

estos motivos se ha abandonado la operación por la vía vaginal, y por consiguiente creo inútil describirla.

Castración por la vía abdominal.—La incisión se hace ó sobre la línea blanca ó en la región inguinal. Esta última incisión es la que se ha practicado principalmente cuando se ha tratado de la extirpación de un solo ovario; pero, además de que la operación, en la mayoría de los casos en que está indicada, tiene por objeto extirpar los dos ovarios, y por consiguiente se hace necesaria una incisión media que permita operar sucesivamente los dos lados, aun en el caso de que se trate de una ovariectomía unilateral, siempre será mejor abrir por la línea blanca. En efecto, es más posible una hemorragia cuando se opera á través de los músculos, y luego no es fácil dilatar la incisión, lo cual es á veces necesario en el curso de la operación. Es, pues, opinión unánime dar la preferencia á la incisión sobre la línea blanca.

Las condiciones operatorias no son aquí las mismas que en la ovariectomía. La pared abdominal no se halla distendida y adelgazada por el desarrollo exagerado del tumor ovárico; la capa grasienta subcutánea es á veces bastante gruesa, y los músculos rectos, en vez de hallarse fuertemente separados el uno del otro, están á veces en contacto. El espacio que separa el ombligo del pubis, como que ha quedado normal, es, por consiguiente, mucho más corto, y la pared es más vascular á nivel de la línea blanca.

La incisión empieza á dos ó tres centímetros por encima del pubis. Debe hacerse con precaución, y con el fin de evitar la herida de la vejiga es indispensable practicar previamente el cateterismo. La extensión de la incisión es variable; Battey ha podido limitarse á darle una longitud de 6 centímetros; la longitud ordinaria es de 8 á 9 centímetros, pero á veces es necesario prolongarla hasta 11 ó 12. Por lo demás, si luego resultan dificultades por ser demasiado corta la incisión, se dilata con las tijeras, tomando las mayores precauciones para no herir el intestino.

Conviene no olvidar que en esta operación, más aún que en la ovariectomía, el intestino tiende á presentarse en la herida y á formar hernia al exterior.

Una vez incindido el peritoneo, se introduce una esponja ó una compresa mojada para alejar el intestino, y provisionalmente se sutura en cada labio de la herida el peritoneo con la piel. No obstante esta precaución, aconsejada por Hégar con el objeto de evitar la disociación y la laceración de las partes constitutivas de la pared abdominal, no es absolutamente indispensable. Después de esto, se introducen dos dedos en el vientre, de manera que la cara dorsal mire al intestino, se sigue la pared abdominal hasta el útero, luego la cara posterior de este órgano, que se procura incli-

narlo hacia delante, y en seguida se dirigen los dedos hacia las partes laterales en busca del ovario. A veces es muy difícil coger este órgano, y lo es más aún el aproximarle á la herida; porque está adherido al ligamento ancho, á la trompa, á la parte lateral del útero, á veces también al intestino y al epiploon, y puede suceder también que se halle oculto en medio de exudados plásticos organizados. Si las adherencias son flojas, poco extensas y poco resistentes, se puede procurar destruirlas con los dedos; pero fuera de estas circunstancias, es imposible obrar bien si no se ve lo que se hace, y por consiguiente, es indispensable dilatar la abertura, y alguna vez se ha llegado hasta seccionar transversalmente una parte del músculo recto. Si las adherencias son gruesas, se las corta entre dos ligaduras; si la trompa está adherida al ovario, se la extirpa con este órgano ligando su pedículo.

Las dificultades son aún mayores cuando se opera la castración por fibromas, porque entonces hace mucho estorbo el volumen del tumor detrás del cual se halla oculto el ovario, muchas veces rechazado hacia atrás y abajo. Después que ha sido aislado el ovario, se aplican ligaduras en número variable, según el volumen del pedículo, y se le corta dejando un muñón suficiente para que no pueda temerse que estas ligaduras se deslicen y se caigan.

