

La técnica de la operación es por demás sencilla, puesto que, practicada la laparotomía, se reduce á asegurar una buena ligadura del pedículo tubo-ovárico por los medios que luego expondré, y á cerrar otra vez el vientre. Como los anexos están libres, no ofrece ninguna dificultad la ablación, y el único escollo que puede haber es una hemorragia, si no se asegura por completo la ligadura de los vasos, cosa fácil según veremos.

La operación en sí es benigna, y en rigor no debe dar mortalidad; el traumatismo es insignificante, y tan sólo puede malograr el éxito operatorio una inoculación séptica accidental; sus estadísticas son de las mejores.

2.º La *salpingo-oforectomía*, ú *operación de Lawson-Tait*, está indicada siempre que no cabe una operación conservadora y, por lo tanto, en multitud de casos, según queda expuesto anteriormente. El mayor contingente procede de las salpingo-ovaritis bilaterales supuradas, y basta recordar lo que he dicho al hablar de la anatomía patológica de dicha enfermedad para comprender que, si en algunos casos podrá resultar una operación relativamente fácil, presentará en otros muchos escollos y dificultades.

Recordando las operaciones de esta clase que había hecho antes de 1893, en que empleaba sólo la posición horizontal, y las dificultades que presentaban, me parece excusado indicar que empleo siempre la posición de Trendelenbourg. Desde la fecha indicada no practico operación sobre los anexos que no sea en dicha posición; todas las objeciones que se han hecho, incluso la facilidad de que el pus se derrame é invada la parte alta del peritoneo, me parecen baladíes al lado de las muchas ventajas que reporta; aun los casos más sencillos de anexitis ligeras y operaciones conservadoras, los opero siempre en la posición inclinada, y fuertemente inclinada, de manera que la inclinación sea lo menos de 45 grados.

La incisión se practica en la línea media, y prefiero una incisión amplia, desde el pubis hasta cerca del ombligo, que no las incisiones cortas que algunos han recomendado; no creo que la longitud de la incisión agrave el pronóstico y, en cambio, da muchas facilidades; la incisión transversal de Pfannenstiel, que algunos juzgan preferible para estos casos, no creo tenga ventajas.

En los casos favorables, practicada la incisión y aplicada la valva púbica (1), los intestinos descienden hacia el diafragma, la pelvis queda libre y aparece á la vista el útero con sus anexos, pudiendo practicar fácilmente una inspección ocular completa para formar idea de la extensión y cuantía de las lesiones y calcular la intervención que conviene realizar.

En los casos complicados y difíciles, para llegar á descubrir los genitales internos se requiere un tiempo preliminar, erizado en ocasiones de dificultades. Los casos en que los anexos son muy voluminosos y han existido muchos ataques de peri-anexitis, y aun de pelvi-peritonitis, ofrecen con frecuencia adherencias epiploicas é intestinales que retienen dichos órganos hacia la pelvis, á pesar de la posición de Trendelenbourg; aparece á veces el campo operatorio tan ocupado, que no es posible introducir la valva púbica, porque se atasca contra las adherencias que al estrecho superior y tumores anexiales tienen el epiploon y los intestinos.

(1) Véase tomo I, pág. 248.

Aplicando una valva lateral ó las dos, se descubre el campo y se va practicando el tiempo preliminar de despejar la pelvis. Generalmente, el epiploon está retenido por adherencias íntimas hacia la región del pubis y del conducto inguinal, ó bien en el peritoneo vesical y uterino; á veces se extienden las adherencias á una fosa iliaca; por lo general, se desprenden con sólo insinuar los dedos entre el peritoneo parietal y el epiploon, pero en ocasiones son muy resistentes y obligan á cortar el epiploon en algunos sitios, siendo preciso aplicar ligaduras cuando sangra. Liberado el epiploon, se lleva hacia abajo, ó sea la parte alta del abdomen, y entonces aparece el estrecho superior, en el que se encuentran á veces asas intestinales adheridas, ya sobre los tumores anexiales, ya insinuándose en el fondo de Douglas y formando acodaduras; tan pronto es una sola asa la que queda retenida, como varias; á veces están retenidas en un corto trayecto, otras existe sinfisiada una extensión de varios centímetros. Así retenidas las asas intestinales, obstruyen la luz de la pequeña pelvis y no se distingue dónde están el útero y los anexos; precisa liberar todas las asas, trabajo que si á veces es fácil por ser las adherencias frágiles y recientes, otras resulta muy difícil, porque la cohesión de las mismas es muy fuerte; por desgarrar la mayor parte de veces, con la tijera algunas, se van desprendiendo con suma atención y cuidado, para no desgarrar las tunicas intestinales y producir una perforación, accidente que no siempre puede evitarse, aun deseando dejar pegada al intestino una porción de membrana de los anexos; cuando ocurre un desgarrar intestinal, lo mejor es repararlo en el acto, antes de proseguir la operación, porque así no se olvida y pueden reducirse hacia el abdomen las asas intestinales una vez liberadas de todas sus adherencias.

Este tiempo preliminar es á veces extraordinariamente laborioso, y el operador no puede realizarlo sujetándose á reglas fijas, porque no existen dos casos iguales; claro que no es en casos fáciles y recientes, sino en esas anexitis antiguas, en las que las flogosis repetidas han formado grandes masas de exudado y grandes hipertrofias anexiales. Una vez liberadas las adherencias y despejado el campo operatorio, se procede al primer tiempo de la operación en sí, que consiste en la *protección y aislamiento* del mismo.

El aislamiento del campo operatorio se hace aplicando gasas desde una á otra fosa iliaca, que formen una barrera que separe por completo la gran serosa de la región pelviana; las gasas han de estar algo ajustadas, de manera que desde este momento no se ven ya las asas intestinales; la barrera que formen ha de ser bastante gruesa, para que no la atraviese cualquier líquido que pueda derramarse al verificarse la ablación de los anexos.

Así descubierto y preparado el campo operatorio, se procede al *segundo tiempo ó extracción de los anexos*. Cuando tienen pocas adherencias, basta introducir la mano hacia el fondo de Douglas y levantarlos para que aparezcan por encima del estrecho superior; las ligeras adherencias que pueden existir se rompen fácilmente. A veces basta coger los anexos con unas pinzas ovales, levantarlos y ponerlos á la vista, descubriendo su pedículo. Otras veces, completamente descubierta y despejada la pelvis, cuesta trabajo orientarse acerca de la situación relativa del útero y sus anexos, porque existen masas de exudados que borran los relieves y aglutinan unos órganos con otros, de manera que no se distinguen los intersticios. Entonces precisa ingeniarse para buscar

la manera de enuclear los anexos, ya que se trata de una verdadera enucleación, á veces difícilísima. Sin que sea posible sujetarse á una técnica determinada, generalmente los anexos deben enuclearse de abajo arriba, buscando el intersticio entre la tumoración y el peritoneo parietal hacia atrás ó hacia adentro. Hacia atrás buscando el ligamento infundíbulo-pélvico, para insinuar los dedos por detrás y adentro del mismo, dirigiéndose hacia la concavidad del sacro, y hacia abajo en el fondo de Douglas para ir separando la tumoración; luego se levanta ésta y se va desprendiendo de sus uniones á la cara posterior del ligamento ancho, con lo que éste se despliega, ya que en estos casos forma sobre los tumores anexiales como un casquete; así lentamente se hacen salir del fondo de Douglas tumoraciones enormes, que una vez enucleadas quedan unidas á la pelvis por el ligamento ancho (fig. 254). Cuando por detrás no se encuentra el intersticio de separación, puede buscarse por dentro, empezando por cortar entre dos pinzas la inserción interna de la trompa, ligamento redondo y parte alta del ligamento ancho; se tira suavemente de la pinza externa y los dedos se insinúan entre la cara posterior del útero y ligamento ancho y la tumoración anexial, y se va haciendo la enucleación de dentro afuera y de delante atrás,

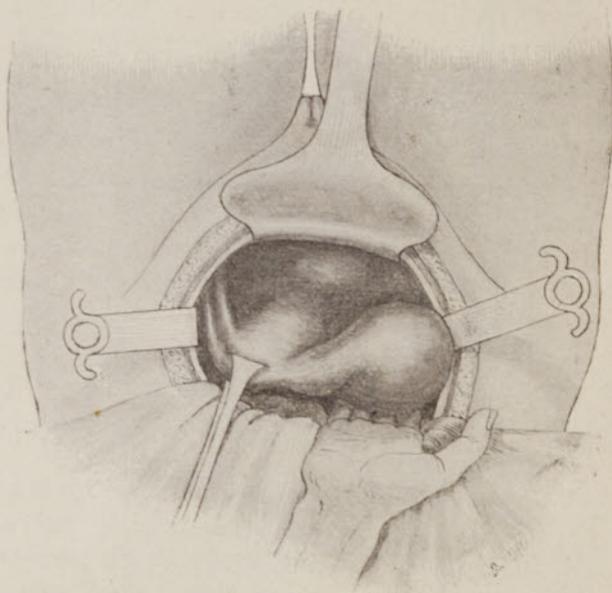


FIG. 254

Enucleación de los anexos derechos de fuera adentro y de atrás adelante.

así como en el caso anterior se hacía de fuera adentro y de atrás adelante (figura 255). Aparte estas reglas generales, deberá el ginecólogo adaptarse á las condiciones de cada caso y siempre esforzarse para que la enucleación sea completa, recordando que no hay casos inoperables y que Lawsson-Tait ha dicho con razón que, *en manos de un operador competente, no hay adherencias de los anexos del útero que no puedan desprenderse, y que ninguna operación debe dejarse incompleta* (1).

Durante esta enucleación pueden ocurrir varios *accidentes*: rotura de cavidades purulentas, rotura del recto y rotura del peritoneo pelviano.

