

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

EMBARAZO ECTOPICO ROTO. URGENCIA QUIRURGICA.

**(Reporte de 50 casos operados en el Servicio de Emergencia
del Hospital General)**

TESIS

**presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por**

MERCEDES VIDES de COLLADO

Ex-Interna por oposición de los siguientes Servicios Hospitalarios:
Clínicas de Pediatría, Endocrinología y Gastroenterología de la
Consulta Externa. 4ª Sala de Medicina de Mujeres, Medicina de
Niñas y Ginecología Sección "B" en los Servicios Internos. Servicio
de Admisión de Consulta Externa. Ex-Cirujano de Ambulancias
por oposición. Asistente de Residente en el Servicio de Emergencia
del Hospital General. Presentación de Trabajo Científico (en co-
laboración) al Primer Congreso Nacional de Pediatría. Miembro
de la Directiva de la Revista de "La Juventud Médica" durante el
año de 1953. Representante de la Asociación de Estudiantes de
Medicina al Primer Congreso Americano de Estudiantes de Medi-
cina, Lima, Perú 1957. Médico del Consultorio de Pediatría
"Nuestra Señora del Socorro".

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.



GUATEMALA, OCTUBRE DE 1958.

PLAN DE TESIS:

1.—Consideraciones Generales

Concepto

Etiología

Localización.

2.—Examen de la enferma

Síntomas predominantes

Examen clínico

Exámenes complementarios

3.—Tratamiento de la enferma. Observaciones

4.—Sugerencias.

5.—Conclusiones.

6.—Referencias.

CONSIDERACIONES GENERALES

MOTIVO E INTERES DEL TRABAJO

Como Practicante Interna del Servicio de Emergencia del Hospital General de Guatemala, me he dado cuenta de la alta frecuencia con que se presenta el cuadro de Embarazo Ectópico Roto. Llamándome la atención, lo dramático, urgente y decisivas que son para la vida de la enferma las medidas que de inmediato deben tomarse.

Siendo un cuadro sumamente grave, y que se presenta con tanta frecuencia, hace pensar que en el interior de la República ocurren muchos, que por no contar con asistencia médica adecuada, fallecen irremisiblemente.

Por otro lado, la importancia vital del cuadro, hace necesario su diagnóstico precoz, circunstancia que debe tenerse presente en todas las afecciones que pueden presentarse a confusión, tales como: el aborto simple, las hemorragias uterinas de origen incierto, las infecciones pélvicas, quistes retorcidos del ovario, apendicitis y otras.

Tomo como base 50 casos operados en el Servicio de Emergencia. En el desarrollo del tema, he revisado una por una las observaciones clínicas de las cuales saldrán los puntos básicos sobre los que ha descansado el diagnóstico, los recursos complementarios y los móviles fundamentales para la conducta terapéutica seguida.

CONCEPTO ¹

Se considera que el huevo es el producto de la fecundación de un óvulo por un espermatozoide, con destino propio y evolución autónoma, la cual se cumple siempre que pueda anidar en un terreno propicio, de donde se comprende que ésta puede ser en el útero o cualquier otro órgano o tejido.

La cavidad uterina es el único lugar donde la anidación es normal, no sólo por la facilidad con que se establecen las relaciones feto-maternales, sino porque es el único órgano desde el cual el nuevo ser, en el término de su desarrollo, sale al exterior por las vías naturales. Es pues, el embarazo uterino el único normal o Eutópico y en cualquier otra parte que se realice el embarazo es Ectópico, no habiendo evolución espontánea posible, favorable para el nuevo ser.

Por lo general en los primeros meses del embarazo ectópico, sobrevienen accidentes que determinan la muerte del feto y crean situaciones que pueden ser graves para la madre.

Excepcionalmente el embarazo ectópico llega a su término con feto vivo y se establece un falso trabajo de parto tras el cual el feto muere si no se interviene y se modifica, hasta quedar en el mejor de los casos convertido en un tumor yuxtauterino que contiene magma infiltrado en un acúmulo de huesos y puede ser tolerado hasta el punto de permitir ulteriores embarazos.

ETIOLOGIA

El embarazo ectópico ha sido reportado desde el siglo XI por Albucasis, en 1626 Riolánus refirió varios casos.

Es frecuente en varias especies animales: mona, yegua, vaca, perra y oveja. (Sutton).

