

1º, hacer pasar por el tumor una fuerte corriente interrumpida, colocando un electrodo en el recto y el otro en la parte mas saliente del tumor, y dejando al arbitrio del profesor la intensidad y duracion de la corriente, segun lo requiera el caso; 2º, inyectar directamente el saco, por medio de una aguja hipodérmica larga y delgada, de diez á quince gotas de la solucion de morfina de Majendie; y 3º, extraer el líquido amniótico á favor de una aguja de aspirador muy pequeña, tomando precauciones antisépticas. En las dos últimas operaciones, despues de poner la aguja en agua hirviendo se la fenicará perfectamente ántes de usarla; la solucion que se emplee será fenicada; la puntura se lavará con pincel y solucion fenicada, y luégo se pintará con colodion.

La puncion del ovisaco extrauterino se ha practicado con buen resultado en algunos casos, á saber: Morton la hizo dos veces, y una vez cada uno la han hecho Greenhalgh, Stoltz y Koeberlé. Por mi parte he recurrido á ella en dos ocasiones; pero una de las pacientes murió de septicemia, y la otra de hemorragia en el saco seguida de rotura. El Dr. Routh ha dado cuenta de un caso que despues de la operacion terminó como el segundo mio.

(b.) Cuando todas las apariencias favorecen la opinion de que el embarazo es tubario, al propio tiempo que la gravedad de los síntomas reclama una accion inmediata, hay dos modos de proceder: 1º, si el tumor es seguramente accesible por la pélvis, puede incindirse con libertad con un instrumento candente como el cuchillo del termo-cauterio de Paquelin, estrayendo luégo el feto, conteniendo la hemorragia á favor de un tapon firme, evitando la septicemia, y dejando que la placenta se elimine espontáneamente; y 2º, puede practicarse la laparotomía, reuniendo como en un pedículo para la ligadura el ligamento ancho, el ovárico y la trompa, y estrayendo la masa fetal.

Mi esperiencia me hace decir, que si el tumor está bajo en la pélvis, si la fluctuacion es indudable y si hay seguridad de llegar al saco, lo mejor y lo ménos espuesto es introducir el spéculum grande de Sims, aplicar el cuchillo candente del aparato de Paquelin é ir cortando despacio hasta hacerlo penetrar en el saco. Entónces se debe sacar el feto, pero no la placenta, poniendo luégo á manera de compresa en el abdómen, sobre el sitio del tumor, un saquito de lienzo relleno de algodón y sujeto con aglutinante; despues de rellenar cuidadosamente el ovisaco con algodón antiséptico, que ha de renovarse cada treinta y seis horas. Debe seguirse escrupulosamente el listerismo. Por estos medios puede dominarse por completo la hemorragia y una vez evitado este peligro, y el de la septicemia, no concibo qué otra cosa pueda pedirse en los casos de esa naturaleza. Tambien puede producirse en tales ocasiones la muerte del feto por medio de inyecciones de morfina, ó de una corriente interrumpida fuerte; quedando en actitud expectante respecto á lo que sobrevenga.

(c.) Si no cabe duda de que el embarazo es abdominal, por haber

adelantado mas del término que de ordinario permite la distension tubaria, y por el volúmen relativamente pequeño del útero, no se debe operar hasta que la gestacion haya llegado á su término natural; entónces la naturaleza misma, al esforzarse por producir el parto, señala el momento en que conviene recurrir al arte. Cuando tal suceda, el mayor triunfo de la cirugía obstétrica será el de salvar la vida de la mujer y de la criatura, como lo consiguió Jesop, de Leeds, en un caso de que dió cuenta hace algunos años á la Sociedad de Obstetricia de Lóndres.

Actualmente que ya se ha sistematizado y entendido tan por completo la cirugía de la region abdominal, y cuando sus resultados son ya tan distintos de como eran ántes merced á los adelantos debidos al ilustre Lister, seria peor que inútil reproducir las estadísticas formadas por Campbell y otros acerca de la laparotomía en casos de embarazo extrauterino. Otro habrá de ser el punto de partida para lo que se haga en adelante.

En los casos en que la cabeza del feto baja á la pélvis, algunas veces resulta posible incindir la pared vaginal, coger con el fórceps la parte presentada y sacar viva la criatura, casi por las vias naturales, sin que la madre se esponga mas que al ligero peligro de la operacion. Un médico de aldea establecido en Edisto Island (Carolina del Sur), el Dr. John King, tuvo en el año de 1816 un caso como el que acabo de indicar; era hombre atrevido y original é hizo la operacion aludida, con el feliz resultado de salvar á la madre y á la criatura. En el "Medical Repository," de 1817, consta ese caso, sobre el cual escribió el mismo King un folleto que obra en poder del Dr. Pooley, de Yonkers.

