

dean ; y porque el peritoneo abdominal no estará preparado para un contacto extraño como lo está por el roce de un gran tumor cuando se ha de apelar á la ovariectomía.

4. Si bien se justifica este recurso quirúrgico para impedir la menstruación en caso de no existir la vagina y el útero, es muy dudoso que de la operación resulte ventaja cuando se trate de remediar el mal ocasionado por grandes fibroides.

5. La extirpación de los ovarios, si ha de practicarse bien, requiere mayor destreza quirúrgica que la ovariectomía.

## CAPÍTULO LIII.

### EMBARAZO EXTRAUTERINO.

Es evidente que el reducir á los estrechos límites de un capítulo un asunto que por sí sólo necesitaría un tomo si hubiera de tratarse con la extensión que merece, supone la precisión de tocar superficialmente los puntos esenciales nada más.

Hasta podrá pensarse que este asunto está fuera de lugar en una obra sobre ginecología, debiendo corresponder solamente á la obstetricia ; pero, al admitirlo en el presente libro, pruebo que no soy de ese parecer. La gestación ectópica, por más que teóricamente sea del dominio del obstétrico, en realidad requiere casi siempre la intervención del ginecólogo, por cuanto en esos casos la preñez suele no conocerse, suponiendo que lo que hay es algún tumor pelviano ó enfermedad uterina ú ovárica de difícil determinación. Es muy frecuente el tener que diferenciar esos embarazos para no confundirlos con diversos desarreglos que luego se citarán ; y hasta para su tratamiento hay que conocer los recursos de la ginecología tal vez más que los de la obstetricia.

*Definición y sinonimia.*—Embarazo extrauterino y gestación extrauterina ó ectópica significan la fijación y desarrollo del huevo fuera de la cavidad de la matriz.

*Variedades.*—Son muchas las de la gestación anormal que se presentan á la consideración del fisiólogo y del patólogo ; pero las que interesan al ginecólogo son tres : el embarazo tubario, el intersticial y el abdominal ; pues el tubo-ovárico, el tubo-abdominal, el ovárico y otras variedades no alcanzan á precisarse en el diagnóstico, mientras que aquellas tres pueden diferenciarse entre sí por signos racionales y físicos, permitiendo al médico en ciertos casos decidir sobre la conveniencia de apelar á los recursos quirúrgicos. Por consiguiente, sólo de esas tres variedades se tratará en este capítulo.

El embarazo tubario, que es la variedad más peligrosa de la gestación extrauterina, consiste en la detención y desarrollo del huevo en la



trompa de Falopio. Puede ocurrir que en vez de desarrollarse el huevo precisamente dentro de la trompa lo haga en su porcion franjeada que abraza el ovario.

El embarazo intersticial consiste en que el huevo se detiene en la porcion uterina de la trompa. Al adherirse y desarrollarse en ese punto, distiende el parénquima de la matriz, hasta que el huevo ya aumentado de volúmen sale en parte hácia la cavidad uterina y en parte hácia la abdominal.

En el embarazo abdominal sucede una de estas dos cosas: ó la trompa que contiene el huevo se suelta de su insercion ovárica, cayendo en la cavidad abdominal y permaneciendo en ella mientras el huevo contrae adherencias en el peritoneo y se desarrolla; ó, como algunos lo creen posible, el huevo se desprende de la trompa y, nutriéndose á espensas del peritoneo, se desarrolla sin depender de la mucosa uterina estendida á toda la cavidad de las trompas.

*Etiología.*—Es un hecho universalmente reconocido, que en la mujer, lo mismo que en las hembras de especie inferior, la fecundacion del óvulo se efectúa á menudo en el ovario ó cerca de él. En algunos casos hay obstruccion tubaria que impide el paso del huevo hácia el útero, ya porque una inflamacion reduzca el calibre del conducto, ya por la interposicion de un pequeño tumor, ó de linfa espesa introducida en la trompa á causa de una peritonitis pelviana. Al ponerse en contacto con una membrana mucosa muy semejante á la uterina, el huevo se adhiere á las partes contiguas, forma una placenta y se va desarrollando. Hay en patología muchos puntos acerca de los cuales no tienen derecho á dar opinion sino quienes hayan hecho por sí mismos mas ó ménos investigaciones directas. Uno de esos puntos es la patología del embarazo estrauterino, y aunque mi esperiencia con relacion á él es bastante estensa, como luégo demostraré, me tengo que expresar con mucha indecision.