Es más frecuente en la Ciudad que en las campesinas, entre 25 y 35 años, reportándose en mujeres con largos períodos de esterilidad relativa y en pacientes con antecedentes de infecciones pélvicas (3).

Con verdadera certeza no se pueden atribuir determinadas causas al Embarazo Ectópico, pero se considera que las siguientes influyen más o menos en su etiología:

- 1.—Procesos Salpingíticos, en particular los gonocócicos.

- 2.—Adherencias pélvicas (Persalpingitis).
- 3.—Infantilismo de las trompas con epitelio vibrátil mal desarrollado y de mayor longitud.
- 4.—Trompas excesivamente largas, con divertículos en forma de trompeta.
- 5.—Espasmo tubario, insuficiencia muscular y antiperistaltismo.
- 6.—Trompas accesorias.
- 7.—Anormalidades del cuerpo amarillo.
- 8.—Endometriosis en trompas, ovario, fondo de saco rectouterino.
- 9.—Excesivo potencial infiltrativo del trofoblasto, lo cual permite que se implante fácilmente en cualquier tejido.

En nuestras observaciones no pudimos obtener datos que nos orientaran hacia un factor etiológico, en parte por la poca colaboración que se puede obtener de una paciente de mediano y bajo nivel cultural, que es la que más frecuentemente acude a los centros asistenciales y por otro lado, por las deficiencias observadas en el interrogatorio, que aunque muchas veces el estado de la enferma no lo permite hacer satisfactoriamente, podrían obtenerse datos valiosos durante el post-operatorio, cuando la paciente está en vías de recuperación.

Respecto a la edad, se observó que la mayor incidencia fluctuó entre 23 y 31 años. La paciente más joven fue una multipara de 19 años y la de mayor edad fue multipara de 39 años.

LOCALIZACION

Por orden de mayor incidencia la localización del embarazo ectópico es la siguiente:

- 1.—Trompa: región ampular.
 región ístmica.
 región intersticial.
- 2.—Ovária primitiva.
- 3.—Abdominal: primitiva y secundaria.
- 4.—Tubo-ovárico.
- 5.—Cervical(3).

En los 50 casos analizados encontramos:

- 1.—44 casos de embarazo tubárico (88%) de los cuales:
 23 casos (46%) eran derechos.
 21 casos (42%) eran izquierdos.
- 2.—1 caso (2%) tubo ovárico.
- 3.—4 observaciones sin notas por lo que no pudimos determinar la localización.

Encontramos muchas observaciones sin récord operatorio, determinando la localización únicamente por las notas del anestesista.

EL EXAMEN DE LA ENFERMA

RECURSOS COMPLEMENTARIOS

Esta revisión fue hecha en pacientes que se presentaron a la Emergencia con cuadro grave, algunas en estado de shock, o próximas a éste, la mayoría con el cuadro de hemorragia aguda interna.

A pesar de todo, siempre es necesario abordar a la enferma, tratando de obtener una historia lo más completa posible, que nos oriente hacia el diagnóstico. Frecuentemente son de mucha utilidad los datos proporcionados por los familiares.

SINTOMAS PREDOMINANTES

Como base de comparación referiré los síntomas clásicos descritos en la Literatura Médica al respecto(2).

- 1.—Dolor pélvico súbito, generalmente del lado afectado que luego se generaliza a todo el abdomen, acompañado de deseos imperiosos de ir al baño (signo del baño).
- 2.—Desvanecimientos.
- 3.—Hemorragia vaginal.
- 4.—Signos y síntomas de shock.
- 5.—Náuseas y vómitos.
- 6.—Irregularidades menstruales.
- 7.—Además, síntomas de embarazo.

En nuestros casos los síntomas se presentaron en la siguiente forma:

1.—Dolor:

En el 76% de los casos, fue de instalación súbita en el hipogastrio, en la mayoría de pacientes se acompañó de pérdida inmediata y temporal de la conciencia. Fue siempre intenso, a tal grado que es probable pensar, haya influenciado en esa pérdida de la conciencia.

Casi todas refirieron la iniciación en el lado donde posteriormente se encontró el embarazo roto, difundiéndose luego a todo el bajo vientre y cuando llegaron al servicio tenía 8 a 10 horas de evolución como promedio, habiendo algunos casos en que llegaba a varios días.

Siempre fue constante, pero no pudimos determinar si hubo exacerbaciones. Una paciente acusó dolor espontáneo en el hombro izquierdo.