Además de la peritonitis que puede ser la consecuencia de todas las operaciones de esta clase, es de temer también la hemorragia. Hunter, en semejante caso, abrió nuevamente el vientre para ir en busca del bazo, pero la enferma murió, y de ningún modo se puede aconsejar semejante conducta. En estas circunstancias es tan difícil ver las cosas en lo más profundo de la pelvis, que es casi seguro que no se ha de conseguir ningún resultado, y la reabertura del vientre en estas condiciones expone casi con seguridad á la peritonitis. La mayoría de los operadores aconsejan la abstención. Algunas veces se han presentado metrorragias en los primeros días después de la operación, y por último, las bridas y las adherencias entre el pedículo, el epiploon y el intestino han podido ocasionar la oclusión intestinal.

Apreciación.—Vayamos ahora á examinar cuál es el valor terapéutico de la castración y por consiguiente cuáles son las afecciones en que el cirujano podrá creerse autorizado para practicarla. Examinemos ante todo los peligros que corre la vida de la enferma por causa de la operación en sí. Olshausen es el que ha publicado las principales estadísticas. Hégar, en su última edición de 1881, decía haber practicado 50 operaciones en las que perdió 7 enfermas, lo cual arroja una mortalidad de 14 por 100. Cita, además, 76 operaciones practicadas por otros cirujanos con 17 casos de muerte ó sea 22'4 por 100 de mortalidad; en total son 126 operaciones y

24 muertos. Mattheu-Mann, en 162 operaciones encuentra 26 muertos, ó sea el 16 por 100. Fehling, en una Memoria leída en el Congreso internacional de Londres, dedujo que la mortalidad es de 18 por 100. Como se ve, la mortalidad es bastante elevada, aunque admitamos la cifra de 16 por 100, puesto que aún así resulta un caso de muerte por cada seis operadas, y según veremos, la castración se ha practicado en casos en que la vida no corría ningún peligro. Examinemos ahora en qué casos la operación se ha hecho, se puede hacer ó debe practicarse.

1.º *Castración por fibromas uterinos.*—La observación ha demostrado que en la mayoría de los casos los fibromas uterinos dejan de desarrollarse cuando la mujer ha llegado á la menopausia. Ahora bien, los tumores uterinos pueden amenazar la vida de la enferma de dos maneras: por el crecimiento del volumen del tumor, y por las hemorragias que acompañan frecuentemente á los fibromas. Ya he dicho más arriba que la mortalidad á consecuencia de la extirpación de los tumores fibrosos por la vía abdominal es bastante elevada, por cuanto las estadísticas integrales de los operadores que más repetidamente han practicado esta operación, arroja, respecto de Pean, una mortalidad de 34 por 100, respecto de Kœberlé 52, de Spencer-Wells 62, de Billroth 60 y de Guse-row 55, que en suma representan 227 operaciones con 119 casos de muerte, ó sea el 52 por 100 de mortalidad.

Semejante cifra pudo inducir á los cirujanos á buscar en otra operación la manera de conseguir la desaparición de las hemorragias y de evitar el desarrollo de los tumores, produciendo, por decirlo así, una menopausia prematura; esta operación es la castración. ¿Cuáles han sido los resultados? Hégar en 13 casos ha conseguido 10 curaciones y ha perdido 3 enfermas, ó sea el 23 por 100 de mortalidad. Wiedow, en 1885, publicó una estadística de 142 casos con 15 defunciones, lo cual significa una mortalidad de 10 por 100. Tissier, en su tesis de 1885, llegó á la cifra de 71 operaciones con 25 casos de muerte, ó sea una mortalidad de 14'6 por 100, cerca del 15 por 100. Pues bien, como que esta estadística es el resultado de la reunión de las diferentes observaciones publicadas en los periódicos ó memorias, con seguridad que esta cifra del 15 por 100 es una cifra atenuada. Sea como fuere, dista mucho de la de 52 por 100, y por lo tanto deberíamos aceptar la sustitución de la ablación de los tumores por la castración, si por otra parte la curación operatoria nos diese la seguridad de la constante curación de la enfermedad.

