zas. MAYGRIER (1) contaba, por 17 casos que reunió (en 1876) 15 muertes de la madre, ó sea una mortalidad de 88,2 por 100; 10 veces la muerte de la mujer fué causada por hemorragia, que ó bien se presentó en el acto de la incisión, por hallarse la placenta adherida por su cara anterior y haber sido interesada al practicar la abertura del quiste, ó bien se produjo en el curso de la operación como consecuencia del desprendimiento de la placenta, ó bien, por último, tuvo lugar durante los días que siguieron á la intervención, cuando se había verificado el desprendimiento espontáneo de los fragmentos de la placenta. En cuanto á los fetos, 9 de ellos murieron en las primeras cincuenta horas y nada se dice de la suerte de los 8 restantes.

Limitándose á los casos publicados desde 1880 á 1886, WERTH (2) ha hallado 8 observaciones, según las cuales 7 muertes lo son de la madre, y únicamente 3 de los fetos; sin embargo, muy pronto 2 de éstos murieron de un modo rápido. En cambio conservábanse 2 niños en perfecto estado de salud á la edad de tres meses (3).

Más recientemente ha reunido HARRIS (4) 30 casos de laparotomía *primitiva*, es decir, practicada anteriormente á la muerte del feto con intención de salvar á éste lo mismo que á la madre, y ha encontrado, hasta 1880, 20 casos con 1 único éxito para la madre y 10 (más ó menos duraderos) para el niño. Desde 1880 á 1888 cuenta 10 observaciones, de las cuales 4 lo fueron de éxito para la madre y 6 para el niño.

Desde la citada época, esta cuestión presenta un aspecto algo diferente. He aquí los casos, en su gran mayoría seguidos de éxito, que posteriormente al trabajo de WERTH (1886), han sido publicados: LAZAREWICZ (5), BREISKY (6), BRUEHL (7), JOHN WILLIAMS (8),

(1) MAYGRIER. *Terminaisons et traitement de la Grossesse extra-utérine.* Tesis de agreg., París, 1886.

(2) WERTH. *Loc. cit.*, p. 142.

(3) NORMANN. *Norsk Magaz. f. Lægevidenz.* 1880, Bd. X.—NETZEL. *Hygiea*, abril, 1881.

(4) R. HARRIS. *Extra-uterine Pregnancy treated by Cystectomy*, etc. (*Amer. Journ. of med. Sciences*, sept. 1888, t. II, p. 262).

(5) LAZAREWICZ, de Kharkoff, (*Vrach*, San Petersburgo, 1886, t. VII, p. 76-115, anal. en *Répert. univ. d'Obst. et de Gyn.*, julio, 1886, p. 277): extirpación total del saco; mujer curada; el niño vivió 21 días.

(6) BREISKY. *Wien. med. Presse*, 1887, n.º 48, p. 1650: operación practicada á los ocho meses de embarazo tubar intra-ligamentario; extracción completa del saco y de la placenta, rápida curación de la madre; el niño perfectamente viable, murió tres semanas más tarde de flebitis de la vena umbilical.

(7) L. BRUEHL. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXXI, p. 404: sutura del saco á la pared abdominal.

(8) JOHN WILLIAMS. *Transact. obstetr. Soc.*, Londres, 1887, p. 482: no se hizo la extirpación del saco, sino su desagüe.

EASTMANN (1), OLSHAUSEN (2), TREUB (3), LAWSON-TAIT (4) (3 operaciones, 3 niños y 2 mujeres vivas), CARL BRAUN (5), REIN (6) y LIHOTZKY (7) han operado poco antes del término ó en el tiempo preciso del término salvando á la madre y al niño. CHAMPNEYS (8) y BRAUN (9) (en un segundo caso) únicamente salvaron al niño. PRICE (10) perdió madre é hijo, pero es de notar que practicó la operación en plena peritonitis causada por la ruptura del saco; HILDEBRANDT (11) operó también á moribundas en dos casos, logrando conservar á uno de los niños. G. BEISONE (12) salvó al niño pero no pudo hacer otro tanto con la madre. SCHAUTA y OLSHAUSEN (13) (en un segundo caso) salvaron la vida de la madre, pero el niño murió rápidamente. ROCHEL (14) pudo salvar á la madre, en cuanto al niño parece que no llegó á vivir. Resumiendo los casos expues-

