

## EL EMBARAZO ECTÓPICO EN EL PRIMER TRIMESTRE (1)

por el doctor

**F. TERRADES**

Profesor de Ginecología de la Facultad de Medicina.

No es mi objeto hacer un estudio detallado, erudito, de todo el proceso del embarazo tubárico, sino exponerlo en el terreno puramente clínico. Me ha movido a ello el que en los libros de ginecología se precisan poco los síntomas, en tal forma, que parece cosa dificultosa hacer el diagnóstico de sus complicaciones; en cambio, en las revistas aparecen notas de diagnóstico por procedimientos de laboratorio que, en vez de simplificarlo, lo complican más, sobre todo para el médico internista que es el que frecuentemente interviene primero en las fases más peligrosas.

Poco me detendré en la etiología, lo suficiente para explicar ciertas particularidades de su presentación, diciendo de paso que si hablo sólo del embarazo tubárico, es porque no creo en el embarazo abdominal ni en el ovárico primitivos. Su concepción es difícil de explicar, y por otra parte, los casos que se publican como tales no resisten a un examen crítico riguroso; admitidos como casos de implantación secundaria, caen ya fuera de la presente conferencia, cuyo objeto es sólo el primer accidente.

Muy discutida es todavía la causa del embarazo ectópico. La teoría inflamatoria aceptada ya por VEIT es la que me parece más verosímil; HENDRI la comprueba en un 35 por ciento de casos y hay quien nota un aumento de frecuencia con el aumento de abortos criminales. En un estudio histológico que hice hace unos 20 años, publicado en la *Rev. de Med. y Cir.*, presentaba varios casos en que la trompa del lado opuesto presentaba lesiones anatómicas evidentes. Hay que decir, sin embargo, que no son las lesiones grandes las culpables, porque éstas, además de la obturación de la trompa, dejan alteraciones tan profundas en su mucosa, que la imposibilitan en absoluto para la anidación del huevo. Por esto no es extraño que TEINTURIER y otros, alterando las trompas de conejas con substancias fuertes o ligándolas después de la cópula no hayan podido producir un embarazo tubárico. Las alteraciones han de ser mínimas como las producidas por una salpingitis catarral, que, alterando ligeramente el epitelio, produciendo la caída de las pestañas vibrátiles, soldando quizá algunas franjas y produciendo fondos de saco infranqueables, sean obstáculo a la progresión de un huevo fecundado, el cual llegado a cierto grado de madurez, se encuentra todavía dentro de la trompa con

una mucosa que, por ley atávica, no es inepta para su anidación. Así se explica que la mayoría de mujeres afectas de embarazo ectópico lo son después de un período de algunos años de esterilidad, correspondiente a una metritis con salpingitis catarral; en alguno de los casos que yo he visto había tratado y curado poco tiempo antes una salpingitis; el caso reciente que se cita por LAURENTIE, consecutivo a una obtención de permeabilidad tubárica por el lipiodol y otros parecidos, son también una prueba. No obstante no hay que desconocer que en algunos casos no es muy aparente una flogosis anterior, y aun recientemente he operado un caso de una mujer joven con embarazo tubárico a los cinco meses de casada. Lógico es admitir que las mismas alteraciones ligeras producidas por la salpingitis pueden ser congénitas, conductos accesorios que he observado, acordamientos importantes, etc.