Este síntoma no fue investigado colocando a las pacientes en posición de Trendelenburg.

2.—Hemorragia vaginal:

Se presentó en el 50% de los casos. Era de cantidad escasa, sangre de color negruzco con coágulos pequeños.

De los 25 casos, 24 presentaron dolor asociado, manifestándolo en dos formas diferentes:

20 pacientes tuvieron el dolor referido anteriormente.

4 pacientes acusaron dolor muy moderado, sordo, constante, con exacerbaciones, localizado en el hipogastrio, más intenso en el lado afectado.

1 paciente presentó hemorragia como síntoma único.

Entre este grupo de pacientes, hubo dos casos que fueron diagnosticados como Amenaza de Aborto e ingresados al Servicio de Complicaciones Prenatales. Uno permaneció en diferentes salas del Hospital General durante 22 días antes que se llegara al diagnóstico de certeza. Los dos casos fueron tratados y se recuperaron bien.

3.—Shock:

Tres pacientes 6% ingresaron en estado de shock, con el cuadro de hemorragia aguda interna.

4.—Náuseas y Vómitos:

Refirieron 10 pacientes 20%.

5.—Signo del Baño:

Referido por 2 pacientes 4%.

6.—Amenorrea:

Todas las pacientes acusaron amenorrea:

- a) Menos de un mes: 6 casos, 12%;
- b) Entre uno y dos meses: 27 casos, 54%.

- c) Más de dos meses: 5 casos, 10%;
- d) 3 meses: 4 casos, 8%; y
- e) Sin datos: 8 casos.

En los casos que tienen pocos días de amenorrea, no se investigó la fecha de la penúltima regla, por lo que puede sospecharse que la hemorragia reportada por la paciente como menstruación, haya sido en realidad la hemorragia inicial de la ruptura del Embarazo Ectópico. Es muy importante investigar por lo tanto: la fecha de las dos últimas reglas y las características de la hemorragia.

El período más corto de Amenorrea anotado en las observaciones fue de 3 días, siguiendo: 11, 15 y 22 días, en estos dos últimos casos se pensó: Anexitis aguda en el primero y apendicitis aguda en el segundo.

7.—Otros Síntomas:

Ordinariamente existen síntomas de un embarazo precoz, por lo general falta un período menstrual o el flujo no ha durado más de un día.

Con mayor o menor intensidad acusaron: sed, desvanecimientos, sudoración profusa, angustia, debilidad, intranquilidad, palpitaciones.

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

- 1.—Edad de Matrimonio o unión: no reportado.
- 2.—Paridad: registrada en 39 observaciones de las cuales:
 - a) Nulíparas: 2;
 - b) Primíparas: 7;
 - c) Multíparas: 30.
- 3.—Número de abortos: reportado en 12 observaciones.
- 4.—Embarazos ectópicos anteriores: no había anotaciones en ninguna observación.

- 5.—Número de hijos vivos: reportado en 27 observaciones.
- 6.—Fecha del último parto no registrado.
- 7.—Fecha de la última regla: en 42 observaciones.
- 8.—Fecha de la penúltima regla: no reportada.

OTRA PATOLOGIA

No reportada.

Fuera de las 3 pacientes que ingresaron en estado de shock, la mayoría presentaban las manifestaciones clínicas de Hemorragia Interna: palidez, sudoración profusa, ansiedad, acusando dolor.

En todas las observaciones hay muy pocas anotaciones respecto a los siguientes datos:

1.—*Pulso*: En casi todas, reportadas las pulsaciones más de 90 por minuto, salvo en los casos graves la taquicardia era pronunciada y las tres shoqueadas no tenían pulso palpable.

2.—*Presión Arterial*: En los tres casos de pacientes shoqueadas la presión cayó a 0, en las demás, la mayoría presentaba la máxima debajo de 90 mm. de Hg., en el resto osciló dentro de los límites normales.

3.—*Temperatura*: Oral: osciló entre 36.5 y 38 grados. Rectal: 37.5 a 38 grados controlada únicamente en los casos que se sospechó Apendicitis Aguda.

4.—La lengua se presentó moderadamente seca en la mayoría de las pacientes.

5.—*Examen de la Región Enferma*: A la Inspección, sólo en un caso está reportada distensión moderada del abdomen. El resto aparentemente, no presentó características especiales.

