

del saco, ó dejando en el interior de la bolsa un tubo de drenaje, ligando alrededor de este el cuello, y fijándolo con alfileres en la herida. Por estos medios pudieran hacerse con regularidad inyecciones antisépticas.

Estoy muy seguro de haber conseguido, por este plan de enucleacion, la estirpacion de quistes, que por cualquier otro método era peligrosa é incompleta. Recomiendo sus méritos á la atencion de los cirujanos, porque hay cierta clase de casos, cuando el pedículo es muy corto, en que tiene un valor inmenso. Algunas veces, firmes adherencias entre el quiste y las vísceras abdominales imposibilitan la estirpacion total de aquel; entónces debe estirparse la parte que pueda sacarse tirando de ella, coserse cuidadosamente á las paredes abdominales los labios de la porcion restante y cerrar la incision, escepto en su ángulo inferior, que debe mantenerse abierto por medio de hilas, ó de un tubo de vidrio, á través del cual puedan inyectarse flúidos desinfectantes, como en el drenaje ordinario, á fin de impedir la septicemia. Este procedimiento es una modificacion del de la incision ya mencionado. El epiploon puede hallarse adherido de tal modo que sea necesario estirparlo. Cuando esto implica una rotura considerable de sus vasos sanguíneos, puede efectuarse con el *écraseur*, tocando la estremidad que da sangre con el persulfato de hierro, ó el cauterio actual; ó puede amputarse y traerse fuera de la herida, como se hace con el pedículo.

Antes de proceder en la operacion al tiempo que sigue debe siempre examinarse escrupulosamente el otro ovario, para estirparlo desde luego, si da señales de degeneracion quística. Cuando existen quistes muy pequeños, cuyo volúmen no escede al de una avellana, por ejemplo, debemos incindirlos; pero si se encontraren otros de mayor tamaño, y la secrecion de sus paredes constituyere un derrame en el peritoneo suficiente para determinar peritonitis ó septicemia, deberán estirparse, pues una vez afrontados los graves peligros de la operacion, sería imprudente dejar el germen para el desarrollo de otro tumor.

Lavado del peritoneo.—Estirpado el quiste y detenida la hemorragia, se procede á extraer cuidadosamente todo el líquido contenido en la cavidad peritoneal, por medio de esponjas suaves empapadas en agua caliente, y esprimidas. Deben lavarse perfectamente, no sólo los intestinos y paredes del abdómen, sino tambien y con especialidad la pélvis. Este es un punto de gran importancia, que puede decidir la terminacion del caso, pues cualquier partícula de flúido que quede, se descompondrá, esponiendo á la enferma á los graves peligros de la septicemia y peritonitis.

Establecimiento del drenaje.—Que la peritonitis y la septicemia, las dos influencias mas funestas consecutivas á la ovariectomía, son debidas ámbas en mucha parte á la retencion en la cavidad peritoneal de sustancias en via de putrefaccion, es un hecho que en el dia no niega ninguno que conozca la operacion. Dichas sustancias pueden haberse

escapado del quiste, ántes ó en el curso de la operacion, ó consistir en sangre ó serosidad goteada de los vasos durante el procedimiento, ó algunas horas despues; ó provenir de un derrame de pus en el peritoneo á causa de un trabajo inflamatorio. Ha llamado la atencion de muchos ovariectomistas la importancia, no solamente de impedir la entrada de tales elementos en el peritoneo y de extraerlos ántes de reunir la abertura abdominal, sino tambien de darles libre salida durante el período de convalecencia. Peaslee introdujo el plan de dejar en el ángulo inferior de la herida un lechino de lienzo, con objeto de facilitar el drenaje, en caso de desarrollarse la septicemia; Koeberlé, no sólo introducía tubos metálicos en el abdómen, sino que abría el fondo de saco de Douglas y los introducía allí tambien, á fin de efectuar el drenaje por la vagina, plan que Sims ha recomendado con insistencia mas recientemente, como método por el cual puede disminuirse en alto grado el peligro de dichos estados.