La teoría atávica de WEBSTER, modernizada hoy bajo el nombre de teoría de la reacción decidua de la mucosa tubárica, no explica más que la capacidad de implantación para ciertas mujeres, queriendo explicar así los casos de repetición y fiando sólo a un desarrollo más rápido del huevo, el que éste tenga cualidades fijadoras antes de entrar en el útero. Desde luego, hay que contar con esta reacción decidua de la mucosa que permite la fijación del huevo, pero la Naturaleza debe tenerlo previsto para los casos normales. Así podemos explicar la génesis del embarazo ectópico de la siguiente manera:

Por la Ontogenia sabemos que trompa y útero son un mismo órgano primitivamente no diferenciado. Efectuándose la fecundación en la porción superior de este conducto, o sea lo que es actualmente la ampolla tubárica, el huevo fecundado es transportado por la corriente intratubárica hacia la porción inferior; mientras tanto este huevo fecundado va evolucionando hasta adquirir capacidad de fijarse hacia el otro extremo del conducto; estas funciones de las dos porciones del conducto de MULLER dieron lugar a la diferenciación orgánica en una parte conductora que es la trompa, y por otra parte, albergadora que es el útero. Un retardo en la función del seg-

(1) Conferencia dada en el Hospital de la Santa Cruz. Curso de Cirugía del Dr. RIBAS. Abril, 1928.

mento conductor producido por obstáculos mecánicos, fondos de saco de las franjas, ausencias de cirros vibrátiles, etc., altera la cronología del mecanismo, y el óvulo ya desarrollado se encuentra con una mucosa tubárica que no le es del todo extraña a su capacidad fijadora. Así se explica que la mayor frecuencia de embarazos tubáricos se verifiquen en su parte ístmica porque es donde el desarrollo de las franjas es más complicado y más fácil de sufrir leves alteraciones; por esto el embarazo intersticial es tan raro porque apenas hay franjas y no pueden formarse soldaduras y fondos de saco sin salida. Por esto también se explicarían los casos que parecen de repetición en un mismo lado, de que luego me ocuparé y que muchas veces deben pasar desapercibidos.

Implantado el huevo en la trompa, no teniendo la mucosa grosor suficiente para reaccionar a la corrosión ovular ni la capa muscular capacidad suficiente para desarrollarse lo que necesita un huevo en crecimiento, éste está destinado a morir por hemorragias yuxta ovulares (apoplejía ovular), o a ser expulsado por el pabellón (aborto tubárico), o a perforar la trompa (rotura tubárica), pudiendo suceder, en estos dos últimos casos, que conserve su vitalidad reimplantándose en el peritoneo o en el ovario. Dejando aparte esta última contingencia, vamos a ocuparnos de las tres primeras que tienen una sintomatología común, objeto de nuestro estudio:

*Síntomas.* En dos síntomas bien observados descansa el diagnóstico: Dolor y metrorragia.

*Dolor.* Cuando el óvulo cesa de ser bien tolerado por la trompa, ya sobrevenga expulsión al peritoneo, ya una hemorragia yuxta ovular, ya la rotura de la trompa corroída por las vellosidades ovulares, se anuncia por un dolor súbito, tanto más cuanto más importante es la rotura o mayor la hemorragia. En el caso máximo, en medio de la mayor tranquilidad, muchas veces por la noche, la mujer es presa de un dolor como de puñalada en una fosa ilíaca, que la aterra, que bien pronto se difunde a todo el abdomen y que dura una hora o dos en que la enferma se siente destallecer. Este dolor no sólo es subjetivo, sino que, aunque esté ya algo calmado, se despierta por la presión sobre el abdomen, sobre todo en la fosa ilíaca correspondiente, aunque sea una presión suave; cuando se presenta súbitamente en la forma descrita corresponde a una inundación peritoneal peligrosa. A veces va precedido de un día o dos de pequeñas molestias en la fosa ilíaca de que la enferma no hizo caso, tan leves eran.

