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

miento análogo al que usa después del descortezamiento de los cuerpos fibrosos intra-ligamentarios (fig. 170, pág. 367 del tomo I). Reseca la mayor parte posible de las paredes del quiste, y luego sutura de éste lo que queda, aislando perfectamente de esta manera de la cavidad peritoneal el interior del saco; después verifica el desagüe por la vagina.

Ablación total del saco

B. **Ablación total del saco.**—Esta modificación de la técnica operatoria merece por su importancia ser detallada en alguna de sus partes.

El tratamiento por supuración del saco, comparable al de ciertos quistes adherentes del ovario, presenta como gran inconveniente lo largo de su duración y la producción de una fístula que á veces se vuelve interminable (1), y expone además á la mujer á la eventración. Litzmann (2) ha sido el que primero ha propuesto la completa extirpación del saco y de su contenido, feto y placenta, á fin de obtener por este medio la curación rápida, al modo como tiene lugar después de un hémato-sálpinx ó de un pío-sálpinx. Esta operación, llamada *radical*, no dió al principio tan buenos resultados como el método *conservador* del saco. En 1886, Maygrier tenía noticia únicamente de 7 casos de ablación del saco. Werth, en 11 casos recogidos (en 1886) contaba 4 muertes y 7 curaciones, ó sea un 36 por 100, mientras que en 40 casos en que se había conservado el saco, había 14 muertes y 26 curaciones, esto es, un 35 por 100. Más adelante, empero, se ha seguido osadamente este procedimiento, que ha dado por resultado una serie de éxitos notables, salvando también la vida del niño. En muchas de estas observaciones existían extensas adherencias con el intestino, sin que fueran obstáculo para la curación. Werth (3), que ha reunido de nuevo los casos de laparotomía practicada por embarazo de término, que han sido publicados desde 1887, ha encontrado que de 9 operaciones, 1 tan sólo había sido llevada á cabo sin ablación del saco. Esta serie únicamente cuenta 2 muertes. Yo mismo he podido recoger un número mucho mayor, referente al período de los tres últimos

hemostasia, en el acto de la extracción de la placenta, ha propuesto también perforar la base de ésta, en varios puntos, con fuertes agujas y ligar por separado cada uno de los segmentos circunscritos de este modo, antes de extirparlos; este procedimiento únicamente es aplicable á los casos en que las secundinas no están implantadas sobre las vísceras.

(1) Se la ha visto durar tres años seguidos (Rousseau. *Union méd. du Nord-Est*, septiembre 1877, p. 283).

(2) Litzmann. *Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XIX, Heft I, p. 96.

(3) Werth. *Verhandl. der Versaml. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn. in Friburg*, 1889 (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, p. 513).

años, sirviendo esta serie, por lo tanto, de complemento á las primeras series publicadas por Maygrier y por Werth en su notable trabajo. Sin duda me habrán pasado por alto muchos casos, sin embargo, he llegado á recoger 27 observaciones de extirpación del saco (1887 á 1891) con 26 curaciones y 1 muerte. Ya antes he citado (págs. 332 y 333) los 8 casos de Lazarewicz, de Breisky, de Eastman, de Olshausen (en 1 caso), de Treub, de Schauta, de Rein y de Lihotzky, que se refieren á operaciones para la extracción de niños vivos. Siguen ahora otros casos de operaciones practicadas después de la muerte del feto, al final del embarazo: Hofmeier (1), 1 caso, muerte; Kusnetsky (2), 2 casos, curación; Sutugin, 2 casos, curación; Muratow, 1 caso, curación; Sajaïsky, 2 casos, curación; Kadjan, 1 caso, curación; Slavjansky, 1 caso, curación; Quénu (3), 1 caso, curación; Wiedow (4), 1 caso, curación; Olshausen (5), 3 casos, curación; Matlakowski (6), 1 caso, curación; Rein (7), 1 caso, curación; Odenthal (8), 1 caso, curación; Fantino (9), 1 caso, curación; Schauta (10), 1 caso, curación.

