

PARTE TERCERA

OPERACIONES

OPERACIONES SOBRE LOS OVARIOS

CAPÍTULO PRIMERO

EXTIRPACION DE LOS TUMORES DEL OVARIO. — OVARIOTOMÍA

LITERATURA

Th. Schorkopf. *Diss. Med. Inaug. De hydrope ovarii*, 1685.

Ephraim Mac Dowell. *London, Med. Gaz. V. 35. Eclectic repertory and analytical review*. Filadelfia, Octubre, 1818.

Nathan Smith. *New-York Med. Record*, Junio, 1822.

Lizars. *Observations on the extraction of diseased ovaria. Edimburg Med. and Surg. Journ.*, Octubre, 1824.

Stilling. *Holscher's Annalen. Neue Folge I. Jahrgang, 1841, und Die Ex-treperitonealmethode der ovariectomie*. Berlin, 1866.

Ch. Clay. *Result of all the operations for extirpation of diseased ovaria by the large incision*. Londres, 1848.

Atlee. *Americ Journal of med. Sec.*, XXIX.

Kiwisch. *Klinische Vortraege*, t. II, 1849.

Fock. *Monatschrift f. Geb.*, VII, 1856.

G. Simon. *Scanzoni's Beitrage*, t. III, 1857.

Maisonneuve. *Gazette hebdomadaire*, Diciembre, 1861.

John Clay. *Med. Times*, Junio, 1862.

Spencer-Wells. *History and progress of ovariectomy in Great Britain. Med. Chir. Transact.*, 1863, t. XLVI.

Dutoit. *Die Ovariectomie in England, Deutschland und Frankeich*. Wurzburg, 1864.

Baker Brown. *Transactions of the Obst. Soc.* Londres, VII, 1866, y VIII, 1867.

Koeberlé. *Gaz. hebdomad.*, 1337, 1866, y *Résultats statistiques*. París, 1868.

Spencer-Wells. *Diseases of the ovaries*. Londres, 1872, págs. 290-314.

Peaslee. *Ovarian Tumors, their pathol. diagn. and treatm.* Nueva York, 1872, págs. 225-322.

Péan. *Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hospice Saint-Louis*. París, 1876, págs. 651-673.

Olshausen. *Die Krankheiten der Ovarien*. Stuttgard, 1877, págs. 214-228.

Keith. *Brit. Med. Journ.*, 1878, 551.

Artículo 1.º—Historia de la ovariectomía. — Estadísticas.

Las primeras tentativas razonadas de ovariectomía datan del principio de este siglo, pero hasta hace veinte años no ha estado clasificada esta operacion entre las verdaderamente científicas. Las generaciones médicas que nos sigan comprenderán con dificultad cómo una operacion tan sencilla en sus principios y tan heroica en sus resultados ha podido encontrar una hostilidad tan marcada entre los cirujanos y los anatómicos; cómo ha podido ser condenada en las obras clásicas y en las revistas periódicas; cómo, en fin, á mediados de este siglo han podido ser acusados sus partidarios de *herir los principios generales de la moralidad médica*.

Y sin embargo, ¿no ha sido legítima esta oposicion? ¿Se sabía á qué peligros estaban expuestas las enfermas afectas de una pequeña herida del peritoneo y no había de ser juzgada como temeraria y bárbara la práctica de una operacion en la cual se abre la serosa abdominal, se expone durante largo tiempo á la accion del aire la masa intestinal, se introduce audazmente la mano en la cavidad de la serosa para destruir las adherencias y se abandonan las ligaduras perdidas que debieran proteger á la enferma contra el peligro de hemorragias secundarias? ¿No equivalía á cometer un acto de atrocidad practicar operacion semejante ántes del descubrimiento de la anestesia? No nos extrañemos de ver cirujanos audaces del valor de Dieffenbach escribir, hablando de la operacion de Lizars, es decir, de esta operacion que nosotros practicamos todavía, en gruesos caracteres: « ¡Lo creo, él habla de eviscerar cadáveres! » Pero no nos dejemos llevar por nuestra admiracion á los hombres que se han arriesgado valerosamente á luchar contra procedimientos tan arraigados. Bajo todos los puntos de vista su tarea era difícil. Les faltaba ir lentamente y, por decirlo así, á saltos estableciendo sobre sólidas bases el principio de la operacion y perfeccionar su manual operatorio, y les faltaba, sobre todo, á costa de penosas investigaciones llevadas á cabo á la cabecera de las enfermas ó sobre la mesa del anfiteatro, adquirir nociones precisas sobre la es-

tractura de los tumores ováricos, y les era preciso, en fin, dilucidar el diagnóstico de los tumores abdominales.

Hoy la ovariectomía está colocada en el rango de las operaciones más bellas y más grandiosas. Debe la importancia que tiene á la inutilidad evidente de todos los demás métodos de tratamiento y á la convicción inquebrantable de sus partidarios, ante los éxitos funestos y los ataques odiosos de sus detractores, respecto á la posibilidad de obtener una curación radical gracias á la operación.

Schorkopf fué el primero que emitió la idea, en 1685, de que podía obtenerse una curación completa de un quiste del ovario extirpándole. Durante el siglo XVIII esta idea fué discutida muchas veces por médicos eminentes.

Morgagni la condena; de Haen estima que hasta es peligroso pensar en su posibilidad, porque es preciso temer que un cirujano audaz pueda abrigar la idea de acometerla. Por el contrario, Schlenker (1722), Willius (1734), Peyer (1751), Tozetti (1752), Van-Swieten (1770), Delaporte (1774), Chambon (1798) se pronuncian en su favor. Hunter propone puncionar el saco, y si no existe ninguna adherencia, tirar hácia afuera y extraerle por una abertura que mida solamente 2 pulgadas. Ninguno de estos partidarios de la ovariectomía la practicó; ántes bien, las primeras operaciones de que nosotros tenemos noticias han sido practicadas sin que fuera ésta la intención de los operadores. Tan es así, que R. Houstoun, en 1701, habiendo puesto al descubierto un tumor ovárico por medio de una incisión que medía 5 pulgadas, y viendo, contra lo que esperaba, que la punción no dió ningun resultado, atrajo hácia afuera, valiéndose de las manos y de una espátula de madera, el tumor, que era multilobular y contenía una masa coloidal, y cerró la herida abdominal en seguida por medio de tres puntos de sutura. La enferma curó y vivió aún dieciseis años. Algunos años más tarde Salvador Morand practicó la extirpación de un quiste del ovario, porque tratando de extraer la cánula de un trócar atrajo hácia afuera el tumor. La enferma murió (1).

Ephraim Mac-Dowel, de Virginia, fué ciertamente el primero que hizo una ovariectomía sobre indicaciones precisas y adoptando un manual operatorio razonado. Sin duda alguna fué impulsado á ejecutar esta operación por su maestro J. Bell, de Edimburgo, que profesaba con la mayor energía una gran desconfianza hácia todos los demás mé-

(1) Durante mucho tiempo se ha creído que la primera ovariectomía había sido practicada en 1776 por Laumônier, de Rouen.

No se trataba en este caso de una afección del ovario, sino más bien de un flemón pelviano consecutivo al parto. Laumônier le había abierto practicando una incisión por cima del ligamento de Poupert, y extrajo, sin que fuera necesario, un ovario perfectamente normal.

todos de tratamiento, y que creía firmemente que la ovariectomía era una operación practicable.