No siempre el dolor es de golpe tan violento. Cuando corresponde a pequeñas hemorragias peritoneales es menos frecuente; llega a desaparecer para volver súbitamente al cabo de uno o dos días sin motivo alguno, más o menos fuerte que la primera vez; después de unas horas puede desaparecer, pero lo corriente es que quede ya algún remanente doloroso que se sumará pronto a un tercer acceso, quedando cada vez más permanente el dolor regional. Paralelo con el dolor va la metrorragia. En este síntoma insisten poco los libros. La menstruación puede haber

faltado un mes, dos meses, 15 días, pero es muy posible que sólo lleve un retraso de 2 ó 3 días, del que la enferma no hace caso si no se le pregunta; *hay que insistir sobre esto.* El hecho es que la enferma *pierde sangre por los genitales externos desde que tuvo el primer dolor y no cesa de perder mientras éstos siguen, así pasan 15 ó 20 días;* esta pérdida nunca es abundante como en un aborto ni siquiera como en una menstruación regular; es pequeña, irregular, a ratos sólo con gotas, pero es constante y no hay accidente de embarazo ectópico sin ella. Sólo cesa en los casos leves, cuando el ectópico ha muerto. Es clásico decir que hay expulsión de una caduca que puede hacer creer en un aborto, pero la expulsión de una caduca uterina no se presenta en la tercera parte de los casos.

Coexistiendo con estos dos síntomas capitales, es de notar la falta de fiebre; ésta no se presenta nunca en un ectópico en actividad, pero puede presentarse después de muchos días o un mes cuando el hematocel se infecta, pero entonces el proceso en realidad ya ha dejado de ser un embarazo ectópico para pasar a la categoría de una anexitis o pelviperitonitis supurada. De modo que para nosotros el síntoma fiebre no existe en el embarazo ectópico; la reacción peritoneal es epirética.

Otros síntomas dignos de observarse son: el pulso frecuente, mucho en el momento del accidente agudo (de 100 a 120), aunque luego se corrige si se para la hemorragia; menos frecuente en los casos de desarrollo lento (de 90 a 100), frecuentísimo (140), hipotenso y a veces imperceptible en la radial, en los casos muy graves. Anemia, decoloración de las mucosas y dilatación pupilar, completan el cuadro clínico suficiente para hacer el diagnóstico.

Pero es lógico que busquemos síntomas de exploración directa, aunque solamente sea como comprobantes del diagnóstico, no como síntomas esenciales porque los datos que nos proporcionan son comunes a muchas otras afecciones.

En las primeras horas del accidente, no estando coagulada la sangre en el DOUGLAS, nada percibiremos; es más, por la sensibilidad y angustia de la enferma, pocas veces nos será dable apreciar la trompa; enferma engrosada por el embrión y coágulos; tampoco apreciaremos bien el estado del útero que, aunque sea algo gordo, nada probará como no se trate de un caso en la 8.<sup>a</sup> ó 10.<sup>a</sup> semana; ni siquiera apreciaremos abombamiento del fondo de saco de DOUGLAS si éste es firme y no contiene más de medio litro de sangre. Sólo notaremos el vientre abombado, con máxima provocación del dolor en una fosa ilíaca y en el fondo de saco vaginal correspondiente.

Si han pasado ya algunos días, como signo de comprobación tendremos una tumoración grande, pastosa, difusa, no muy dolorosa, ya en el fondo de DOUGLAS ya en una región anexial. En el primer caso el útero estará rechazado contra la pared abdominal y el cuello por detrás del pubis será a veces de difícil tocar; con esto puede coincidir retención de orina, que habrá que deslindar sondando a la enferma; el

recto estará también comprimido contra el sacro por la gran masa de coágulos que ocupa toda la excavación pelviana. En el segundo caso, en la región anexial correspondiente se encontrará un tumor difuso, que rechazará el útero, aumentado de volumen, hacia el lado contrario, sin contornos precisos, inmóvil y confundiendo con las paredes pelvianas.

Puede también quedar completamente libre el peritoneo pelviano y coleccionarse la sangre alrededor de la trompa, formando una tumoración por encima del útero.