A la palpación: en todas las pacientes era dolorosa la palpación del hipogastrio y fosas Iliacas. En un caso está reportada la palpación de masa. En otro que fue diagnosticado inicialmente Apendicitis Aguda se encontraron positivos los signos de: Mc. Burney y Bloomberg.

A la Auscultación: únicamente una paciente tiene reportado: silencio abdominal.

A la percusión: en ninguna observación hay datos anotados.

6.—*Examen Ginecológico*: Practicado en los 50 casos 100%, sin embargo, los detalles del mismo no se encontraron reportados en suficiente número de casos como para obtener conclusiones; y fue muy frecuente encontrar únicamente lo siguiente: Embarazo Ectópico comprobado con examen ginecológico. Los signos que con mayor frecuencia se encontraron son:

- 1.—Mucosas violáceas.
- 2.—Cuello blando.
- 3.—Cuerpo Uterino aumentado de tamaño.
- 4.—Masa anexial palpable, dolorosa.
- 5.—Fondos de saco dolorosos, más intensamente el lado afectado.

En un caso está anotado haber tenido la sensación de haber roto el saco al hacer el tacto, sintió la paciente intenso dolor, y se comprobó con Punción del Fondo de saco de Douglas, operándosele inmediatamente.

PUNCION DEL FONDO DE SACO DE DOUGLAS

Reportada en 33 observaciones de las cuales:

- 1.—31 casos positiva.
- 2.— 2 casos negativa.

En 17 observaciones no se encontraron datos.

TACTO RECTAL

En las pocas pacientes que se practicó, dio la sensación de tensión en el Fondo de Douglas y fue doloroso.

EXAMENES DE LABORATORIO

En muy pocos casos se encontraron exámenes de laboratorio, especialmente en los que se llegó rápidamente al diagnóstico.

Fueron más frecuentes en los casos observados durante más tiempo antes de la intervención.

Comentario:

De la comparación, entre el análisis anterior y el cuadro clásicamente descrito en la Literatura Médica, deducimos que nuestros casos lo presentaron muy semejante.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMA

Inmediatamente de su ingreso, y una vez hecho el diagnóstico, se procedió a intervención quirúrgica, aun en las pacientes shoqueadas, recurriendo de inmediato a la cateterización de venas para transfundir soluciones dextrosadas y sangre, en cantidad que varió entre 250 a 3,000 c. c., según el estado de cada paciente.

En una paciente con gran pérdida de sangre, se pudo observar que durante la reposición de los primeros 400 c. c. de sangre, aparecieron calofríos y calambres, *sin manifestar dolor lumbar*, estas molestias fueron atribuidas a la *hipocalcemia* y se le administró 1 gr. de Gluconato de Calcio intravenoso, desapareciendo completamente. Se ha recomendado la administración de 1 gr. de Gluconato de Calcio por cada 500 c. c. de sangre transfundida.

PRE-OPERATORIO

Se les preparó en la siguiente forma:

- 1.—Nada por vía oral.
- 2.—*Antibióticos*: con mayor frecuencia:

Penicilina Procaína: 400,000 Unidades. I.M.
Estreptomicina 1½ gramo. I. M.

3.—Morfina 10 Mg. por vía intramuscular.

Atropina 1½ mg. intramuscular ambas media hora antes de la operación en casi todos los casos.

En algunos casos se usó Fenérgán en dosis de 25 Mg. I.M. en vez de la Morfina, considerando el grado de depresión de la paciente shoqueada, no sólo por su efecto sedante sino por su poder antihistamínico.

4.—Lavado y rasurado de abdomen y pubis.

5.—Cateterismo vesical.

En los tres casos shoqueados se les mantuvo en posición de Shock Trendelenburg, mientras se llevaban a la sala de operaciones, administrándoles Levofed en la dosis de 4 Mgs. en 1,000 c. c. de solución dextrosada al 5%, hasta que la sangre fue suficiente para mantener la presión arterial en límites adecuados. Según el cuadro de la paciente y el criterio del Cirujano la intervención fue inmediata o previamente se mejoró su estado en el Servicio de Emergencia. De los dos casos ingresados al Servicio de Complicaciones Pre-natales, uno fue intervenido el mismo día, y el otro a los 22 días de ingreso.

ANESTESIA

En todos los casos se utilizó anestesia por inhalación; Eter, previa inducción con Surital al 2.5% por vía endovenosa.