Mac Dowel hizo su primera operación en 1809. La operada curó, y vivió aún treinta y un años. Practicó después otras 12 ovariectomías, y de las 13 obtuvo 8 curaciones. Durante los cincuenta primeros años de este siglo poco puede decirse de la ovariectomía: pocos operadores la practicaron en gran escala. Las operaciones incompletas, los errores de diagnóstico, estaban á la orden del día; los éxitos eran muy raros.

Bajo la impulsión de Atlée, de Spencer-Wells, de Baker Brown y de Koeberlé, la ovariectomía adquiere una gran importancia.

Estos cirujanos han hecho de la ovariectomía una operación usual; ellos han llevado el manual operatorio al más alto grado de perfección, y con los brillantes resultados por ellos obtenidos han sido derrocadas las últimas objeciones.

Atlée ha practicado más de 300 operaciones y dado á conocer en un Congreso internacional los resultados de su práctica. Spencer-Wells ha contribuido á llevar la ovariectomía bien lejos de las fronteras de su país.

En 1858, Spencer-Wells practicó su primera operación, y el 11 de Junio de 1880 practicaba su milésima ovariectomía (1).

En las 800 primeras operaciones la mortalidad media fué de 25,4 por 100; para las 200 últimas fué solamente de 17 por 100 y de 11 por 100.

Keith (*loc. cit.*) ha practicado esta operación 250 veces: en la primera serie, de 50 casos murieron 11 mujeres; en la segunda y la tercera murieron 8; en la cuarta y la quinta sólo fallecieron 6 y 4 respectivamente.

Dirijamos ahora una rápida ojeada sobre los progresos aportados al manual operatorio.

Los primeros operadores no reconocían, en su mayor parte, las ventajas que ofrece la punción disminuyendo el volumen del tumor. Mac Dowell y otros hacían una enorme incisión partiendo desde el epigastrio hasta la sínfisis. Jeaffreson fué el primero que en 1836 extrajo un enorme quiste practicando en la pared abdominal una incisión que sólo media pulgada y media. Sus compatriotas King, West y Crisp siguieron bien pronto su práctica. Pero más tarde Clay preconizaba todavía la gran incisión de la «operación mayor», desechando el manual operatorio de la «operación menor».

El tratamiento del pedículo ha variado mucho, y durante largo tiempo el interés de los operadores ha estado concentrado sobre este punto. Mac Dowell, Clay y otros cirujanos cogían el pedículo en una

(1) Comunicación escrita.

ligadura y le sacaban hácia afuera, fijándole en el ángulo inferior de la herida. El americano Natham Smith, en 1821, es el primero que intenta cortar el pedículo á nivel de la ligadura y abandonar definitivamente este cuerpo extraño en la cavidad peritoneal. Este método, que es el más sencillo, debía permanecer mucho tiempo sin merecer confianza alguna. Sólo se le aplicaba en un principio á los casos en los cuales no parecía ser aplicable ningun otro procedimiento; la timidez de los cirujanos debe ser atribuida á las opiniones que abrigaban respecto á la probabilidad de que el pedículo entrara en putrefaccion y de que los hilos, desempeñando el papel de cuerpos extraños, provocaran fenómenos inflamatorios. Estaba reservado á una época más reciente establecer por investigaciones experimentales sobre los animales, por los resultados obtenidos sobre las operadas y por los perfeccionamientos aportados al manual operatorio, que la ligadura es el proceder al cual debe recurrirse más frecuentemente.

En 1849, Stilling publicaba los principios de tratamiento extraperitoneal del pedículo. Este debe fijarse al ángulo inferior de la herida; obrando de esta suerte todas las modificaciones patológicas que pueden producirse sobre la herida se realizan fuera de la cavidad del peritoneo y á los ojos del cirujano. Este método fué de nuevo preconizado por Duffin en 1850, y durante mucho tiempo su empleo fué general. Hoy, cuando se emplea este método, se recurre casi exclusivamente al tratamiento por el clamp descrito por Hutchinson en 1858. Este procedimiento merece ocupar toda nuestra atencion, porque á él deben sus grandes y primeros éxitos los cirujanos ingleses y americanos. Sin embargo, desde hace algunos años este método parece perder terreno de día en día.

Desde 1865, Baker Brown había recomendado destruir el pedículo con el cauterio actual; esta práctica ha encontrado en Keith un partidario decidido. Ya, por otra parte, J. Clay, de Birmingham, había recurrido al empleo de este medio para contener las hemorragias sobrevenidas durante la rotura de las adherencias. En suma, el procedimiento de Baker Brown constituye un importante progreso.

Terminaremos aquí este estudio sobre los progresos aportados á la práctica de la ovariectomía, no pudiendo pasar revista á todas las conquistas importantes hechas bajo el punto de vista del manual operatorio ni á todos los trabajos que no por ser teóricos han dejado de contribuir á establecer sobre sólidas bases los principios de esta operacion. Bástenos citar las múltiples experiencias que han demostrado la excelencia de algunos procedimientos operatorios y las investigaciones hechas sobre animales, que han venido á esclarecer muchos puntos en el tratamiento de las operadas. Digamos, en fin, que los progresos realizados diariamente en nuestros conocimientos sobre la

anatomía de los tumores abdominales y la precisión cada día mayor con que podemos establecer el diagnóstico, nos permiten determinar mejor las indicaciones de la ovariectomía y adaptar á los casos particulares el manual operatorio que hayamos elegido. Los anatómicos y los ginecólogos alemanes han hecho en estos diversos sentidos trabajos importantes, sobre los cuales volveremos á insistir en los capítulos siguientes. La aplicación del método antiséptico constituye uno de los progresos más brillantes que se han realizado bajo el punto de vista de la ovariectomía, permitiendo alcanzar éxitos inesperados.

Pero es preciso guardarse muy bien de dar un sentido demasiado restrictivo á esta frase: *Método antiséptico*. Es necesario no creer que se han cumplido las exigencias impuestas por la antisepsia cuando se ha hecho uso del *spray*. Como Semmelweis y Lister, hagamos todos los esfuerzos posibles para evitar todas las causas de infección; pero no olvidemos que Sims y Wegener nos han demostrado cuán peligrosa es la retención de líquidos putrescibles en el peritoneo.

Los cirujanos alemanes Hegar (1), Nussbaum, Olshausen, Schroeder y otros han introducido las reglas del método antiséptico en el manual operatorio de la ovariectomía antes que los operadores ingleses. Desde el verano de 1875 ya había Hegar recurrido á ellas, pudiendo publicar en 1877 una estadística de 15 ovariectomías practicadas con éxito.

En su obra sobre las enfermedades de los ovarios, Olshausen (2) reunía 73 observaciones de ovariectomías practicadas según el método de Lister, de cuyas 73 operadas hubo 13 muertas. En esta estadística 16 observaciones eran personales del autor y en ellas no tuvo más que un caso desgraciado.

En 1878, Schroeder (3) ha publicado 50 observaciones de ovariectomía practicadas con arreglo al método de Lister (del 25 de Mayo de 1876 al 24 de Febrero de 1878).