La castración tiene por objeto producir la menopausia y la desaparición de las hemorragias, y sin embargo la cesación de las reglas no es un hecho constante después de esta operación. Goo-

dell en 98 operadas que curaron ha encontrado 78 veces la desaparición de las reglas, pero 20 veces han continuado, y de éstas 8 veces han sido irregulares, y en las otras 12 eran más prolongadas, lo cual significa un 25 por 100 de resultado terapéutico nulo, que añadido al 16 por 100 de fracasos operatorios, da un total de 41 por 100 de casos sin resultado. En 76 casos, Wiedow encontró 61 veces la cesación de las reglas y en otras 15 su persistencia, pero con disminución. El resultado de la práctica personal de Ols-hausen es el siguiente: de 13 operadas murieron 4 ó sea el 30 por 100 de mortalidad; en las 8 sobrevivientes (una de ellas debe ser eliminada, por ser la operación demasiado reciente) hubo seis veces cesación de las reglas, una vez disminución, y una vez resultado nulo que obligó á la extirpación del útero, ó sea el 55 por 100 de casos sin resultado comprendiendo los mortales.

En algunas observaciones ha sido evidente la acción de la castración sobre el tumor. Hégar, en 10 operadas que curaron, ha visto 8 veces disminuir el tumor; una vez fué necesario practicar más tarde la enucleación, otra vez el tumor aumentó y la enferma murió nueve meses después. Wiedow, en 76 casos, 63 veces ha notado la disminución, 10 veces ningún cambio, y 3 veces el aumento de volumen del tumor ó sea un 20 por 100 de casos sin resultado. En resumen, la castración parece dar una probabilidad de muerte por cada seis, más uno por cinco de resultado terapéutico nulo, ó sea un total de 37 por 100 de probabilidades de muerte ó de éxito nulo. Pero como la mortalidad de la ablación por la vía abdominal parece ser, por lo menos, tan elevada, parecería lógico preferir la castración á la ablación. No obstante, no me inclino decididamente á esta conclusión, y me parece que debe hacerse aquí una distinción importante. En los casos de fibromas subperitoneales ó intersticiales de los que se desarrollan por el lado de la cavidad abdominal y adquieren rápidamente un volumen tal que se hacen incompatibles con la vida, creo preferible recurrir á la ablación. La castración es difícil y por consiguiente peligrosa, y puede suceder que no vaya seguida de la retracción del tumor. Si, por otra parte, la ablación trae consigo peligros inmediatos quizás un poco mayores, tiene cuando menos la ventaja de proporcionar una curación completa y definitiva. Esta es la conducta que yo he seguido en un caso en que el mioma excedía del volumen de una cabeza de adulto y la enferma curó sin ningún accidente. Por el contrario, en los casos de miomas pequeños con poca tendencia á desarrollarse, pero ocasionando hemorragias, me parece preferible la castración. En los cuerpos fibrosos accesibles por la vagina la enucleación es la mejor conducta que se puede seguir. Es casi superfluo decir que en las mujeres que pasan de la edad de 40 años, si no es que sufran graves hemorragias y el mioma

crece muy lentamente, no es aceptable ninguna de estas operaciones.

2.º *Castración por dismenorrea debida á oclusiones de las vías genitales.*—Tissier ha reunido 19 observaciones en las cuales la ablación de los ovarios se hizo para impedir las reglas. En algunos casos había ausencia del útero, lo cual hizo muy dudosa la utilidad de la intervención; en algunos otros había imperforación de la vagina. De estas 19 operaciones resultaron 10 muertos. No negaré que en condiciones análogas no pueda estar indicada la castración; pero en la atresia vaginal y también en la ausencia de la vagina, los resultados que he obtenido me harán preferir siempre ensayar primero las operaciones mucho menos peligrosas, que cuando menos darán por resultado dejar formada en la mujer la vagina que le falta.