(1) EASTMANN, de Indiana, *Amer. Journ. of Obst.*, sept. 1888, t. XXI, p. 929: tratábase de un embarazo intra-ligamentario de ocho meses, sin ruptura de la trompa; extirpación total del saco, lavado y desagüe; curación, el niño está bien conformado y es vigoroso.

(2) OLSHAUSEN. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n.º 9, p. 174: operación quince días antes de la época del término. Embarazo tubar, transformado en abdominal por haberse roto seis días antes el saco sin causar hemorragia; el niño estaba libre en la cavidad peritoneal. Extirpación de la placenta y de los restos del saco. El niño, á los doce meses pesaba 6910 gramos.—Al cabo de un año, nuevo embarazo tubar; ruptura al segundo mes, laparotomía, curación.

(3) TREUB. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft. 2, p. 384: embarazo ovárico ó tubo-ovárico, operado tres semanas antes del término, resección parcial del saco que se hallaba firmemente adherido á la pared abdominal, extracción de la placenta, taponamiento del peritoneo con gasa yodofórmica; curación sin accidentes; el niño vive y se desarrolla de un modo normal.

(4) LAWSON-TAIT. *Amer. Journ. of Obstetr.*, marzo 1888, p. 289.

(5) CARL BRAUN. Soc. obst. y gin. de Viena, 26 marzo 1889 (*Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 36, p. 634): embarazo abdominal; la placenta soldada al fondo de saco de DOUGLAS, que se presentaba tapizado de una espesa membrana, único vestigio del saco, lo mismo que lo estaban la parte posterior del útero y de los ligamentos anchos. Hubo precisión de ligar gruesos vasos que iban del mesocolon ilíaco á la placenta, para luego desprender esta última; la hemorragia hizo también necesaria la ligadura elástica del útero, la histerectomía y el taponamiento del peritoneo con gasa yodofórmica; curación lenta de la madre; muerte del niño doce horas después de la operación, á consecuencia de bronquitis capilar que se atribuyó á la aspiración del líquido amniótico.

(6) G. E. REIN. Soc. de Obstetr. y de Gin. de Kieff, 28 feb. 1890 (anal. en *Annal. de Gyn.*, febr. 1892, p. 156): embarazo tubar intra-ligamentario; operación al décimo mes; quiste muy adherente; ablación del saco. El niño es vigoroso y se desarrolla bien.

(7) G. LIHOTZKY. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1891, p. 184: embarazo abdominal al séptimo mes; resección parcial del saco; ablación total de la placenta; sutura del resto del saco á la pared abdominal; desagüe. El niño murió al segundo día.

(8) CHAMPNEYS. *Brit. med. Journ.*, 3 dic. 1887, t. II, p. 1213: operación al séptimo mes del embarazo, la placenta no fué extraída; 1 mes después, muerte por septicemia.

(9) CARL BRAUN. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, p. 287: el saco estaba adherido á la pared abnominal; ablación de la placenta; sutura en el punto de su inserción.

(10) JOSEPH PRICE. Obs. comunicada á HARRIS. *Loc. cit.*, p. 264: ruptura del saco; no se extirpó la placenta por hallarse demasiado adherente.

(11) HILDEBRANDT. *Berl. klin. Wochenschr.*, 20 julio 1885, p. 465: en el primer caso dejóse abandonado el saco; desagüe. En el segundo no pudo retirarse la placenta á causa de su firme adherencia.

(12) G. BEISONE. *Gaz. med. di Torino*, 1881, t. XXXII, p. 553.