Si bien el embarazo estrauterino se ha dividido por los patólogos en abdominal, tubario, ovárico, intersticial, tubo-abdominal y tubo-ovárico, parece sumamente improbable que en el momento de fecundarse el huevo pueda adherirse á cualquier tejido que no sea la mucosa uterina, tan especialmente dispuesta para ello. Sin embargo, una vez principiado el desarrollo del huevo fuera del lugar á propósito, pronto invade el espacio ocupado á su alrededor por el omento, el peritoneo, etc., y obliga á estos á que le nutran.

*Patología.*—Cuando el huevo se detiene en una de las trompas, se desarrolla rápidamente y procura formar como una matriz que contenga á la criatura. Pero la estructura muscular de las trompas, siendo deficiente en comparacion con la del útero, aunque se estiende para alojar el contenido, se va adelgazando gradualmente por efecto de la distension que sufre, hasta que al fin del primero, segundo ó tercer mes se suele romper, dando lugar á que el contenido del huevo, y

mucha sangre de los vasos tubarios rotos, penetren en la cavidad peritoneal.

Así se forma un verdadero hematocele, que generalmente produce el decaimiento y la muerte de la mujer, y que raras veces desaparece por reabsorcion de la sangre y encapsulacion ó espulsion del feto. Dice Veit<sup>1</sup> que como una quinta parte del total de casos de hematocele provienen de la rotura de la trompa cuando hay embarazo tubario, y que en tales circunstancias el restablecimiento de las enfermas es mucho mas comun de lo que generalmente su supone. No soy de su opinion en cuanto á la frecuencia de esa causa del hematocele, pero tengo la certeza de haberlo visto producirse de ese modo, y tambien he presenciado el restablecimiento de la paciente. Estos casos de hematocele son los que Barnes clasifica como "cataclísmicos." Generalmente la violencia de su primer ímpetu les da derecho á ese adjetivo; pero lo mas probable es que algunos de los que se produzcan en los primeros períodos de la gestacion se desarrollen con ménos fuerza y no con síntomas tan abrumadores.

Hecker da cuenta de 45 casos de embarazo tubario. En 26 de ellos ocurrió la rotura de la trompa en el primer mes; en 11 casos, la rotura se produjo en el tercer mes; en 7 casos, al cuarto mes; y, en 1 al quinto mes. Spiegelberg<sup>2</sup> cita un caso en que el huevo llegó á desarrollarse por completo dentro de la trompa.

El embarazo intersticial es mucho ménos frecuente y peligroso que el tubario, por ser mucho mayor la posibilidad de que el huevo alcance su completo desarrollo; y si bien puede producir la muerte por la rotura de la trompa, tambien puede, como sucedió en mi 14º caso, vaciarse en el útero y salir por los conductos naturales. El Dr. Lenox Hodge logró descubrir uno de esos embarazos de término completo; incindió la capa de tejido que cerraba el paso del feto al útero, y todo terminó favorablemente.

Aunque el embarazo abdominal no ofrece tan grandes peligros como la gestacion tubaria ó intersticial, constituye una anomalía grave que comunmente ocasiona la muerte. Cuando el huevo se desarrolla en la cavidad de las trompas ó en su porcion uterina, los tejidos de este conducto no pueden resistir la gran distension á que se hallan sometidos y acaban por romperse. Pero cuando el huevo crece en el abdómen, entónces tiene abundante espacio en que desarrollarse; y la placenta, al buscar nutricion, acude á las paredes de la vejiga, al omento, á los intestinos ó á cualquiera parte del peritoneo. En esta forma de embarazo estrauterino, puede suceder: 1º, que el feto anormalmente colocado y nutrido muera en los primeros meses, se enquiste y al cabo de algun tiempo salga por el recto, la vejiga ó las paredes abdominales; 2º, que el embarazo cumpla los nueve meses, haciendo entónces la na-

<sup>1</sup> Deutsche Zeit. für prakt. Med., No. 49, 1878.