Con paciencia y suavidad se logra sacar enteras cavidades salpingianas y ováricas llenas de pus, que parece increíble no revienten durante su enucleación; el sitio donde esto ocurre con más frecuencia es el fondo de Douglas, por-

(1) *Loc. cit.*, pág. 489.

que á veces el pabellón está adherido al peritoneo pelviano como una ventosa y al desprenderlo se abre la trompa y sale el pus; otras veces ocurre que se desgarran las paredes de la cavidad porque no se sigue bien el intersticio ó porque son muy delgadas. Si no fuera porque la enucleación se hace mucho mejor y es más fácil estando llenas las cavidades quísticas, lo mejor sería puncionarlas antes de su separación; pero, atendida esta circunstancia, yo prefiero extraerlas enteras y únicamente las punciono en los casos en que la rotura me parece inminente: empleo siempre que lo hago el aspirador de Potain, que tengo prevenido para estos casos. Cuando el pus se derrama, se seca y empapa con gasas,

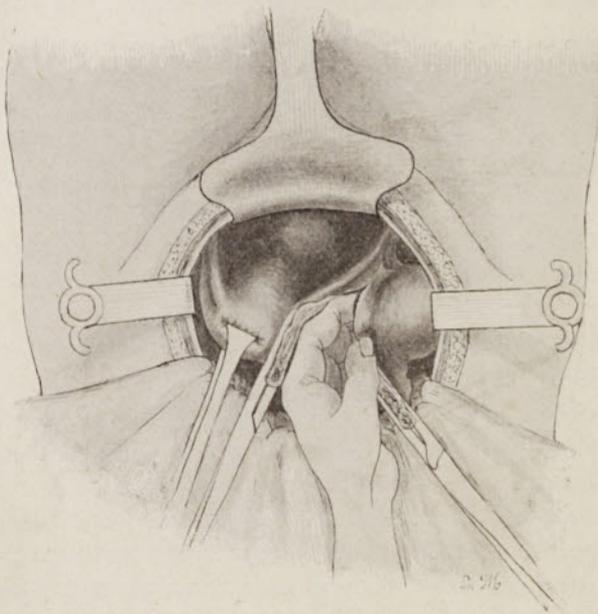


FIG. 255

Enucleación de los anexos derechos de dentro afuera y de delante atrás.

dejando que salga todo para verse de una vez libre de tal contrariedad, y en seguida se acaba la enucleación. Tanto porque muchas veces el pus es estéril como porque se seca en seguida, como porque la barrera de gasas que se puso al principio de la operación le impide llegar á la gran serosa, el derrame de pus no reviste la gravedad que parece debería tener, pero debe recordarse que tal accidente suele ser indicación de drenaje.

La rotura del recto ocurre por las íntimas adherencias que los tumores anexiales contraen á veces con su pared anterior; recordando la posibilidad de que esto pueda ocurrir, se

evitará casi siempre, y cuando no, se reparará del mismo modo que se hace con las roturas del intestino delgado.

La rotura del peritoneo pélvico tiene lugar cuando al hacer la enucleación se pierde el intersticio y los dedos penetran en el tejido celular sub-peritoneal ó paramétrico, levantando colgajos de la serosa pélvica y permitiendo alcanzar vasos sanguíneos y el uréter, que siempre deben estar fuera de nuestra acción si seguimos bien el intersticio de unión entre la serosa y los tumores anexiales. El accidente tiene importancia porque puede propagar la infección al tejido celular pelviano, pero particularmente porque, poniendo al descubierto el uréter y los grandes vasos, puede ser motivo de que se rompa aquél y se desgarran éstos; tales accidentes no deben ocurrir y son debidos á falta de técnica ó de habilidad para seguir el intersticio de separación; sólo debe ocurrir en los tumores intra-ligamentosos, y ya he indicado cuán raros son.

Cuando el tumor anexial está por encima ó por detrás del útero, su enu-

cleación puede ofrecer las mismas dificultades, y el órgano que pelagra entonces es la vejiga; sin embargo, su rotura es mucho menos frecuente que ninguna de las antedichas.

Cuando un absceso salpingiano ú ovárico se ha abierto previamente al intestino, vagina ó vejiga, al hacer la enucleación debe tenerse en cuenta, á fin de separar la producción tubo-ovárica sin interesar la víscera que tiene el orificio fistuloso. Si éste está en la vagina no tiene importancia, porque puede dejarse abierta, y lo mismo da reseca un poco de vagina que dejar pegado á la misma un trozo de cavidad.

En las aberturas vesicales debe tenerse en cuenta que están fraguadas de manera que el pus penetra en la vejiga, pero no la orina en la cavidad supurada; por lo tanto, si no se interesa la pared vesical, puede prescindirse de cerrar la abertura; en algunos casos que recuerdo, no cerré con sutura la fístula vesical, pero procuré dejar una porción de pared quística; los resultados fueron completamente satisfactorios. En la fístula intestinal ya es distinto, pues generalmente son permeables, por lo menos á los gases, y por eso conviene descubrir bien la fístula, reseca el rodete y repararla, como si se tratara de una rotura accidental; siempre he procedido así con éxito completo.

Terminada la enucleación, procede la *pediculización* y *extirpación*. El pedículo está formado por todo el mesosalpinx y meso-ovario, que si á veces ofrecen poco más grosor del normal, en ocasiones están muy infiltrados y engrosados; en este *tercer tiempo* debemos cortarlo y hacer su hemostasia.

En los casos sencillos sigo empleando la ligadura en masa, que me ha dado excelentes resultados: aplico el angiotribo para adelgazarlo, y si está algo engrosado lo hago en dos tiempos: una aplicación hacia fuera sobre el ligamento infundíbulo-pélvico y otra hacia adentro, sobre la raíz de la trompa y del ligamento redondo. Para facilitar las maniobras de la hemostasia, si el tumor ane-

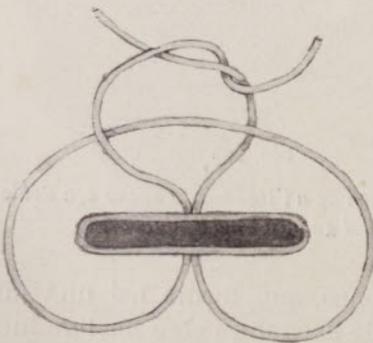


FIG. 257

Colocación del asa para practicar el nudo de Lawsson-Tait.

la hemostasia es algo voluminoso, aplico una pinza curva de presión sobre el ligamento ancho y corto los anexos; las maniobras de hemostasia se hacen por debajo de la pinza. Si el ligamento ancho ofrece señales recientes de inflamación, el angiotribo debe apretarse poco y suavemente, porque se desgarran fácilmente los tejidos. Hecha la laminación del ligamento ancho, tomo la

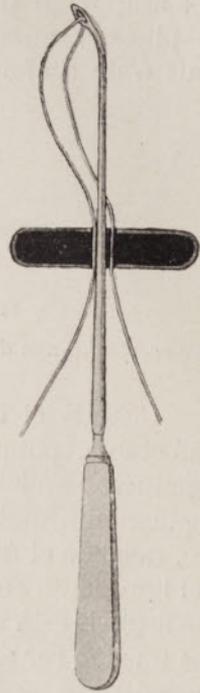


FIG. 256

Transfixión de un pedículo con la aguja de pediculizar.

la laminación del ligamento ancho, tomo la aguja de pediculizar con un largo trozo de seda, la introduzco en la parte

media del ligamento ancho, tomo la seda y retiro la aguja; paso el asa alrededor del pedículo, de los dos extremos paso uno por encima y otro por debajo del asa, hago tracciones fuertes para reducir el pedículo, á la vez que aflojo la pinza y anudo la seda fuertemente sobre el asa: es el nudo de Lawson-Tait ó de Staffordshire (figs. 256 y 257). En seguida hago, por encima de esta



FIG. 258

Colocación de una doble ligadura imbricada.

ligadura, otra circular de seguridad y cauterizo el muñón con el termo-cauterio. Puede aplicarse también una doble ligadura imbricada (figs. 258 y 259). También puede emplearse una ligadura en masa y luego ligaduras parciales, pasando el asa con la aguja al través del pedículo, como recomienda Doyen (figs. 260 y 261).

Cuando el ligamento ancho está muy engrosado la ligadura anterior es defectuosa, porque puede desgarrar los tejidos, entonces es preferible hacer ligaduras parciales, una hacia la parte externa del ligamento ancho, sobre el repliegue infundíbulo-pélvico, que abraza la arteria ovárica, y otra hacia adentro, rasando el útero, que comprende las ramas de la uterina: la parte media del ligamento ancho no tiene vasos y puede dejarse sin ligadura, ó bien si por las flogosis está muy engrosado y vascular, se aplica una tercera. Estas ligaduras pueden ser aisladas ó bien imbricadas para que se sostengan mutuamente, haciendo de modo que el asa de la una pase por dentro del asa de la inmediata (fig. 262).

Cuando no es un caso sencillo y de fácil pediculización, puede hacerse la hemostasia subperitoneal de la siguiente manera: se corta á tijeretazos el ligamento ancho de fuera hacia adentro, y con las pinzas se cogen la arteria y venas ováricas hacia afuera y la arteria y plexo uterino hacia adentro, en donde el corte puede penetrar en el cuerno del útero para que no quede ninguna porción de trompa; en seguida se ligan directamente los vasos ováricos y uterinos



FIG. 259

Pediculización de un ligamento ancho con doble ligadura imbricada.

y por encima de las ligaduras se sutura el peritoneo, que forma así una línea desde el cuerno del útero á la fosa iliaca, debajo de la cual quedan las ligaduras. Con este procedimiento se pretende evitar las supuraciones consecutivas y los trayectos fistulosos que algunas veces quedan y tardan en cerrarse hasta que se elimina alguna ligadura.

Algunos recomiendan practicar las ligaduras con catgut; creo que, efectivamente, con ello se evitarían mejor que con ligaduras sub-peritoneales las

fístulas supurantes consecutivas de que luego hablaré, pero á pesar de ello yo sigo practicando mis ligaduras con seda: en unos doscientos casos, no he tenido uno solo de hemorragia y esto debe tenerse en cuenta; por otra parte, las supuraciones consecutivas son raras, y las he visto también en casos en que no había ligaduras de seda que pudiesen ocasionarlas. Realmente es muy difícil apretar debidamente una ligadura con catgut y por eso prefiero la seda, aparte de que la desinfección de ésta es mucho más fácil y segura que la de aquél.

Durante la enucleación de los anexos ocurre á veces una hemorragia regular, por existir adherencias muy vasculares, sobre todo las rectales y las de la cara posterior del útero; deben despreciarse y no pensar en cohibirlas hasta después de terminada la enucleación, cuando se procede en un *cuarto tiempo* á limpiar el fondo de la pelvis: entonces se cohiben las hemorragias que pueda haber, ya por medio de ligaduras, ya tocando los puntos sangrantes con el termo-cauterio, ya sosteniendo una fuerte compresión. Ocurre á veces que la hemorragia es difusa en los sitios en que más difícil fué la enucleación, siendo toda una región del peritoneo la que sangra ligeramente; entonces se practica hemostasia con el taponamiento.