Técnica

No puede fijarse de un modo detallado la **técnica** de este procedimiento. En su conjunto la operación se parece mucho á la extirpación de un quiste del ovario adherente ó de un quiste parovárico incluído en el ligamento ancho. He aquí la manera de proceder por tiempos principales:

Primer tiempo.—Incisión abdominal, suturas provisionales del saco á cada uno de los labios de la herida.

Segundo tiempo.—Abertura del saco en el punto más delgado de su superficie, procurando evitar los vasos ó cogiéndolos con las pinzas á medida que se presentan.

Tercer tiempo.—Extracción del feto cogiéndolo por los pies, ligadura y sección del cordón.

(1) Hofmeier, citado por Falk. *Tubo-ovarial-Schwangerschaft*, Disert. inaug., Berlín, 1887.

(2) Kusnetsky, Sutugin, Muratow, Sajaïsky, Kadjan, Slawjansky, citados por este último: Soc. obst. y gin. de San-Petersburgo, 23 febrero 1889 (anal. en *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 834). Los casos de Kusnetsky y de Sutugin han sido también mencionados, al tratar del caso de Lazarewicz, por Massalitinoff (*Répert. univ. d'Obst. et de Gyn.*, 1886, p. 277).

(3) Quénu. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 10 abril 1889, p. 318.

(4) Wiedow. *Verhandl. des 3ten Congresses der deutschen Gesellsch. f. Gyn., Friburg*, 1889 (*Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 29, p. 502).

(5) Olshausen. *Ueber Extra-uterinschwangerschaft, etc.* (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n.º 9, p. 173, y n.º 10, p. 192, 193).

(6) Matlakowsky. *Arch. f. Gyn.*. 1890, Bd. XXXVIII, p. 367.

(7) Rein. Soc. obstétr. y gin. de Kieff, 1890 (*Répert. univ. d'Obstétr. et de Gyn.*, 1891, p. 421).

(8) Odenthal. Soc. de Obstetr. de Leipzig, 15 diciembre 1890 (*Centralbl. f. Gyn*, 1891. p. 239).

(9) Fantino (de Turin). *Riv. di Ost. e Gin.*, 1891, n.º 7.

(10) Schauta. *Loc. cit.*, p. 6.

Cuarto tiempo.—Ablación de las suturas provisionales, extracción del saco, rupturando las adherencias y descortezando la porción sub-serosa; se aplicarán con toda presteza pinzas á los puntos que den sangre, los cuales deberán ser comprimidos por los dedos de un ayudante en caso necesario.

Quinto tiempo.—Hemostasis definitiva del fondo de la herida por medio de ligaduras ó por taponamiento con gasa yodofórmica. Aun en los casos en que se prescindiera del taponamiento, convendrá no cerrar por completo la herida abdominal, y establecer un desagüe en su parte inferior, ya por medio de un tubo de cauchú, ya con tirillas de gasa antiséptica.

Cuando el saco presentare muy fuertes adherencias con el intestino, únicamente deberá hacerse su resección hasta el nivel de dichas adherencias, practicando y renovando el taponamiento del fondo de la herida con gasa yodofórmica, hasta tanto que se produzca la exfoliación de las partes quísticas que no han sido retiradas (Treub).

Extracción del feto por la elitrotomía

Técnica de la extracción del feto por la elitrotomía.—Baudelocque (1), que para estos casos no había temido aconsejar la incisión abdominal, preconizó también la incisión de la vagina, al parecer menos peligrosa que la laparotomía (2).

Maygrier (1886) ha recogido 4 casos de elitrotomía practicada en la segunda mitad del embarazo, viviendo el feto. En ellos figuran 2 curaciones (una dudosa) y 2 muertes, ó sean un 50 por 100. Con el feto muerto, esta misma operación ha dado 7 curaciones y 5 muertes, ó sea el 41,6 por 100 de mortalidad (3).