Por el contrario, Keith (*loc. cit.*) hasta el mes de Marzo de 1877, Thornton, el sucesor de Spencer-Wells (4) en *Samaritan hospital*, hasta el mes de Diciembre de 1877, y Spencer-Wells mismo hasta el principio de 1878, no han comenzado á adoptar el método antiséptico de Lister.

Los párrafos siguientes podrán dar una idea del aumento en el número de ovariectomías en general y de su progresión en cada país.

En el año 1849, Kiwisch contaba 122 operaciones. De este número

(1) *Zur Ovariectomie. Volkmann's Vorträge*, núm. 109.

(2) Stuttgart, 1877, pág. 316.

(3) *Berl. Klin. Wochens.*, 1878, núm. 11.

(4) *Die Diagnose u. chirurg. Behaendlung d. Unterleibsgeschew. Volkmann's Vorträge*, núms. 148 y 150.

86 habían sido terminadas, en 22 casos no se pudo efectuar, 14 veces había sido erróneo el diagnóstico; 58 mujeres curaron, 47 sucumbieron y 17 no mejoraron.

De las 292 ovariectomías de que Fock ha reunido datos, en 92 no pudo ser terminada esta operación á causa de errores de diagnóstico ó de extensas adherencias; solamente curaron 120. La estadística de Dutoit, que comprende hasta el año 1863, contiene 702 casos, de los cuales en 585 había terminado la operación, 330 con un éxito feliz y 255 seguidos de muerte. La estadística de Thomas abraza 1.638 ovariectomías de 25 médicos diferentes: 504 fueron mortales, lo que arroja una mortalidad de 30,7 por 100.

Estas estadísticas inexactas é incompletas no ofrecen sino un mediano interés. Es preciso otorgar mucha más importancia á las grandes series de operaciones practicadas por el mismo autor siguiendo un método siempre semejante.

Después Mac Dowell y Nathan Smith en 1821, luego Alban Smith en 1823, y más tarde, en 1829, Rogers, obtuvieron en América algunos éxitos. Pero hasta Atlée, Kymball y Dunlap no adquiere la ovariectomía una gran extensión. Lizars fué el primero que practicó en Edimburgo, en 1825, una operación completa. Hasta 1842 no pueden contarse en este país más que 10 operaciones con éxito feliz. A partir de esta fecha, Clay y Bird practicaron la ovariectomía en gran escala. Hawkins obtuvo en 1846 un primer éxito en el hospital de Londres. En Francia, Woyerkonski hizo en 1844 la primera ovariectomía, y Vau-llegard obtuvo en 1847 el primer resultado afortunado.

Pero los resultados funestos de Maisonneuve, de Boinet, de Jobert, de Demarquay, de Sédillot, etc., desacreditaron completamente la ovariectomía, que no tuvo carta de naturaleza sino merced á los esfuerzos de Nélaton á consecuencia de la visita hecha por este eminente cirujano en 1862 á Spencer Wells, y á los éxitos obtenidos por Koeberlé. En estos últimos tiempos esta operación ha encontrado un entusiasta defensor en Péan, que á fines de 1877 había practicado más de 200 ovariectomías.

En Bélgica, Boddaert obtuvo el primer éxito en 1870. En Suecia, Skoeldberg y su sucesor Netzel, y en Dinamarca Howitz, contribuyeron, con los resultados satisfactorios por ellos obtenidos, á divulgar esta operación. En Rusia las tentativas de Vanzetti en 1846 y las de Haardtman en 1849 habían sido desgraciadas. Pero en 1868 Krasowsky pudo contar 13 éxitos en 24 operaciones. En Alemania fué practicada la ovariectomía por primera vez en 1819, y en 1820 por Chrysmar, que repitió tres veces esta operación. Casi todos los cirujanos importantes han sido hasta estos últimos tiempos adversarios declarados de la ovariectomía. Una vez Dieffenbach intenta la operación,

pero las adherencias eran tan extensas que tuvo que dejarla sin terminar. En 1857, Simson pudo reunir 64 observaciones de ovariectomías practicadas en Alemania: en 12 casos se obtuvo la curación, 46 fueron seguidos de muerte, y en 6 casos la operación intentada fué inútil, ya por error de diagnóstico, ya porque no pudo terminarse. La estadística publicada por Grenser, que comprende 129 casos observados hasta fines del año 1869, era ya mejor, porque de ellos se obtuvo la curación en 62, habiendo terminado por la muerte en 67. Olshausen ha formulado un cuadro que comprende 613 ovariectomías practicadas por cirujanos alemanes hasta principios de 1877. De aquella cifra se obtuvo la curación en 353 casos, lo que arroja una proporción de 57 por 100. En Italia, Peruzzi (*Il Raccoglit. Med.*, 1878) ha encontrado una mortalidad de 63 por 100 en 100 ovariectomías. En España, Rubio nos refiere que hasta 1878 se habían practicado 15 ovariectomías, de las que sólo se obtuvo la curación en 5 casos (*Centralblatt f. Gynak.*, 1878, núm. 13).

Art. 2.º — Anatomía patológica.

Rokitansky. *Wiener allg. med. Zeitung*, 1860, núms. 2, 3 y 7. *Ueber Abschnürung der Tuba u. der Ovariend, und über Strangulation der letzteren durch Axendrehung.*

Spiegelberg. *Arch. f. Gin.*, I, *Ueber Perforation d. Ovarialkyst. i. d. Bauchhöhle.*

Waldeyer. *Arch., f. Gin.*, I, *Die epithel. Eierstocksgeschwülstst insb. d. Kystome.*

Léopold. *Die soliden Eierstocksgeschw.* *Arch. f. Gyn.*, VI, 2.

Kaltenbach. *Beiträge zur Anatomie u. chirurg. Behandl. der Ovarialtumoren, Zeitschrift für Geburtshülfe u. Frauenkrankheiten.* Bd. I, Heft. III, 1876.

Werth. *Zur Anatomie des Stiells ovariell. Geschw.* *Arch. f. Gyn.*, XV, H. III.

Los tumores del ovario que pueden ser objeto de operaciones son, ya tumores epiteliales (quiste coloide ó dermoide, carcinoma), ya tumores en los que predomine el tejido conjuntivo (fibroma, papiloma, sarcoma, mixoma). Muy frecuentemente se observan las formas mixtas. Así, por ejemplo, un quiste puede presentar, en una extensión más ó ménos grande de sus paredes, una estructura mixomatosa ó sarcomatosa (quiste mixomatoso ó sarcomatoso). Pueden también encontrarse tumores que ofrezcan á la vez los caracteres del quiste y del carcinoma. El fibroma es sin duda alguna el tumor ovárico que se encuentra más rara vez. Más frecuentemente se trata de quistes coloides ó de mixomas proliferantes. Los tumores malignos que tienen

asiento en los dos lados y los quistes dermoides no son muy raros. La hidropesía simple de los folículos rara vez tiene importancia en la práctica.

