

Cátedra de Clínica Ginecológica

RESUMEN DE LA CONFERENCIA DEL PROFESOR
NABUCO DE GOUVEA SOBRE EL TRATAMIENTO DEL
EMBARAZO TUBARICO, HECHA EN EL PABELLON
DE CLINICA OBSTETRICA DE LA FACULTAD DE
MEDICINA

Muy señores míos:

Voy a ocuparme ahora de un asunto de los más interesantes de nuestra especialidad, y que escogí muy de propósito, en vista de tratarse de una lesión asaz frecuente, y que estamos obligados a atender con preferencia y especial criterio: la indicación operatoria en los accidentes provocados por el embarazo tubárico abortivo. Para demostrar la frecuencia de estas lesiones, basta hacer constar que en las dos últimas laparotomías que llevé a cabo en el servicio clínico de mi ilustre amigo el profesor López Moreira, la primera fué motivada por un embarazo tubárico abortivo.

En los últimos 20 días que precedieron a mi venida para el puesto que hoy ocupo en la diplomacia de mi país, cuando aún estaba al frente de mi servicio de cirugía en el Hospital de S. Francisco de Asís, registré cuatro casos de embarazo tubárico en 11 laparotomías reclamadas por lesiones de orden genital, siendo dos casos de embarazo extra uterino abortivo con hematocele retro uterino supurado, un caso de aborto tubárico acompañado de anexitis y apendicitis, y uno de inundación peritoneal.

Para metodizarnos en nuestras consideraciones clínicas, vamos a comenzar por dividir el asunto en dos partes: 1.º trataremos de las indicaciones operatorias del embarazo tubárico diagnosticado durante su evolución, fuera de los accidentes que su interrupción brusca determina, y en 2.º lugar estudiaremos las indicaciones operatorias del embarazo tubárico interrumpido por el aborto y acompañado de accidentes, en virtud de los cuales estamos llamados a intervenir. La primera hipótesis, que entre paréntesis digamos de paso, debe ser considerada como la hipótesis de excepción, exige igualmente en su estudio dos fases bien distintas de su marcha evolutiva: antes del quinto mes y después del quinto mes de gestación.

Necesitamos estudiar separadamente un embarazo tubárico que evolucione en estas dos fases de su edad, antes y después de su quinto mes, no solo por los caracteres con que se presenta, sino porque el tratamiento operatorio que puede exigir es bien diferente en una u otra hipótesis.

El embarazo tubárico antes de su quinto mes, generalmente escapa a nuestro diagnóstico, cuando evoluciona pacíficamente, pues como sabemos es sólo cuando su interrupción acarrea los accidentes peculiares a su ruptura o a su aborto, que somos llamados por las pacientes, más por los accidentes hemorrágicos consiguientes, que por la marcha del embarazo propiamente dicho.

Entretanto, hay casos, y nosotros mismos damos de esto testimonio, en que somos solicitados por una paciente en la cual podemos encontrar lesiones genitales, que nos hacen admitir la hipótesis de un embarazo tubárico en plena evolución inicial, esto es, con un período de gestación por debajo del quinto mes.

El embarazo tubárico antes del quinto mes, se presenta a nuestro examen de un modo general, con todos los aspectos de un tumor anexial de mayor o menor volumen, coincidiendo con perturbaciones uterinas idénticas a las de una gravidez típica como ser: suspensión de las reglas, aumento del volumen del útero, resblandecimiento del cuello, coloración violácea de los grandes labios, cuadro este acompañado de signos sintomáticos de embarazo: perturbaciones del aparato diges-

tivo, del sistema nervioso, somnolencia, desarrollo de los senos, tubérculos de Montgomery, aréola secundaria, hipertrofia del mamelón, presencia del colostrum, etc.

Todo, como se ve, evolucionado al principio como si se tratase de un embarazo normal, acompañado de tumor ane- xial como no es raro observar. El único signo, bajo el punto de vista funcional, que distingue en su comienzo el embarazo tubárico del uterino, es que éste evoluciona siempre sin dolor, al paso que el otro es siempre doloroso.

Esto se explica porque en la dilatación de la trompa por el óvulo, es acompañada de dolor, lo que no acontece con la dilatación progresiva del útero por el embarazo normal.

Este síntoma tiene para nosotros mucha importancia, ya que cuando ocurrido en gestante, debe dictar por sí solo un examen minucioso de la misma, lo que muchas veces va a permitir el diagnóstico de una preñez tubárica antes de los accidentes hemorrágicos, los cuales vendrán a denunciarla casi siempre de modo brusco e imprevisto, dentro de poco tiempo.