La separacion del lechino de lienzo, fijo en los labios de la herida por sangre coagulada, suele ser difícil y dolorosa, y la introduccion de un cáterter ú otro tubo hasta el fondo de saco de Douglas, que viene á ser la parte mas declive del peritoneo, no siempre es posible, despues de haberse verificado una ligera efusion de linfa.

El drenaje por la vagina por medio de tubos introducidos hasta el peritoneo es, á mi juicio, lo que mas puede aumentar los peligros de la ovariectomía, por abrir una via para los flúidos pútridos del peritoneo, hasta el tejido celular pelviano. Yo lo he practicado dos veces y lo he visto practicar muchas mas, y fundo en los malos resultados hasta ahora observados en la práctica, la opinion que me merece.

En todos los casos, salvo cuando no queda absolutamente flúido alguno en el peritoneo, sigo la costumbre uniforme de introducir, precisamente encima del pedículo y hasta las profundidades del saco de Douglas, un tubo de drenaje de vidrio, (Fig. 187,) de 8 pulgadas de longitud y cuyo diámetro varía de $\frac{1}{2}$ á $\frac{3}{4}$ de pulgada.

Este tubo no debe introducirse cuando no queda líquido en la cavidad abdominal; y cuando existiere alguna duda, se colocará en posicion, manteniéndolo herméticamente cerrado. Si hay acumulacion de flúido, ó la hace probable la ligera exudacion por las adherencias rotas, se dejará destapado el tubo para dar salida á la sangre y serosidades. Si ningun aumento de la temperatura animal indica la absorcion séptica, sólo será necesario mantener el tubo en posicion hasta haberse disipado todo peligro; pero si la septicemia se hace manifiesta, se introduce tan adentro como sea posible un cáterter de goma elástica con su extremo cortado, el tubo de vidrio



FIG. 187.—Tubo de drenaje de vidrio, de Thomas.

se lleva hácia arriba una pulgada, y se inyecta suavemente, á beneficio de una jeringa de Davidson ó de fuente, un chorro de agua caliente que contenga 8 gramos de cloruro de sodio, ó 2 de ácido fénico cristalizado, por cada litro. No debe usarse la menor fuerza, inyectando libremente el agua, hasta que salga clara la corriente de retorno. Empleo siempre este método, excepto en los casos raros en que no queda flúido de ninguna clase en el peritoneo. El tubo se retira y vuelve á introducirse de vez en cuando, y, por lo comun, se deja en posicion ocho ó diez dias, aunque en algunos casos lo he dejado puesto mucho mas tiempo, sin que jamas haya observado que determine inflamacion (126).

Reunion de la herida abdominal.—Esta se efectúa por medio de dos series de suturas, una profunda, y otra superficial. La primera, compuesta de hilos de plata, se hace del modo siguiente. Se pasan los dos extremos de un hilo de plata por el ojo de una aguja larga, gruesa y derecha; y aferrando una de estas con unas pinzas fuertes portaguja, se la hace entrar por el peritoneo en uno de los lados cerca del borde de la incision, y salir por la piel como una pulgada distante de dicho borde; en seguida se agarra é introduce la otra aguja por el otro lado, de la misma manera, y hecho esto se asegura el hilo retorciéndolo. Si se desea emplear la sutura enclavizada, puede hacerse pasando del mismo modo un hilo de plata doble. Estas suturas profundas colocadas á media pulgada de distancia unas de otras ponen en contacto todo el espesor de la incision, desde el peritoneo á la piel, y favorecen la curacion por primera intencion.

Otro método escelente consiste en hacer penetrar en ámbas paredes del abdómen una aguja larga de mango fijo, y con una abertura cerca de su punta, armada con un asa corta de hilo de seda, segun recomienda Peaslee, y en cuya asa, ó en el ojo de la aguja, se fija un pedazo de alambre metálico que se lleva inmediatamente á su lugar.

Además de las indicadas, deben aplicarse suturas superficiales, ó alfileres como los que se emplean en la operacion del labio leporino, los que atravesarán la piel y el tejido areolar, sin interesar el peritoneo, y alrededor de los cuales se pasa un hilo en figura de 8.