(13) SCHAUTA. *Loc. cit.*, p. 6: extirpación del saco; el niño no hizo más que unas pocas inspiraciones.—OLSHAUSEN. *Loc. cit.*, p. 171: operación á las dos semanas y media antes del término. No se pudo hacer la ablación del saco ni de la placenta. Dehiscencia de la última al cabo de 34 días. El niño tan sólo vivió hora y media.

(14) ROCHEL (de Amberes). Soc. de Gin. y de Obstetr. de Bruselas (anal. en *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, n.º 7, p. 133): el saco no fué extraído, sino tratado por la marsupialización.

tos, haciendo empero abstracción, como es muy justo, de los casos verdaderamente desesperados de PRICE y de HILDEBRANDT, tenemos que en 19 operaciones hubo 15 madres salvadas y 17 niños viables ó que vivieron á lo menos varios días.

Parece que los éxitos acabados de exponer deben atribuirse principalmente á los perfeccionamientos de la técnica en los últimos tiempos y particularmente á la ablación del saco y de la placenta. Por la lectura de estas observaciones se ve que en estos casos, lo mismo que en toda laparotomía, con la decisión y la experiencia se pueden vencer las dificultades que se presentan en el curso de la operación. Despréndese también de las mismas cuán exagerados andan los que pretenden que los fetos ectópicos están condenados á una muerte casi fatal á causa de los vicios de conformación ó de una debilidad congénita. Aun aceptando que existiese esta debilidad, como nadie ignora, hoy día se pueden muy bien salvar niños que antes estaban condenados á morir, por medio del empleo de incubadoras y por la alimentación artificial. Con la esperanza, pues, de salvar ambas existencias, las de la madre y del hijo, no deberemos poner hoy ningún reparo en practicar la laparotomía primitiva. Esta conducta es preferible á la otra que aconsejan DUNCAN y REED (1), de aguardar que se insinúen los fenómenos del pseudo-parto; porque lo más común en este caso es que el feto sucumba muy rápidamente. Según consejo de FRÆNKEL, nos servirán el examen exterior del feto y el volumen que de él nos diere la palpación, para fijar el momento oportuno de la intervención, que preferentemente deberá ser practicada entre los ocho y ocho y medio meses.

Quédanos para resolver la cuestión acerca de la operación, que deberemos elegir, para proceder á la extracción del feto. Como regla general está indicada la **laparotomía**, que es la que nos pone en estado de vencer con más seguridad las dificultades operatorias que pueden ocurrir. Esto no es decir, sin embargo, que deba proscribirse del todo la **elitrotomía**. Si al hacer el examen vaginal no lográsemos descubrir la placenta, y si el feto además se presentase profundamente encajado en la pelvis, parece preferible la última de las operaciones indicadas, porque con ella nos ponemos á cubierto de herir las secundinas, que probablemente estarán implantadas en la pared anterior del abdomen. Obtendremos certeza de que la disposición anatómica es la que acabamos de indicar, siempre que con la

(1) W. DUNCAN. *Lancet*, 1.º marzo 1890, p. 449.—C. REED. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1890, p. 185.

auscultación percibamos un ruido de soplo isócrono con el pulso materno (1).

En el acto mismo del parto frustrado, debemos condenar á la mujer á un reposo absoluto, y tratar de calmar los dolores por inyecciones de morfina y enemas laudanizados. Fuera del todo intempestivo querer intervenir operativamente en este momento, á menos que hubiese graves fenómenos de hemorragia interna que nos obligasen á ello.