Vamos a dejar de lado el diagnóstico diferencial entre el embarazo tubárico de esta categoría, esto es antes de pasado el quinto mes de su evolución y toda clase de tumores ane- xiales que con él se pueden confundir, asunto este que no intere- sa a la presente exposición, y veamos qué conducta debe- mos seguir una vez que llegamos al diagnóstico positivo de un embarazo tubárico, que sin embargo no ha llegado al quinto mes de su desarrollo. En presencia de un caso semejante, so- mos partidarios de la intervención quirúrgica que va a desem- barazar a la paciente de su trompa gravídica, suprimiendo así, un peligro para su vida.

El embarazo tubárico antes del quinto mes de su evolu- ción, debe ser tratado como un tumor maligno nos dice Wert, y de ese modo pensaba mi recordado maestro el Profesor Segond.

Debemos abordar el quiste grávido por la laparotomía mediana, de preferencia a la laparotomía transversal. La ope- ración debe ser siempre conservadora, debiendo limitarnos a la extracción de la trompa gravídica, conservando el útero y la trompa del lado opuesto, a no ser que lesiones de uno o de

otro de los órganos, verificadas por la laparotomía indiquen una operación más radical. Sólo hay una excepción a esta regla: y es cuando el embarazo se desenvuelve en el intersticio uterino de la trompa, o entre las hojas del ligamento largo, separando y adhiriendo la parte terminal del intestino grueso y órgano adyacentes, como en un caso que hemos observado.

En estos casos la histerectomía es la regla, porque en otra forma la hemostasis es materialmente imposible, sobretudo en la segunda hipótesis, en donde la evolución del óvulo complica mucho su desprendimiento.

Aún así la hemorragia es grande y la hemostasis muy difícil y nuestro caso exigió un taponamiento a la Mikulicz.

Un interesante trabajo de Couvellaire y Mouchette publicado en la revista "Lyon Chirurgical" justificó perfectamente este nuestro punto de vista.

Pasado el quinto mes, las cosas cambian completamente de aspecto.

La experiencia muestra, que a partir del quinto mes, o pasado este período, el embarazo va a evolucionar generalmente al abrigo de los accidentes graves hemorrágicos determinados por la ruptura de la trompa o por el aborto tubárico.

Por consiguiente, en esta segunda hipótesis si el embarazo tubárico pasó o alcanzó el quinto mes, puédesse esperar su evolución a término.

Somos francamente partidarios de una conducta de observación armada, cercando entretanto a la gestante de todos los cuidados y vigilancia.

Fué lo que observamos en dos casos interesantes cuyas piezas anatómicas tuvimos ocasión de mostrar en la Academia de Medicina de Río de Janeiro, en una comunicación que hicimos hace dos años.

Llegando a su término, esto es al noveno mes, nos podemos hallar sin embargo en presencia de dos hipótesis diferentes: o bien hay un feto vivo con latidos del corazón perceptibles, o nos encontramos en presencia de un quiste gravídico con feto muerto. En uno u otro caso, el diagnóstico diferencial entre el embarazo tubárico y el embarazo típico es más.

simple, porque en este período al examen con mayor facilidad resalta la localización tubárica, independiente del útero y en algunos casos se puede, aún, reconocer las formas del feto, muy en evidencia a través de las paredes del vientre.

Llegado el embarazo a su término, o un poco antes, un falso trabajo se anuncia y se va diseñando cada vez más nítido hasta la muerte del feto, hecho que generalmente se traduce por la acalmía del trabajo de parto.

Si podemos intervenir oportunamente por una laparotomía con incisión del quiste, daremos salida a un feto vivo, que puede continuar viviendo y desarrollándose como en la preñez normal. Abandonada a sí misma la preñez tubárica, muerto el feto a término, lo que se comprueba como dijimos por el silencio que se sigue al falso trabajo, acompañado siempre de una pequeña hemorragia uterina, con expulsión de una membrana que no es otra cosa sino la caduca que se formó en el útero vacío, va entrar en un período que evoluciona por maceración del contenido quístico, o por la calcificación del feto, dando lugar a formación del litopedium.

La intervención indicada en estos casos es de una laparotomía para vaciamiento del quiste. Retirado el feto procédese a la extracción placentaria, la que a veces es seguida de abundante hemorragia.