Colocándonos bajo el punto de vista de la operación es preciso distinguir con cuidado los tumores sólidos de los que presentan un cierto número de cavidades más ó menos voluminosas y llenas de líquido. Es evidente que los primeros, en el número de los cuales colocaremos los fibromas, una parte de los sarcomas y los carcinomas, exigirán una incisión de las paredes abdominales mucho más grande que los segundos. El volumen de los últimos, en efecto, puede ser fácilmente reducido durante la operación cuando se trate de un quiste unilocular ó multilocular, siempre que en este último caso exista una gran cavidad. Si se trata de un quiste compuesto de una multitud de celdillas semejante á un panal de miel, que presente en sus paredes porciones duras y resistentes, la operación deberá practicarse como si se tratara de un tumor sólido.

En su principio los tumores del ovario están comunmente situados en la cavidad pelviana. Están aplicados contra la cara posterior ó contra los bordes del útero, al cual impulsan hácia adelante ó hácia los lados. Aumentando de volumen llevan este órgano hácia la cavidad abdominal; ó bien le empujan hácia abajo contra el periné ó le propulsan hácia afuera. En la cavidad abdominal los tumores ováricos están generalmente aplicados inmediatamente contra la pared anterior del abdomen, impulsando el intestino hácia atrás y hácia los lados. Es raro encontrar un asa intestinal delante del tumor, pero puede encontrarse en el peritoneo una gran cantidad de líquido ascítico que se derrama entre el tumor y la pared abdominal.

Los tumores del ovario están casi siempre unidos al ligamento ancho y al útero por un pedículo estrecho de longitud variable, en la constitución del cual toman parte una porción del ligamento ancho, el ligamento del ovario y generalmente la trompa, de la cual un fragmento más ó menos largo está aplicado sobre la cara superficial del tumor. En algunos casos excepcionales — sobre todo en los tumores sólidos del ovario, pero también á veces en algunos quistes — la trompa no participa de la formación del pedículo, adhiriéndose solamente al tumor por filamentos fibrinosos más ó menos anchos, de tal suerte que pueda ser respetada durante la operación.

Los vasos del pedículo vienen de la arteria espermática interna y de las ramas de la arteria uterina. La primera sigue al ligamento infundíbulo-pelviano, las segundas vienen de la línea media y penetran en el pedículo. Las arterias tienen el calibre del cañon de una pluma de ave, las venas el equivalente al grueso del dedo pequeño: si el pedículo es largo y delgado, los vasos son poco numerosos y de gran vo-

lúmen; si el pedículo es corto y grueso, se observa una disposición inversa. Finalmente, el pedículo contiene siempre numerosos vasos linfáticos, nervios, tejido conjuntivo fibrilar y algunas veces también fibras musculares lisas. En algunos casos el ligamento redondo forma parte del mismo, constituyendo un doble anillo.

Nussbaum, Spencer Wells y Werth han descrito pedículos dobles. Esta disposición es debida á que se produce una especie de división en el ligamento ancho distendido, entre el ligamento del ovario y la trompa ó entre sus dos aletas y el ligamento infundíbulo-pelviano.

Es desfavorable bajo el punto de vista operatorio encontrar un pedículo friable, como se observa frecuentemente en los tumores malignos, en los que están contorneados según su eje ó en aquellos cuyas paredes han sufrido la degeneración grasosa.

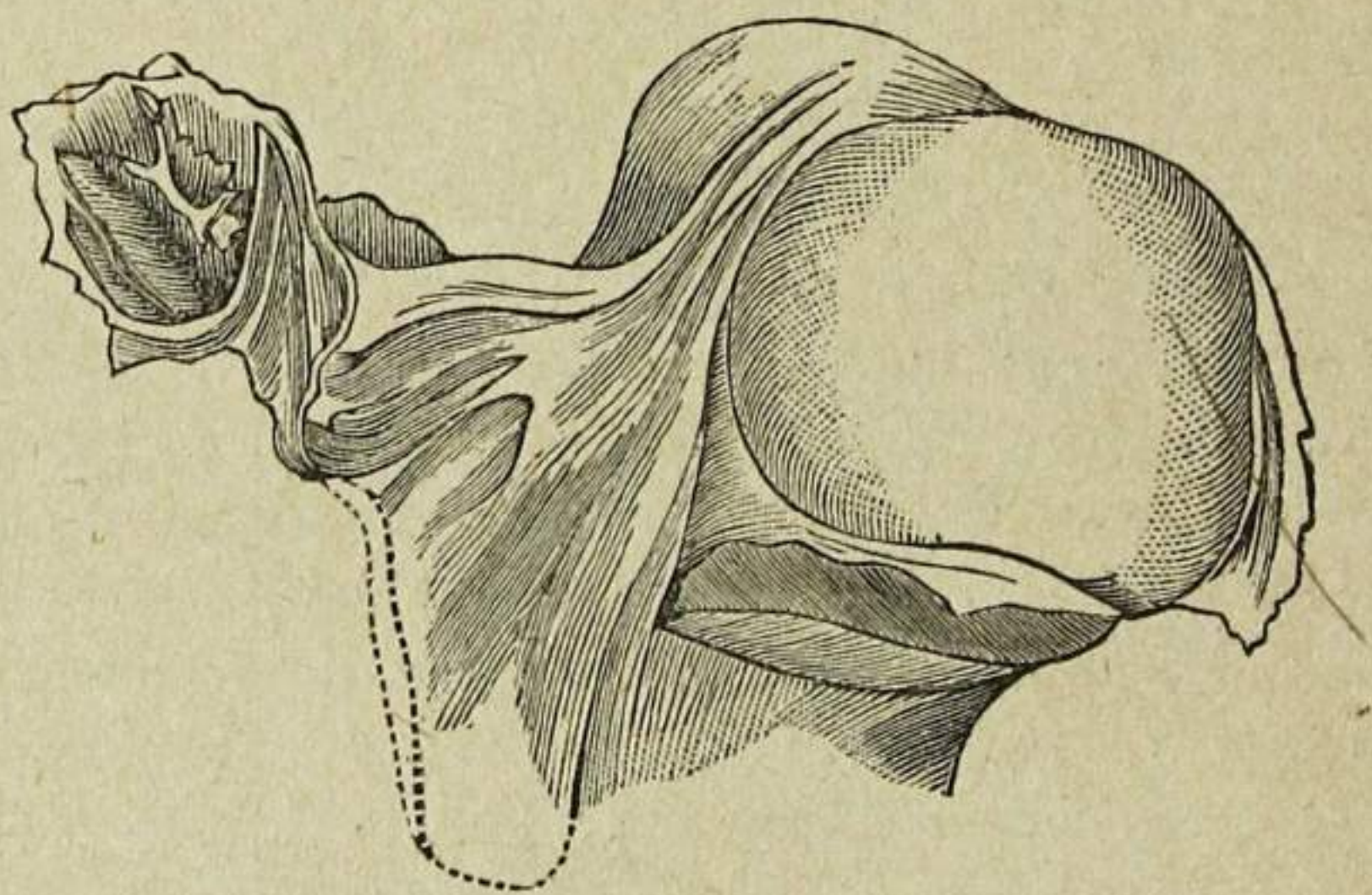


Fig. 96.