Si alguna herida intestinal no fué reparada antes, debe suturarse en este momento; siempre lo he practicado en la misma forma: una sutura á punto pasado que coapte los bordes del desgarró, y por encima de ésta, y protegiéndola y aislándola por completo, otra de Lambert; alguna vez he aplicado un tercer plano. Para esta sutura empleo seda muy fina, y en bastantes casos he obtenido resultados excelentes.

Cuando durante la operación se ha derramado pus ó ha habido bastante hemorragia, está indicado un lavado peritoneal, para el cual se coloca la enferma plana; la objeción de que con él puede difundirse la infección es simplemente teórica, y yo no la he observado en ningún caso; por el contrario, creo que ha contribuído poderosamente á la curación de algunos de los más complicados que he tenido.

Terminada la limpieza de la región, debe decidirse si conviene ó no aplicar desagüe y en qué forma. Mucho se ha discutido su utilidad en estos casos: autor de gran talla conozco, y que no nombro por delicadeza, de quien había leído un trabajo ridiculizando casi el desagüe en las supuraciones anexiales, y cuatro años



FIG. 260

Ligadura en masa con ligaduras parciales de un pedículo anexial.

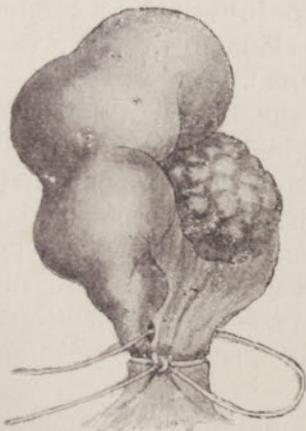


FIG. 261

Transfijión de un pedículo anexial después de una ligadura en masa.

después le vi operar y aplicar una serie de tiras en un caso en el que yo, que siempre he sido partidario del mismo, no lo habría usado. He tenido, además, la satisfacción de ver alguno de nuestros jóvenes cirujanos que había combatido el taponamiento, hacerse partidario y acérrimo defensor del mismo. Para mí no es discutible que existen casos en que debe aplicarse el drenaje, y yo resumiría lo que la observación de buen número de supuraciones anexiales tratadas con drenaje consecutivo me sugiere, diciendo que *algunas veces me he arrepentido de no haberlo puesto, pero nunca he lamentado haberlo aplicado.*

Está indicado el drenaje siempre que se derrama pus y se difunde algo por la pelvis; algunos autores limitan la indicación á los casos en que el pus es virulento. Lo difícil es decir cuándo deja de serlo; á este fin Schauta hace analizar el pus durante la operación y si es estéril no aplica desagüe, y si se encuentran microbios lo aplica, aunque no haya habido rotura del pío-quistes. Yo

tengo por regla aplicarlo siempre que hay derrame de pus y la operación ha sido algo laboriosa, según acostumbra á serlo en estos casos.

Otra indicación nace de las hemorragias difusas, que se combaten perfectamente con el drenaje por taponamiento, el cual ejerce compresión sobre el sitio de la trasudación sanguínea.

Otra conveniencia de drenaje se presenta cuando existen fenómenos sub-



FIG. 262

*Ligadura imbricada ó en cadena
de un ligamento ancho voluminoso.*

agudos de anexitis en que el peritoneo está enrojecido ó se observan fenómenos de edema peritoneal.

Finalmente, conviene aplicarlo siempre que existiendo fistulas intestinales ha sido preciso repararlas, ó cuando ha habido desgarros intestinales, y también cuando sin haber rotura del intestino su liberación ha sido muy difícil y es de temer una mortificación consecutiva de la pared intestinal.

Las opiniones están divididas acerca de la vía por donde debe establecerse el desagüe; unos quieren que se aplique por la vía vaginal, abierta á través del fondo de saco de Douglas, y otros prefieren la vía abdominal. Al principio había empleado bastante la vía vaginal, ahora sólo por excepción recurro á ella, porque me he convencido que la abdominal tiene las mismas ventajas, y sobre todo porque aun los más decididos partidarios del drenaje vaginal, en los casos difíciles, emplean el abdómino-vaginal, porque consideran á éste insuficiente para aislar el gran peritoneo, y de aquí que prefiera aquél por ser de aplicación más general.

El drenaje vaginal se establece incindiendo con unas tijeras el fondo de Douglas desde el abdomen sobre el relieve que forma una pinza introducida desde la vagina; esta misma pinza penetra en el abdomen y coge el tubo ó la gasa que ha de establecer el desagüe, arrastrándolo hasta la vulva; siempre que lo aplico lo hago por medio de gasa, que dejo apelonada en la pelvis, rellenando el Douglas para que forme taponamiento.

Por el abdomen, el drenaje puede aplicarse: 1.º, cuando se trata de una pequeña superficie exudante y en los casos en que la conveniencia del desagüe

es dudosa; 2.º, en los casos de desgarros intestinales ó de grandes superficies de enucleación y de exudación y en los que se ha derramado gran cantidad de pus.

En el primer caso empleo un tubo con gasa, cuyo extremo llevo á la zona sospechosa (1).

En el segundo aplico el taponamiento de Mikulicz, tal como queda descrito (2).

La convalecencia de estas enfermas en nada se diferencia de las demás laparotomías, á no ser por la frecuencia con que se presentan en ellas fistulas intestinales y trayectos supurantes. Las fistulas intestinales pocas veces agravan el pronóstico de la intervención, pues por lo común desaparecen espontáneamente; sólo recuerdo un caso, entre varios, en que quedó una fistula permanente.

Los trayectos supurantes se presentan con alguna frecuencia, y los he visto persistir semanas y á veces meses; en general desaparecen cuando se elimina alguna ligadura infectada que mantenía el foco de supuración; por lo común, no ocasionan á las enfermas más que molestias, pero no impiden la reconstitución del organismo, de modo que engordan rápidamente. Claro está que estas complicaciones post-operatorias no son patrimonio de casos sencillos, sino que se presentan en los procesos adelantados y complicados; yo las he visto con alguna frecuencia, porque entre mis casos figuran en gran número los que se califican de supuraciones graves.

Ya he indicado antes que el pronóstico de esta operación podía evaluarse actualmente en un 3 ó 4 por 100, y aun menos, en series en que sean poco numerosos los casos graves. En mi primer centenar tuve siete defunciones, en el segundo tres y en el tercero seis; considero esta mortalidad elevada si se juzga en absoluto, pero con relación á la índole de las enfermas es reducida, pues hay que tener en cuenta que, agotando el tratamiento médico, figuran en mis series un gran número de casos graves. Cabe perfectamente una división entre casos sencillos, cuya mortalidad oscila de 1 á 2 por 100, y graves que exigen grandes traumatismos y que producen una mortalidad de 6 á 8 por 100.

En cuanto á los resultados terapéuticos, aunque, como queda dicho en otro lugar, se ha querido basar en sus deficiencias la conveniencia de recurrir á la castración total en todo caso de supuración anexial, yo puedo decir que en mis enfermas los resultados terapéuticos han sido excelentes; ya mencioné antes dos casos, en los que recurrí más tarde á la histerectomía vaginal para corregir deficiencias de la primera intervención. Es verdad que hace bastante tiempo que en los casos en que lo juzgo indicado procedo á la láparo-histerectomía en vez de circunscribirme á la salpingo-oforectomía, como lo hacía antes de 1893.

LÁPARO-HISTERECTOMÍA. — Es la castración total: con ella se extirpan ovarios, trompas y útero. Si bien algunos han querido erigir este método en medio general de tratamiento de las supuraciones anexiales, no es menos cierto que sólo obligados por circunstancias especiales debemos recurrir á él, según queda indicado en páginas anteriores.

(1) Véase tomo I, pág. 254.

(2) Véase tomo I, pág. 255.

No hay duda que, dada la indicación de histerectomía, la técnica que se emplee podrá variar, según las circunstancias del caso: si la indicación es hija de una lesión uterina, como una hipertrofia, existencia de miomas, metritis antigua, y las lesiones anexiales son poco voluminosas, podremos adaptar á estos casos la técnica descrita al hablar de los miomas del útero, y hacer una histerectomía total ó sub-total típica, atacando el órgano por detrás, extirpándolo y enucleando luego los anexos. Empero hay casos en los que las lesiones principales son las anexiales, y gruesos tumores íntimamente adheridos llenan el fondo de saco posterior y aun cabalgan sobre el útero por los lados ó por detrás, y, por lo tanto, el fondo de Douglas se encuentra ocupado y es imposible atacar el útero por esta región, á no ser que se haga una enucleación previa de los anexos, con lo que nos privamos de las ventajas que para esta enucleación nos ofrece una histerectomía previa.

Sin duda que algunas veces nos damos cuenta de la conveniencia de extirpar el útero, hecha ya la enucleación anexial, y en este caso resulta la operación sumamente fácil, pudiendo realizarla también con la técnica descrita.

Para tales circunstancias no hay necesidad de apelar á procedimientos especiales, pues tanto en el caso de que las lesiones anexiales sean pequeñas como cuando hemos ya enucleado los tumores anexiales, aunque sean muy grandes, la extirpación del útero es fácil, y basta recordar lo que he dicho al hablar de los miomas para aplicarlo al caso presente.

En los casos en que verdaderamente se necesita recurrir á un procedimiento especial, el mejor, y que he puesto en práctica algunas veces, es el de Faure, descrito también por Kelly, á quien se le ocurrió la misma técnica que á Faure, sin tener noticia de que este autor francés lo hubiese descrito ya (1). La operación, aunque sencilla, requiere condiciones de seguridad por parte del ginecólogo, que no exigen otros procedimientos, como el de Delagenière, Terrier, etc.

A veces requiere un tiempo preliminar: colocada la enferma en posición de Trendelenbourg, debe liberarse el estrecho superior de la pelvis como cuando se trata de una salpingo-forectomía, pues casos hay en que el fondo del útero no queda al descubierto sin hacer este trabajo previo de liberación.

Descubierto el fondo de la pelvis, aplicada la valva púbica y debidamente protegido el gran peritoneo, se procede del modo siguiente:

1.º Se engarza una pinza de garfios á cada lado del fondo del útero y se tira de ellas para movilizar el órgano en lo posible, desprendiendo, si es preciso, adherencias de su cara anterior á la vejiga y de su cara posterior al recto.