Pozzi opina, por otra parte, que la hemorragia no toma las proporciones que le asignan ciertos autores y que con facilidad ella puede ser dominada por el taponamiento. En todo caso, todos están de acuerdo en indicar el desembarazo inmediato de la placenta, cuando se observa que durante el acto operatorio ya existe un principio de desprendimiento.

Potecki en un interesante trabajo, declara que en realidad la placenta en la gravidez tubárica está irrigada únicamente por la vascularización de la trompa, esto es, por el pedículo útero-ovárico y por el pedículo uterino que se encuentra junto al cuerno del útero. Basta así ligar las dos arterias que nutren la trompa normal, para con toda impunidad, llevarse a efecto el desprendimiento placentario sin el menor accidente hemorrágico.

En la segunda hipótesis, estando muerto el feto, Pinard

aconseja sin embargo esperar seis semanas después de la muerte, a contar después de cesar el falso trabajo, para con seguridad, proceder al desprendimiento de la placenta.

Nuestro criterio en estos casos, como nos da la primera hipótesis, es el de la laparotomía, con histerectomía sub-total, siendo el útero abordado por el lado de los anexos normales, por el método Kelly o método americano. El plano de clivaje pre-vaginal es excelente y libre de todo peligro, puede-se así con toda facilidad desprender entero el quiste gravídico siguiendo luego con el útero decapitado.

Es claro que con el feto vivo este tiempo del acto operatorio debe ser ejecutado inmediatamente después de la extracción del feto.

En presencia sin embargo de un feto muerto debemos retirarlo entero sin incidirlo, a fin de evitar los peligros de una infección peritoneal; todo esto se realiza en una u otra hipótesis sin la menor hemorragia y sin más ligaduras que las clásicamente practicadas en las histerectomías, evitándose sobre todo por este procedimiento infecciones secundarias, las cuales se pueden hacer por el saco gravídico marsupializado y evitándose así el tratamiento penoso y muy lento que este procedimiento primitivo, poco quirúrgico, acarrea para la parturienta. Réstanos ahora tratar de otras modalidades de la preñez tubárica. 1.º) Preñez ístmica interrumpida, con inundación peritoneal; 2.º) Preñez ampular abortiva o aborto tubárico.

En la 1.ª hipótesis la hemorragia toma proporciones trágicas, el derrame sanguíneo llena completamente la cavidad peritoneal y concluye con la muerte de la paciente si una intervención urgente no detiene la hemorragia. En la 2.ª forma se observa, igualmente, una hemorragia más lenta, por etapas sucesivas, que va a enquistarse en el fondo de saco de Douglas hasta una altura variable, la cual en ciertos casos, puede alcanzar la cicatriz umbilical. En otras circunstancias la hemorragia se hace dentro de la propia trompa, la cual se distiende al máximo: trátase de la hémato-salpingitis.

La primera y la segunda hipótesis: preñez ístmica con inundación peritoneal y aborto tubárico, son modalidades

que deben ser estudiadas separadamente, por ser tan diversos, como veremos, los accidentes que su interrupción puede acarrear a la paciente y tan diversas las indicaciones operatorias, que debemos seguir en una u otra hipótesis; las dos formas de implantación del óvulo en la trompa que aún pueden ser establecidas: la implantación intersticial, si el óvulo se fija en la parte de la trompa que atraviesa la pared, y la infundibular si la ubicación del óvulo se hace en la pared del infundíbulo de la trompa.

Estas subdivisiones no son sino dos simples variantes de las dos primeras formas establecidas.

Quedan así dominando nuestro cuadro las grandes formas de embarazo tubárico a las cuales inicialmente nos referimos: el ístmico y el ampular.

Veamos ahora por qué se produce siempre una hemorragia en las interrupciones del embarazo tubárico. El óvulo una vez fecundado y en pleno desarrollo, se encuentra rodeado de una atmósfera especial de células, origen de la capa celular del hargarnhns y del syncitium que revisten las vellosidades del corion. La capa de syncitium, la más externa de las dos, tiene la propiedad curiosa de destruir los tejidos con los que toma contacto, penetrando en su textura y abriendo un túnel por el cual el óvulo tiende a emigrar para su ubicación definitiva. Es exactamente lo que pasa en la fijación del óvulo en el endometrium materno.

Una vez establecida así la ubicación del óvulo, este mismo syncitium va a perforar los vasos sanguíneos que encuentre, sustituyéndose a su endotelio y formando los lagos sanguíneos que las vellosidades del corion van a circundar y los cuales proveerán al embrión de los elementos que necesite para su nutrición.