4.º Embarazo extra uterino después del 5.º mes; niño recién-muerto

4.° **Embarazo extra-uterino después del 5.° mes; niño recién-muerto.**—¿Es lícito practicar la laparotomía en los primeros días que siguen á la muerte del feto? Hanse pronunciado negativamente acerca de este punto, á lo menos hasta hoy día, la gran mayoría de los autores extranjeros y también todos los cirujanos franceses (2). PARRY va todavía más lejos y quiere que se observe la expectación indefinida, esperando, ora que se opere la transformación curatriz en litopedión, ora que se presenten accidentes de eliminación espontánea, la cual sólo exigirá ser secundada por el cirujano. TARNIER y BUDIN han adoptado esta doctrina. LITZMANN, WERTH, MAYGRIER y PINARD (3) se muestran menos absolutos, y partiendo de los resultados de la estadística antigua y con motivo de la hemorragia que hasta aquí ha venido matando á tantas operadas, aconsejan la expectación hasta tanto que no se efectúe la obliteración de la circulación de la placenta. Pero es muy dudosa la época en que esta obliteración se ha efectuado; si bien se ha fijado aproximadamente á los dos meses, conócense casos, sin embargo, en que al cabo de tres meses el desprendimiento de la placenta ha ocasionado fulminantes hemorragias (4). De manera, pues, que con tal conducta se expone el clínico á verse privado de todos los beneficios de una espera que, no sólo ha dejado morir al niño, sino que ha expuesto á la madre á nuevas y peligrosas complicaciones. En efecto, un punto hay que no debemos perder de vista, y es que, visto lo letales que resultan las operaciones secundarias, es decir, las que se han diferido con intención deliberada, fuera muy justo que se tuvieran en cuenta los casos de muerte que han sido el resultado de la expectación en sí misma, y las septicemias ó peritonitis intercurrentes que han frustrado el resultado de una interven-

(1) TRACHET. *Arch. de Tocol.*, nov. 1888, p. 668.
(2) Entre los partidarios de la operación primitiva debo, empero, citar á KELLER, KIWISCH, SCHRŒDER, FRÆNKEL y HOFMEIER.
(3) PINARD. *Dict. encycl. des Sciences méd.*, art. GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, 1886.
(4) KIRKLEY. *Amer. Journ. of Obst.*, febrero 1885, p. 160: muerte cuatro horas después de la operación.

ción, que algunos meses antes se presentaba en condiciones favorables.

Ahora bien, si concedemos á las consideraciones antecedentes el debido alcance que tienen y si tenemos en cuenta los resultados favorables que se han obtenido de la **operación primitiva** ó precoz (**laparotomía**) en los casos más recientes, creo que con justicia deben enmendarse los cargos que mis antecesores han dirigido á esta operación, y que debe ser adoptada como regla. En esta materia, lo mismo que en casi todos los problemas de terapéutica abdominal, las objeciones prácticas de los cirujanos timoratos pierden toda importancia ante los brillantes resultados de una práctica osada, cuando ésta dispone de una buena técnica (1).

La invasión de la fiebre y los prodromos de una septicemia, lejos de contraindicar la operación, la hacen urgente. De este modo se ha logrado salvar á algunas enfermas en casos de esta naturaleza.

5.º Embarazo extra-uterino después del 5.º mes; feto muerto desde mucho tiempo

5.° **Embarazo extra-uterino después del 5.° mes; feto muerto desde mucho tiempo.**—Cuando la muerte del feto cuenta ya mucho tiempo y parece que la tolerancia es ya un hecho establecido, de manera que hay motivos para confiar que se producirá en lo sucesivo la benéfica transformación del feto en litopedión, ¿será prudente la intervención, exponiendo á la mujer, que esté gozando de plena salud, á los riesgos de una **laparotomía?** A mi entender, ante los peligros que encierra la suerte futura del feto, también en estos casos debe aconsejarse la operación. En efecto, conviene recordar que siempre es precaria la tolerancia de un feto ectópico, además que á cada momento, en tanto que no esté definitivamente constituído el litopedión, pueden presentarse la descomposición del huevo y la consecutiva infección del peritoneo, y que, bien que raras veces,