3.º *Castración por histeria, histero-epilepsia y trastornos nerviosos diversos.*—Aquí nos encontramos en un punto que refleja que ciertos cirujanos pueden caer en una verdadera locura operatoria. Pretender curar la histeria y la histero-epilepsia por la ablación de los ovarios, es considerar que estas neurosis tienen su punto de origen en este órgano, lo cual dista mucho de ser cierto. Que alguna de estas operaciones se hayan hecho con indicaciones suficientes en los casos en que se notaba un aumento de volumen del ovario, y la existencia de modificaciones materiales en la región; que algunas operaciones hayan dado un resultado satisfactorio, no lo niego, como tampoco negaré que puedan existir casos en que la castración esté perfectamente indicada; pero lo que yo afirmo es que esta operación se ha practicado muchas veces con una ligereza censurable, y casi me atrevería á decir á veces criminal. Se ha hecho esta operación sin discernimiento, á ciegas, y con la pretensión de modificar el carácter moral de la enferma para producirle «un cambio de naturaleza.» Se ha practicado esta operación por la nimfomanía, la morfomanía, la mielitis crónica, la disnea cardíaca y la osteo-malacia, que el autor afirma haberse mejorado por la castración. Lo raro del caso, lo que constituye toda su gravedad, es que muchas veces se ha recurrido á esta operación sin haber siquiera intentado antes ninguno de los medios que podían conducir á la curación. Tarnier refiere el caso de una joven á quien dos cirujanos querían practicar la extirpación de los ovarios para conseguir la curación de una histeria con paraplegia. Consultado Tarnier, aconsejó sencillamente la hidroterapia, que fué suficiente para conseguir la curación completa. Merece especial mención una observación de Israel: tratábase de una joven histero-epiléptica, que debía sufrir la castración aconsejada por los médicos consultores. Se cloroformizó la enferma, se practicó una incisión

en la pared abdominal sin interesar el peritoneo y se practicó luego la sutura. La enferma quedó completamente curada. Hégar, aunque partidario de una operación que fué el primero en practicar y la ha repetido con frecuencia, establece sus indicaciones del modo siguiente: «la castración está indicada en los casos de anomalía y de enfermedad que ponga directamente la vida en peligro, pudiendo ocasionar la muerte en poco tiempo, ó bien capaz de producir un achaque de larga duración y de continuados progresos, trayendo consigo tales molestias que lleguen á hacer fastidiosa la vida. Entiéndase bien que siempre damos por supuesto el caso de que ningún otro medio de tratamiento permitiría esperar ningún resultado ó bien que se han agotado todos los recursos imaginables, al paso que la ablación de los ovarios parece ser el único medio capaz de conducir á la curación.» Me declaro decididamente conforme con estas proposiciones. Spencer-Wells clama también contra la frecuencia exagerada con que se practica en Inglaterra esta operación. También Battey se quejó de esto mismo en el Congreso internacional de Londres. Si hoy día se practica con menos frecuencia, es debido á que la locura operatoria se ejercita actualmente de otro modo: con la cura radical de las hernias y la salpingotomía.

Operaciones en las trompas. Salpingotomía

En las trompas uterinas pueden encontrarse muy variadas lesiones. En los casos de retención menstrual por atresia del útero y de la vagina, y también en otras condiciones patológicas, pueden hallarse transformadas en quistes hemáticos. También pueden desarrollarse en este punto quistes ó colecciones purulentas consecutivas á su inflamación y á la de los anexos del útero. Cuando por el tacto vaginal y la palpación abdominal se comprueba la existencia de colecciones líquidas, se las puede dar salida por la punción practicada ya por la vagina ya por el recto; como asimismo podemos llegar á ellas directamente por la laparotomía, y por último, se ha practicado también por la vía abdominal la ablación de la trompa.