Si el óvulo, por un motivo que escapa a nuestro análisis es detenido en su marcha normal en cualquier punto de la trompa, establece ahí su ubicación, se implanta y va a evolucionar como en el embarazo uterino, hasta el momento en que el medio anormal en que vive provoque la interrupción de su desarrollo.

Así por ejemplo, si la ubicación del óvulo se hace a nivel

del istmo de la trompa, no podrá encontrar ahí las mismas condiciones de terreno que hallaría en la ampolla o en el pabellón de dicho órgano. En la primera hipótesis, la vellosidades coriales, penetrando en el epitelio tubárico del istmo de la trompa, en el trabajo de formación placentaria, encontrará una capa muy delgada de epitelio para su fijación. Las vellosidades coriales irán así, a la implantación ístmica, a corroer desde sus comienzos, no sólo el epitelio, sino toda la pared de la trompa, lo que da origen a una considerable hemorragia, con la agravante de las propiedades que tiene el syncitium, de evitar la coagulación de la sangre con la que entra en contacto. Y como en este caso la sangre está obligada a pasar por la criba de las vellosidades del corion, estas hernian por las brechas de ruptura. Así se explican las grandes hemorragias que el embarazo ístmico acarrea, lo mismo que el por qué de la interrupción en la primera semana de desarrollo. Si la implantación del óvulo se hace en la porción ampular de la trompa y en donde la mucosa más gruesa ofrece un hecho mucho mejor preparado para recibir el óvulo, el proceso será distinto. El embarazo ampular va a desarrollarse generalmente hasta el segundo mes, pudiendo evolucionar hasta llegar a término, lo que pasa igualmente con los accidentes que su interrupción determinan, los cuales se diferencian del primer caso.

El aborto en el embarazo ampular, se realiza, generalmente a partir del segundo mes, y por consiguiente en un período tardío, en el cual las vellosidades coriales tienen una acción menos nociva, pues, como se sabe, la capa de syncitium es más reducida y más delgada, habiendo perdido en gran parte su poder corrosivo primitivo, conservando tan sólo la función nutritiva del embrión; es por eso que las perforaciones de la trompa a nivel de la ampolla gravídica son más raras, siendo más frecuentes los abortos propiamente dichos.

Lo que se produce generalmente a partir del segundo mes, es que el huevo insuficientemente nutrido se desprende por un mecanismo absolutamente comparable al que preside el aborto uterino. El huevo se destaca de su involucre y bajo la influencia de la hemorragia que este desprendimiento determina,

la trompa se dilata bruscamente y, por una excitación refleja comienza a contraerse procurando expulsar su contenido, exactamente como el útero en presencia de un feto muerto.

Las tentativas de expulsión del óvulo por la trompa se hacen siempre hacia el lado del ostium abdominal, que no pudiendo ser franqueado por no estar convenientemente dilatado, deja pasar mientras tanto, una cierta cantidad de sangre, la cual cae en la cavidad peritoneal. La trompa, careciendo del poder expulsivo que el útero posee por su estructura muscular, tardará un cierto tiempo en desembarazarse por completo del óvulo o del embrión, necesitando para el efecto, ocho, diez, doce y más días. En el interregno, la sangre filtra a través de la abertura y se acumula en el Douglas en mayor o menor abundancia según que la hemorragia sea gota a gota o en chorro más abundante, y así veremos, al cabo de algunos días, formarse en el Douglas un tumor elástico de mayor o menor volumen, independiente del útero, bien medial, que no es otra cosa que el hematocele retro uterino del embarazo tubárico.

Tenemos ahora el tercer mecanismo. Si la hemorragia que se inicia con el primer desprendimiento del óvulo no puede encontrar salida por el ostium abdominal de la trompa, la sangre se va acumular en su interior y distender el quiste gravídico, que se transforma en una bolsa sanguínea: es el hématosalpinx. Estas hemorragias no asumen casi nunca proporciones importantes, porque poco a poco la sangre contenida en el quiste se coagula, y si la trompa resiste a la presión interna, ese coágulo de neo formación actúa como un taponamiento y termina por dominar el cuadro hemorrágico.

Como se ve, hay tres suertes de accidentes hemorrágicos que exigen una terapéutica quirúrgica: Hemorragias en la gran serosa peritoneal en la embarazo tubárico ístmico;

Hemorragia en el Douglas, en el embarazo ampular;

Hemorragias en el interior de la trompa, en caso de aborto tubárico con obturación del ostium abdominal.