<sup>2</sup> Arch. f. Gyn., Bd. i. p. 406.



turala un continuado esfuerzo para producir el parto, aunque sin lograrlo por falta de vía abierta, enquistándose luego la criatura con sus anejos y quedando así por espacio de años, sin ocasionar esto daño alguno ulterior; 3º, que el feto encerrado produzca, como si fuera un cuerpo extraño, la supuración en sus cubiertas y quede rodeado de pus en vez de líquido amniótico; ó bien que el líquido amniótico sea reabsorbido, dejando que los huesos fetales rocen contra las paredes del huevo y á manera de activo irritante ocasionen la formación de pus, llegando de este modo á producir fiebre hética por la absorción de materias sépticas.

Hecker averiguó que de 132 casos de embarazo abdominal habian terminado favorablemente 76. La curación se efectuó en 28 casos por la expulsión del feto por el ano; en 17 casos, por la formación de litopedios, ó sea petrificación del feto; en 15 casos, por eliminación á través de la pared abdominal; en 11, por la laparotomía; en 3 por la incisión vaginal; y en 2, por causas indeterminadas. La fiebre ocasionó la muerte en 18 casos; la peritonitis, en 12; las operaciones, en 12; la rotura y hemorragia, en 7; los vómitos fecales, en 2; la hidropesía, en 1; y causas indeterminadas la ocasionaron en 4 casos.

*Causas de la muerte.*—Esta puede sobrevenir, en los varios casos de embarazo extrauterino, por estas causas:

Paresis violenta;  
Hemorragia;  
Septicemia;  
Peritonitis;  
Fiebre hética;  
Perforación de vísceras importantes ocasionada por los huesos.

*Síntomas.*—La preñez extrauterina suele sospecharse por uno de estos motivos:

1. La mujer, después de faltarle las reglas uno, dos ó tres meses, de pronto siente síntomas de hematocele, dolores muy fuertes en la pelvis, desmayos, frío en las estremidades, sudor frío y copioso en la cara, pulso rápido y débil, y náuseas. La paciente muere de una gran paresis nerviosa, de hemorragia, de peritonitis ó de septicemia; ó se restablece, considerándose entonces equivocado el diagnóstico de embarazo, y creyéndose que la enferma se ha repuesto de un hematocele debido á la supresión temporal de las reglas.

2. Suponiéndose embarazada la mujer, le ocasionan alarma alguno ó varios de estos síntomas anormales: expulsión irregular, inmoderada y repentina de excesivas cantidades de sangre; crecimiento rápido y desproporcionado del hipogastrio; dolor sordo y molesto fijo en una de las fosas ilíacas, ó también extendido á los muslos, que luego va haciéndose paroxismal y espasmódico.

Entonces no se sospecha la gestación anormal, pero sí algún otro

desarreglo; por lo que se procede á examinar los signos racionales y físicos. Si el exámen se efectúa después de rota la cápsula que hace las veces de útero y haya pasado su contenido á la cavidad peritoneal, se notarán los signos físicos comunes del hematocele, cuya enumeración consta en el capítulo dedicado á ese asunto.

*Signos físicos.*—A más de los síntomas mencionados y que indican la conveniencia de apelar al exámen físico, suele encontrarse que el útero está aumentado de volumen, levantado en la pelvis y empujado hácia adelante ó lateralmente por un tumor situado detrás ó á un lado de la matriz; y que ese tumor se halla casi fijo, muy poco sensible á la presión y con un grado particular de hiperemia que hace se presente exagerado el color violáceo que toma la vagina durante la gestación. Crece con mucha rapidez; tanto, que en una semana de observación puede notarse bastante su aumento de volumen.

El tumor por sí solo no constituye suficiente motivo para diagnosticar la gestación ectópica; pero sí cuando el tumor pelviano crece con rapidez y va acompañado de síntomas gástricos y mamarios de embarazo, falta de las reglas, aumento de volumen del útero, color violáceo de la vagina y movimiento de peloteo del tumor.

*Diagnóstico diferencial.*—El embarazo extrauterino puede confundirse más comunmente con estos estados patológicos:

Fibroma y quiste fibroso uterino.  
Quiste ovárico y del ligamento ancho.  
Hematocele.  
Útero doble ó bicorne con preñez de un lado.  
Embarazo normal con retroflexión.  
Tumores pelvianos.