Despues de esto debe rodearse el abdómen con tiras anchas y largas de esparadrápo, para contrarrestar el sacudimiento de los vómitos; y si hay alguna hemorragia al reunir los bordes de la herida en el abdómen, se colocarán debajo de aquellas, y sobre los músculos abdominales, compresas hechas con toallas dobladas. En seguida se cubre todo con una capa de algodón, suave y seca, se administra á la enferma una dosis de opio ó de una de sus sales, y se la abriga bien en la cama, manteniéndole calientes los piés, aun en tiempo de calor.

Tratamiento consecutivo.—Debe mantenerse en el cuarto una temperatura de 18° á 20°, y una ventilacion perfecta, no por el método desagradable de dar entrada al aire frio y húmedo, sino por el mas filosófico de espulsar rápidamente el aire viciado, lo que se efectúa me-

por por medio del fuego en la chimenea del aposento, sacando inmediatamente todo lo que emita mal olor, y con la limpieza general.

Una enfermera tranquila, atenta, y entendida en el uso del cáter, debe estar al cuidado dia y noche.

Debe combatirse el efecto de la operacion sobre el sistema nervioso con los medios enumerados como reglas generales del tratamiento, y administrando estimulantes, como el vino, la champaña, y el coñac, si se ve que empiezan á flaquear las fuerzas. La enferma se mantendrá además en perfecta quietud, tanto física como mental; se prohibirá toda conversacion, ó ruido en el aposento; se escitarán y alentarán las esperanzas de la enferma y se evitará todo esfuerzo muscular. La orina se evacúa á favor de la sonda durante cuatro ó cinco dias, y por espacio de diez ó quince se mantiene constipado el vientre por medio del opio. Es esencial á la seguridad de la enferma que se eviten los catárticos durante la época mencionada, pues el descuido de esta precaucion suele producir un desenlace funesto. Hace algun tiempo asistí á la estirpacion de un sarcoma quístico inmenso, practicada por el Dr. John O'Reilly, el cual hizo una incision que se extendía desde el cartilago sifoideo hasta el púbis, estirpando la masa despues de destruir numerosas adherencias. La enferma continuó perfectamente bien ocho dias, y se hallaba en vias de curacion, cuando insistiendo en que se la procurase un movimiento de vientre, y no accediendo su médico, tomó á ocultas una dosis de cremor tártaro. El purgante operó como un hidragogo, pero no fué su accion limitada, como ordinariamente sucede, sino que sobrevino una diarrea y pronto una disentería que mató á la enferma.

Al cabo de siete ú ocho dias la timpanitis puede requerir una evacuacion alvina, la que se procurará por medio de una lavativa de agua de jabón, ó de cocimiento de linaza, de manzanilla, ó de hinojo.

Una vez disipada la influencia del anestésico, se calman los dolores con el opio, administrado por la boca, por el recto ó subcutáneamente, en caso de ser mucho el sufrimiento. La alimentacion deberá consistir en leche, caldo de vaca, y papillas de harina con leche; y aun estas sustancias tan digestibles deben darse con precaucion y en pequeñas cantidades. Si hay tendencia á náuseas y vómitos, se administran terroncitos de hielo, que la enferma traga, ó deja fundir en la boca; recurriendo á la inyeccion hipodérmica de morfina, si dichos síntomas son tan graves que amenace la separacion de las suturas.

Los males que mas hay que temer como secuelas de la operacion son: en las veinte y cuatro primeras horas, hemorragia; del segundo al cuarto dia, peritonitis; desde que acaba el procedimiento hasta el tercero ó cuarto dia, postracion nerviosa, y del cuarto al décimo-cuarto, septicemia.

Cuando se ve que hay hemorragia, deben quitarse inmediatamente las vendas, compresas, etc., ligando firmemente el pedículo, ó tocándolo con el cauterio actual, si se halla fuera del abdómen; pero si se le ha

vuelto á la cavidad abdominal, no queda otro recurso que abrir la herida, ligar el vaso que da sangre, y limpiar la cavidad peritoneal. Es muy sensible esta necesidad, pero es el único recurso que ofrece probabilidades de buen éxito.

