borrell:—Al observar la radiografía me ocurrió hacer este breve comentario; cuando describió el caso el doctor Villarreal, recuerdo que nos decía que por los antecedentes sospechaba que fuera un embarazo extrauterino, pero que se vino a confirmar la existencia del litopedio en el acto operatorio y en la radiografía puede verse la sombra de los huesos tan perfectamente marcada que si se hubiera hecho una radiografía antes se

habría obtenido una imagen quizás no tan clara, pero sí lo suficiente para afirmar el diagnóstico; lo cual quiere decir que sería conveniente observar como un método el tomar radiografías en todos estos casos sospechosos a fin de precisar el diagnóstico todo lo posible porque esto es de gran utilidad.

Dr. Villarreal:—La forma del tumor, la dureza, la independencia de la matriz daban algunos datos interesantes, pero de todos modos fué mucho haber hecho un diagnóstico diferencial entre un fibromioma y un quiste del ovario; la mujer excepto los padecimientos que acusaba y el empastamiento en el fondo pélvico, no indicaba en nada que pudiera encontrarse una afección de litopedion como la que encontré posteriormente. Tomando en cuenta las observaciones y ya con la pieza en la mano, la mujer acusaba con toda claridad el haber tenido un embarazo del que tuvo todos los síntomas completos: pero en el interrogatorio primero, nunca se insistió de una manera particular en esto, tal vez si se hubiera hecho un interrogatorio completo y detallado se hubiera llegado a esta conclusión aun sin la radiografía. Estos casos de embarazos extrauterinos que permanecen ocho años, como sucedió en el presente, son muy difíciles de preverse y además raros y si en todo fibromioma se va a hacer una radiografía, puede ser que se llegue a encontrar un caso de estos, pero solo por excepción y hay que considerar que esto resulta costoso para los enfermos y en el caso presente ya estaba indicada la intervención que se hizo con anestesia local y fué posible llevar a cabo incluso la extirpación del ovario calcificado lo mismo se hizo con la trompa obstruída cuya permeabilidad no sabemos si continúe en el porvenir y desgraciadamente no pudo venir ahora la enferma que ya está muy bien, pero siendo de Guadalajara, con motivo de las excursiones quiso ver a su familia y yo no pude pensar en estorbarle ese placer simplemente por presentar a ustedes una mujer sana, pero indudablemente que regresa y entonces tendré ocasión de presentarla.