(d.) De no efectuarse el parto de término, puede resultar el litopecion ó feto petrificado, que puede permanecer años en el vientre de la madre; tambien puede sobrevenir la supuracion de las cubiertas del feto, haciendo que se recurra á la laparotomía como operacion secundaria; ó puede reabsorberse el líquido amniótico, quedando comprimidos los huesos del feto por las paredes del saco y produciendo el roce una inflamacion y ulceracion peligrosa. Cuando concurren estas circunstancias es preciso pensar bien lo que ha de hacerse, á saber: si conviene emplear los recursos del arte ó si se debe dejar el caso á la accion de la naturaleza. Pero aun despues de optar por lo primero cuando haya certidumbre de que sea necesario, todavía quedará por decidir cuándo haya de ser oportuno practicar la operacion. En las demas variedades del embarazo extrauterino, el continuado curso de la gestacion espone á la mujer al constante y siempre creciente peligro de repentina muerte. En la preñez abdominal no sólo deja de suceder eso sino que, como queda manifestado, suele ser prudente no impedir que el feto llegue á su completo desarrollo.

Supongamos que ántes ó despues del término natural de la gestacion

haya muerto el feto y que así permanece en la cavidad peritoneal. ¿Será prudente recurrir desde luego á la operacion? Creo que no. Uno de los peligros que ofrece la operacion consiste en la hemorragia. Cuanto mas tiempo permanezca adherida la placenta despues de la muerte del feto, mas seguro será que se atrofia y se haga ménos vascular. Otro gran peligro es el de la septicemia; la cual será ménos fácil que ocurra segun sea mayor la reduccion que sufra la placenta por pérdida de funciones. Lo que en tales casos conviene, á lo que juzgo, es aplazar prudentemente la operacion y aguardar á que los síntomas indiquen la proximidad del peligro que se ha de evitar.

Pero ese aplazamiento y esa actitud espectante no han de prolongarse tanto que pueda darse lugar á la reabsorcion séptica. Tan digna de censura sería entónces la falta de accion como el inmoderado apresuramiento por acudir á los medios operatorios prematuramente.

El feto que permanece en la cavidad abdominal despues del término propio de la gestacion, muerto ya y rodeado de intestinos al haberse reabsorbido el líquido amniótico, ó de sustancias purulentas que hayan reemplazado á ese líquido, constituye un elemento peligroso, que ha de serlo mas y mas á medida que trascurra tiempo. Su eliminacion artificial no debe considerarse sino como cuestion de oportunidad, puesto que la conveniencia de eliminarlo está fuera de duda. Cierto es que se conocen casos en que desgraciadas pacientes han llevado en su seno esos productos de gestacion anormal por espacio de treinta y cuarenta años; pero tales ejemplos son raras escepciones de la regla, y la impropiedad de permitir que la mujer quede espuesta á semejante peligro contra su vida mientras exista, podría tolerarse en los tiempos en que la cirugía estaba muy atrasada, pero no en nuestra época.

Seis veces he operado en casos de embarazo extrauterino, pero nunca sin fundarme en la creencia de que el aplazamiento fuera mucho mas peligroso que la accion inmediata. De esos seis casos, en cuatro se salvaron las madres, que ya estaban en inminente peligro de perecer. Con todo, he de aceptar como regla el precepto de que los procedimientos operatorios deben aplazarse, mientras sea posible, hasta que la naturaleza señale de algun modo el medio ó conducto que prefiera para la eliminacion del feto y sus anejos. Es de advertirse, sin embargo, que los hombres mas temibles son aquellos que sin recapacitar ni discurrir aplican una regla cualquiera. El cirujano prudente aunque animoso, es el que sigue los preceptos como guia en la generalidad de los casos y se aparta de la regla tan luego como se lo indican las circunstancias de un caso escepcional.

No hay reglas fijas aplicables á todos estos casos. Las que voy á esponer pueden guiar generalmente al médico, quien habrá de modificarlas segun se lo sugieran las indicaciones particulares en cada caso, á saber:

Antes del término natural de la gestacion, y mientras esté vivo el feto, deberá observarse con atencion el curso de su desarrollo, esperando que al llegar á los nueve meses haya de verificarse su eliminacion, sea por laparotomía ó por elitrotomía, pero salvándose la madre y la criatura.

Si el feto ha muerto en los primeros períodos de la gestacion, convendrá no apelar á procedimientos operatorios; pero no deberán aplazarse tanto que pueda darse ocasion á que se presente la septicemia ó un estado héctico.