Estos datos son suficientes para el diagnóstico y es inútil que pidamos auxilio al laboratorio. Nada nos dirán. Ni la urobilinuria que encuentra SCHILLER en 80 por ciento de casos; ni el aumento de la velocidad de sedimentación de la sangre según la cuantía de la hemorragia, que busca ARCIERI; ni el aumento de leucocitosis de JARRAS y otros; ni la reacción de ABDERHALDEN; ni el espectroscopio de KOTTMAN, ni los rayos X, ni las inyecciones de lipiodol. Muy recomendables son estas investigaciones para el laboratorio, pero no sirven todavía para la clínica.

*Diagnóstico.* Es importante hacer un interrogatorio minucioso. Los antecedentes lejanos sirven de poco; es verdad que en algunos casos la enferma señala un período largo de infecundidad coincidiendo con pequeños trastornos genitales, pero también es cierto que a veces nada hay de anómalo ni enfermedad alguna discernible con partos a intervalos regulares; una de mis enfermas hacía sólo tres meses que era casada y no acusaba ningún padecimiento genital. Pero conviene llamar la atención sobre un hecho que no he visto mencionado. Hay enfermas que hablan de uno o más supuestos abortos con dolores parecidos a los actuales y en la misma fosa ilíaca, con poca metrorragia, prolongados por espacio de muchos días y sin que aparezca por la vulva trazas de embrión ni placenta; estos casos terminados por resolución espontánea, deben llamar nuestra atención porque pueden ser ectópicos curados espontáneamente. He observado dos que tuve en la clínica en observación para operar y que curaron, repitiendo al cabo de algún tiempo el ectópico en el mismo lado necesitando intervención. Otro caso, operado también, fué diagnosticado antes por dos veces consecutivas de embarazo ectópico del mismo lado con un año de diferencia, por un distinguido colega, y había curado espontáneamente las dos veces después de muchos días de sufrimiento; a la tercera vez, la inundación peritoneal fué bastante importante para exigir la intervección. Si estos casos se comprueba que son frecuentes, demostrarán claramente la existencia de un obstáculo y una predisposición en determinadas trompas.

Fuera de estos antecedentes, el interrogatorio debe versar sobre la forma del dolor, su sitio, la última menstruación y sobre todo la metrorragia coincidente con el dolor.

Tres tipos de accidentes podemos observar en el embarazo ectópico en su primer trimestre: el agudísimo, el agudo y el ya crónico.

El tipo agudísimo podríamos confundirlo con un cólico hepático, nefrítico o saturnino, si no echásemos de ver que el sitio del dolor es completamente distinto y el mismo dolor también, porque en éstos la enferma se revuelca, se encorva sobre el vientre, al paso que en el otro queda como paralizada, pálida y con el pulso frecuente e hipotenso.

Más fácil es la confusión con un quiste torsionado, pero en éste se percibe el tumor abdominal desde el primer momento, y aunque a veces se presenta también una metrorragia, no hay los signos de hemorragia interna.

Es frecuente la confusión con una apendicitis o una perforación intestinal. El mismo dolor agudo que paraliza a la enferma obligándola a adaptar el decúbito supino, pero de localización casi siempre más alta; puede no haber fiebre en los primeros momentos, pero a menudo se encuentra si se pone el termómetro en el recto, ya que en la axila por vasoconstricción cutánea podría no llegar a 37°; hay vómitos, marcado timpanismo, y aunque el pulso es frecuente, no lo es tanto ni es tan hipotenso como en el ectópico; además, falta la anemia, la palidez de las mucosas y la metrorragia; para casos dudosos, los antecedentes de sufrimientos digestivos en un caso y de trastornos genitales o retraso menstrual en otro, nos permitirán hacer siempre el diagnóstico diferencial; el dolor en el DOUGLAS, provocado por el tacto vaginal, también nos indicará que el daño es genital.