2.º Se incinde transversalmente el peritoneo vésico-uterino para separar hacia abajo la vejiga y dejar libre el cuello del útero (lámina X, 1).

3.º Con fuertes tijeras, se incinde el útero desde el fondo hasta el cuello por su línea media, separando con las pinzas las dos mitades hasta la región del istmo.

4.º Se engarzan las pinzas de garfios, una á cada lado y muy cerca del ángulo de la incisión media, quitando las primeras que se pusieron en el fondo.

5.º Se corta, transversalmente, el cuello en un lado, á la vez que se tira

(1) Véase FAURE: *Chirurgie des annexes de l'utérus*, págs. 252 y siguientes; KELLY: *The removal of pelvic inflammatory, etc.*, *The American Journal of Obstetrics*, tomo XLII, págs. 218 y siguientes.

de la pinza correspondiente; al llegar cerca del borde del útero no hay inconveniente en formar como un pequeño pedículo hacia arriba y luego, por desgarrar, se va separando el ligamento ancho, con lo que aparece la arteria uterina.

6.º Se aplica una pinza sobre la arteria uterina puesta al descubierto.

7.º Se acaba la separación de la mitad del útero aplicando una pinza en el pedículo de la parte alta del ligamento ancho y se corta (lámina X, II). Cuando los anexos no están muy adheridos ni son extremadamente voluminosos, se levantan con la mitad correspondiente del útero y la pinza se aplica en la parte externa del ligamento ancho, que queda muy bien pediculizado; se corta con la tijera y se tiene en una sola pieza medio útero con los anexos correspondientes.

8.º Se procede exactamente igual en el lado opuesto.

9.º Si se extirpa el útero solo, quedando los anexos, se procede en seguida á la enucleación de éstos, que, por lo regular, resulta muy fácil, porque queda en el centro de la pelvis un gran espacio que ha dejado la extirpación del útero y por el que puede hacerse la enucleación de abajo arriba y de dentro afuera, lo cual sin duda, según hemos dicho ya, es la manera más fácil de verificar la enucleación.

10. Se practica la hemostasia como si se tratara de una histerectomía por mioma.

11. Se sutura el cuello de la misma manera.

12. Se sutura el peritoneo transversalmente, quedando liso el fondo de la pelvis.

Esta histero-salpingo-oforectomía por hemisección del útero, según el procedimiento de Faure, es una verdadera histerectomía sub-total que, como en los casos de mioma, la prefiero en la mayoría de los que me ocupan, lo mismo que muchos autores contemporáneos, que Kelly y que el mismo Faure, según declara en una nota á la traducción del mentado trabajo de Kelly (1).

Con este mismo procedimiento puede hacerse fácilmente una histerectomía total, según se propuso Faure al principio; basta para ello prolongar la hemisección un poco más abajo, asegurándose de separar bien la vejiga, separación que para la sub-total apenas es precisa, con lo que la vagina queda abierta por el fondo de saco anterior y el posterior; entonces se coge una mitad del cuello, se levanta hacia arriba, se tira de él y queda tensa la vagina en su parte lateral correspondiente; se incinde con una tijera y se va degarrando el cuello hacia arriba del ligamento ancho, como en el caso anterior, y del mismo modo se descubre la uterina, que se pinza, terminándose de la misma manera que para la sub-total (lámina X, III).

La ventaja de la histerectomía total consiste en dejar abierta la vagina para aplicar el desagüe vaginal. Pero si el drenaje se considera necesario, puede, en primer lugar, aplicarse el taponamiento de Mikulicz, como en la salpingo-oforectomía, y así he procedido con excelente éxito en más de un caso; en segundo lugar, si se juzga preferible el drenaje vaginal, puede hacerse una extirpación secundaria del cuello; pero si queremos vernos libres de la hemorragia que á veces se presenta en la línea de desinserción vaginal, puede incinarse el cuello longitudinalmente por detrás y en su línea media hasta el fondo

(1) *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1901, pág. 277.

de Douglas, con lo que se tiene una brecha suficiente para hacer salir por la vagina la gasa, que, apelotonada dentro de la pelvis, forma un verdadero taponamiento (lámina X, 1v). Mi guía para la elección consiste en emplear el taponamiento de Mikulicz, si creo conveniente una compresión efectiva de las superficies de decorticación, y apelar al drenaje vaginal si sólo me propongo el desagüe de la pelvis.

Conviene recordar que á veces resulta imposible esa hemisección media del útero, porque el órgano está en retroflexión, y en este caso puede recurrirse á la técnica que recomiendan los autores citados, y que consiste en incindir el cuello del útero de delante hacia atrás, levantando el cuello hacia arriba, para desprender consecutivamente el fondo del útero de sus adherencias al fondo de Douglas y al recto, y luego los anexos también en la forma más conveniente, ó sea de abajo arriba.

Resumiendo el criterio que debe guiarnos en estos casos, diré que, cuando se practica la histerectomía, después de la enucleación de los anexos, los mejores procedimientos son los que atacan el útero de abajo hacia arriba; que para los casos de anexos relativamente pequeños también, y que en ambos puede recurrirse al método americano ya descrito; en los casos en que la histerectomía es primitiva, por indicación clara de la misma ó por necesidades técnicas, los mejores procedimientos son los que atacan el útero de arriba abajo, y entre ellos el preferible es el de Faure.

Cuanto he dicho de las particularidades de la salpingo-oforectomía, tiene aplicación á la histero-salpingo-oforectomía.

Los resultados que se obtienen son excelentes: la gravedad, un poco mayor que en la operación de Lawsson-Tait, no es bastante para que pueda por ello rechazarse el método, siempre que los resultados puedan ser más perfectos, pues puede calcularse su mortalidad en un 4 ó 5 por 100, variando para los autores que aplican el procedimiento como método general á todos los casos, y para aquellos que lo reservan á los casos necesarios y complicados. Las estadísticas arrojan alguna ventaja en favor de la histerectomía sub-total.

En los primeros tiempos que yo practicaba la salpingo-oforectomía no recurría nunca á la histerectomía abdominal, y si alguna vez la creía necesaria, abandonaba la vía alta para recurrir á la histerectomía vaginal, según recuerdo haberlo hecho en cuatro ocasiones. Desde que pongo en práctica los progresos actuales, limitando, con todo, la indicación á los casos dichos, he practicado treinta y tres veces la histerectomía abdominal con dos defunciones. Los resultados lejanos son excelentes, y de las treinta y una enfermas salvadas sólo una, en la que quizás debía haber aplicado el drenaje, tuvo en la convalecencia una pelvi-peritonitis adhesiva, que acabó por resolución completa á los dos meses.

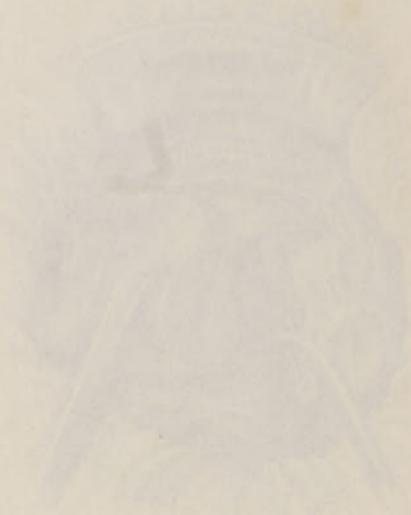
Actualmente no debe ya hablarse de procedimientos mixtos abdomino-vaginales, ó viceversa, como sucedía en otras épocas; antes de poseer la perfecta técnica que hoy empleamos para la histerectomía abdominal, se comprende que se recomendara una laparotomía previa para separar las adherencias

LAMINA X.

Histriocampa abductiva en las supracostales anales, según el procedimiento de Pierre-Kelly.



I. — *Histriocampa abductiva*.



II. — *Histriocampa subcostalis*.



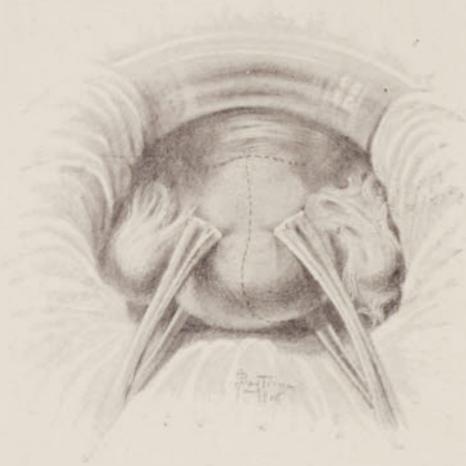
III. — *Histriocampa lineata*.



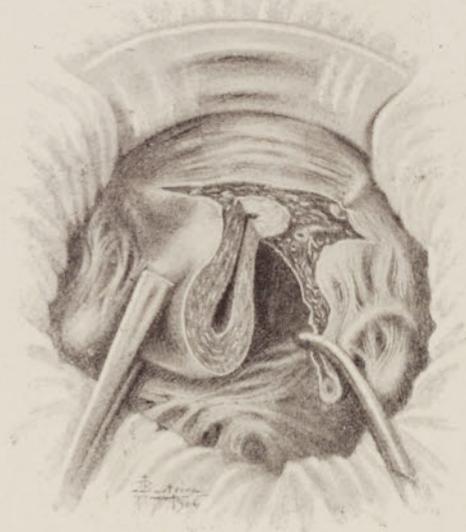
IV. — *Histriocampa abductiva* en la base de la supracostal anal.

LÁMINA X

Histerectomía abdominal en las supuraciones anexiales, según el procedimiento de Faure-Kelly.



I. — Hemisección del útero.



II. — Histerectomía sub-total.



III. — Histerectomía total.



IV. — Drenaje vaginal en la histerectomía sub-total.

que pudieran ser un peligro para una histerectomía vaginal; hoy, cuando abrimos el abdomen, es para hacer por dicha vía todo lo necesario; como acto preliminar para asegurar el éxito de una colpotomía, según recomienda Gutiérrez (1), no me parece justificado. Ya he citado algunos casos en que, por los años de 1883 á 1897, después de una laparotomía, abandoné la vía alta para hacer una histerectomía vaginal, y aun alguna vez una operación comenzada por la vagina tuve que terminarla por el abdomen. Actualmente no ocurren estos casos, porque de un lado sentamos mejor las indicaciones, y de otro nuestra técnica es más perfecta y ofrece más recursos para cualquiera eventualidad.