(1) Hé aquí los datos estadísticos que alegan los partidarios de la abstención completa ó de las operaciones secundarias; todos son anteriores á los brillantes resultados que en estos últimos años ha alcanzado la operación primitiva, de modo que sólo los cito aquí como documentos: PARRY *(Loc. cit.)* había encontrado que en 188 casos abandonados á la naturaleza, que habían sido publicados, habían muerto 99 mujeres, lo cual arroja una mortalidad de 52,6 por 100; pero, según HUTCHINSON *(Med. Times and Gaz.*, 1860, t. II, p. 56, 77, 105 y 132; *Lancet*, 1883, t. II, p. 71), sólo hubo 18 mujeres muertas en 73 casos de retención del feto muerto en que no hubo intervención, lo cual reduce la mortalidad á un 24,6 por 100.—En estas cifras principalmente se apoyan TARNIER y BUDIN *(Loc. cit.*, p. 566), al decir que «se inclinan más por la expectación.»

MAYGRIER *(Loc. cit.*, p. 137) ha reunido 70 operaciones secundarias (después de la muerte del feto, 2.ª mitad del embarazo); contó 25 muertes, ó sea una mortalidad de 35,7 por 100. Su estadística abraza casos muy antiguos, que carecen hoy de todo valor estadístico.

WERTH *(Loc. cit.*, p. 159), en un trabajo algunos meses posterior al que antecede, publicó una serie menos numerosa, pero que sólo abrazaba las operaciones practicadas desde 1880 á 1886, después de haberlas comprobado con toda escrupulosidad. En 53 casos de este modo recogidos (40 sin extirpación del saco, 11 con extirpación, 2 con tentativa infructuosa de extirpación), encontró una mortalidad de 37,7 por 100.

hasta con el litopedión constituído puede producirse una infección seguida de supuración expulsiva y causar muy graves accidentes.

6.º Quiste fetal antiguo supurado

6.° **Quiste fetal antiguo supurado, con ó sin fístula.**—En estos casos, es evidente que es necesario, no sólo favorecer, sino también apresurar el trabajo demasiado lento de la naturaleza. Si existe un absceso, habrá que abrirlo, ya al nivel de las paredes abdominales (1), ya al del recto ó de la vagina, después de lo cual se procederá á descubrir el esqueleto fetal. Á menudo facilitará la operación la existencia de una fístula, por la cual el estilete podrá penetrar hasta el pequeño esqueleto y servirá de guía para la incisión del saco. De ningún modo deben compararse las operaciones de esta clase con la extracción de un feto por la laparotomía, toda vez que resultan realmente benignas, si á continuación de las mismas se tiene cuidado de practicar con esmero la antisepsia del saco, que ordinariamente suele estar muy infectado. En cierta ocasión logré retirar de este modo á través del recto todo el esqueleto de un feto, cuya eliminación espontánea trataba de verificarse en vano juntamente por el recto y la vagina. Una ancha escara que la compresión del saco había producido en el tabique había dado lugar á una enorme fístula recto-vaginal. La enferma, que se hallaba en la clínica del profesor GALLARD, curó rápidamente, gracias á lavados que se hacían con regularidad en la cavidad del absceso, la cual presentaba un aspecto excesivamente fétido.

De 35 casos de quistes fetales antiguos y supurados que logró reunir PARRY, únicamente 3 fueron seguidos de muerte.

7.º Embarazo en un cuerno rudimentario

7.° **Embarazo en un cuerno uterino rudimentario.**—Abandonados éstos casos á sí mismos, han dado como resultado 23 muertes por 30 casos en los primeros seis meses (BANDL). Esto nos indica que no debemos perder tiempo, sino antes bien intervenir cuanto antes por la **laparotomía**. Se ha hecho esta operación seis veces con cinco éxitos en el momento del término ó mucho tiempo después de éste; el cuerno uterino suplementario ha sido extirpado, del mismo