En estos casos el útero se halla tapizado por la caduca y está casi tan engrosado como en el embarazo normal. Antes de formar opinión decidida suele ser prudente ensanchar el canal cervical por medio de dilatadores, á fin de poder introducir el dedo hasta el fondo de la matriz. Esto será dañoso si existe embarazo normal, pero siendo tan urgente la necesidad de precisar desde luego el diagnóstico, se habrá de aceptar la desventaja de ese proceder.

Cuando la dilatación del cuello uterino haya permitido cerciorarse de que no hay embarazo normal, al mismo tiempo que existan todos los síntomas de la gestación con notable aumento de volumen y reblandecimiento de la matriz, quedarán más afirmadas las probabilidades de que haya embarazo extrauterino. Pero todavía se habrá de diferenciar éste de los estados patológicos antes citados; lo cual suele ofrecer gran dificultad, pues en algunas ocasiones no se logra sino después de investigar con gran cuidado, paciencia y oportuno detenimiento. También puede suceder que mientras se estén haciendo esas investigaciones sobrevenga la rotura de la cápsula fetal extrauterina y haga terminar funestamente el caso.



Algunas veces se percibe al tacto el peloteo, tan perfectamente como en el embarazo normal, y esto nos ayuda á diagnosticar con certeza; en otros casos, el aspirador resuelve las dudas; y en otras ocasiones, por ejemplo cuando no se sabe si lo que hay es quiste del ligamento ancho ó embarazo extrauterino, la incision del saco hecha con el cuchillo candente facilitará á un mismo tiempo, satisfactoriamente, el diagnóstico y el tratamiento.

Los tres casos que voy á citar son ejemplo de las dificultades que se presentan y del modo de hacer el diagnóstico en circunstancias como las referidas.

CASO 1.—La Sra. de A. dejó de menstruar repentinamente; por espacio de tres meses tuvo náuseas y vómitos; se le presentó un dolor que desde la pélvis se le estendió á uno de los muslos, y llegó á sentirse tan débil y estenuada que no podía tenerse en pié. Desde Peckskill vino á verme, y al examinarla hallé que el útero estaba elevado y empujado lateralmente por un tumor fluctuante situado en una de las fosas ilíacas. Tuvimos consulta Fordyce Baker, Noeggerath y yo, sin que pudiéramos decidir si lo que habia era amenorrea con quiste del ligamento ancho ó embarazo tubario. Siendo necesario tomar una resolucion inmediata, abrí las paredes vaginales con el termo-cauterio de Paquelin y encontré un quiste del ligamento ancho.

CASO 2.—La Sra. de B. se nos presentó á Marion Sims y á mí, quejándose de dolores en la fosa ilíaca izquierda é irregularidad de la menstruacion. La exploracion manifestó que el útero estaba empujado hácia arriba y á un lado por un tumor adherido á la trompa izquierda. Entónces ocurrió la duda de que hubiera embarazo intersticial ó producto inflamatorio del ligamento ancho. Decidimos ensanchar bien el canal cervical, é introduciendo el dedo hasta el fondo del útero pudimos cerciorarnos de que existia la afeccion del ligamento y no embarazo.

CASO 3.—Me consultó la Sra. de C., que padecia de un tumor blando y fluctuante situado detras de la matriz, con supresion de las reglas. Tuve duda de que existiera un quiste ovárico fijo, un hematoma, ó embarazo abdominal. La gravedad de los síntomas no me permitia aplazar la resolucion del asunto; hice pasar por la masa una fuerte corriente interrumpida que habria dejado sin vida al feto si lo hubiera habido; pero resultó ser un hematoma, que mas tarde hubo de salir por el recto.

Siendo de gran importancia la fijacion del diagnóstico, generalmente conviene apelar á pruebas decisivas; las cuales no son muy peligrosas cuando no hay embarazo, y pueden efectuar la curacion en caso de haberlo.

Es frecuente que se culpe al médico por no haber diagnosticado con acierto en los casos en que de un modo repentino ocurre la muerte ocasionada por la rotura del saco fetal. El médico que apoye tal in-

culpacion demostrará su falta de esperiencia y de lealtad profesional. Muchas veces resulta que en esos fatales casos no se observa nada sospechoso; y generalmente nada se presenta que permita juzgar de una manera decisiva, aun despues de haberse escitado las sospechas.