No hay duda de que cada día va ganando terreno la vía abdominal: ya he indicado que merece mis preferencias. Algunos la aceptan como exclusiva, olvidando que la vía vaginal ha proporcionado grandes triunfos y que, conociendo bien su técnica, ofrece muchos recursos; es un criterio erróneo. A cada caso debe proceder una selección, para aplicarle uno ú otro procedimiento, y si bien en la mayoría nos veremos inclinados á la vía alta, no faltarán algunos en que la vía baja pueda ser útil.

Creo que Sanger expresa un buen criterio cuando sienta en el Congreso de Ginebra la siguiente conclusión (2): *Los partidarios de los distintos procedimientos operatorios deberían dejar de preconizar el suyo como el único bueno y el mejor. Trátase principalmente de determinar para cada caso individual cuál de los procedimientos en cuestión ofrece más ventajas.*

Si cada uno, reconociendo el valor de los otros procedimientos operatorios, se esfuerza en perfeccionar el suyo, se realizará el progreso colectivo.

Añado un resumen de mis intervenciones en las enfermedades infectivas de los anexos que he llevado á cabo en el período de veinte y cinco años. Es incompleto, sobre todo en lo referente á colpotomía simple y laparotomía simple, pues únicamente poseo datos y notas de todos los casos desde el año 1890.

| | | CASOS MUERTES | | |
|--|-----------------------|---|-----|----|
| Intervenciones quirúrgicas en enfermedades infectivas de los anexos del útero. | Vía vaginal. | Colpotomía simple. — Por pelvi-celulitis, pelvi-peritonitis y salpingo-ovaritis. | 62 | 0 |
| | | Colpotomía anexial. — Sólo la he empleado como acto complementario de otras operaciones. | 0 | 0 |
| | | Colpo-histerectomía. — Extirpación completa de útero y anexos y alguna vez simple histerectomía evacuante. | 22 | 2 |
| | Vía abdominal. | Laparotomía simple. — Por celulitis de la fosa iliaca, por peritonitis supuradas enquistadas ó por colecciones de pus inextirpables, 29; por peritonitis tuberculosa, 19. | 48 | 3 |
| | | Laparotomía anexial. — Operaciones conservadoras (62 con 2 defunciones) y salpingo-oórectomías, la mayoría por supuraciones bilaterales (249 con 15 defunciones). | 311 | 17 |
| | | Láparo-histerectomía. — La mayoría con indicación por lesión uterina, alguna por accidente operatorio y alguna por necesidad técnica. | 33 | 2 |
| | Mixtas. | Abdómino-vaginal (histerectomía, 4) ó vagino-abdominal (3). | 7 | 2 |
| | <i>Total.</i> | | 483 | 26 |

(1) *Loc. cit.*, pág. 62.

(2) *Actas*, tomo I, pág. 124.

Sin duda que variarían las proporciones si sólo agrupara los últimos años, pues he ido modificando mi manera de obrar con los progresos de la ciencia. Así, desde 1883 en que practiqué mi primera laparotomía por salpingo-ovaritis, hasta 1891, hacía siempre la operación de Lawsson-Tait extirpando ambos anexos; este período alcanza unos 35 casos; desde 1891 empleo, cuando lo creo indicado, operaciones conservadoras, cuya proporción va en aumento cada día. De 1893 á 1897 practiqué la mayor parte de histerectomías vaginales, y desde esta última fecha todas las abdominales. Desde 1897 únicamente he practicado cinco laparotomías por peritonitis tuberculosa, y aun no han sido laparotomías simples, sino con liberación de adherencias. No existe un progreso tan marcado en las intervenciones para lesiones anexiales como en otras, porque agotando los recursos para lograr la curación espontánea, únicamente son objeto de tratamiento quirúrgico los casos rebeldes y graves, y éstos siempre son los que proporcionan malas estadísticas: en cambio, hay mejora en el sentido de que se hace un tanto por ciento mayor de operaciones conservadoras, pues de un 17 por 100 en mis dos primeros centenares llegó á 23 por 100 en el tercero. Este criterio, que vengo sosteniendo desde hace diez y ocho años en mis lecciones de cátedra y en mis escritos, constituye la orientación actual de la ginecología que puede condensarse diciendo que: *sólo debe operarse en los casos de precisión y que siempre que se pueda deben hacerse operaciones conservadoras.*

ANOMALÍAS DE LOS ANEXOS DEL ÚTERO

Las anomalías de los anexos del útero no son tan frecuentes, ni sobre todo, tienen la importancia de las del útero y de los genitales externos, si en ellas incluimos tan sólo lo que comúnmente se entiende por anomalías. Sin embargo, existen dos enfermedades: el *embarazo ectópico* y el *hematocele*, que, aunque debieran formar capítulo aparte, las incluiré en éste: el primero, porque al fin y al cabo es una anomalía de lugar en la anidación del huevo, y el segundo por su relación patogénica con el primero, y con otras enfermedades genitales que casi entran en el capítulo de las anomalías.

Dividense, pues, las anomalías de los anexos en *anomalías de la trompa y del ovario*, *embarazo extra-uterino ó ectópico* y *hematocele*.

ANOMALIAS DE LA TROMPA

Como *anomalías congénitas* de las trompas figuran la ausencia total de ambos oviductos, la falta de uno de ellos, ó bien cuando una ó ambas trompas son rudimentarias. Siempre que se encuentra una de esas alteraciones del oviducto, existe á la vez algún trastorno de desarrollo por parte del útero, lo que se comprende perfectamente, dada su comunidad de origen evolutivo en los conductos de Muller. No tienen realidad clínica ni dan lugar á manifestaciones patológicas. Su estudio es importante bajo el punto de vista embriogénico, pero tiene poco interés en el concepto clínico.

Más frecuentes que las anteriores anomalías, y compatibles con un funcionamiento normal del aparato genésico, son las trompas con pabellones ú orificios accesorios, que se encuentran con alguna frecuencia, pudiendo ser únicos ó múltiples; Kelly presenta una lámina de una trompa con tres pabellones;

Sanger encontró una con cinco. Generalmente se encuentran hacia la parte externa, cerca del pabellón principal; tienen como éste franjas, pero por lo común muy pequeñas. Tampoco es raro encontrar trompas accesorias que emergen de la principal y de una longitud variable, pero generalmente cortas, de uno ó dos centímetros, con terminación en forma de pabellón y estructura análoga á la trompa normal; pueden encontrarse en cualquier sitio del trayecto de la trompa, pero más generalmente cerca del pabellón. Pueden encontrarse también trompas dobles en uno ó en los dos lados con desarrollo completo, aunque esta anomalía es rara. Algo parecido á ello son las trompas cuyo conducto está tabicado, como el de la figura 207, en el que se ven tres conductos: uno principal y dos accesorios; éstos terminaban en fondo de saco cerca del istmo, y se comprende que si por uno de ellos enfilara un óvulo fecundado, podría ser causa de embarazo tubárico. Por lo demás, todas estas anomalías carecen de entidad clínica.

Entre las *anomalías adquiridas* de la trompa, además de las que hemos indicado en el capítulo de las salpingitis, y como secuela inmediata de estas enfermedades, encontramos las anomalías de posición y de forma, debidas casi siempre á otras dolencias que son su causa. Sin duda la anomalía de posición que mayor entidad tiene es la hernia de la trompa á través del conducto inguinal ó crural (cinco crurales y cuatro inguinales de las nueve que ha reunido Lejars), y cuyo origen se atribuye á alguna adherencia de la trompa con el peritoneo herniado, adquirida antes de formarse el saco; alguna vez la trompa se estrangula en esas hernias y puede dar lugar á fenómenos patológicos, pero su diagnóstico no se establece hasta que se tiene á la vista la pieza patológica.

La inversión del útero arrastrando los anexos en su embudo, cambia la situación de las trompas, como la cambian todas las neoplasias uterinas ú ováricas que producen dislocación de los anexos.

Las alteraciones de volumen y forma se refieren exclusivamente á estiramientos que sufre el órgano en ciertas neoplasias, puesto que las demás forman entidad clínica, estudiadas ya; en los quistes ováricos y para-ováricos, sobre todo en estos últimos, no es raro encontrar trompas enormemente alargadas que serpentean la periferia del tumor; recuerdo un caso en que la trompa medía unos treinta centímetros de longitud, formando alrededor de un quiste para-ovárico como un semicírculo. Todos estos cambios de situación y forma de la trompa, como consecutivos á otras enfermedades de mucha mayor cuantía, carecen también de entidad clínica y no dan lugar á ninguna manifestación patológica, por lo que su estudio tiene un interés puramente especulativo.

ANOMALÍAS DEL OVARIO

La falta completa de ovario ha sido señalada por algunos autores, pero es una anomalía sumamente rara y que va unida á otras alteraciones profundas

del aparato genital. La ausencia de un ovario ha podido también observarse algunas veces, pero casi siempre unida á falta de desarrollo de la mitad correspondiente del aparato genital; alguna vez se ha observado también ausencia del riñón respectivo.

La atrofia ó falta de desarrollo congénito del ovario existe alguna vez y puede sospecharse cuando, existiendo un útero rudimentario, falta por completo el molimen menstrual. La atrofia adquirida es más frecuente, como consecuencia de algunos procesos locales y generales, y al sobrevenir la menopausia, existe cierto grado de atrofia propio de este período de la vida genital.

Los ovarios supernumerarios han sido señalados con alguna frecuencia, y algunos han atribuido á esta anomalía el hecho de que sobrevenga la gestación en mujeres que han sufrido la doble castración ovárica. Winkel encuentra 18 ovarios supernumerarios en 500 casos y Beigel 8 en 350; muchos de estos casos están constituidos por pequeños cuerpos pediculados, por lo que Bland-Sutton cree que muchos de ellos son error de interpretación. También se han señalado como ovarios supernumerarios, algunos que se presentan muy alargados, con una estrangulación que parece dividirlos en dos partes desiguales. El verdadero ovario supernumerario, formando un cuerpo aislado é independiente, es raro, aunque su existencia sea evidente.

Las dislocaciones del ovario son frecuentes en los casos de neoplasias pélvicas, que los separan de su situación normal, como también se dislocan en los grandes prolapsos, en las inversiones, retroflexiones, etc.; pero en tales casos no constituyen más que un epifenómeno de la enfermedad causal.

