

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

la placenta; es mejor esperar que los vasos maternos se hayan obliterado y que la placenta haya empezado á desprenderse espontáneamente. Los resultados han sido muy diferentes, según que el niño haya estado vivo ó muerto en el momento de la intervención. Keller ha reunido 11 observaciones de laparotomías con el feto á término. De las 11 madres, 4 operadas por Schreger, Muller, Ring y Gardien curaron. De los 12 niños (en el caso de Sale hubo gemelos) 8 se salvaron.

Las estadísticas reunidas por Litzmann y Wert no dieron tan buenos resultados, porque de 17 operadas, únicamente 2 curaron. La operación hecha después de la muerte del niño ha dado mejores resultados, lo cual se comprende fácilmente por el hecho de que la placenta ha perdido su vitalidad. Litzmann, en 10 casos operados en menos de seis semanas, después de la muerte del feto encuentra 2 curaciones y 8 muertos, al paso que en 23 casos operados, de seis semanas á un año, después de la muerte del feto hubo 17 curaciones y 6 muertos; Wert en otros 25 casos cuenta 17 curaciones y 8 muertos. Resumiendo estas dos estadísticas, que se completan, tenemos en 50 casos, 30 curaciones y 22 muertos, ó sea una mortalidad de 37 por 100. Estos resultados, que seguramente mejorarán aún, no dejan duda alguna sobre la utilidad de la laparotomía en la preñez extrauterina. ¿Al llevarla á cabo debemos limitarnos á abrir la bolsa, ó al contrario, intentar la extirpación? Es ésta una cuestión actualmente discutida sobre la cual no tenemos aún datos suficientes para juzgar.

CAPITULO XIII

Operación cesárea

Esta operación fué practicada por vez primera en la mujer viva en el año 1500, habiéndola llevado á cabo un castrador de cerdos llamado Jaime Rufer con feliz éxito en la persona de su propia esposa. Se practica unas veces en la mujer ya cadáver, y entonces la única regla consiste en hacer extensa la incisión para extraer el niño con mayor prontitud y seguridad, y otras en el vivo para cuyo caso son muchos los procedimientos imaginados. Unos cirujanos han intentado llegar al cuello uterino sin interesar el peritoneo á beneficio de una incisión transversal practicada por encima del pubis ó de la cresta iliaca, ó también practicando una incisión oblicua paralela al ligamento de Poupart. Otros, abriendo el peri-

toneo, han hecho transversal la incisión, colocándola entre el músculo recto y el raquis, ó la han hecho vertical trazándola por fuera de los músculos rectos. Todos estos procedimientos están completamente abandonados, y con justo motivo prefieren todos una incisión á lo largo de la línea blanca.

La incisión abdominal se practica sobre la línea blanca con las mismas precauciones que en la ovariectomía. Se separan los intestinos, se pone al descubierto el útero y se incide éste capa por capa y rápidamente para evitar la pérdida de sangre. Es conveniente hacer lo posible por conservar íntegras las membranas hasta que se ha dilatado suficientemente la incisión del útero. Se rompen después las membranas, se coge el feto, se le extrae con precaución, y últimamente se liga el cordón. Una vez extraído el feto, se desprenden la placenta y las membranas, se las extrae, y con los dedos introducidos en el útero, se titila su cara interna para excitar sus contracciones. La sutura de la herida interna la han aconsejado y practicado diferentes operadores, pero han sido aún muchos más los que la han combatido, pues parece más perjudicial que útil; desde luego puede considerarse inútil, porque la retracción del útero es por sí sola suficiente para disminuir la extensión de la herida cuyos labios no tienen tendencia alguna á separarse. En cuanto á la sutura del abdomen, no debe practicarse hasta que el útero se ha reaccionado por completo y ya no da sangre: á veces puede quedar diferida por espacio de una hora.

En 1605 operaciones practicadas en diversos países, Mayer ha encontrado los resultados siguientes:

	Operadas	Curadas	Muertas	Mortalidad por 100
Inglaterra. . . .	480	236	244	50
Alemania. . . .	712	332	380	53
Francia. . . .	344	153	191	55
Bélgica. . . .	11	4	7	63
Italia. . . .	46	5	41	87
América. . . .	12	8	4	33
	1605	738	867	54

La operación se ha repetido cierto número de veces en la misma enferma; con bastante frecuencia dos veces, más raramente tres veces, y Michaelis la ha practicado cuatro veces en una misma enferma. Esto podría inducirnos á considerar el pronóstico menos grave en una recidiva de operación que en la primera.