La septicemia, que, á mi juicio, el tiempo ha de demostrar que es la causa mas comun de la muerte despues de la ovariectomía, constituye, una vez establecida, un estado peligrosísimo. Precédenla desvanecimientos; escesaiva postracion muscular; inapetencia; mucha palidez; alta temperatura; pulso rápido, pequeño y muy débil; á veces un delirio tranquilo; sequedad de la lengua; y un olor agradable del aliento. La septicemia es probablemente el "estado tifoideo" tan frecuentemente mencionado despues de las operaciones, y es imposible dejar de sospechar que muchos, ó la mayor parte de los casos citados en las tablas del Dr. Clay como de conmocion ó colapso, en el quinto, sexto, sétimo y décimo dia, lo eran realmente de esta afeccion. En uno de mis casos desgraciados, á que he aludido, la enferma se encontraba bien en la noche del sétimo dia, y en la mañana siguiente sorprendióme su expresion agitada y maniática, y sus facciones cadavéricas; al examinarla, encontré todos los síntomas de septicemia, á la que sucumbió poco despues.

La gravedad de este accidente ha hecho que todos los operadores se esfuercen en descubrir los medios de impedirlo, ó de remediarlo; y aunque ya se han mencionado casi todos los métodos preventivos, la importancia de la cosa justificará que vuelva á presentarlos, como sigue:

- 1º. Limpiar perfectamente el peritoneo;
- 2º. Contener la hemorragia ántes de reunir la herida abdominal;
- 3º. Establecer el drenaje, siempre que sea probable la acumulacion de líquidos en el peritoneo;
- 4º. Momificar el muñon con el persulfato de hierro.

Como la septicemia es resultado, en primer lugar, de la descomposicion de líquidos en el peritoneo, y en segundo, de su absorcion, no es probable que se manifieste hasta pasados algunos dias, y puede sobrevenir de dos á tres semanas despues de la operacion.

El médico debe estar muy apercibido, para el desarrollo de la peritonitis y la septicemia, indagando constantemente todos los signos físicos y vitales que las caracterizan, y combatiéndolas en sus primeras manifestaciones con medios terapéuticos adecuados. Debe llevarse sistemáticamente un registro de pulso, temperatura animal, y número de respiraciones, anotando las tres cosas, por lo ménos, cada seis ú ocho horas, ó con mas frecuencia cuando un ayudante permanece con la enferma, aunque nunca con tanta que moleste ó fatigue á esta.

Despues de un intervalo de doce horas, como consecuencia del anestésico, de los vómitos que este determina casi siempre, y del efecto de una operacion quirúrgica de tanta importancia en el sistema nervioso, suele

elevarse el pulso á 110 y aun 120 pulsaciones, y la temperatura á 39° ó 40°; pero á medida que se disipan dichas causas de irritacion, el pulso y la temperatura bajan, fluctuando el primero entre 95 y 105 pulsaciones, y la segunda entre 37° y 38°, en el curso de la convalecencia.

Si en cualquier momento, salvo cuando acaban de disiparse los efectos inmediatos del anestésico y de la operacion, se elevare la temperatura gradual ó repentinamente á 39°, 40°, ó 41°, habrá motivos para temer que se esté desarrollando la peritonitis, ó la septicemia; siendo probable que sobrevenga la primera si ocurre en los cuatro dias que siguen á la operacion, y la última, si ocurre despues de dicho tiempo. Generalmente se observa una aceleracion simultánea del pulso, cualquiera que sea el estado morbozo que se esté desarrollando, y no debe olvidarse que los dos coinciden con frecuencia.

Ya he dicho que en todos los casos en que queda algun líquido en la cavidad peritoneal, ó se acumula allí despues de la operacion, yo tengo por invariable costumbre introducir hasta donde se pueda en el saco de Douglas el tubo de vidrio representado en la Fig. 187, á través del cual, cuando se eleva la temperatura, inyecto, una ó dos veces cada veinte y cuatro horas, agua caliente que contenga ácido fénico bastante para darle sabor y 8 gramos de cloruro de sodio por litro. Este método no ha producido nunca malos resultados, y aun cuando no se haya dejado un tubo en la herida, debe practicarse semejante inyeccion cada ocho horas, si la temperatura ó el pulso se elevan, manifestándose los otros síntomas de septicemia; pero sin el tubo introducido al tiempo de la operacion, es difícil, y á veces imposible, llegar hasta la parte mas declive del peritoneo, siendo este el motivo por que insisto en su empleo.