Inundación peritoneal. Es en líneas generales como el caso se presenta: una mujer, que apenas en su anámnesis denuncia retraso de las reglas, a veces muy pequeño, de 2 a 8.

días, acompañándose esta suspensión de ligero dolor; repentinamente acusa dolor violento, casi siempre en el lado derecho; dolor muy vivo que los cirujanos franceses llaman dolor en "coup de poignard", acompañado de vómitos, síncope, sudores profusos. Luego se siente a veces un poco mejor, para nuevamente ser presa de los mismos accidentes sincopales, acompañados de zumbidos de oídos, perturbaciones visuales, palidez, decoloramiento rápido de las mucosas, sobre todo de los labios y del reborde de los párpados, extremidades frías, etc., en suma los fenómenos clínicos de las grandes hemorragias; pero en este caso el cuadro es siempre iniciado por dolor intenso, muy característico y al cual toda paciente hace alusión luego que llegamos a su presencia. He aquí el cuadro clínico, de gran inundación peritoneal, que se caracteriza por la rapidez extraordinaria de los accidentes y que casi siempre termina con la muerte de la paciente al cabo de 12 horas a lo más.

Algunos casos excepcionales harán que uno u otro ginecólogo, aconsejase en este mismo caso una actitud de expectativa.

Entre estos figura el nombre de Ruhr. Hallamos criminal esta actitud y la contraindicamos en absoluto.

Si examinamos esta paciente, que en suma tiene el vientre cargado de sangre, poca cosa se puede sentir, apenas un vientre poco doloroso sin defensa muscular como acontece en las rupturas de los quistes de contenido infectado, las salpingitis, o en las perforaciones intestinales. Los únicos hechos que van a permitir el diagnóstico y para lo cual llamamos siempre la atención de nuestros alumnos, son los siguientes: primero es que en general, luego después del dolor violento que la paciente sintió, como si se rasgaran las vísceras, un poco de sangre salió por el orificio vulvar, que no es otra cosa sino un fenómeno reflejo hacia el lado del útero, el cual procura eliminar la decidua de su endometrium, de ahí la pequeña salida de sangre por el cervix. Esta investigación debe ser siempre efectuada, la cual a veces requiere un rápido examen con el espéculo.

Segundo: el examen con el toque vaginal poco hace per-

cibir, nada en el Douglas, el útero se encuentra móvil, pero si examinamos cuidadosamente los fondos de saco laterales, profundamente hacia el lado de los anexos, provocaremos un dolor muy vivo, que hace a la doliente protestar enérgicamente, aún estando en estado sincopal. Es pues, en los casos en los que encontramos este dolor tan marcado, acompañado de los grandes fenómenos de hemorragia interna, habiendo sido precedida de una pequeña sangría vaginal que el diagnóstico de inundación peritoneal por interrupción de un embarazo ístmico, se impone, quiere decir, que hay necesidad urgente de una intervención, sin la menor pérdida de tiempo, muchas veces sin remover la paciente. Digo sin transportar a la paciente, porque a veces el menor movimiento puede aumentar la hemorragia, no hay sin embargo una regla sin excepción y cuando el transporte es posible, debe ser hecho con el máximo de cuidado hacia un medio quirúrgico adecuado que va beneficiar a la paciente, más, yo me opongo siempre a los transportes largos en casos tales.

Otra indicación, que casi siempre es sugerida y contra la cual debemos abstenernos, es la práctica de las inyecciones masivas de suero artificial, pues hechas antes de la intervención quirúrgica, ellas exacerban la hemorragia por el aumento de la tensión arterial. Debemos recurrir a las inyecciones de aceite alcanforado, de éter o mejor de aceite etéreo alcanforado, pero sobre todo lo que necesitamos hacer es intervenir, e intervenir rápidamente.

Debemos practicar la laparotomía, bajo anestesia general, por eter de preferencia al cloroformo o si no la raquianestesia, en dosis prudente, puesto que estas pacientes son muy sensibles a los anestésicos.

La paciente en esta clase de accidentes, no debe ser colocada en posición de declive, pues esta posición tan ventajosa en otras lesiones genitales, tiene en el presente caso el inconveniente de rechazar todo el derrame sanguíneo hacia el diafragma y cavidades epiploicas, lo que puede acarrear inconvenientes respiratorios.