La mortalidad de la operación cesárea es muy elevada. Se sabe que nunca se la había practicado con éxito en los hospitales de París; pero es más que probable que se será más afortunado en lo sucesivo por las precauciones que hoy día se toman contra el con-

tagio. Lo mismo que en las amputaciones y otras grandes operaciones quirúrgicas se sabía que esta operación, siempre mortal en nuestros hospitales en donde la practicaban los más hábiles cirujanos, á veces, al contrario, daba buen resultado en las poblaciones rurales en manos de médicos mucho menos experimentados. Harris ha reunido una estadística de 120 operaciones cesáreas practicadas en el norte de los Estados Unidos.

	Operadas	Curadas	Muertas	Mortalidad por 100
En las grandes ciudades. . .	33	11	22	66
En las ciudades pequeñas. .	55	19	36	62
En el campo.	32	20	12	37

Los que creen en la influencia nociva de los gérmenes atmosféricos tendrían sus dificultades para explicar esta diferencia en los resultados. Pero, como demostré ya en 1865 en mi libro de las maternidades, no hay tales supuestas epidemias, trátase aquí únicamente de transmisiones por contagio. Pues bien, lo que sucede en este caso es que el comadrón de las grandes ciudades, y sobre todo el de los grandes hospitales, contaminado por sus enfermas atacadas de fiebre puerperal comunica el germen á sus operadas; al paso que el comadrón rural, como que ve pasar muchos años sin encontrar un caso de fiebre puerperal, libre de todo germen contagio, puede operar y curar á su enferma, porque no la contamina. Hoy día que, bajo la influencia de ideas teóricas erróneas, el cirujano se previene contra los gérmenes del aire, con esto se previene igualmente contra el contagio. Por lo demás, poco importa la teoría si la práctica es buena, y desde luego puede afirmarse que á no tardar veremos que la operación cesárea surte buen efecto hasta en nuestros hospitales.

Amputación del útero como complemento de la operación cesárea

Esta operación, practicada en Boston por Storer en 1868, la propuso en 1876 Eduardo Porro, profesor de obstetricia en la Universidad de Pavia, y advierte que ha llegado á concebir este medio con motivo de un caso de hemorragia uterina después de una operación en el cual, no pudiendo detener la sangre, se decidió á extirpar el útero. La Memoria de Porro contiene ideas extravagantes: practicó la operación sin tener de ello conocimiento ni la familia, y añade que consideró ridículo (*sarrebbe ridicolo*) advertir á la enferma, ni siquiera á su marido, de lo que se proponía hacer 20 días más tarde; pero en cambio, y antes que á un *pseudomaterialista*,

prefirió consultar el caso con su obispo, el cual encontró muy legítima la operación, apoyándose por analogía en la consideración de que se debe poder extirpar el útero, ya que los moralistas y teólogos permiten la castración con el objeto de perfeccionar la voz. Verdaderamente será ésta una moral muy singular, y por otra parte se evoca el parecer de autoridades más singulares aún en terapéutica quirúrgica.

No obstante, había en la proposición de Porro una idea quirúrgica no despreciable. Creyendo que era de todo punto imposible la reunión por primera intención de la herida uterina, trataba de evitar el derrame en la cavidad abdominal de los líquidos segregados por la matriz, y para impedirlo consideró como el mejor medio la amputación del órgano.

La operación de Porro fué rápidamente aceptada por gran número de comadrones, y se practicó luego repetidamente. Júzuese de ello por el siguiente cuadro reunido por Godson en 1884, el cual, al paso que marca la frecuencia de las operaciones en los distintos países, indica también los resultados que ha dado en cada uno de ellos.

	Operadas	Curadas	Muertas	Mortalidad por 100
Italia.	54	23	31	57
Austria.	30	18	12	40
Alemania.	24	8	16	66
Francia.	12	5	7	58
Inglaterra.	5	1	4	80
América.	4	1	3	75
Bélgica.	4	2	2	50
Suiza.	2	2	»	»
España.	1	»	1	100
Rusia.	1	»	1	100
Holanda.	1	1	»	»
	198	61	77	55'8

La operación de Porro ha sido paulatinamente abandonada, y por lo que se ve, su mortalidad media parece más elevada que la que arroja la operación cesárea clásica.