Schauta (4) ha reunido, desde 1876 á 1891, 12 casos de elitrotomía, 5 de los cuales corresponden á los cuatro últimos meses del embarazo y los otros 7 son después del término. Estos casos están distribuídos como sigue: en los 5 primeros casos se abandonó 3 veces la placenta (1 muerte); 2 veces se retiró la placenta, en 1 caso con el niño en vida y la enferma curó; la otra enferma murió. De los 7 casos de elitrotomía practicada después del término, hubo 3 seguidos de muerte; la placenta fué extraída una sola vez.

(1) Baudelocque. *L'Art des Accouchements*, París, 1815, t. II, p. 483.

(2) Según parece fué en América que se practicó la primera operación de elitrotomía por John King (*Med. Repository*, Nueva-York, 1813, p. 338, indicación dada por Parry. *Loc. cit.*, p. 258) por un niño vivo de término, que de esta manera fué salvado junto con la madre. Pero esta observación no deja de ser sospechosa.—Caignon (*Lancette franç.*, 1829, p. 155) publicó la observación de un feto desarrollado en el pabellón de la trompa izquierda; operación «*particular*» (elitrotomía). El feto, de edad de seis meses y medio, fué extraído vivo.—Dos años antes, Norman (*Med.-chir. Transact. of London*, 1827, t. XIII. p. 348) había publicado una observación de elitrotomía por un feto muerto.

(3) Maygrier (*Loc. cit.*) indica, equivocadamente, la proporción de 38,5 por 100.

(4) Schauta. *Loc. cit.*, p. 47.

Creo que esta operación ha de reservarse para los casos en que el feto ha muerto (1). En vista del número reducidísimo de observaciones que poseemos (2), es imposible pronunciarse sobre la gravedad de la operación en los casos en que el feto vive. Sin embargo, esta gravedad *a priori* debe ser muy grande, por poca hemorragia que haya. Con mucha mayor facilidad se podrá hacer en estos casos la laparotomía.

Ya es materia distinta cuando se trata de un feto muerto. Para pensar en la elitrotomía en estos casos, es preciso que el quiste se halle metido dentro de la excavación, que la placenta no sea vulnerable desde la vagina, y que la vejiga y el útero se hallen lateralmente dislocados. De todas estas condiciones, sin embargo, solamente la primera es la realmente indispensable en todos los casos: la presencia de la placenta en el fondo de saco vaginal cesa de ofrecer graves peligros cuando han transcurrido unos dos meses, época en que la circulación fetal ya ha cesado.

Técnica

Veamos ahora la **técnica** adoptada por Pinard (3), que con éxito practicó la elitrotomía por un embarazo extra-uterino al 6.° mes: Anestesia; mujer colocada en la posición obstétrica; exploración del fondo de saco vaginal, y punción con el bisturí en un punto en que previamente se había demostrado que no existía pulsación arterial. Introducción del dedo á través de este ojal con objeto de la exploración, después ensanchamiento de la herida por desbridamientos múltiples, seguido de dilatación por medio de la introdución de los dedos dispuestos en cono. Una vez la mano ha penetrado, se apodera del pie y lo atrae por tracciones lentas y continuas hacia la vulva, luego se opera el desprendimiento de las nalgas y del tronco, y así se van extrayendo sucesivamente ambos brazos, y, por último, la cabeza (4). Hecho esto se corta el cordón y se va en busca de la placenta. Si la extracción de ésta no ofrece dificultades, se procede á desprenderla suavemente con los dedos; pero por poco adherente que sea, es preferible dejarla abandonada. Entonces se hace

(1) Landau (citado por Fenger. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1891, p. 434) ha hecho, según parece, 13 veces la elitrotomía con un solo caso de muerte. Estas observaciones no han sido publicadas de un modo detallado, así es que no sabemos si se trataba de un embarazo extra-uterino de la primera ó de la segunda mitad.

(2) La única observación evidente de elitrotomía seguida de la extracción de un niño viable, es la de Mathieson (*Trans. obstetr. Soc.*, Londres, 1885, t. XXVI, p. 132), comunicada por Mac-Callum.—Esta es la observación de que nos habla Schauta (*Loc. cit.*) en su estadística.