1.º *Punción vaginal.*—Se practica con el bisturí ó con el trócar, siempre que la colección sanguínea ó purulenta haga una eminencia muy marcada dentro de la vagina y el dedo pueda percibir claramente la fluctuación en uno de los fondos de saco vaginales; en todo caso será prudente practicar antes una punción aspiratriz. Después de practicada la punción y vaciado el líquido, con la

cánula introducida aún, se pueden practicar irrigaciones repetidas con una solución antiséptica para impedir la alteración del pus, y después de este lavado dilatar la abertura y dejar colocado un tubo de drenaje. Esta práctica no es la más recomendable, porque la reunión de estos focos por primera intención no es posible, pues no hay manera de ejercer sobre ellos ninguna compresión; debemos, pues, conformarnos con ver continuada la supuración durante algún tiempo, y conviene de todos modos que pueda fluir con entera libertad. Desde el momento, pues, que la punción nos ha dado la certeza de la existencia de una bolsa hemática ó purulenta, se hace necesario retirar el trocar y practicar en el sitio mismo de la punción una incisión con el bisturí para facilitar la libre salida del líquido. Esta incisión debe hacerse todo lo más atrás posible para evitar la herida de los uréteres, que podría tener lugar si se la practicase demasiado hacia delante.

2.º *Punción rectal.*—Cuando el absceso ha formado prominencia por este lado, se ha practicado la punción y la incisión por el recto; pero siempre que sea posible se preferirá la vía vaginal, porque las aberturas por el recto casi siempre se convierten en fistulosas; por este lado no es tan fácil como por la vagina practicar los lavatorios, y por último, la comunicación con el intestino puede tener inconvenientes sobre los cuales no es necesario insistir.

3.º *Punción abdominal.*—Cuando el flemón, lo mismo que los del ligamento ancho, viene á formar prominencia en la pared abdominal por encima del ligamento de Falopio, se puede practicar la punción abdominal. En este caso se debe incidir la piel con precaución, introducir el dedo, buscar de nuevo la fluctuación y penetrar hasta el foco despegando el tejido celular con el pico de la sonda acanalada, y al llegar al foco dilatar la abertura por desgarro, practicar lavados sucesivos hasta que no sale ya pus, colocar un tubo en la abertura y aplicar un vendaje comprimiendo enérgica y regularmente el fondo del foco. De esta manera he podido conseguir dos veces la curación en pocos días de abscesos profundos procedentes del ligamento ancho y debidos quizás á una salpingitis supurada.

4.º *Laparotomía.*—La incisión se hace sobre la línea blanca á dos dedos por encima del pubis, y en las condiciones que he dicho más arriba al hablar de la castración. La incisión debe ser corta, pero suficiente para que se puedan introducir cuatro dedos y toda la mano si es conveniente. Los dedos introducidos en el vientre van en busca del útero, y después se inclinan hacia las partes

laterales en busca de la trompa. A veces la trompa está libre, pero más frecuentemente ha contraído adherencias con el epiploon, el intestino, los órganos próximos de la pequeña pelvis, ó quizás se encuentra como perdida en medio de productos inflamatorios más ó menos organizados. Después de haber reconocido la trompa, se dirigen los dedos hacia su cara posterior procurando desprenderla de sus adherencias, y después se corren por debajo de ella procurando dejarla enteramente libre y atraerla luego hacia la abertura de la herida. Cuando se ha podido practicar este aislamiento, se pasa por debajo de la trompa una doble ligadura, una se aplica hacia afuera cerca de las adherencias á la pelvis; y la otra hacia dentro cerca del útero, y luego se extirpa todo lo comprendido entre las dos ligaduras. Una vez practicada la resección, con el termocauterio se pueden cauterizar las superficies de sección.