*Sintomas de próxima rotura del saco.*—La parte en que está contenido el feto y que hace las veces de útero, empieza á contraerse; los pequeños esfuerzos semejantes á los uterinos van en aumento; se presenta un flujo del cuello de la matriz, y muy comunmente se espulsa un trozo pequeño de membrana caduca. Estos síntomas pueden hacer suponer indicios de aborto, dejando el médico que el caso continúe su curso, hasta que de pronto aparecen los síntomas de la rotura del saco y entónces averigua la verdad el médico, ó por lo ménos le hacen sospechar lo que realmente existe.

*Distincion de las variedades del embarazo extrauterino.*—Nada mas fácil en una descripcion escrita, ó esplicando en el aula, que indicar los medios de distinguir las principales variedades de la gestacion ectópica ó sean la abdominal, la intersticial y la tubaria. Pero, como lo reconocerá todo médico de esperiencia, nada es mas difícil que precisar esa distincion á la cabecera de la enferma. En términos generales puede decirse que la forma intersticial es muy rara, que el tumor consiste en un engrosamiento irregular del cuerpo del útero, que el tumor se mueve al moverse la matriz, y que ésta se halla en estado de vacuidad; que el embarazo tubario produce un abultamiento al lado del útero, notándose mas generalmente que en las otras formas el peloteo, y apareciendo el tumor algo separado de la matriz, sin que el movimiento de ésta ó de aquél se correspondan recíprocamente; y que el embarazo abdominal suele descubrirse tarde, esto es, cuando ya pueden notarse en el abdómen los movimientos de la criatura, mientras que no se halla nada en la cavidad uterina.

No pretendo afirmar que esas diferencias hayan de considerarse como medios universales y seguros para establecer la distincion de las tres variedades de embarazo ectópico. En realidad, nadie que tenga larga práctica ofrecerá medios seguros para tal cosa, pues la esperiencia le habrá enseñado que no existen. He visto dos casos de gestacion intersticial, y de lo observado en ellos he aprovechado gran parte al tratar aquí de los signos para el diagnóstico de esos embarazos.

*Pronóstico.*—Cualesquiera que sea la forma, el período, ó las circunstancias relacionadas del embarazo extrauterino, el pronóstico es grave; y el hecho de que se salven algunas mujeres no contradice esa afirmacion. En el embarazo abdominal es mas favorable el diagnóstico cuando se ha efectuado la adhesion por haber muerto el feto y haberse producido inflamacion entre la pared del saco y el peritoneo parietal; y es ménos favorable cuando no hay adherencia y la cavidad peritoneal se halla libre en la parte inmediata al saco. Es mas favorable en el embarazo intersticial que en el tubario, y ménos, con mucho,



en el puramente tubario. En éste es mas desfavorable si el feto está vivo que si ya ha muerto. Kiwisch<sup>1</sup> dió cuenta de 100 casos de embarazo extrauterino, con 18 curaciones; y Puech cita 100 casos de embarazo tubario, 98 de rotura de la trompa, 2 de rotura de la vena del ligamento ancho, con 1 curacion; 199 casos de eliminacion del feto en las formas ovárica y abdominal, con 146 curaciones. (Véase Courty, p. 996.)

Respecto á mi propia esperiencia en este punto, la siguiente tabla da cuenta de todos los casos que he conocido:

No. del caso.	Con quienes los he visto.	Variedad.	Medios adoptados para su curacion.	Terminacion.
1	Dr. Mouraille.	Tubaria.	.....	Muerte por rotura.
2	Dr. Henschel.	Tubaria.	Aspiracion, por Thomas.	Muerte por septicemia.
3	Dr. Henschel.	Tubaria.	.....	Muerte por rotura.
4	Dr. Giberson.	Tubaria.	.....	Muerte por rotura.
5	Dr. J. L. Brown.	Tubaria.	Aspiracion, por Thomas.	Muerte por rotura.
6	Dres. Green y Crane.	Tubaria.	Elitrotomía, con el cuchillo galvanocáustico, y extraccion del feto, por Thomas.	Curacion.
7	Dres. Coates y Baker.	Abdominal.	Laparotomía, por Thomas.	Curacion.
8	Dr. Ch. Young.	Abdominal.	Laparotomía, por Thomas.	Curacion.
9	Dr. J. Hadden.	Abdominal.	Laparotomía, por Thomas.	Curacion.
10	Dr. W. J. Walker.	Abdominal.	Espulsion por la vagina.	Curacion.
11	Dr. Olcott.	Abdominal.	Espulsion por el recto.	Curacion.
12	Dres. Barker, Fisher, Lusk y Metcalfe.	Tubaria.	.....	Muerte, por rotura.
13	Dr. Green.	Intersticial.	.....	La paciente murió años despues, de pulmonía.
14	Dres. Emmet y McBurney.	Intersticial.	Muerte del feto por la corriente eléctrica, y espulsion por el útero.	Curacion.
15	Drs. Peaslee y Jauvrin.	Abdominal.	Incision, por el Dr. Peaslee.	Muerte por septicemia.
16	Dr. W. Frankel.	Abdominal.	.....	Vive aún la paciente.
17	Dr. Harrison.	Abdominal.	Se está aplicando ahora la corriente eléctrica.	Vive la paciente.