En los casos agudos, pasados los primeros ataques dolorosos, que se han sucedido con unas horas ó 3 ó 4 días de intervalo, no es posible ya la confusión con las afecciones citadas, pero sí con un aborto o una salpingitis agudizada. Induce a pensar en un aborto la propia creencia de la enferma que tal vez se creía encinta por el retraso menstrual, la metrorragia, y a veces, la expulsión de alguna membrana; pero nótese bien que en el ectópico, siendo la anemia muy grande, la metrorragia es muy pequeña, pero los dolores son más fuertes y en un lado de la línea media; además, en esta fase se notará ya la tumoración anexial en el mismo lado o en el fondo de DOUGLAS, rechazando el útero hacia el lado contrario; de modo que, siendo la fórmula sintomática del aborto poco dolor, mucho metrorragia, útero grande y cuello permeable (si hay retención placentaria), la del accidente del ectópico es: mucho dolor, poca metrorragia, tumoración lateral difusa, cuello no permeable.

La salpingitis agudizada no da lugar a metrorragia, si bien puede adelantar la regla unos días, cosa que importa no confundir; además, la fiebre es constante desde el primer momento, y la anamnesis acostumbra a demostrar la metritis o salpingitis ya existente.

En los casos que ya llevan muchos días de fecha y ha pasado la agudez, el diagnóstico es más difícil; afortunadamente no es tan necesario. Sólo puede confundirse con un proceso anexial supurado o con un aborto con retención placentaria e infección pa-

rametral. Si no hay fiebre ni la ha habido en un principio, el diagnóstico es claro; si la hay y puede comprobarse que no la había en la primera fase dolorosa, es también claro el diagnóstico de ectópico; pero siempre hemos de recordar que en éste va vinculado constantemente el síntoma de pequeña pérdida sanguínea, que persiste desde el principio hasta el fin. Cuando el hematocele está ya agotado, en vías de reabsorción o infectado, sólo el interrogatorio retrospectivo puede hacernos sospechar el diagnóstico, pero cuando hay infección del foco, ha pasado ya a la categoría de un proceso anexial agudo.

El pronóstico de esta enfermedad no podría decirse grave, si el diagnóstico se hiciera a un debido tiempo, según veremos en el tratamiento.

*Tratamiento.* Puede tomarse por norma, que todo embarazo ectópico en su primer trimestre, desde que se diagnostica, debe ser operado; existen, no obstante, excepciones. Desde luego, hay casos ligeros de dudoso diagnóstico, como los ya mencionados, parecidos a pequeños abortos, que curan solos, sin peligro, y hasta a veces pasan desapercibidos; pero hay algunos aparentemente graves en el primer momento en que no es lícito aguardar la curación espontánea.

El primer cuidado que debe darse a una enferma en cuanto tiene el primer accidente de hemorragia tubárica, es colocarla en la cama, completamente plana y sin almohada, poniéndole una vejiga de hielo sobre la fosa iliaca correspondiente, vejiga que debe llevar por espacio de muchas horas si el caso se presenta favorable, cuidando de que no haya interrupciones, que serían perjudiciales por la reacción que provocan; aunque la enferma esté sincopada y fría, nunca debe dar miedo el hielo, que es el mejor hemostático para este caso; y, sobre todo, no caer en la tentación de aplicar calor local ni en los pies, que es perjudicial en alto grado; todo lo más, puede ser útil un maniluvio caliente. No debe darse morfina para mitigar el dolor, porque podría aparentar una mejoría engañosa; una poción con hidratis y hacelina puede darse como coadyuvante del hielo. Tampoco debe administrarse suero ni tóxicos porque aumentando la presión arterial sostendrán la hemorragia, téngase presente que sólo la disminución de la tensión arterial puede ser salvadora. Aprovechando el tiempo que esto nos proporciona, prepararemos lo necesario para operar, si es preciso en la misma casa de la enferma.