Los cuadros que siguen, formados por el Dr. Kuentzler, indican la variacion de temperatura en un caso de carácter gravísimo, en el cual estirpé ámbos ovarios, y demuestran las notables variaciones que pueden ocurrir.

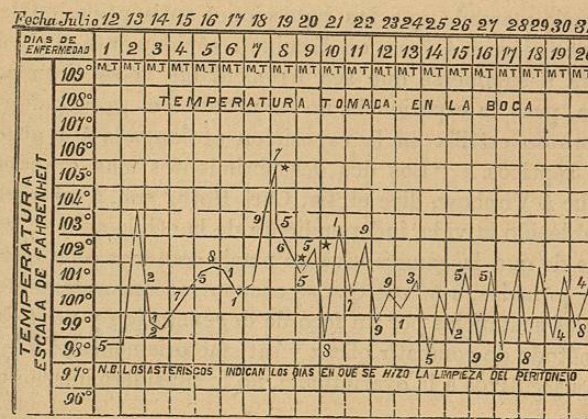


Fig. 188.

BIBLIOTECA
CASA DE MED. U. AMB.

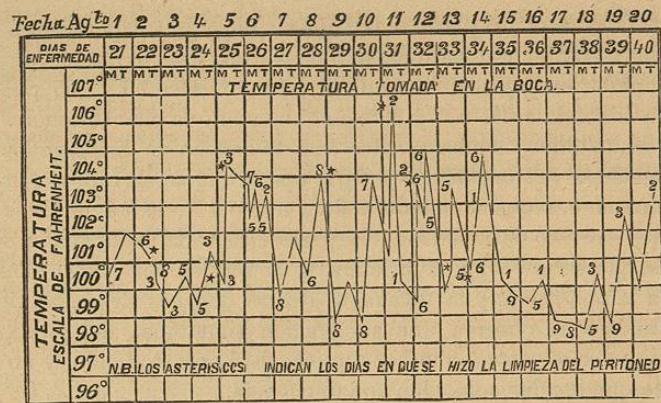


Fig. 189.

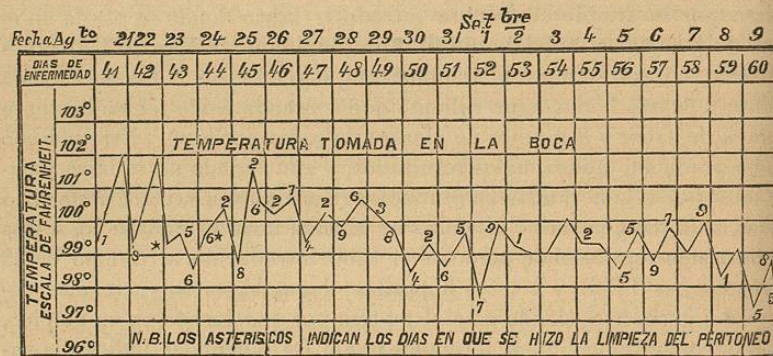


Fig. 190.

rir; hasta dónde puede ascender, curándose, sin embargo, la enfermedad y la influencia marcada que las inyecciones antisépticas en la cavidad del peritoneo ejercen á veces en disminuir rápidamente el calor animal.

No vaya á suponerse que sea irremediable la septicemia, una vez establecida, pues la esperiencia no lo prueba: el gran peligro de ese estado morbozo estriba en la esposicion prolongada á la absorcion de elementos sépticos. "Los dos descubrimientos mas grandes, que la ciencia debe á Virchow, dice el Dr. Carl Both,¹ son, á mi modo de ver, haber establecido la vida independiente de la célula animal, y el hecho importante de que la sangre viva no puede contener ó retener líquidos sépticos ó pútridos, á ménos que se encuentre constantemente alimentada de tales sustancias por un foco de degeneracion y podredumbre."