Intubación endotraqueal en la mayoría de los casos, sólo en muy pocos se anestesió gota a gota, cuando el cuadro era de tal gravedad que manifestaba una hemorragia muy severa.

INCISION

En las pocas papeletas que tienen récord operatorio, la incisión está reportada: paramediana izquierda o derecha e infraumbilical.

OPERACION

- 1.—Salpingectomía Bilateral: 8 pacientes.
- 2.—Salpingectomía Unilateral: 36 pacientes.
- 3.—Salpingooforectomía: 6 pacientes.

Las Salpingectomías Unilaterales fueron practicadas en las siguientes condiciones.

- 1.—1 paciente de 26 años con 6 hijos vivos.
- 2.—1 paciente de 28 años con 2 hijos vivos.
- 3.—1 paciente de 28 años con 3 hijos vivos.
- 4.—1 paciente de 29 años con 2 hijos vivos.
- 5.—1 paciente de 29 años con 3 hijos vivos.
- 6.—1 paciente de 31 años con 6 hijos vivos.
- 7.—1 paciente de 35 años con 5 hijos vivos.
- 8.—1 paciente de 36 años no sabemos cuántos hijos, porque no tenía observación clínica.

Entre las pacientes con Salpingectomía Unilateral se encontró una enferma que 7 meses antes se le había quitado la trompa izquierda por Embarazo Ectópico roto, extirpándosele la derecha en esta ocasión por reincidencia del mismo. Lo cual nos da una incidencia de 2%, siendo los reportados en la literatura médica:

- 1.—Victor Connil: 0.5% (1).
- 2.—De Lee: 4% (3).
- 3.—Terrades: 10% (1).

LOCALIZACION

En los 50 casos analizados encontramos:

- 1.—44 casos de embarazo tubárico de los cuales:
23 eran derechos.
21 izquierdos.
- 2.— 1 caso de embarazo tubo-ovárico.
- 3.— 4 observaciones sin anotaciones al respecto.

POSICION

En los pocos récords operatorios obtuvimos los siguientes datos:

- 1.—4 embarazos ampulares.
- 2.—4 ístmicos.
- 3.—1 intersticial.

En el resto de récords únicamente decía: Embarazo tubario izquierdo o derecho.

Ninguno reporta datos respecto a la exploración de la otra trompa y permeabilidad de la misma.

ERRORES DIAGNOSTICOS

- 1.—Salpingitis aguda purulenta, comprobada durante el acto operatorio y por el informe anatomopatológico. 1 caso.
- 2.—Hematosálpinx comprobado únicamente anatomopatológicamente. 1 caso.

Era paciente de 23 años de edad con ciclo menstrual irregular que ingresa por Hemorragia vaginal de 17 días de evolución y dolor en fosa ilíaca derecha. Punción del Douglas: positiva. Al operarla se encuentra la trompa derecha estallada. Se le hace Salpingectomía derecha.

POST-OPERATORIO

Dado que la recuperación de las pacientes es muy rápida y responden bien al tratamiento, no hubo mayor problema durante el post-operatorio. Las medidas tomadas fueron las de rutina:

- 1.—Hidratación parenteral según las necesidades en cada caso.
- 2.—Antibióticoterapia: Penicilina y Estreptomicina en dosis habituales.
- 3.—Movilización precoz de la enferma.

No fue reportada ninguna defunción y todas las pacientes fueron dadas de alta entre el 7º y 8º días post-operatorio. No se encontraron controles post-operatorios en las observaciones después de su salida del Hospital.

INFORMES ANATOMOPATOLOGICOS

Reportados en 26 papeletas: 52%.

SUGERENCIAS

Me permito puntualizar los siguientes conceptos:

- 1ª—En cuanto al Examen de la enferma: sería muy útil formular una observación especial para los casos en que se sospeche *Embarazo Ectópico*. Si esto no pudiera llevarse a término, debería por lo menos, haber en la Clínica de Señoras del Servicio de Emergencia del Hospital General, un cuadro que facilitara constantemente la anotación de todos los signos y síntomas importantes. En los casos de pacientes shoqueadas, la observación debe completarse durante el post-operatorio cuando las condiciones de la enferma lo permitan.

- 2ª—En cuanto al *tratamiento*, éste se hace conforme el criterio de cada Cirujano y no existe un trabajo de equipo supervisado, lo cual hace sentir la falta de organización en el Servicio de Emergencia del Hospital General.