La laparotomía inmediata está indicada siempre que el pulso, que momentáneamente se ha puesto frecuente y pequeño, no reaccione debidamente, sobre todo si en una hora se hace más frecuente, las pupilas se ponen dilatadas, la enferma siente opresión de pecho y dificultad respiratoria. *En este estado*

*no debe vacilarse en operar, aunque la enferma esté sin pulso; sólo esto puede salvarla; no debe temerse el choc, que nada tiene que ver con el choc de los traumatismos; estas enfermas soportan bien la anestesia general con mínimas cantidades de anestésico, porque apenas tienen sangre, y la operación no demanda más que 15 minutos. La única operación posible es la laparatomía con ligadura y extirpación de la trompa sangrante y vaciamiento rápido de la sangre derramada en el peritoneo, que todavía no estará coagulada, cerrando el vientre sin dejar drenaje. Ya durante la operación puede practicársele transfusión de sangre o inyecciones de suero (medio litro).*

La técnica seguida por algunos de dejar la sangre derramada en el peritoneo, aunque esté coagulada, con objeto de que se reabsorba y haga una autotransfusión lenta, la conceptuó inútil porque la lentitud de su absorción no nos saca del peligro de momento, pasado el cual ya no es necesaria; peligrosa porque con las maniobras de la laparotomía, la más ligera infección de esta masa sanguínea puede dar lugar a una peritonitis mortal. De este modo he salvado enfermas en estado desesperado, especialmente una en la que el pulso, contado por auscultación, porque en la radial no se percibía, daba 140 latidos por minuto y la respiración más de 50.

Si el caso no es tan apremiante, puede suceder que pasado este primer empuje serio no repita el ataque por muerte del embrión, y la enferma se reponga; en estos casos se apoyan los abstencionistas, pero tampoco en ellos nuestra conducta puede ser uniforme. Si el dolor no repite y la pequeña metrorragia cesa, nos abstendremos de operar, siempre que la colección del DOUGLAS sea pequeña; pero si ésta es grande y bien palpable, debe operarse pronto; la abstención es perjudicial porque quedarán adherencias peritoneales que llevarán a la enferma a un estado de molestias y dolores crónicos, aun contando con la reabsorción de la sangre; pero si ésta se infecta el caso será peor, obligando a una laparotomía, operación por anexitis séptica siempre grave, o a una colpotomía que puede dejar secuelas de molestias y esterilidad por adherencias tubarias. En cambio, la laparotomía hecha al principio, antes de la posible infección del coágulo, es benigna y no deja secuelas ni esterilidad si los otros anejos están sanos.

Si el dolor repite o si la metrorragia continúa, indiscutiblemente debe operarse por laparotomía, y cuanto más pronto mejor. La operación pronta tiene varias ventajas; aparte de que evita ataques sucesivos que pueden ser mortales o que cuando menos entrañan mayores pérdidas de sangre, es siempre más fácil y más rápida porque los coágulos no han contraído fuertes adherencias con el intestino y peritoneo, por lo cual son más fáciles de quitar sin que queden superficies denudadas sangrantes, evitando así el tener que dejar un drenaje; tiene también la inapreciable ventaja de que, pudiendo infectarse el hematocele si pasan muchos días, corremos el riesgo de operar precisamente estando latente ésta, sin que se haya manifestado todavía por síntomas ostensi-

bles, corriendo entonces gran riesgo de generalizar la infección o todo el peritoneo, como me ha ocurrido una vez, a pesar de dejar un drenaje de MIKULICZ.

Los casos ya antiguos, y sin temperaturas, se tratarán todavía como una anexitis quística molesta, por laparotomía.

Los casos febriles, sea cual fuere su fecha, se tratarán según las reglas de cualquier afección pelviana supurada, y, por tanto, por colpotomía o por incisión en el sitio que más asequible sea la colección hemática supurada.