Cuando se haya cumplido el término natural del embarazo y el feto siga encerrado en lugar que la naturaleza no haya destinado á contenerle, se esperará á que se presente trastorno constitucional, combatiéndolo entónces prontamente y con decision por los medios del arte.

El estado mas favorable para la laparotomía, es aquel en que el saco se ha adherido á las paredes abdominales, haciendo innecesario que se penetre en la cavidad peritoneal. Cuando el saco no esté así adherido, sus paredes deberán juntarse por medio de suturas á las paredes abdominales, cerrándose el peritoneo y haciendo inyecciones antisépticas.

Si el embarazo es intersticial, se dilatará la cavidad uterina, de modo que por dentro de ella pueda efectuarse la palpacion, considerándose al propio tiempo la posibilidad de la incision.

En caso de rotura del saco extrauterino con hemorragia continuada y progresiva que amenace poner fin á la vida de la paciente, ¿qué habrá de hacerse? El Dr. Rogers, de Nueva York, escribió en 1867 una monografía en la cual recomendaba mucho para estos casos la laparotomía con objeto de dominar la hemorragia. Muy seguro estoy de la validez de su opinion, y, sin embargo, la esperiencia me prueba que las buenas ocasiones para ese proceder son limitadísimas, ya por las dificultades del diagnóstico, ya porque la paciente se reponga, ó porque no lo consienta el estado moral de la misma, que generalmente no se tiene en consideracion. De los diez y siete casos de embarazo extrauterino que he conocido, sólo en uno se habria justificado ese proceder. En ese caso la paciente estuvo perdiendo sangre cuarenta y ocho horas, y aunque sostuve que el diagnóstico era de embarazo tubario y propuse con empeño la laparotomía, los demas profesores que intervinieron en la consulta no fueron de mi parecer respecto á ámbos puntos. La autopsia hizo ver que en la porcion franjeada de una de las trompas habia un feto rodeado de líquido amniótico. El saco no estaba roto, pero sí lo estaba un vaso de su circunferencia, del cual procedia el flujo que ocasionó la muerte. Es casi seguro que la laparotomía habria salvado á la paciente.

La cirugía, en cuanto se refiere á la region abdominal, es harto progresiva, adelanta demasiado para que se le pueda aplicar la máxima de que "lo pasado es el mejor medio para juzgar de lo venidero." Cosas

que en esa parte de la cirugía eran censurables hace cinco años, ya pueden practicarse sin peligro, y es casi seguro que no se tardará en recurrir con éxito á la laparotomía contra los síntomas "cataclísmicos" resultantes de la rotura de los quistes fetales extrauterinos. Tan cerciorado estoy de ello, que la laparotomía me parece ser el único recurso legítimo en estos casos, cuando el médico haya esperado lo suficiente para convencerse de la proximidad de un término funesto.

## CAPÍTULO LIV.

## CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE ALGUNOS DE LOS RECURSOS TERAPÉUTICOS MAS IMPORTANTES DE LA GINECOLOGÍA.

No me propongo consagrar aquí un capítulo al estudio general de los recursos terapéuticos que de ordinario se emplean en ginecología; mas como conviene considerar y describir de un modo especial unos cuantos de los mas importantes, prefiero hacerlo en este lugar á diseminarlos por toda la obra, evitando así la posibilidad de que algunos pasasen inadvertidos.

Si es verdad que al práctico juicioso le incumbe evitar la rutina, no lo es ménos que él no debe permitir en su mente la confusion de los dos términos *rutina* y *sistema*; y á pesar de que no hay dos casos que deban tratarse de idéntica manera, cabe, sin embargo, poner un plan general susceptible de aplicarse con mas ó ménos exactitud á muchos.

*Sistema general de alimentacion y ejercicio para remediar el estado de debilidad de la sangre y de los nervios que suele acompañar á las enfermedades pelvianas de las mujeres.*

Requieren por lo regular estos casos un plan general de tratamiento tónico. Esta regla, sin embargo, tiene algunas escepciones, como por ejemplo, en casos en que la neurastenia y espanemia (tan universales como consecuencias) aún no se han presentado, por motivo del corto tiempo que ha trascurrido desde el establecimiento de la condicion patológica.

Hé aquí las instrucciones que yo doy á mis enfermas á modo de plan general:

1. Miétras continúe la cura, tenga Vd. presente que mucho depende de la cordial cooperacion de Vd. y de la manera inteligente con que haga Vd. por dar cumplimiento á mis instrucciones.
2. Coma Vd. carne fresca tres veces al dia, y otros alimentos nutritivos, tales como pan de trigo, patatas, arroz, huevos, etc., en la cantidad que pueda.
3. Entre el almuerzo y la comida del medio dia, entre esta y la de