Quando la operación se practica por motivo de una pio ó de una hemato-salpingitis, puede suceder que la bolsa se rompa durante el curso de la operación, y en este caso debe procederse á la más completa y minuciosa limpieza de la pequeña pelvis. Por lo demás, bajo ningún punto de vista esta operación es comparable á una ovariectomía, operación perfectamente regular, que, excepto en los casos de adherencias organizadas, no deja dentro de la pelvis ninguna superficie cruenta. En la operación de que tratamos, se procede por despegamiento, por desgarro, y las más de las veces queda una superficie cruenta bastante extensa, que en lo sucesivo dará una secreción sero-sanguinolenta, algunas veces purulenta bastante abundante, de manera que casi siempre es de necesidad el drenaje de la cavidad abdominal. Este drenaje puede practicarse con un tubo de cristal ó el de caucho ordinario. A veces se ha hecho una incisión en el fondo de saco vaginal y entonces se hace salir el tubo por la vagina. Mikuliez coloca dentro de la pelvis un buen número de tiras de gasa yodofórmica y las retira sucesivamente una á una hasta que ha cesado la supuración; la pared abdominal por encima del punto que ocupan los tubos de drenaje se sutura como de ordinario.

Apreciación.—Hasta estos últimos años la intervención quirúrgica únicamente se aplicaba en los casos en que se comprobaba la existencia de una colección líquida, purulenta ó hemática, que puede tener su origen en las trompas, el ovario ó el ligamento ancho, y formar prominencias ya por parte de la vagina, ya por parte de la pared abdominal.

En estos últimos años se ha propuesto intervenir por la laparotomía en los casos en que existe un absceso profundo de la pequeña pelvis, aunque se encuentre alejado de la pared abdo-

minal. En efecto, en los casos en que la colección purulenta en vez de deslizarse por debajo del peritoneo para llegar sobre el arco de Falopio, rechaza el peritoneo dirigiéndose hacia la pequeña pelvis, sería mejor hacer una laparotomía regular, que no incidir la pared abdominal á nivel de la fosa iliaca, con la casi seguridad de penetrar dentro de la cavidad peritoneal cuando el cirujano se cree entrar en la cavidad purulenta. La experiencia nos ha demostrado que no es conveniente precipitarse en operar, pues con un poco de paciencia, en la inmensa mayoría de los casos, no se tarda en ver que el absceso se aproxima poco á poco á la pared abdominal. No debe el cirujano preocuparse excesivamente por el temor de que la colección purulenta abriéndose en la cavidad peritoneal provoque una peritonitis, pues este accidente es muy raro; porque el peritoneo en contacto con el absceso se inflama y engruesa por la formación y organización de exudados plásticos. Cuando se forman adherencias con el intestino, este trabajo se suspende á nivel de estas adherencias; pero la inflamación ulcerativa continúa, y el absceso se abre dentro del intestino, accidente cuya gravedad no se debe exagerar, puesto que, al contrario, constituye uno de los modos de curación. Lo mismo diré respecto de la abertura espontánea por la vagina.

Sin embargo, no siempre pasan las cosas tan felizmente, y hay casos en los cuales se puede temer la ruptura; los hay asimismo en que por el tacto rectal y vaginal se puede comprobar la existencia de una tumefacción considerable de la trompa distendida por el líquido. En estos casos, afortunadamente poco frecuentes, después de haber establecido el diagnóstico lo más riguroso posible, y cuando no se pueden abrigar esperanzas de obtener la curación sin operación, estaremos autorizados para practicar la ablación de la trompa, ó mejor de la trompa y del ovario, porque muy frecuentemente son extirpados dichos órganos á la vez.

Pero la laparotomía y la salpingotomía se han practicado también en otras condiciones que no son hasta aquí mencionadas. Siguiendo el ejemplo de Lawson Tait, se ha practicado esta operación en casos mal definidos, de diagnóstico siempre dudoso, en que una inflamación de los anexos ocasiona la induración del tejido celular peri-uterino, la producción de exudados inflamatorios, adherencias y la inmovilidad del útero. Estas lesiones, que casi siempre van acompañadas de trastornos diversos, exigen á menudo un tratamiento muy prolongado, á veces de muchos meses, y cuya base la forman el reposo con el empleo de cataplasmas abdominales y vaginales. Pero es de advertir que, por regla general, se consigue la curación, si no completa y radical, al menos la suficiente para desvanecer casi todas las molestias, y en mi ya larga carrera quirúrgica difícilmente recuerdo haber encontrado

muy raros casos en que la muerte haya sido la consecuencia de la enfermedad.