De estos 17 casos hubo 2 de embarazo intersticial y ámbos terminaron favorablemente; 7 de embarazo tubario, con 1 curacion; 8 de embarazo abdominal, con 5 curaciones; y 2 eran todavía dudosos al formarse la precedente tabla. De los 17 casos, 10 terminaron por la curacion y 7 por la muerte. En cuanto á las dos pacientes que aun vivian, no podia asegurarse que fuera enteramente cierto el diagnóstico de sus respectivos casos, y, por tanto, no podia tampoco predecirse que hubieran de terminar fatalmente. Nueve mujeres, de las 17 fueron

<sup>1</sup> Spiegelberg, Lehrbuch der Geb. Hülfe, 1877, p. 323.

sometidas á procedimientos quirúrgicos; 6 de ellas se curaron, y 3 murieron.

*Tratamiento.*—Al hablar del tratamiento de la gestacion extrauterina, siento gran deseo de evitar hasta la apariencia de dogmatismo. De todas las cuestiones obstétricas y ginecológicas no hay una acerca de la cual se hayan resuelto ménos puntos bien establecidos y sobre la cual difieran mas las opiniones de los médicos experimentados. A un lado figuran profesores hábiles poco dados á innovaciones, quienes parecen creer que, como regla general, debemos tener calma y aceptar sin esfuerzo ni resistencia las probabilidades del resultado funesto que ofrecen estos casos. Por otra parte hay prácticos entusiastas que propenden mucho á aplicar los recursos quirúrgicos, y que hasta quisieran hacer la laparotomía en cuantos casos lo consintiera el diagnóstico. En un terreno equidistante de esos extremos es en donde el cirujano prudente halla la situacion que le corresponde.

Reconozcamos desde un principio, que tanto si permanecemos inactivos como si aprovechamos los recursos quirúrgicos, siempre será muy probable que terminen mal los embarazos extrauterinos. Asegúrese todo cirujano de que no evita una operacion peligrosa por temor al mal efecto que pueda esperarse de un resultado funesto, y que él quisiera evitar dejando morir á la paciente sin intentar ningun remedio de esa clase.

El que no pueda sufrir censuras injustas y antipatías inmerecidas sin quejarse, no ha nacido para cirujano, pues esa es una de las grandes funciones de su vida; y considerando la grave responsabilidad que impone el tratamiento del embarazo ectópico, todo profesor incapaz de sobrellevarla debe dejar el puesto á quien pueda hacerlo. En estos casos, tanto ó mas que en cualesquiera otros, no hay consideracion personal ni interés particular que no deba sacrificarse al bien de la paciente.

Lo que sí puede darse por establecido en el tratamiento de la gestacion ectópica, es que el no apresurarse á operar para extraer el contenido del saco fetal siempre ofrece ménos peligro que el acudir desde luego á la operacion. Pero igualmente ha de admitirse, que en algunos casos puede ser peligroso esponer á la enferma á las consecuencias de un aplazamiento; el cual estará justificado cuando lo aconseje la prudencia, así como será culpable cuando lo ocasione la timidez é indecision del facultativo.

La única manera de esponer este asunto debidamente, es suponiendo ciertas condiciones muy diferentes entre sí que pueden presentarse en los casos de embarazo extrauterino.

(a.) Cuando el tumor esté bajo en la pelvis y se perciba su fluctuacion, despues de bien establecido el diagnóstico de la gestacion extrauterina, se deberá producir la muerte del feto por los medios mas seguros y ménos peligrosos que sean posibles. Para esto hay tres métodos: