

res d'especial i l'*extirpació del quyste fetal* se fa, de costum, tant fàcilment com la d'una annexiti corrent. Les soles dificultats possibles provenen de l'hipervascularisació habitual de les parts que s'han de treure i de les adherències que són, per dir-ho així, inseparables de tot embraç ectòpic. Cal, doncs, desconfiar dels esquinsos viscerals, i sobre tot de les hemorràgies, que poden ésser molt abundants i adhuc mortals (1). Però ls perfeccionaments actuals de nostra technica «permeten tant menys semblants accidents, que l'paro de l'hemorràgia s'obté pel fet mateix de l'extirpació del quyste fetal» (2). Així s pot dir que quasi sempre l'ablació s fa prou bé pera que sigui possible terminar sense drenatge i sense treure altra cosa que l mateix quyste fetal.

Això quedi dit també pera les formes habituals de l'embraç ectòpic, com pera aquelles que són desenrotllades en un *corn uteri rudimentari*. Fets bastant nombrosos, i sobre tot els de Beckmann (3), demostren, en efecte, que l desenrotllament del pedicul uteri és, ordinariament, prou petit pera que sigui fàcil no practicar més que l'ablació del quyste fetal, sense interessar massa l mateix uter.

Se comprèn, no obstant, que si l lloc del quyste o l'extensió de les adherències ho exigeix, cal saber recórrer a tots els artificis de les laparotomies difícils i no recular davant de les indicacions d'una ablació més completa. Les dificultats de l'enucleació, la necessitat d'acabar pel drenatge, poden ésser creades, sigui per l'importància de les adherències, sigui pel lloc *intra-ligamentari* o *sub-peritoneu-pelvià* de l'embraç. En quant a l'obligació de treure més que l quyste fetal i de completar l'operació per una *hysterectomia parcial o total*, la trobarem sobre tot en els embraços ectòpics, complicats de lesions inflamatories, i fixats per adherències particularment vasculars. En cas d'embraç ectòpic que evolucioni normalment, aquesta obligació no pot venir més que del setge o lloc *tubo-intersticial del quyste fetal*. La pediculació és aleshores tant difícil, l'hemostasi tant delicada i la ressecció uterina necessaria sempre tant extensa, que sovint lo més senzill és treure-ho tot. És lo que Potherat ha fet amb èxit per via vaginal. Però, com he dit més amunt, és al present inútil procedir d'aquesta manera, i *tot embraç intersticial, regonegut per laparotomia, exigeix immediatament l'hysterectomia abdominal supra-vaginal o total*.

Per oposició an aquesta intervenció radical, recordi-s que en els casos d'embraç intersticial en Kelly (4) (de Baltimore) ha aconsellat la

(1) Doléris: *Repertoire universel d'obstétrique et de gynécologie* (Paris, 1889), pag. 409.

(2) Labadie-Lagrave et F. Legueu: *Traité de Gynécologie* (Paris, 1898), pagina 1103.

(3) Beckmann: *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gyneak.*, bd. XXXV, 1. Voir en autre: Säger: *Arch. f. Gyn.*, 1884, bd. XXIV, pag. 332.—L. Landau: *Deut. med. Woch.*, 1890, pag. 593.—Th. Wyder: *Arch. f. Gyn.*, 1891, bd. XLI, pag. 183.—C.-L. Wilkins: *John Hopkin's Hosp. Rys.*, 1896, vol. VI, pag. 113.

(4) Howard A. Kelly: *Operative Gynecology* (New-York), 1898, vol. II, pag. 463.