(1) Las *gastrotomías*, hechas en estas circunstancias, no pueden formar al lado de las *laparotomías transperitoneales* que se practican con objeto de evacuar ó extirpar un saco fetal libre en el abdomen. Aquéllas constituyen los únicos casos, en los cuales habían logrado éxito los antiguos cirujanos. El primer caso de fecha conocida es el de PRIMEROSE (1594), siguióle más adelante el de F. PLATER (1597) y un siglo más tarde el de CALVO (1714). En cuanto á la laparotomía propiamente dicha, LEVRET la había declarado demasiado peligrosa á causa de la hemorragia; BAUDELOCQUE fué más atrevido y la propuso, indicando hasta la necesidad que había de respetar la placenta, cuya eliminación debía confiarse á la naturaleza. Pero el primero que la practicó por un feto muerto fué M. KNIGHT *(Mem. of the med. Soc. of London*, 1795, t. IV, p. 342), y luego HEIM (HORN's *Arch.*, nueva serie, 1812, t. I, p. 1 y siguientes) por un feto vivo.

FAC DE MED. UNAM BIBLIOTECA

modo que se extirpa todo el útero en la operación de PORRO. Una enferma de SÆNGER parió dos veces después de la operación (1).

Técnica de la laparotomía

Técnica de la extracción del feto por la laparotomía.—No es mi ánimo describir, en este lugar, toda la operación, á la cual pueden aplicarse las reglas que antes he indicado en los capítulos que tratan de la histerectomía y de la ovariotomía; sólo me limitaré á hacer resaltar algunos puntos especiales y particularmente difíciles.

Hay que temer mucho la **hemorragia** cuando el embarazo está muy adelantado y el feto vive ó murió poco antes. Para eludir este peligro, hay que comenzar por la abertura del saco, cuidando sobremanera de no herir la inserción de la placenta. Si el examen de las conexiones hiciere temer grandes dificultades en la ablación total del saco, habrá que renunciar á ésta decididamente, y nos contentaremos con reunir por medio de suturas dicho saco á la herida abdominal, observando en esta enqueiresis las precauciones que se indicarán más abajo. Con el mayor cuidado se evitará toda clase de tracción en la placenta. El mejor medio para dominar la hemorragia, que podría seguirse de dicha tracción, es el taponamiento enérgico con gasa yodofórmica. En todos los casos será conveniente practicar en el saco un taponamiento flojo, que, sin temor de descomposición, podrá dejarse estacionado durante tres ó cuatro días; si tuviere que combatirse alguna hemorragia, no deberá retirarse el taponamiento antes de transcurridos ocho días.

Cuando se opera después de la muerte del feto y cuando la fiebre de la madre indica que hay reabsorción pútrida, es de temer que se verifique la **infección del peritoneo** por el contenido del quiste fetal. En estos casos hay que tratar de todos modos de extirpar enteramente el saco sin abrirlo; si en la extirpación no se ha podido evitar su desgarro, será mejor que nos abstengamos de toda tentativa de descortezamiento, porque en estos casos semejante procedimiento no sólo implicaría grandes peligros, sino que expondría á que la superficie cruenta se infectase por el contenido séptico del saco (2).

(1) Hé aquí los casos en los cuales se ha extirpado el cuerno rudimentario de un útero grávido: KŒBERLÉ (1865), SALIN (1880), WERTH y LITZMANN (1881), SÆNGER (1882), WIENER (1885); 1 muerte en el caso de WERTH y LITZMANN. Únicamente en una de estas observaciones, en la de SÆNGER, se había establecido el diagnóstico de antemano; en los demás casos creyóse que se trataba de un embarazo extra-uterino.—SÆNGER. *Centralbl. f. Gyn.*, 1883, p. 324.—M. WIENER. *arch. f. Gin.*, 1885, Bd. XXVI, p. 234.—WYDER. *Ibid.*, 1890, Bd. XXXVII, p. 182.—L. LANDAU. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, p. 594.

Posteriormente á dichos casos, MAC DONALD (*Obst. Trans. of Edinburgh*, 1884-1885, p. 76) ha practicado la histerectomía (PORRO) con éxito por un caso de embarazo, que se había desarrollado en un cuerno rudimentario: el feto macerado pesaba cinco libras; se había creído que se trataba de un cuerpo fibroso. Curación.