La torsión del pedículo trae graves consecuencias; á veces no describe el tumor más que un semicírculo; otras se observa que describen dos vueltas, y muy raras veces cinco ó seis. Si la torsión se efectúa rápidamente, se ven aparecer trastornos circulatorios muy marcados. El éxtasis venoso ocasiona hemorragias, edema; pueden presentarse fenómenos inflamatorios, y en los casos más graves puede sobrevenir la gangrena. Pero si la torsión se ha realizado lentamente, el tumor puede atrofiarse gradualmente, puede perder toda relación con los órganos pelvianos, nutriéndose merced á las adherencias que tiene contraídas con el epiploon, el mesenterio y la pared abdominal. Se dice que en estos casos se ha verificado una trasplatación. Spencer Wells ha operado dos enfermas de esta suerte (se trataba en un caso de un quiste dermoide), cuyas dos operadas curaron.

Si se trata de tumores pequeños no es raro ver que falta el pedículo. Los puntos de union del ovario con el ligamento ancho parecen estar prolongados en relacion con el desarrollo del tumor. Los tumores sólidos pueden ofrecer esta disposicion aún cuando no estén muy des-

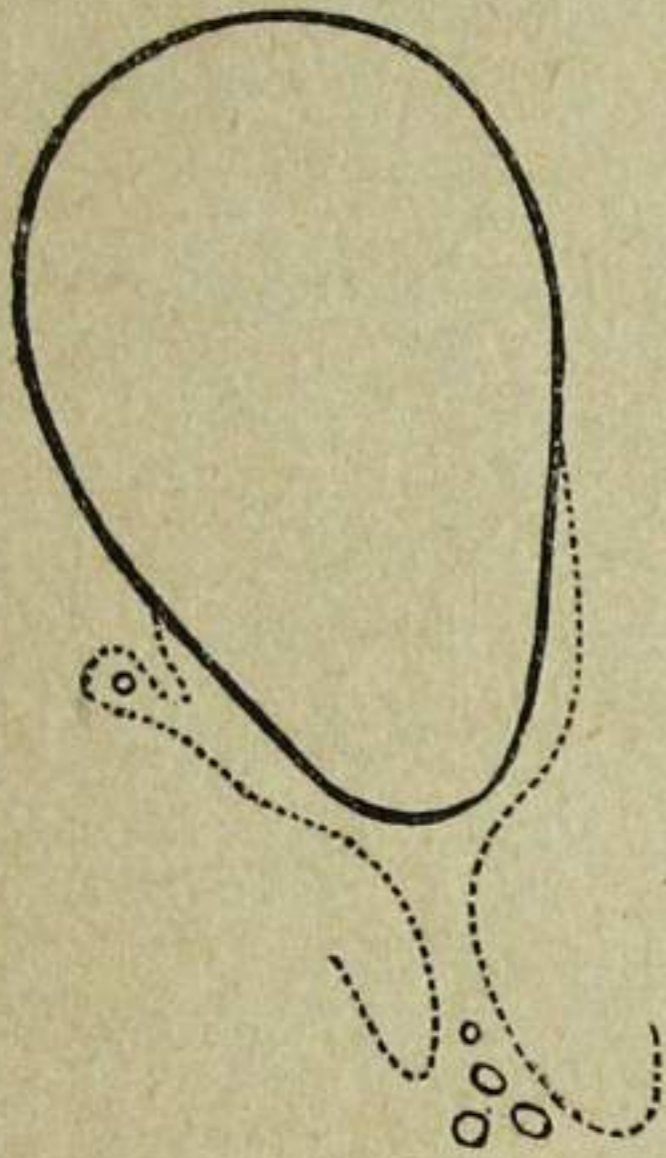


Fig. 97.

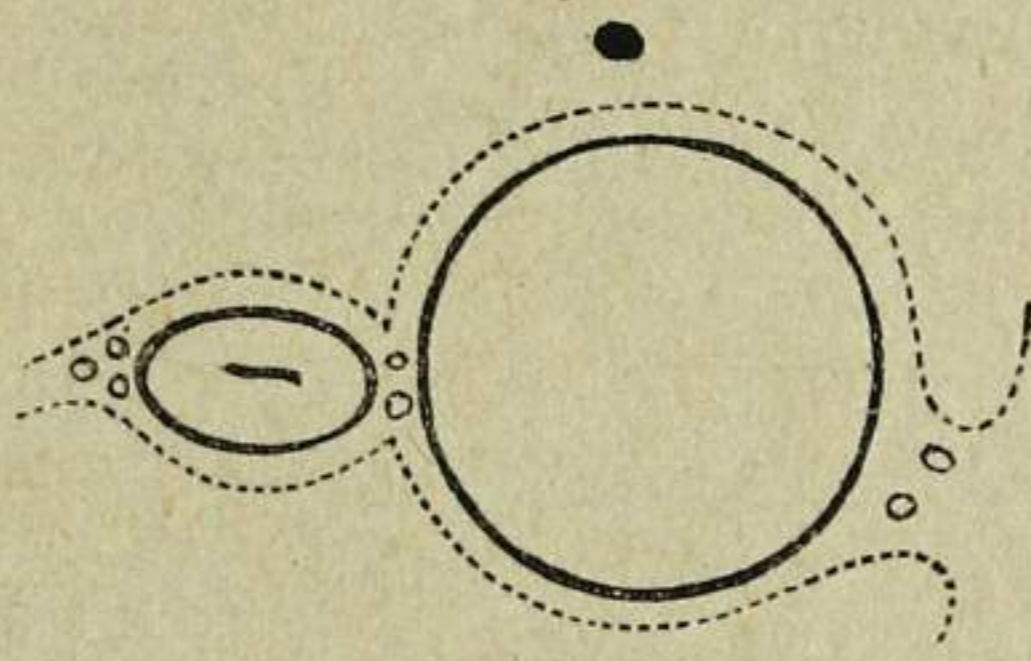


Fig. 98.

arrollados. El pedículo puede faltar tambien cuando se trate de un tumor desarrollado entre las hojas del ligamento ancho, ó de un tumor intraligamentoso (fig. 96). En este caso, una parte del tumor se aloja en la cavidad del peritoneo, en tanto que el resto está comprendido