Extirpada la trompa enferma y limpia la pelvis de coágulos, se presenta el problema de la conservación de los otros anejos y de la facultad reproductiva; pero al mismo tiempo surge la posibilidad de la producción de otro ectópico. Ambas cosas son posibles. En mis 70 casos, descontando los 10 operados por colpotomía y 4 muertes (una por neumonía y otras por circunstancias muy especiales), quedan 56; con la casuística siguiente:

|   |   |
|---|---|
| Histerectomía subtotal . . . . .  | 4 |
| Extirpación de la trompa opuesta . . . . .  | 5 |
| Salpingostomía por obturación del pabellón.   | 3 |
| Casos que tuvieron hijos posteriormente. . .  | 6 |
| (uno de ellos después de la salpingostomía).  |   |
| Casos en que se repitió el ectópico . . . . .   | 5 |
| (De estos 2 tuvieron hijos entre uno y otro ectópico, y uno de ellos tuvo después del primer ectópico 2 hijos, luego un ectópico reabsorbido espontáneamente, y luego el otro ectópico operado. |   |
| En uno pudo operarse antes de la ruptura . .  | 1 |
| Ectópicos de sólo un mes de fecha . . . . .   | 6 |
| Aborto uterino y aborto ectópico al mismo tiempo . . . . .  | 1 |
| Quiste fetal abdominal . . . . .  | 1 |

Los demás casos nada tenían de especial después de extirpado el anexo correspondiente.

En los 5 casos que repitió el ectópico, hubo 2 que

tuvieron hijos entre uno y otro, de modo que la conservación del anexo opuesto no fué infructuosa. Además, no poseo la estadística completa de las enfermas que han tenido hijos posteriormente, pero siendo por lo menos 6 entre 46 operadas (descontando los castradas totalmente), la proporción es aceptable ya para inclinarse siempre que sea posible a hacer una operación conservadora aun haciendo salpingostomías.

Una última cuestión se presenta. ¿Hay que dejar drenaje en una laparotomía por hematocele?

Nunca se puede ser sistemático en cuestión de drenaje peritoneal, pero tratándose de un hematocele la cosa queda muy simplificada desde el momento en que se opera en campo no infectado. En los casos recientes, cuando no se han organizado los coágulos ni ha habido fuertes adherencias, el campo puede quedar limpio y sin sangrar, y no hay por qué dejar drenaje; es la ventaja de operar prematuramente. Si se han tenido que romper fuertes adherencias, con tal que éstas no sangren después de comprimido el campo breve rato con gasas secas, tampoco debe dejarse. Pero si el campo sangra abundantemente y no es posible peritoneizar las superficies desnudas, el drenaje de MIKULICZ cumplirá dos fines: hemostasiar el peritoneo desnudo y evitar la nueva aglutinación de los órganos que convergen en él. Estas circunstancias no se dan con mucha frecuencia, y yo soy cada día más parco en drenar. Tomando los casos de los 10 últimos años, noto 20 ectópicos laparotomizados, en los primeros 5 años, con 6 MIKULICZ; en los últimos 5 años también 20 casos con sólo 4 MIKULICZ; las dos muertes de estos 40 casos (una de ellas de neumonía), llevaban precisamente drenaje abdominal (1). Por tanto, sólo en pocos casos será necesario el drenaje abdominal como medida de precaución.

(1) En el año 1928 he operado 1 caso por colpotomía y 3 por laparotomía sin drenaje, con éxito.

## NUEVA MODIFICACIÓN AL MÉTODO RAPIDO DE DEL RÍO HORTEGA

por el doctor

**DIEGO FERRER**

Profesor A. de Histología

con la colaboración de

**S. SIPER**

**V. LORDA**

internos del Laboratorio de Histología.

Convencidos de las indudables ventajas que presenta el método de DEL RIO, en la práctica diaria del laboratorio para el diagnóstico rápido de las neoplasias, lo empleamos casi continuamente, aplicando como coloración de fondo la solución de picro-fuchi-

na de van GIESON, que indudablemente dado el color oscuro que presentan los núcleos, es la que presenta mayor contraste.

Sin embargo, este método presenta un inconveniente fundamental, y que estriba en la pronta de-