Este método de combatir eficaz y satisfactoriamente el mayor de los peligros consecutivos á la ovariectomía, no lo considero inferior en impor-

¹ Boston Gynecol. Journ., 1869, p. 356.

tancia á ningun otro adelanto introducido desde el descubrimiento de la operacion misma. Lo empezó el Dr. E. R. Peaslee, y hasta ahora, que yo sepa, no ha adquirido el rango legítimo que le corresponde.

Con respecto á dicho método, es importante conocer el efecto producido en su inventor por la esperiencia de quince años. En un artículo que escribió en 1870, llega á las conclusiones siguientes:

"1. Las inyecciones intra-peritoneales de agua tratada con el licor de Larbaraque, ó con el ácido fénico, ó, segun se ha explicado ántes, pueden hacerse con completa seguridad, despues de la ovariectomía, siempre que estén indicadas.

"2. Deben emplearse con objeto *curativo* en todos los casos de septicemia, ya desarrollada; y como *preventivo*, en aquellos en que se tema su desarrollo, por la presencia en la cavidad peritoneal de un líquido, cuya descomposicion la produzca.

"3. Empleadas de este modo reducirán la proporcion de muertes por septicemia consecutiva á la ovariectomía de $\frac{1}{6}$ (17 $\frac{1}{2}$ por 100) de todas las que mueren despues de la operacion á $\frac{1}{35}$ (2 $\frac{1}{5}$ por 100); y aumentarán el éxito medio de la ovariectomía de 70 á 74 ó 75 por 100.

"4. Nunca debe pensarse en inyecciones intra-peritoneales sino con objeto de extraer de la cavidad peritoneal algun líquido que haya causado ya la septicemia, ó la deba determinar indudablemente.

"5. En cualquier caso de ovariectomía en que se tema la coleccion de semejante flúido, puede con entera seguridad introducirse un lechino por dos ó cuatro dias, en el ángulo inferior de la incision.

"6. Por último, la septicemia sería mas rara despues de la ovariectomía, si ántes de reunir la herida se limpiase escrupulosamente de todo líquido la cavidad peritoneal por medio de esponjas."

Como mejor se evita la peritonitis, causa de la muerte en tres cuartas partes de todas las operadas que sucumben despues de la operacion, es dejando en la cavidad del peritoneo las ménos ligaduras posible; estrayendo toda sustancia putrescente, y manteniendo las vísceras abdominales en reposo; para lo cual se impiden las funciones de la vejiga y el recto, y se aplica un vendaje.

Si la peritonitis se desarrollare muy á los principios, y fuere evidentemente resultado de haber interesado de algun modo la operacion al peritoneo, y no de la putrefaccion de líquidos dejados dentro de su cavidad, se combatirán, sin pérdida de tiempo, por la administracion á larga mano y continuada del opio, segun el plan de Alonzo Clark. Se mantendrá el vientre en un estado riguroso de astriccion, y la enferma acostada de espaldas y en completo reposo, reduciendo la alimentacion á leche, y no administrando otro medicamento que el opio. Son encontradas las opiniones acerca del beneficio producido por las aplicaciones sobre el vientre, siendo la mia que los fomentos de trementina, las vejigas de hielo, y las cataplasmas calientes son igualmente perjudiciales; y aunque las últimas son muchas veces beneficiosas cuando la enfermedad está circunscrita á la pélvis, en los casos de peritonitis general parece ganar mucho la enferma con no usarlas.

Cuando la peritonitis se desarrolla despues de haber trascurrido cuatro ó cinco días, es probablemente efecto de la putrefaccion de líquidos y habrá que tratarla desde el primer momento con las inyecciones peritoneales. Tal es mi opinion, aunque la emito con no poca reserva. Si se manifiesta aun mas tarde, en el décimo ó duodécimo dia, por ejemplo, debe ser resultado del derrame en el peritoneo de flúidos enquistados, y habrá asimismo que combatirla por medio de las inyecciones, siempre que estas pueden practicarse sin abrir de nuevo la herida abdominal. Con objeto de evitar esta última necesidad, empleo yo tan generalmente un tubo de drenaje.