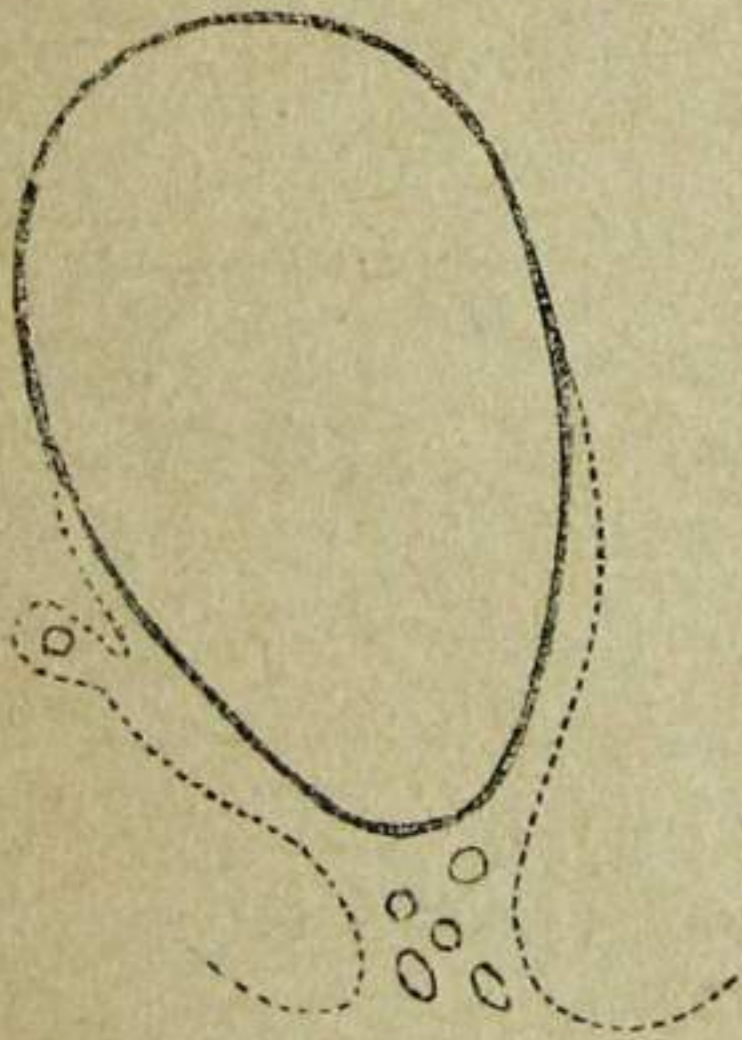


Fig. 99.

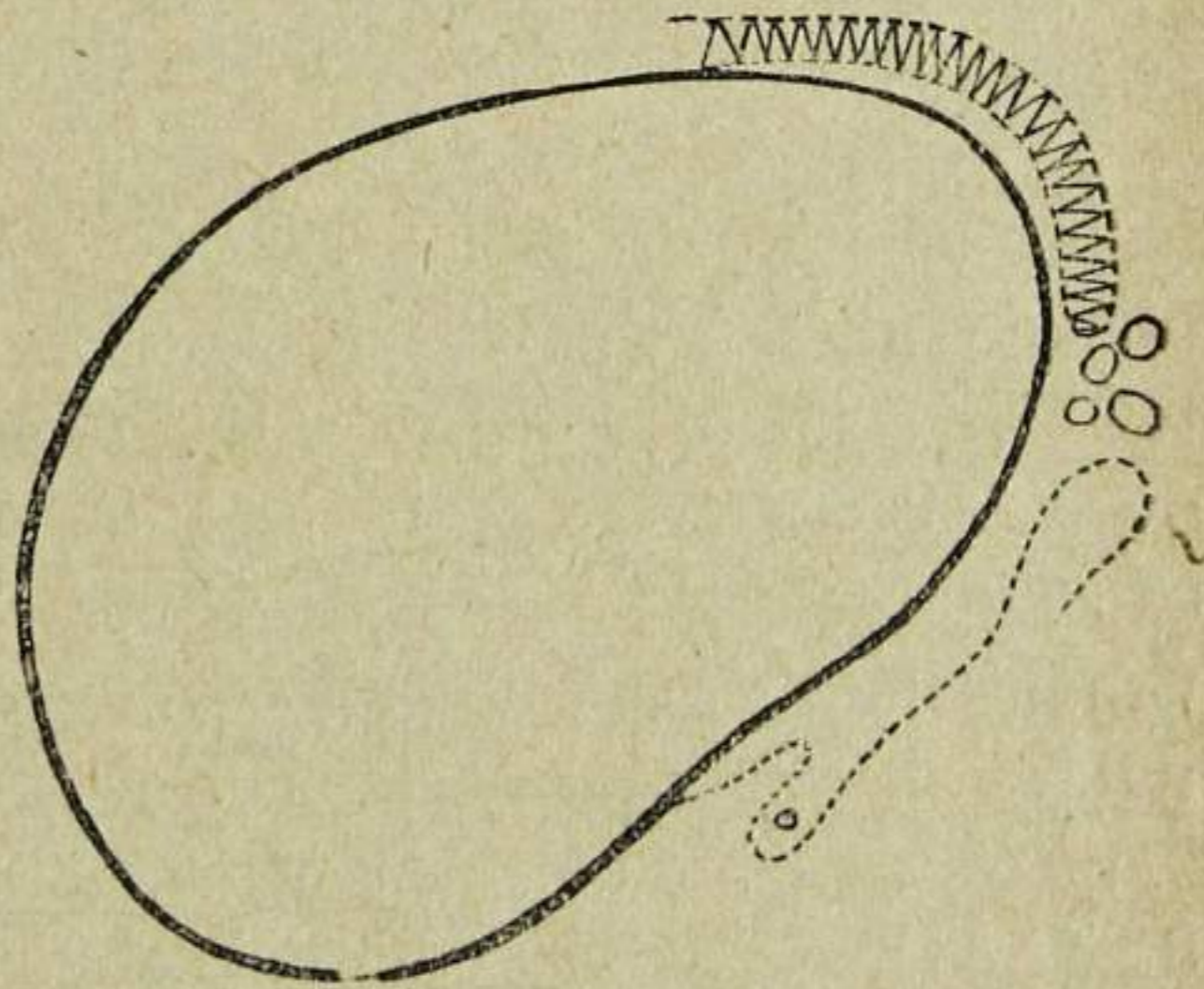


Fig. 100.

entre las dos hojas del ligamento ancho, siendo así extraperitoneal (fig. 97). En los casos en que esta parte está muy desarrollada se puede ver cómo las paredes del tumor se aplican á las paredes laterales de la pelvis, y aún despues de haber desplegado el ligamento infundíbulo-

pelviano puede venir á alojarse en la fosa ilíaca. Por dentro el tumor impulsa al útero, del cual puede desprender la túnica peritoneal, y cuando el proceso llega á sus últimos límites el tumor puede venir á deslizarse entre las hojas del ligamento ancho del lado opuesto. Los vasos no están reunidos en un solo haz, sino que forman dos enrejados: uno interno, formado por las ramas de la arteria uterina que sigue la trompa, y otro externo, formado por los vasos espermáticos (*figuras 98 y 101*).

El medio de desplegarse los ligamentos anchos varía evidentemente según el desarrollo del tumor. En ciertos casos, sus paredes pueden quedar aplicadas una contra otra por debajo del tumor (*fig. 97*), estando entónces surcados por algunas venas de pequeño calibre. Pero si el tumor está muy desarrollado, los ligamentos anchos pueden estar completamente desplegados y el tumor en contacto inmediato con el plexo pampiniforme (*fig. 99*) y con el uréter. Olshausen ha observado un quiste papilar desarrollado á cada lado en el interior de los ligamentos. Su segmento extraperitoneal descendía entre el recto y la va-