Incidida la piel y la aponeurosis entre el músculo recto mayor, antes de la incisión peritoneal, el diagnóstico se con-

firmará, pues en los casos de preñez tubárica, el peritoneo exteriormente se presenta coloreado en ópalo y toma un matiz azulado característico. El anestesista encargado del narcótico, debe disminuir la dosis de anestésico, en el momento en que abrimos el peritoneo; entonces la sangre retenida en el interior de la gran serosa sale a borbotones, y este descenso de presión intraabdominal es suficiente para aumentar la hemorragia y producir un accidente mortal. El cirujano debe con dos golpes de tijera alargar la brecha peritoneal y sin colocar válvula o separador, introducir la mano en el vientre encontrando el fondo de saco de Douglas, que es un excelente punto de referencia, y sin perder este reparo buscar uno de los anexos, lo que es fácil, traerlo afuera del vientre y examinar rápidamente si es el anexo enfermo, si no abandonarlo e ir en busca inmediatamente del anexo del lado opuesto, que se presenta muchas veces con un aspecto casi normal, apenas un poco aumentado de volumen, muy congestionado y es generalmente, casi junto al útero que se constata la presencia de una saliencia redondeada, de color azul oscuro, en cuyo nivel superior se observa una pequeña hendidura, que sangra abundantemente. Colocáse una pinza de Kocher en su extremidad inferior del lado del útero y se toma todo el pedículo útero-ovárico. A partir de este momento la hemorragia está dominada. Hácese entonces una abundante inyección endovenosa de suero fisiológico a 40°. A partir de ese momento, es preciso esponjar el vientre y retirar en esa forma lo que se puede del derrame sanguíneo. Procédese a la ligadura del pedículo del quiste gravídico, secciónase con un golpe de tijera y ciérrase el vientre. He ahí el tipo de intervención quirúrgica que indicamos en la gran inundación peritoneal con ruptura ístmica de la trompa. Transportada al lecho y dejada en reposo, más tarde la transfusión de sangre auxilia mucho al restablecimiento de la paciente.

En el embarazo tubárico ampular, lo que se observa generalmente entre el segundo y el tercer mes de su comienzo, es lo siguiente: Una mujer después de su período de suspensión de las reglas, de dos o tres meses, coincidiendo con dolores en uno de los costados, siente, al hacer un esfuerzo o un

brusco movimiento, un dolor muy intenso. Sigue a esto una pequeña hemorragia por la vagina. Puede suponerse uno que se trata de un aborto, pero entrando todo en orden se abandona cualquier tratamiento, notándose finalmente, que vuelve a perder sangre gota a gota.

Sus sufrimientos se agravan y la obligan a recurrir a un profesional. Cuando examinamos esta paciente, generalmente después de los primeros diez días de los primeros trastornos, siéntese perfectamente por el toque vaginal en el Douglas una masa que empuja al útero hacia arriba, de tal manera que lo vamos a sentir sobre la sínfisis púbica.

Buscando delimitar el fondo del útero, no se lo encuentra perdido en la espesura de la masa retro-uterina. Debemos en estos casos intervenir, por la laparotomía. Esta operación debe, sin embargo hacerse después de buscar el reposo y por el hielo, una acalmia de la hemorragia y los dolores. La laparotomía en estas condiciones indicará, o una conducta conservadora o la histerectomía subtotal en los casos en que las adherencias del coágulo organizado exijan una intervención o que lesiones inflamatorias del otro anexo o un estado fibromatoso del útero aconseje esta operación radical.

En la hémato-salpinx, la operación conservadora es la regla, a menos que también se constate lesiones que contraindiquen esta técnica conservadora. Para terminar diré, que siempre que podamos, debemos ser partidarios de la cirugía conservadora en el embarazo tubárico en relación al útero o al anexo opuesto. Estas lesiones, sin embargo, se producen muchas veces en la trompa conservada.

Recomendamos, siempre a nuestras operadas, que presten la mayor atención a las irregularidades de sus reglas y que una vez constatado cualquier retardo de la época menstrual recurran a un especialista, a quien deben relatar el accidente de que fueran víctima y que determinóle una operación. Un examen concienzudo puede poner al abrigo de los accidentes que ya ha experimentado, dando tiempo a que se

practique una operación clásica sin las inconveniencias de la terapéutica de urgencia. Solo así podremos hacer obra útil desde el punto de vista social, conservando la mujer las probabilidades de una buena maternidad ulterior, y por otro lado, colocándola al abrigo de los graves accidentes que conocemos y que acabamos de describir.