No puede darse regla fija en cuanto al tiempo en que deban quitarse las suturas, pues esto dependerá de la rapidez y perfeccion de la reunion; algunas de ellas pueden quitarse al sexto, sétimo, y octavo dia, cuando la herida se reúne por primera intencion. Se debe tener siempre mucho cuidado, sin embargo, quitándolas sólo de aquellos puntos donde la reunion se haya efectuado con solidez, y sosteniendo firmemente el abdómen despues con tiras de esparadrapo. Cuando se emplea el *clamp*, ó cuelga fuera del abdómen la ligadura, se quitarán tan pronto como, á consecuencia de esfacelo, no afiancen ya nada y se caigan, pero sin ejercer en ellos traccion. Recientemente se refirió ante una sociedad de Lóndres, un caso, en el cual la separacion demasiado prematura del *clamp* había determinado una eventracion rebelde de un asa intestinal, que produjo una peritonitis funesta. Este caso sirvió de testo á Mr. Wells para ponderar la necesidad de que se dejase siempre puesto el *clamp* hasta que estuviese á punto de caerse, lo que sucederá generalmente del octavo al décimo dia.

Debe precaverse á la enferma que no se levante demasiado pronto despues de la convalecencia; y aun cuando ya pueda andar de un lado para otro es necesario que evite cuidadosamente todo esfuerzo violento, debiendo por espacio de uno ó dos años usar un corsé abdominal bien adaptado, como preventivo contra la hernia ventral. Este accidente ha ocurrido en dos de mis casos, separándose las paredes abdominales, cosa de 4 pulgadas, y quedando los intestinos sostenidos solamente por la piel, el tejido areolar y el peritoneo. En un caso estos últimos cedieron á la presion, y un año despues de la ovariectomía salió un tumor del tamaño próximamente de un riñon, con una masa de epiploon adherida (127).

CAPÍTULO XLVII.

ENFERMEDADES DE LAS TROMPAS DE FALOPIO.

Anatomía.—La identidad de estructura de los oviductos ó trompas de Falopio, y la matriz, podrá apreciarse por el estudio de la formacion de estos órganos en embrion, segun han sido descritos por investigadores modernos, y sobre todo por Leukart, Thiersch, y Kölliker.

En las paredes del cuerpo de Wolff, situado, en el embrion femenino, cerca de los riñones, y en cada lado, se desarrolla un conducto estrecho cuya parte inferior termina en los dos ángulos del útero, mientras que su estremidad mas distante ejecuta "un movimiento rotatorio de adelante atras, y de arriba abajo, hallándose todo, junto con los ligamentos ováricos y redondos, envuelto en dobles repliegues del peritoneo, que crecen simultáneamente con las partes mismas, llegando á constituir por último los ligamentos anchos del útero."¹ Al encontrarse estos canales en la línea media se confunden formando la parte inferior de la matriz y toda la vagina, hasta el hímen. El arco del fondo se forma despues con toda probabilidad por la fusion progresiva de abajo hácia arriba, aunque esto es algo dudoso. Thiersch,² que ha hecho sus investigaciones en embriones de ganado lanar, cree que se verifica de abajo hácia arriba; mientras que Kölliker, que espermentó en los de ganado vacuno, opina que empieza por el centro; y el Profesor Dohm, cuyas observaciones fueron hechas en embriones de zorras, ovejas, puercas, y ganado vacuno, concluye que principia entre el tercio medio y el inferior, estendiéndose hácia arriba y hácia abajo. Todo esto ocurre muy en el comienzo de la vida embrionaria, completándose, segun Dohm, á fines del segundo mes. Esta identidad de estructura hace que exista naturalmente una simpatía íntima entre dichos órganos, tanto en la salud como en las enfermedades.

¹ Treatise on Human Physiology, por J. C. Dalton, p. 645.

² Transac. Insbruck Convention, por el Profesor Dohm, de Marburg. Obstet. Journ., vol. iii, p. 167.