(2) Pueden intercurrir ciertas circunstancias que legitimen una conducta especial. HOFMEIER (*Grundriss der gyn. Oper.*, 1888, p. 343) se vió precisado, en un caso de inflama-

Conservación del saco

A. **Conservación del saco (marsupialización).**—Para los casos en que se ha adquirido pleno convencimiento de las dificultades inherentes á la enucleación completa del saco sin desgarro de este último, se recomienda muy especialmente practicar en la herida, llegando hasta el propio saco, un taponamiento con gasa yodofórmica, dejando para dos días más tarde la abertura del quiste, el cual ya se halla unido entonces por medio de adherencias á la pared abdominal. Si el caso fuere urgente y no permitiere esta dilación, antes de abrir el saco, se practicaría la reunión exacta de éste con los tegumentos por una serie de suturas ó, para más abreviar, con una sutura continua. Al aplicar las suturas destinadas á reunir el saco con la pared abdominal se procurará que la aguja no penetre en el interior de la bolsa, sino que camine solamente en sus capas superficiales. Una vez abierto el saco, extraído por los pies el feto y cortado entre dos ligaduras el cordón, se limpiará con toda pulcritud la cavidad, sirviendo al efecto una solución de sublimado al 1/2000; PINARD prefiere á esta solución la saturada de naftol (1). Se explorará luego la profundidad del saco, y si se hallare que aquélla alcanza cerca del fondo de saco vaginal, se introducirá un tubo en cruz haciendo pasar la rama larga por el fondo de saco posterior. Por medio de una mezcla de tanino en polvo y de ácido salicílico, ó bien con benzoato de sosa, se procederá á momificar la placenta (2). Dentro de la bolsa deberán quedar aplicadas tirillas de gasa yodofórmica, y se vigilará que no llegue á formarse en ella la menor acumulación de líquido. La curación se verifica con lentitud, por granulación; la placenta se desprende por fragmentos (3).

MARTIN (4) ha aplicado al tratamiento del saco un procedi-

ción del saco, que estaba lleno de pus y gases y en que había además peritonitis intensa, á hacer la completa extirpación del útero que formaba parte del foco séptico.—Existe también otro caso publicado de histerectomía obligada, con motivo de fuertes adherencias; el pedículo fué abandonado al exterior; muerte (WAITZ, citado por WERTH. *Loc. cit.*, p. 159).

(1) PINARD (*Annal. de Gyn.*, abril 1889, t. XXXI, p. 241 y *Semaine méd.*, 1891, p. 347) ha publicado 9 casos de preñez extra-uterina tratados por la marsupialización, que él llama *exteriorización del saco*, con una muerte por parte de la mujer; los fetos se hallaban ya muertos en todos los casos desde un tiempo más ó menos largo.

(2) WERTH (*Loc. cit.*) desecha la mezcla de tanino y de ácido salicílico (FREUND), porque prolonga, según él, la eliminación de la placenta. Por esta razón prefiere el benzoato de sosa.

(3) NEGRI (*Ann. di Ostetr.*, marzo 1885) refiere un caso, en que cerró completamente el vientre después de haber limpiado el quiste y sin haber extraído la placenta, que no pudo llegar á descubrir. La enferma curó sin accidentes.—BRAITHWAITE (*Obstetr. Trans.*, Londres, 1886, t. XXVIII, p. 33) abandonó la placenta que se hallaba anchamente adherida con el fondo del útero y á las partes contiguas; desagüe, curación sin expulsión de las secundinas.—Estos hechos son muy particulares y demuestran la tolerancia y la reabsorción posible de estas partes, pero de ningún modo pueden servir de punto de partida para introducir modificaciones en la técnica operatoria.

(4) MARTIN (*Berl. klin. Wochenschr.*, 19 diciembre 1881, p. 217). Para asegurar la