Todas estas anomalías carecen de verdadera entidad clínica. No sucede lo mismo con el *prolapso* y la *hernia* del ovario, que pueden constituir por sí solos una verdadera enfermedad.

PROLAPSO DEL OVARIO. — Consiste en que el órgano abandona su situación normal para caer más ó menos profundamente hacia atrás, pudiendo llegar, en este descenso, hasta el fondo de Douglas. Sanger y Mundé establecen una división en prolapso parcial ó total, según que el ovario se detenga por encima de los ligamentos útero-sacros ó descienda hasta el fondo de Douglas; en rigor, tal división no tiene importancia, pues se trata simplemente de que haya descendido más ó menos.

Mundé considera la afección muy frecuente, y dice que en 145 mujeres en que ha podido examinar perfectamente el ovario, lo ha encontrado 77 veces en prolapso. Aunque parece algo exagerada la proporción, lo cierto es que se encuentra con relativa frecuencia y en todas edades, aunque desde luego es más frecuente en las múltiparas.

Las causas del prolapso del ovario son variadas: no parece dudoso que existan casos congénitos y otros debidos á una verdadera predisposición, ocasionada por la conformación de la pelvis, señalada por Skene. Todo lo que puede producir relajación de los ligamentos anchos, puede ser causa de prolapso; por eso es tan frecuente en las múltiparas. Sanger señala como causa la colpotomía anaxial posterior. Parece que algunos casos reconocen como origen un traumatismo, una sacudida sobre la pelvis ó una caída. Veit cree, opinión justificada á juzgar por mis observaciones, que el onanismo puede provocar el prolapso del

ovario, en cuyo caso obraría, de un lado, produciendo relación de los ligamentos, y de otro, ocasionando congestiones ováricas.

Se señala como causa el aumento de volumen del órgano, y es indudable que en tales circunstancias tiende, por su propio peso, á caer hacia el fondo de Douglas. Ya he indicado antes de qué manera las flogosis pélvicas, produciendo adherencias, fijan el órgano en el fondo útero-rectal.

El *diagnóstico* del prolapso del ovario no presenta grandes dificultades, y se hace por medio del tacto vaginal, solo ó combinado con el rectal; se descubre el órgano más ó menos asequible en el fondo de Douglas y puede apreciarse perfectamente su volumen, forma y situación, unas veces se encuentra aumentado de volumen y doloroso, otras indoloro y de volumen normal.

Lo más importante, en el prolapso del ovario, es saber si los síntomas que suelen acompañarle son debidos al prolapso en sí ó á las lesiones que suelen coexistir. Es indudable que los ginecólogos que, como Mundé y Lawsson-Tait, se ocuparon del prolapso del ovario cuando era menos conocida que hoy la patología de dicho órgano, atribuyeron al prolapso gran número de fenómenos, hijos de las lesiones que el órgano suele presentar. Me inclino á creer que el prolapso en sí no es doloroso, pues he visto muchos casos completamente ignorados por las enfermas y sin que determinaran ningún síntoma.

No es dudoso, sin embargo, que exista frecuente dismenorrea cuando hay prolapso del ovario, que la defecación es á veces dolorosa, ó que hay dispareunia, y en ocasiones, el más pequeño cansancio provoca dolores pélvicos. Todas estas manifestaciones deben atribuirse á la ovaritis que existe, la que indudablemente es, en muchas ocasiones, una de las circunstancias que más contribuyen al desarrollo del prolapso.

Debe comprenderse, con todo, que el ovario prolapsado sufre alteraciones de circulación, que le congestionan, porque la circulación de retorno se realiza difícilmente, y si no existía la ovaritis al sobrevenir la dolencia, no suele tardar en aparecer como lesión trófica. Siempre resulta que el ovario, por el solo hecho de estar en prolapso, no es doloroso ni provoca grandes manifestaciones.

El *tratamiento* se confunde con el de la ovaritis. Si no provoca síntomas, y esto se ve con mucha frecuencia en la práctica, no hay que preocuparse de él, aunque un reconocimiento practicado por otro motivo descubra un ovario descendido. Si provoca manifestaciones, debe aplicarse á estos casos el mismo criterio expuesto al estudiar las ovaritis.

El pesario propuesto por Lawsson-Tait no tiene aplicación, porque si es doloroso el ovario, es difícilmente tolerado, y si no lo es, no cumple indicación. La operación propuesta por Imlach con el nombre de ooforrafia, y que consiste en practicar la laparotomía y fruncir luego con un punto de catgut el ligamento infundíbulo-pélvico para que levante el ovario no tiene indicación por sí sola; podrá ser el complemento de una ignipuntura, de una resección ovárica ó de una histeropexia, como han hecho Sanger, Veit, muchos otros y yo mismo al practicar operaciones conservadoras, pero la ooforrafia simple, sin más objeto que corregir el prolapso ovárico, apenas tendrá aplicación.

HERNIA DEL OVARIO.—La hernia del ovario, sea de origen congénito ó adquirida, es algo frecuente. Bland-Sutton sostiene el criterio de que no debe

aceptarse como ovárica una hernia de la que no exista examen microscópico del cuerpo herniado, puesto que, sobre todo para los casos de origen congénito, muchos de ellos no son ovarios, sino testículos; cita el caso de Chambers, que extirpó un ovario herniado, muy doloroso, á una mujer y lo presentó á la Sociedad Obstétrica de Londres como un caso de hernia del ovario: Williams y Galabin tomaron la pieza, la examinaron al microscopio y demostraron que se trataba de un testículo.

Aunque casi siempre es inguinal, se han encontrado algunos casos de hernia crural. Algunas veces congénita, es, con más frecuencia, adquirida; la primera raras veces es reductible, la segunda lo es casi siempre.

Algunas veces se diagnostica por la presencia de un cuerpo redondeado en el conducto inguinal, que tiene la forma del ovario, y se torna doloroso durante los períodos menstruales, pudiendo á veces precisarse en qué ovario tiene lugar la ovulación, por el aumento de volumen que se nota y por la aparición, en su superficie, de un tumor pasajero, que es el folículo graafiano. Así pude establecer el diagnóstico en el único caso



FIG. 263

Quiste multilocular del ovario derecho herniado. El izquierdo forma también elevación en el conducto inguinal.

que he visto, en el que el ovario derecho, retenido fuera del conducto inguinal, era asiento de un quiste ovárico que extirpé, resultando ser un quiste multilocular; el ovario izquierdo, también herniado, presentaba los fenómenos antes descritos y era irreductible (fig. 263). Lo más notable de este caso es que, contrariamente á lo que indica Olshausen de que las mujeres afectas de hernia doble de los ovarios son estériles, en este caso se trataba de una múltipara.

Aunque generalmente los ovarios herniados á través del conducto inguinal ó crural son dolorosos porque sufren alteraciones flogísticas, no siempre es así, y algunos son perfectamente tolerados, como el caso que he indicado, en el que tan sólo durante el período menstrual se ponía doloroso el ovario izquierdo, y, según refería la enferma, el derecho había hecho lo mismo antes de aparecer el tumor.

El tratamiento de la hernia ovárica es análogo al de las otras hernias: reducción del órgano, si está normal, y obturación del conducto herniario ó bien

extirpación, si presenta alteraciones. Se citan casos en que sobrevino la supuración del ovario herniado, y claro está que entonces sólo cabe la extirpación. Algunos sólo se han descubierto en el momento de la intervención, y otros se han encontrado combinados con hernia del útero.

Se citan casos raros de hernia del ovario á través del agujero obturador, de la escotadura ciática y del elevador del ano. También se ha encontrado el ovario herniado á través del ombligo: hace siete años fui llamado para operar, en la vecina ciudad de Mataró, una hernia umbilical estrangulada, en una señora de sesenta y cinco años, cuya hernia llevaba muchos años de existencia; encontré en el saco un trozo de epiploon adherido, que resequé, una asa de intestino delgado, de unos quince centímetros de longitud, estrangulada, que reduje, y además un tumor quístico, como el puño, formando una cavidad única, que aislé de sus adherencias, y encontré que tenía un pedículo como el dedo meñique, que se perdía en el interior del abdomen hacia la pelvis; convencido de que el pedículo no era hueco, lo ligué profundamente, lo corté y reduje también; la enferma curó, y examinado el quiste al microscopio, se pudo comprobar, por la naturaleza de su epitelio, que se trataba de un quiste ovárico.

EMBARAZO EXTRA-UTERINO

Conocido también con los nombres de embarazo *tubárico* ó *ectópico*; el primero por la gran frecuencia con que el embarazo extra-uterino tiene asiento en la trompa, y el segundo, introducido por Barnes para comprender los casos en que, sin ser el embarazo extra-uterino, no tiene su asiento en sitio normal, como la preñez intersticial. Sin duda la palabra *ectópico* es la más apropiada y que comprende mejor todas las variedades.

Etiología y patogenia.—Considerada como rara esta afección hasta hace poco, á medida que ha sido más conocida su historia y se ha diagnosticado con mayor precisión, se ha visto que su *frecuencia* era mucho mayor de lo que se había supuesto. Yo he tenido ocasión de ver más de 100 casos que me parecen bien averiguados, por más que sólo tengo la comprobación de 52 por la intervención quirúrgica; aparte varios casos probables, pero que, no pareciéndome absolutamente seguros, no los cuento como tales. Debo hacer constar, para que se comprenda que ese número no puede dar idea exacta de su frecuencia, que la mayoría ha venido á mi observación casualmente y sin que, por lo tanto, haya precedido el diagnóstico previo de algún colega que me dirigiera la enferma; se comprende cuántos otros casos habrán quedado inadvertidos, habida cuenta de que algunas veces ofrece accidentes ejecutivos que impiden á las enfermas disponer de tiempo para orientarse y consultar con el especialista.

El *sitio* normal de implantación del huevo es la cavidad del útero, y siem-

pre que anida en sitio distinto tiene lugar un embarazo ectópico. Las causas que motivan esta anidación ectópica no siempre aparecen claras.

Desde luego puede observarse que la *época* más propicia es el período medio de la vida genital de la mujer, entre los treinta y treinta y cinco años, sin que sea exclusivo de esta edad, pues se observa en mujeres más jóvenes y en otras de edad muy avanzada. Más frecuente en las multiparas que en las nulíparas, muy á menudo se ve sobrevenir el embarazo ectópico después de un largo período de esterilidad, aun en las nulíparas; en dos de mis casos de esta índole, sobrevino á los nueve y á los doce años de matrimonio completamente estéril; en las multiparas, es frecuente encontrar que el último embarazo remonta á cinco y más años.