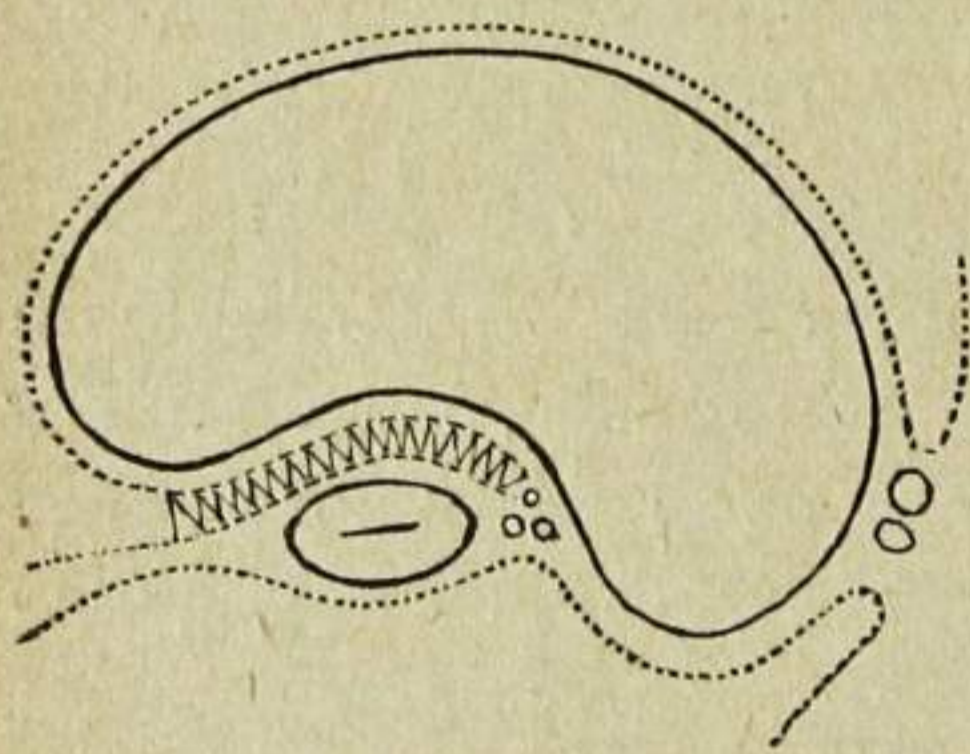


Fig. 101.

gina hasta las inmediaciones del ano. Si en estas condiciones el revestimiento peritoneal del tumor viene á contraer adherencias con las partes vecinas (*figs. 100 y 101*), las relaciones pueden complicarse de tal suerte que sea muy difícil orientarse durante la operacion y aun en la autopsia misma. En ciertos casos las dos hojas del ligamento ancho no están distendidas por igual, ó estándolo sólo,

ya la hoja anterior, ya la posterior. Se puede entónces ver en un momento dado que la hoja distendida no es suficiente para cubrir por completo el tumor. El ligamento ancho ofrece cierta resistencia al desarrollo de la masa morbosa, y si la hoja anterior es la principalmente afectada, se ve que el segmento extraperitoneal del tumor ha disecado el peritoneo parietal y avanza por detras de los músculos de la pared abdominal, pudiendo llegar hasta las inmediaciones del ombligo. Si primitivamente deprimía la hoja posterior principalmente, el tumor puede dirigirse hácia la izquierda bajo el mesocólon, á la derecha bajo el mesociego, estando en ambos casos en relacion con los gruesos troncos vasculares ilíacos. El tumor puede tambien dirigirse hácia arriba, disecar el mesenterio y llegar hasta los riñones.

Los tumores ováricos presentan generalmente en su principio una superficie externa lisa y libre; más tarde bajo la influencia de irritaciones mecánicas cae el epitelio, aparece una peritonitis limitada y se

ve, finalmente, aparecer las adherencias. A veces estas últimas son debidas á una inflamacion primitiva de la pared del quiste. Cuando aparecen las adherencias son anchas; pero se las ve gradualmente degenerar en bandas, en cordones, en filamentos delgados, á consecuencia del aumento de volúmen del tumor y de las tracciones que sufren durante los movimientos respiratorios y los peristálticos del intestino. Lo más frecuentemente, las adherencias tienen su asiento á nivel de las paredes anteriores y laterales del abdomen, pudiendo estar unido el quiste al epiploon y al intestino, debiendo colocarse en seguida, por órden de frecuencia, las adherencias con el útero, la vejiga, el repliegue de Douglas, el mesenterio, el hígado y la vesícula biliar, el diafragma, el intestino y el bazo. La cara superficial del pedículo puede tambien contraer adherencia con las partes vecinas, y sobre todo con la serosa pelviana, el intestino delgado y el apéndice vermicular. La irritacion del peritoneo puede dar lugar á una exudacion serosa abundante. La ascitis se observa principalmente cuando se trata de tumores duros, y sobre todo malignos. La constitucion del líquido contenido en el peritoneo (mezclado con sangre ó con restos de tumores) debe ser tomada en consideracion cuando se trate de decidir la oportunidad de una operacion.

Entre los accidentes que se producen en el quiste mismo que pueden indicar de una manera especial la operacion, citaremos: las hemorragias en el interior del quiste, la supuracion, la degeneracion pútrida, la perforacion, y, finalmente, la torsion del pedículo de que ya hemos hablado anteriormente. En algunos casos estas complicaciones, la torsion del pedículo por ejemplo, pueden conducir á una especie de curacion natural.

Art. 3.º — Indicaciones y contraindicaciones de la ovariectomía.

LITERATURA

Olshausen. *Krankh Ovarien*, pág. 389.

Spencer Wells. *Dis. of the ov.*, págs. 315-322.

Kaltenbach. *Zeitschr, f. Gebh. u. Frauenkrankh.*, t. I, cap. III, 1876.

Duplay. *Indicat. und Contraindicat. d. Ov. Lyon. med.*, 1878.

Howitz. *Beitraege zur Lehre von d. Contraindicat. der Ovariectomie, Gynaek. u. obstetr. Mittheil*, t. I, cap. XIV.

Koeberlé. *Ueber die Indicationen u. Contraindication der Ovariectomie. Nouveau Diction. de med. et de chirurgie prat.*, de S. Ballière. *Bull. gén. de ther.*, 1878, Mayo 15.

OVARIOTOMÍA EN LOS CASOS DE PERITONÍTIS Y EN LOS DE SUPURACION Y DEGENERACION PÚTRIDA DEL QUISTE

Th. Keith. *Lancet*, 1865, pág. 480, y 1877, 3/10.

- W. A. Freund. *Beitraege z. Ind. d. Ov. Beitrage d. Ges. f. Gebh.* Berlin, t. II, 1873, pág. 50.
 Veit. *Krankh. d. weibl. Geschlechtsorg.*, 2. Aufl., 1867, pág. 504.
 Taale. *Lancet*, 1874, vol. I, pág. 906.
 Weil. *Prag. med. Wochenschr.*, 1878, núm. 43.

OVARIOTOMÍA DURANTE EL EMBARAZO

- Olshausen. *Die Krankh. d. Ovarien*, págs. 99-113.
 Smith. *Brit. Med. Jour.*, 1878, 11/8.
 Galabin. *Brit. Med. Journ.*, 1880, 15/3.
 Hiltas. *Austral. Med. Journ.*, 24/2, 1875.
 Lambert. *Lancet*, 1879, 29.
 W. H. Byford. *American Journ. of Obstetric.*, 1879.
 Erskine Mason. *Le mouvement med.*, 10/1, 1878.
 Spencer Wells. *London, Obst. Soc. Meeting*, 4/7, 1877.
 Schroeder. *Die Laparotomie in der Schwangerschaft*, *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.* V, t. XXIV.