La extirpación de las trompas por la laparotomía dista mucho de ser una operación sin gravedad. Martin, en 18 casos operados por gruesos tumores de las trompas, perdió 5 enfermas, lo cual significa una mortalidad de 27 por 100. En 80 casos de salpingotomía por diversas causas, la mortalidad ha sido de 12 por 100. Schlesinger, citado por Monprofit, ha reunido 274 operaciones en las que hubo 24 casos de muerte (9 por 100); Mundé en 13 operaciones tuvo un caso de muerte; Meinert uno en 15 operadas (6 por 100); Orthmann en 21 casos de salpingo-ovariotomía tuvo dos casos de muerte (9'5 por 100); Routier en 10 operaciones tuvo dos muertos (20 por 100). Lucas-Championnière en 21 operaciones tuvo un caso de muerte (5 por 100) y Terrier un muerto en 8 operadas (13 por 100).

¿Después de haber corrido estos peligros, encuentran al menos las enfermas una curación completa, radical? Cuando menos es permitido dudarlo; porque muchas de las enfermas no se las ha visto más, y en otras se ha continuado la observación muy poco tiempo. En los casos favorables, la observación se limita á consignar que «el estado de la enferma es muy satisfactorio; que no hay ya dolor ni fiebre; que la enferma se levanta y puede considerarse curada, y que con ciertas precauciones puede dedicarse á sus ocupaciones ordinarias». No se ve en todo esto ninguna ventaja más que las que se obtienen por el tratamiento médico, el cual por lo menos no pone en peligro la vida de la enferma. Por otra parte, después de haberse practicado con deplorable ligereza en América, en Inglaterra y en Alemania, esta operación es mirada hoy día en el extranjero con marcada frialdad, y hasta le oponen algunos la más formal reprobación. Coe se pronuncia vivamente contra el abuso que se ha hecho de esta operación. Martin (de Berlín) no la acepta más que en los casos en que existe un tumor muy manifiesto. En 1884, Emmet decía: «Existen hoy día en América más cirujanos que van en busca de la primera ocasión para operar un tumor ovárico, que no los había 30 años atrás deseando extirpar una amígdala,» y dentro de 5 años, decía además, ningún cirujano concienzudo querría operar las dos terceras partes de los casos que en la actualidad se operan. Martin dice que antes de decidir la operación es indispensable agotar todos los más suaves tratamientos. Polk declara que la infinita mayoría de las salpingitis curan espontáneamente; también había creído antes que era necesario operar. Goo cree que jamás se ha abusado tanto de ninguna operación. Ahora bien, precisamente en el momento en que en el extranjero se levantan autorizadas voces contra el abuso de esta operación, algunos de nuestros cirujanos se entregan á la práctica

de la salpingotomía con un entusiasmo digno de mejor causa. Es de creer que bien pronto seguirán las huellas de los cirujanos extranjeros hacia la reacción, no contra el uso, que puede hallarse justificado en algunos casos excepcionales, sino contra el abuso actual de la salpingotomía.

CAPITULO XII

Embarazo extrauterino

Por una anomalía de posición, el huevo fecundado puede desarrollarse en la trompa, en la trompa y el útero, en el ovario, en un cuerno uterino rudimentario y dentro del abdomen. El feto continúa su evolución más ó menos completa en este sitio anormal, pero como no puede ser expulsado por las vías naturales, se producen fenómenos morbosos que pueden reducirse á los tres casos siguientes: 1.º el feto muere y se transforma en litopedion, que puede permanecer largos años dentro del vientre; 2.º el quiste fetal se rompe y se produce una hemorragia mortal para la madre y para el feto; 3.º obrando el feto como cuerpo extraño, determina una inflamación más ó menos violenta y es eliminado por diversas vías.