Si bien en algunas mujeres aparece el embarazo extra-uterino sin el precedente de una historia genital patológica y parecen tener una *anamnesis* irreprochable, la mayoría refieren síntomas y fenómenos de sufrimientos genitales que recuerdan metritis y perimetritis más ó menos intensas. Fritchs, Olshausen, Wider y muchos otros creen que la pelvi-peritonitis obra creando condiciones favorables en el aparato genital para que sobrevenga la gestación ectópica. Schauta y Dursen afirman que la gonorrea interviene, por lo menos, en las dos terceras partes de los casos, produciendo alteraciones en la trompa. En mis observaciones

no me parece tan clara la preexistencia de lesiones anexiales y perimetriticas, pues si bien en algunos aparece evidente su existencia, en otros, que alcanzan por lo menos á la mitad, si existieron fueron simplemente latentes, y en bastantes pude comprobar por la intervención que los anexos opuestos no ofrecían alteraciones características de flogosis anteriores; claro está que este hecho no tiene un valor absoluto, puesto que puede estar lesionado tan sólo un lado con integridad del opuesto.

La manera de explicar la *patogenia del embarazo ectópico* ocasionado por tales circunstancias, varía mucho, según los autores. Indudablemente, la teoría que más adeptos cuenta es la de Lawsson-Tait, aunque no pueda aceptarse la explicación que del fenómeno nos da dicho autor. Supone (1) que el huevo anida



FIG. 264

Salpingitis atrófica. Corte transversal cerca de la extremidad uterina: la parte media de la trompa contenía un saco embrionario de dos meses y medio. La mucosa está muy adelgazada, las franjas son pocas y rígidas; el epitelio alterado, plano, sin pestañas y á trechos desprendido: la capa muscular con infiltración fibrosa.

(Aumento 50 diámetros.)

(1) *Traité clinique des maladies des femmes*, pág. 577.

en el mismo sitio en que ha sido fecundado, y que las pestañas vibrátiles de la trompa tienen por función impedir que los espermatozoides puedan penetrar en la trompa, de una parte, y de otra, transportar el huevo á la cavidad del útero, en donde, después de la impregnación, anidaría. La salpingitis catarral, que indica como causa del embarazo ectópico, alteraría el epitelio de la trompa y permitiría á los espermatozoides llegar á la misma y fecundar el huevo, que anidaría en cualquier punto del oviducto.

Que las alteraciones de la trompa influyen poderosamente en la patogenia del embarazo ectópico, no parece dudoso. Kelly y Bland Sutton, sin aceptar la interpretación de Lawsson-Tait, aceptan la salpingitis como causa de embarazo ectópico; las lesiones invocadas por Schauta y Dursen como hijas de la gonorrea, lo confirman.

En algún caso he podido comprobar la alteración del epitelio y aun de las paredes salpingianas; las figuras 264 y 265 pertenecen á un embarazo tubárico de dos meses y medio; estos cortes están hechos en sitio apartado de donde tenía su asiento el embarazo ectópico, y demuestran la disminución de los repliegues salpingianos y la alteración y descamación irregular de su epitelio, que son las condiciones invocadas para explicar la influencia de la salpingitis en la patogenia de esta afección.

La figura 266 representa un

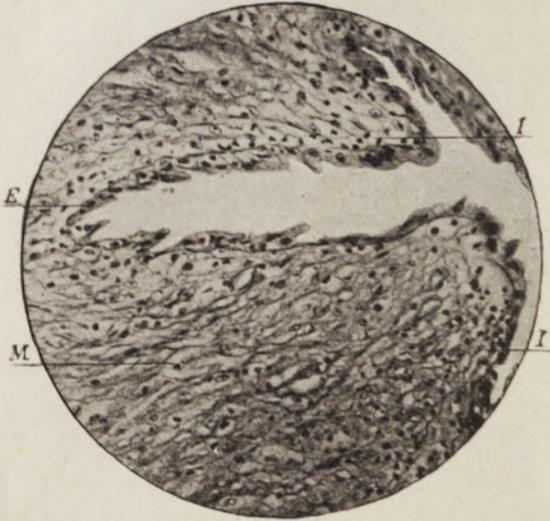


FIG. 265

Salpingitis atrófica
(parte amplificada de la figura anterior).

E, epitelio en descamación irregular.—*M*, mucosa esclerosada.—*I*, escasa infiltración leucocitaria visible aún.

(Aumento 150 diámetros.)

corte en la parte media de una trompa, cuyo pabellón contenía un embarazo de dos meses: en ella se ven las alteraciones de la mucosa, producidas por una salpingitis antigua y caracterizada por esclerosis y adherencias de las franjas salpingianas, que sin duda han de poner obstáculo á la progresión del huevo fecundado.

Sin embargo, la explicación de Lawsson-Tait no es aceptable, porque desde que Hoffmeier ha demostrado que los movimientos ciliares del útero se dirigen abajo, como los de la trompa, sabemos que los espermatozoides caminan contra la corriente, y la rara observación de Dursen encontrando en una trompa normal espermatozoides vivos tres semanas y media después de la última cópula, demuestra que no sólo los espermatozoides llegan á la trompa, sino que conservan por mucho tiempo su vitalidad en dicho conducto, y hacen buena la creencia que se tiene de que en la trompa tiene lugar la impregnación del huevo, como Bischoff lo ha demostrado para los animales. Más bien es de creer que

esas alteraciones de la trompa favorecen mecánicamente la anidación del huevo, como opina Kelly (1). Las alteraciones de las figuras anteriores parecen indicar, las primeras, que si el espermatozoide, con sus movimientos propios, puede alcanzar la trompa, el huevo, una vez impregnado, no será trasladado por las



FIG 266

Antigua salpingitis terminada con esclerosis de la mucosa y adherencia de las franjas. Embarazo ectópico de dos meses en el extremo ovárico de la misma. Corte transversal de la parte media. A la izquierda se ve todo el grueso de la pared tubárica.

(Aumento 20 diámetros.)

pestañas vibrátiles, pues, que sepamos, no goza el huevo de movimientos propios; para la 266, bien se comprende que puede el huevo quedar aprisionado en alguno de los recodos que forman las adherencias de las franjas salpingianas. Aunque Bland-Sutton (2) combate también la explicación de Lawsson-Tait y cita en su apoyo casos de embarazo tubárico, con integridad del epitelio salpin-

(1) *Operative Gynecology*, tomo II, pág. 432.

(2) *Surgical diseases of the ovaries and fallopian tubes*, pág. 308.

giano, con ello sólo demuestra que no es ésta la única causa, sino que pueden ser otras las que obren.

Parece cierto que los obstáculos mecánicos á la progresión del huevo á través de la trompa, son un gran factor en la patogenia del embarazo ectópico, y así, aparte de las alteraciones de la mucosa, obraría igual la parametritis, sea desviando la trompa ó comprimiéndola por medio de bridas, los pólipos de la trompa, los divertículos y canales suplementarios (véase fig. 207), que ofrece á menudo el oviducto y la torsión de la trompa, los miomas y las trompas rudimentarias. Parece cierto que una condición patogénica del embarazo ectópico es un obstáculo mecánico cualquiera á la progresión del huevo fecundado á través de la trompa.

Cabe, sin embargo, preguntar si es éste el único factor y si basta por sí sólo para originar la preñez ectópica. Los experimentos de Mandl y Schmidt, ligando repetidamente la trompa en conejas, y no logrando producir un embarazo en la parte ligada, y encontrando, por el contrario, los embriones en el lado opuesto, y las repetidas experiencias de Kustner en animales, extirpando el ovario y la trompa, alternados, y desviando esta última, sin lograr producir un solo caso de embarazo ectópico, parecen indicar, junto con los casos de la especie humana en los que no se descubre una causa eficiente para el obstáculo ó causa mecánica, que ésta, por sí sola, no basta, sino que, además, precisa alguna otra circunstancia.

Esta circunstancia no está bien dilucidada y únicamente la teoría de Webster podría explicar el fenómeno. Dicho autor, fundándose en que en los animales inferiores el tramo genital es todo él apto para la anidación del huevo, y que tan sólo en los animales superiores existe la diferenciación entre útero y trompa, ésta destinada á conducir el huevo y aquél á recibirlo, cree que por un fenómeno de atavismo pueden existir trompas con aptitud para recibir el huevo fecundado; sería en este caso un fenómeno congénito de atavismo genitivo, sin el cual la trompa no tendría aptitud para recibir el huevo.

Esta aptitud consiste, según Webster, en la posibilidad de que la mucosa de la trompa pueda reaccionar y dar origen á una caduca (1), cual sucede en todo el tramo genital para los animales en que no existe la diferenciación entre útero y oviductos. En la vaca, cuyo útero es bicorne, aunque el huevo suele anidar en uno de los cuernos, en el otro se forma caduca; cuando ocurre un embarazo ectópico, en el útero se desarrolla también una caduca, y Webster ha podido encontrar dos casos de embarazo tubárico con caduca en la trompa opuesta. El desarrollo de una caduca en la trompa, más ó menos exuberante, cuando ocurre el embarazo ectópico, es un hecho hoy demostrado é indiscutible; lo que no está demostrado todavía es por qué la trompa goza de esta aptitud, siendo su mucosa tan distinta de la del útero; esa aptitud es la que pretende explicar Webster aceptando un hecho de atavismo genitivo.

Lo que sí parece cierto, es que se requiere alguna otra circunstancia además del obstáculo mecánico á la progresión del huevo, puesto que si éste bastara, aunque sean frecuentes los embarazos ectópicos, todavía lo serían más, y

(1) Véase WEPKOWSKI: *Contribution à l'étude de l'étiologie de la grossesse extra-uterine.*—*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1901, pág. 19.

en cambio no encontraríamos tantos casos sin antecedente patológico. Cuando el obstáculo existe, si no hay la aptitud de la trompa, el embarazo no se desarrolla y el huevo se malogra. Esta predisposición explicaría que una causa fortuita hiciera anidar el huevo en una trompa sana, con aptitud para ello, y también nos daría razón de la repetición, que se ha observado bastantes veces, del embarazo ectópico en una misma mujer.