(3) A. Pinard. *Documents pour servir à l'Histoire de la Grossesse extra-utérine* (*Annal. de Gyn.*, abril, 1889, t. XXXI, p. 246), y *Semaine méd.*, 1891, p. 347.

(4) En casos excepcionales podrá haber necesidad de recurrir al empleo del fórceps para extraer la cabeza, por hallarse ésta firmemente aprisionada. Véase Olshausen. *Verhandl.*, etc., p. 516.

un abundante lavado del interior del quiste con la solución de sublimado al 1/5000 ó con la solución acuosa saturada de naftol β. Me inclino á creer que la introducción de gasa yodofórmica sería preferible á las inyecciones frecuentes que PINARD aconseja hacer en los días siguientes; podría renovarse la gasa cada tres ó cuatro días y hasta dejarla estacionada más largo tiempo. Si sobreviniesen fenómenos de infección pútrida á consecuencia de una antisepsia insuficiente (1), se hará uso de la irrigación continua (p. 89, t. I), que tan buenos resultados ha dado en la septicemia puerperal (2).

Extracción de restos fetales por la uretra dilatada y por la talla vaginal

Es muy raro que el saco supurado se elimine espontáneamente por la vejiga, no habiendo WINCKEL (3) podido reunir más que 12 ejemplos publicados de esta clase. En tales casos se ha practicado sucesivamente la laparotomía, la talla vaginal (P. MUELLER) (4), la elitrotomía y la talla sub-púbica (WERTH) (5). En la mayoría de los casos podrán evitarse estas operaciones; bastará practicar la **dilatación de la uretra** (WINCKEL), y, en caso necesario, su desbridamiento (LITTLEWOOD) (6), para poder llegar con el índice al orificio del saco, ensancharlo, extraer de él los huesos del feto por medio de pinzas, y limpiarlo, finalmente, por inyecciones. Unicamente en aquellos casos en que estas maniobras no diesen ningún resultado y cuando serios accidentes reclamasen una intervención activa, estaría indicada la **talla vaginal**, seguida de sutura, con la evacuación y desinfección inmediatas del saco. Pero también con el auxilio de la cocaína podrá llevarse á cabo en dos ó tres sesiones la operación al través de la uretra dilatada. Deberá continuarse practicando inyecciones bóricas en la vejiga hasta que haya desaparecido todo vestigio de cistitis.

Extracción del feto por la vía perineal y por la vía pélvica

En ciertos casos determinados, de quiste voluminoso firmemente enclavado en el fondo de saco de DOUGLAS, mejor que la elitrotomía, convendrá tal vez practicar la **perineotomía**, ya **transversal**, ya **vertical** (p. 125 á 129), ó la **incisión para-sacra** (p. 466 y 467

(1) DORFF (Soc. belga de Gin. y de Obst, octubre 1889, anal. en *Annal. de Gyn.*, enero 1890, t. XXXIII, p. 60) ha visto morir al noveno día á una enferma de KALTENBACH, á consecuencia de dificultades en la práctica de la antisepsia vaginal. — BARSONY *(Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 22, p. 385) ha observado también un caso de muerte.— PINARD *(Loc. cit.)* ha publicado un brillante éxito.

(2) PINARD y VARNIER. *Ann. de Gyn.*, dic. 1885, t. XXIV, p. 454, y abril 1889, t. XXXI, p. 241.

(3) F. WINCKEL. *Ueber den Durchbruch extra-uteriner Fruchtsœcke in die Blase (Samml. klin. Vortrœge,* mayo 1890, n.º 3).

(4) P. MUELLER. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, p. 78.

(5) WERTH. *Beitrœge* etc., 1877, p. 126 (Observac. V).

(6) LITTLEWOOD. *Lancet*, 3 abril 1886, t. I, p. 637.

del t. I), ó también se podrá recurrir á la **vía pélvica**, previa resección del coxis y de una parte del saco (p. 467 y 468 del t. I). Está reservado al porvenir precisar las aplicaciones de estas operaciones, que actualmente son todavía muy nuevas.