Se sugiere la organización de dicho Servicio con niveles jerárquicos, y normas mínimas de trabajo que el mismo equipo determine.

Esta falta de organización se hace sentir mucho más en los pacientes cuyo tratamiento se presta a mayores diferencias de criterio. Me llamó especialmente la atención haber encontrado que se practicó *Salpingectomía Bilateral* en pacientes jóvenes de 28 y 29 años de edad con sólo dos y tres hijos vivos, como fueron 4 de los casos analizados.

Se considera que este acto quirúrgico debe conducirse con el *máximo respeto posible a la fertilidad de la Ectográvida*, para que la conducta terapéutica seguida, no trunque la vida generativa que en varios casos principia.

- 3ª—Del 1º de enero de 1956 al 31 de julio de 1958 se operaron en el Servicio de Emergencia del Hospital General de Guatemala, 107 pacientes y para el presente estudio sólo obtuvimos 50 papeletas. Es evidente la necesidad que hay de tomar las medidas pertinentes para poder obtener papelería completa en el momento que se necesite.
- 4ª—Es loable la colaboración que el Banco de Sangre del Hospital General ha prestado en el tratamiento de estos casos. Por diversas razones, en especial por el exceso de trabajo, el servicio no obtiene suficientes donadores para el Banco, estando en constante deuda con él. Este problema merece estudio y una solución adecuada.
- 5ª—El *informe anatomopatológico*, se reportó sólo en el 52% de los casos, debe hacerse en todos, no hay excusa para que no llegue al 100%.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1ª—He hecho un reporte del cuadro clínico, exploración, conducta terapéutica y estadística (hasta donde fue posible) de 50 casos tratados en el Servicio de Emergencia del Hospital General de Guatemala, con el diagnóstico de Embarazo Ectópico Roto. Comprendidos entre el 1º de enero de 1956 al 31 de julio de 1958. Registrados en el Libro de Sala de Operaciones hay 107 casos pero fue imposible obtener más de 50 papeletas.

2ª—El manejo me parece en general eficiente y ajustado a los principios modernos sobre Embarazo Ectópico Roto. Es de anotar que en 50 casos tenemos 0% de defunciones; saliendo las pacientes sin complicaciones post-operatorias al 7º u 8º día después de la intervención.

Esto es indicador de un trabajo consciente y bien orientado realizado en el Servicio de Emergencia del Hospital General de Guatemala.

3ª—Nuestra incidencia de Embarazo reincidente fue del 2% ;

Embarazo tubo-ovárico: 2%.

Embarazo tubario: 88%.

Todos los casos, fueron tratados quirúrgicamente con el Diagnóstico pre-operatorio de Embarazo Ectópico Roto, habiendo únicamente dos errores de diagnóstico comprobados con el informe Anatómo-patológico; siendo éstos: una Salpingitis aguda purulenta y un Hematosalpinx.

4ª—La frecuencia con que se presentan al Hospital General enfermas con cuadro de Embarazo Ectópico Roto, es bastante alta, siendo su estado sumamente grave y que requiere tratamiento urgente, a pesar que en las campesinas es considerada la incidencia menor (3), podemos pensar que muchas madres mueren irremisiblemente

en el interior de la República, unas por falta de asistencia médica adecuada, y otras por carencia absoluta de ella.

5ª.—Y finalmente, me permito presentar un grupo de Sugerencias que me parecen adecuadas para mejorar el Servicio de Emergencia del Hospital General de Guatemala, hecho que tiene singular importancia, no sólo por la cantidad de pacientes que acuden a este centro asistencial sino porque es por ahora el *Hospital Universitario*, donde se forman los Médicos Guatemaltecos.

MERCEDES VIDES de COLLADO.

Vº Bº,

Dr. Julio R. Castillo.

Imprimase,

Dr. Ernesto Alarcón B.,
Decano.

REFERENCIAS

- 1.—*Curtis Hale, Arthur.*—Ginecología. Tercera Edición, Año 1943.
- 2.—*Connil, Victor.*—Embarazo Ectópico. Segunda Edición.
- 3.—*De Lee, Greenhill.*—Principios y práctica de Obstetricia. 8ª Edición, Año 1945.
- 4.—*J. Moraguez, Bernant.*—Clínica Obstétrica. Sexta Edición. El Ateneo.