Anatomía patológica.—El embarazo ectópico forma distintas variedades, según sea su sitio de implantación. Aunque muchos autores han aumentado mucho la variedad de embarazo extra-uterino, cabe reducirlos á muy pocas, si tenemos en cuenta su asiento primitivo.

El mayor número anidan en la trompa, dando lugar al embarazo *tubárico*; algunos autores aceptan sólo esta clase de embarazo ectópico, y piensan que todos los demás son consecutivos. Sin embargo, aunque raro, parece existir un embarazo *ovárico* primitivo, y también uno *abdominal ó peritoneal*. Las demás formas son todas secundarias, y para completar el cuadro puede añadirse á las formas anteriores el embarazo en un *cuerno uterino rudimentario*.

Schrœenck ha formado una estadística de frecuencia relativa de estas distintas formas, en la que señala:

| | |
|--|--------------|
| Embarazo tubárico. | 83,5 por 100 |
| » abdominal.. . . . | 8,2 » » |
| » ovárico.. . . . | 4,6 » » |
| » en un cuerno uterino rudimentario. | 3,6 » » |

Sin duda, en estas proporciones resultan disminuídos los embarazos tubáricos y aumentados los ováricos y abdominales, por estar incluidos en estos últimos algunos que fueron primitivamente tubáricos. Martin, en 77 casos, señala solamente uno ovárico, tres indeterminados y los demás primitivamente tubáricos. En mis casos, aparte uno en un cuerno uterino rudimentario, los demás creo fueron todos primitivamente tubáricos.

EMBARAZO TUBÁRICO.—Según el sitio de la trompa en que anida el huevo, recibe distinto nombre. Se llama embarazo *ístmico* cuando se encuentra en la extremidad interna de la trompa, en el sitio en que se presenta más estrechado su conducto, y *ampular* cuando anida en la región del pabellón. A veces el embarazo tubárico está sólo en parte contenido en el conducto de la trompa, por anidar el huevo en uno de sus extremos y contribuir á formar el quiste los órganos vecinos; cuando esto ocurre en el extremo interno, dentro del trayecto de la trompa por el espesor de las paredes uterinas, recibe el nombre de embarazo *intersticial*, y el de *tubo-ovárico ó tubo-abdominal* cuando ocurre en el pabellón mismo, encontrándose el huevo parte dentro del pabellón, parte en contacto con los órganos inmediatos, sea el ovario ó la serosa peritoneal. El asiento más frecuente del embarazo tubárico es hacia la mitad externa de la trompa.

El embarazo tubárico puede encontrarse indiferentemente en el lado derecho ó en el izquierdo; no existe conformidad acerca de su mayor frecuencia, pues en tanto que Martin lo juzga más frecuente en el lado izquierdo, Mundé

lo considera más común en el derecho, lo que indica que puede variar mucho la proporción; algunas veces se ha encontrado en ambos lados, así como se ha observado algún caso de embarazo gemelar.

En el embarazo tubárico propiamente dicho, el quiste fetal se encuentra formado todo él por las paredes de la trompa, y el tumor está más ó menos pediculizado en el ligamento ancho; el ovario, situado por fuera, no entra á



FIG. 267

Embarazo tubárico de dos meses y medio. Corte de la trompa en el sitio de inserción placentaria. A la izquierda, pared de la trompa; á la derecha, vellosidades coriales.

V, vellosidades coriales. — M, mucosa de una franja en transformación decidual é implantación de vellosidades. — C, células del sincitium.

(Aumento 40 diámetros.)

formar parte de la pared del quiste; queda independiente, y el ligamento redondo, situado por delante del tumor, con su inserción por dentro del mismo; en la localización ístmica, el quiste está contiguo al cuerno del útero, pero el ligamento redondo tiene siempre su arranque por delante y por dentro del engrosamiento tubárico, así como en la forma ampullar el ovario puede parecer formar parte de la pared del quiste, pero no se encuentra distendido en forma de casquete, formando parte integrante de la pared quística, como en el tubo ovárico.

La trompa sufre grandes modificaciones cuando el huevo fecundado anida en la misma. El primer fenómeno que se presenta es un gran aumento de vascularización en sus paredes y en todas sus variedades; á la vez existe cierta infiltración é hipertrofia, aunque ésta no guarda relación con la actividad vascular que se ofrece desde los primeros días.

El fenómeno más característico del embarazo tubárico es la *obturación del pabellón*, que tiene lugar de la sexta á la octava semana; las franjas del pabellón, enormemente congestionadas, se encorvan hacia adentro, llegando á ponerse en contacto sus superficies peritoneales, que se adhieren, cerrando la trompa por su extremidad externa, y quedando así constituido un quiste salpingiano, dentro del cual evoluciona el huevo.

La implantación del huevo en la trompa ha sido objeto de numerosos estudios en estos últimos tiempos. Según se desprende de los recientes trabajos de Couvelaire (1), Cornil y Weinberg (2), Heincius, Chapneys y muchos otros, el

(1) *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1902. — *Quelques points de l'Anatomie*, pág. 51.

(2) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1901. — *Anatomie et histologie*, etc., p. 714.

huevo fecundado puede implantarse; bien en el canal, que forman dos repliegues de la trompa, bien sobre uno de estos mismos repliegues. Sea cual sea la forma de inserción, en un punto determinado de la trompa adhiere el huevo, destruyendo el epitelio de la trompa y formándose allí una base de implantación, de manera que el huevo no se adhiere á toda la superficie de la trompa, quedando ésta, por lo tanto, permeable, y aunque resulte la luz del conducto muy estrechada, persiste aún en períodos muy adelantados de la evolución.

Uno de los puntos más discutidos es si se forma ó no caduca. Parece demostrado que realmente es así, y las diferentes interpretaciones provienen de que, en períodos adelantados, es difícil probar que existe. En las primeras semanas se encuentra una caduca refleja, que envuelve el huevo constituido por su amnios y corion velloso; éste se encuentra recubierto por una caduca de nueva formación que, á medida que el huevo crece, va adelgazándose hacia el polo libre del huevo, de manera que llega á hacerse difícil su demostración.

En cambio, en el sitio de implantación del huevo se observa una degeneración mucosa francamente decidual. La figura 267 representa en un corte de la inserción de un huevo en un embarazo ectópico de dos meses y medio, cómo la mucosa se transforma en tejido decidual y cómo las vellosidades, en contacto

con esta mucosa, tienen masas de células sinciciales que están en contacto con la mucosa. En la figura 268 se observa claramente la analogía de las células deciduales con las que se hallan en el útero, y en la figura 269 se ve cómo las células sinciciales, recubriendo las vellosidades, se ponen en contacto con la pared de la trompa á la que atacan y modifican.

El fenómeno tiene lugar de la manera siguiente: las células sinciciales y de Langans, que forman la cubierta superficial de las vellosidades coriales del huevo, destruyen el epitelio de la trompa y aun las paredes vasculares y fibras musculares, provocando la formación decidual de una parte, y de otra la comunicación de las vellosidades coriales con los vasos sanguíneos, estableciéndose de este modo la comunicación entre la circulación fetal y materna; esta destrucción de los vasos, necesaria á la implantación corial primero y placentaria después, explica la frecuencia de las hemorragias intersticiales que tienen lugar en el curso del embarazo tubárico. Este proceso ocasiona un adelgazamiento de la



FIG. 268

Embarazo tubárico de dos meses y medio.

M, mucosa tubárica, con gruesas células conjuntivas del todo iguales á las células deciduales de la mucosa uterina, en el embarazo normal. — *C*, células sinciciales (masa protoplasmática multinucleada). — *V*, vellosidades coriales; la de la izquierda contigua á la misma mucosa.

(Aumento 130 diámetros.)

pared tubárica en el sitio de implantación del huevo, que no es extraño á la rotura que tan á menudo tiene lugar en el curso del embarazo ectópico, á pesar de la hipertrofia que presenta la capa muscular, pues en el sitio de implantación del huevo resulta esta hipertrofia destruída por la acción corrosiva de las placas sinciciales. Las vellosidades coriales del huevo se atrofian en toda su superficie hacia la sexta semana, persistiendo tan sólo las de la zona de implantación, que formarán la placenta; á partir de este momento se hace difícil demostrar la caduca refleja, que antes era muy visible. La caduca directa inter-tubo-placentaria ó serotina, adquiere un desarrollo vascular considerable, formando senos más ó menos grandes, en cuyo interior penetran las vellosidades placentarias, disgregando sus paredes; como la circulación tubárica, á pesar de su gran desarrollo, en estos casos es escasa y precaria, algunas de las vellosidades placentarias se atrofian, por falta de riego, y al retraerse abren los senos en que habían penetrado, siendo origen de hemorragias ovulares que explican la facilidad con que se producen ciertos accidentes en la evolución del embarazo ectópico.



FIG. 269

Embarazo tubárico de dos meses y medio; corte en la inserción placentaria.

P, pared de la trompa, con infiltración hemática y algunas células deciduales. — *S*, superficie externa de la trompa. — *F*, franja de la mucosa tubárica, con infiltración hemática y transformación decidual. — *V*, vellosidad corial entre la franja y la pared tubárica. — *C*, células sinciciales atacando la mucosa tubárica.

(Aumento 150 diámetros.)

barazo tubárico llegado á término, y Maygrier (1) añade otro debido á Litsmann. En estos pocos casos la trompa va distendiéndose, para llegar á formar un quiste de volumen y capacidad bastante para contener el huevo en su desarrollo completo, hasta llegar á los nueve meses; compréndense los cambios que debe sufrir la trompa para llegar á tal grado de desarrollo. Llegado el embarazo á término, tiene un final completamente estéril, pues el feto muere tras un falso trabajo de parto y queda el embarazo convertido en un quiste fetal.

Los episodios que en el curso del embarazo tubárico ocurren, son de gran trascendencia, pues lo modifican completamente y ofrecen con frecuencia un cuadro clínico de los más importantes. Pueden distinguirse la *apoplejia del huevo*, el *aborto tubárico*, la *rotura* (2), la *trasplatación* y el *quiste fetal*.

(1) MAYGRIER: *Terminations et traitement de la grossesse extra-uterine*, pág. 25.

(2) La mayoría de autores alemanes emplean las frases *emigración interna* y *emigración externa* del huevo, sinónimos respectivamente de *aborto tubárico* y *rotura tubárica*. Proviene tales denominaciones de las ideas expuestas brillantemente por Werth acerca la evolución del huevo