Kiwisch en 100 observaciones no ha encontrado más que 18 curaciones: 7 veces por eliminación espontánea del feto; 8 veces por conservación y transformación del feto; 1 vez el niño y la madre sobrevivieron á la operación; 2 veces únicamente se salvó la madre por la intervención quirúrgica, lo cual significa una mortalidad de 82 por 100.

Von Hecker reuniendo 132 casos de embarazo abdominal ha encontrado 76 curaciones: 62 después de la expulsión espontánea y 14 después de la intervención quirúrgica, lo cual significa una mortalidad de 42 por 100. En los 56 casos mortales la muerte sobrevino 44 veces después de la expulsión espontánea, 12 veces después de la intervención quirúrgica. En 150 embarazos ováricos, cuyas observaciones ha reunido Henning, hubo 133 muertos, 6 de ellos después de la operación, y únicamente 17 curaciones, 11 de ellas después de la intervención quirúrgica. La mortalidad es aquí de 88 por 100 y aun contando en su favor el resultado favorable de las 11 operaciones, porque sin ellas probablemente habría sido de 96 por 100.

La gravedad de la preñez extrauterina se comprende que despertase el anhelo de los cirujanos y de las matronas por intervenir,

ya sea con el fin de detener la marcha del embarazo, ya para extraer el feto ó el niño á término. Scanzoni ha aconsejado la punción del quiste fetal. Martin practicóla á través de las paredes abdominales, y Braxton, Hicks, Simpson y Greenlach por la vagina. Únicamente sobrevivió la operada de Greenlach. Joulin propuso matar el feto inyectando morfina dentro del huevo; Friedreich y Kæberlé consiguieron el objeto por este medio; Rennert hizo lo mismo empleando la morfina unida al ácido fénico. Burci y Baccheti en dos casos mataron el feto introduciendo dos agujas de acupuntura que las pusieron en comunicación con una batería galvánica. La madre curó. Este medio lo emplearon con éxito en estos diez últimos años Lovring, Landes, Garrigues, Rockwell, Munde, Bozeman y Gaillard Thomas.

Natural era que se pensase en extraer el feto por una operación quirúrgica, ya sea en los primeros tiempos con el objeto de evitar la ruptura del quiste, ya en una época más avanzada con la esperanza de salvar al niño. Esta operación se ha hecho casi siempre por la laparotomía y algunas veces por la kolpotomía, ó sea por la incisión vaginal.

1.º *Elitrotomía*.— Se ven casos en los cuales el desarrollo del quiste fetal se efectúa de tal suerte que el útero vacío es repelido hacia arriba detrás del pubis, al paso que el quiste forma notable prominencia dentro de la vagina, cuya pared posterior levanta. Bandl ha extraído por una incisión vaginal un feto que pesaba 2,325 gramos, y por desgracia la enferma sucumbió al segundo día. Campbell ha reunido 9 casos de esta operación. En 3 de estos casos la madre y el niño murieron; en otros 3 casos la madre y el niño sobrevivieron; en dos la madre curó, pero el niño murió, en 1 el niño se salvó, pero la madre sucumbió.

2.º *Laparotomía*.— Se ha discutido mucho si en caso de ruptura del quiste debería practicarse la laparotomía, extraer el feto y cohibir la hemorragia. La opinión de la mayoría de los ginecólogos es favorable á la intervención, y en efecto, ésta es la práctica más racional; porque esperar, ó mejor, abstenerse, es simplemente dejar que la enferma se muera; sin duda que es muy dudoso el éxito de la intervención, pero éste es el único medio para salvar á la madre. La laparotomía en la preñez abdominal puede practicarse durante la vida del feto ó después de su muerte. Cuando se ha formulado bien el diagnóstico, conviene no esperar demasiado y practicar la operación al final del octavo mes. El peligro está sobre todo por parte de la placenta, que puede ocasionar hemorragias, y la sangre, infiltrándose en el abdomen, puede ocasionar una peritonitis séptica. Conviene, pues, no empeñarse en quitar en seguida