Generalidades. — Es un hecho excepcionalmente raro que los tumores del ovario se desarrollen sin ejercer una influencia apreciable sobre la salud. En este caso realizan su desenvolvimiento sin perjudicar á los órganos vecinos, ó aparece uno de esos procesos que nosotros hemos señalado y que conducen á una curacion natural más ó menos completa.

En general, los tumores del ovario alteran la salud y ponen muy rápidamente en peligro la vida de las mujeres á consecuencia del súbito desarrollo y de la presion que ejercen sobre los órganos vecinos. Pueden tambien hacerse peligrosos provocando una peritonítis ó una ascítis.

Entre las circunstancias que agravan el pronóstico, es preciso no olvidar los fenómenos inflamatorios que se desarrollan en el tumor mismo. Las complicaciones varían segun la naturaleza del tumor; si se trata de un quiste proliferante, el cirujano interviene principalmente porque el tumor crece con rapidez y comprime los órganos vecinos. Si se trata de un tumor sólido, se interviene á causa de la produccion de una ascítis considerable. En los casos de quistes dermoides se hace necesaria la operacion lo más frecuentemente por la supuracion del tumor y la peritonítis resultante de ella.

Desde que se han hecho más precisos nuestros conocimientos sobre la histogenésis de los tumores del ovario, hemos adquirido la conviccion de que, en términos generales, los quistes y los tumores sólidos ó semisólidos no pueden curar espontáneamente, es preciso extirparlos. Sí; áun cuando existen otros métodos que parecen practicables, la ova-

riotomía constituye el mejor tratamiento. Todos los demás procedimientos son mucho más infieles en su acción, obligan á perder mucho tiempo y son á veces más peligrosos que la ovariectomía.

Dé aquí la conclusión siguiente:

« Cuando la extirpación de un tumor ovárico es practicable, cuando no está contraindicada por motivos serios, debe ser considerada como una operación preferente; todos los demás métodos de tratamiento no son más que paliativos, no pudiendo ser considerados como curativos sino en raros y excepcionales casos » (Véase el capítulo II.)

Admitido este principio, sólo cabe discutir el momento en que la operación debe practicarse. No cabe otra cosa sino dar mayor ó menor extensión al grupo de tumores que de una manera absoluta ó momentáneamente contraindican la operación.

¿ En qué momento debe ésta practicarse? Aquí las opiniones difieren según los operadores y según la impresión diferente que cada uno experimenta cuando medita acerca de los peligros inherentes á la operación. Unos pretenden que debe operarse desde que se ha formulado el diagnóstico con certidumbre, y dicen: « En toda mujer afectada de un tumor ovárico su vida estará comprometida en un plazo más ó menos próximo; la operación inmediata será más favorable porque el estado general de esta mujer es todavía bueno; no será necesario practicar una gran incisión en la pared abdominal y no existirán aún adherencias. »

Otros no quieren practicar la ovariectomía sino cuando á ello se ven obligados por la aparición de accidentes graves, ó porque el tumor ponga en peligro la vida de la mujer. Spencer Wells, que profesa una opinión intermedia, critica con mucha justicia estas dos.

En cuanto á nosotros, operamos con oportunidad, no atendiendo más que al estado general, prefiriendo intervenir antes que se hayan formado adherencias muy extensas. Tal vez se nos dirá que cuando el tumor es muy antiguo está mejor pediculizado, y que en este caso la operación es más fácil; ésta es una particularidad que apenas puede tomarse en consideración en algunos casos excepcionales, cuando se trata, por ejemplo, de un tumor pequeño que no esté aún aislado del ligamento ancho. En cuanto á sostener que el peritoneo acostumbrado á una irritación continua provocada por el tumor habrá menos peligro de que sea afectado de una inflamación cuando se practique la ovariectomía, es un razonamiento que no podrá ser considerado por nadie como un motivo de expectación.

Por otra parte, cuando se estudien las consecuencias probables de una operación es preciso tener muy en cuenta los accidentes que puedan ser originados por el tumor y por el volúmen de la masa que haya necesidad de extirpar.

Cuando se trate de tumores aislados de la pared abdominal, situados en una gran extension, ó de la existencia de una gran cantidad de líquido ascítico, el manual operatorio se hace más difícil y aumentan los peligros inherentes á la operacion.

Si ésta no está indicada por la aparicion de alguna complicacion grave convendrá esperar, para intervenir, á que el tumor haya alcanzado próximamente el nivel del ombligo. Deberá operarse ántes de que la exacerbacion de los dolores, los signos de compresion sobre los órganos pelvianos ó el temor de una afeccion maligna hagan necesaria la intervencion. A este propósito diremos que es imposible precisar de una manera absoluta en qué momento se debe operar, porque existen casos en los cuales los accidentes son tales y de tal índole desde el principio que la castracion está indicada inmediatamente.

Hasta la posicion social de la enferma, que parecía no debía ser tomada en cuenta, se tiene presente cuando se trata de decidir una intervencion operatoria. Tan es así, que nosotros experimentamos una cierta tendencia á operar más pronto cuando se trata de mujeres que pertenecen á la clase obrera y que pierden rápidamente sus medios de subsistencia, de jóvenes expuestas á ser el blanco de sospechas de embarazo, de viudas que son el único sosten de niños pequeños, etc.

Al lado de estos casos, en los cuales gozamos cierta libertad para elegir el momento en que debemos operar, existen otros en los cuales está indicada la intervencion, porque sin ella la vida de la enferma está comprometida ó perdida. Entre estas indicaciones vitales colocaremos las hemorragias en el quiste ó en la cavidad abdominal, tales como las que se observan despues de una puncion en los casos de torsion del pedículo.

Se obrará de la misma suerte en los casos de peritonitis aguda, de supuracion del tumor, de uremia ó de obliteracion del intestino, debidos á la compresion ejercida por el tumor, á una constriccion provocada por las adherencias ó por un enroscamiento del pedículo (1). Witshire y Watson han salvado, practicando *incontinenti* la ovariotomía, á una mujer que á consecuencia de las hemorragias provocadas por un quiste estaba á punto de morir.

Cuando, á consecuencia de la puncion ó de la ruptura espontánea de un tumor, el líquido contenido en el quiste se derrama en el peritoneo, puede sobrevenir una peritonitis aguda capaz de poner rápidamente en peligro la vida de la enferma: entónces está indicada la extirpacion del tumor seguida del lavado del peritoneo. Th. Keith es el primero que ha practicado esta operacion en un caso de peritonitis

(1) Günther, *Thése inaug.*, Berlin, 1879. *Tall von Axendrehung sines Ovarialtumors mit Stein. Ovariectomie. Heilung.*

desarrollada á consecuencia de una puncion en una enferma que curó rápidamente. La exactitud de la indicacion dada por Keith ha sido demostrada despues por numerosos y brillantes éxitos obtenidos en los casos más deplorables. Si la peritonítis lleva una marcha subaguda, como se observa, por ejemplo, despues de la torsion del pedículo, no es necesaria una intervencion tan precipitada; pero se debe en todo caso operar despues de la desaparicion de los primeros trastornos inflamatorios y no esperar mucho más tiempo para evitar que las adherencias todavía muy laxas al principio puedan hacerse más fuertes.

Los resultados de la ovariotomía son todavía mejores en los casos de supuracion aguda ó de degeneracion pútrida del quiste que cuando se trata de una peritonítis. Numerosas observaciones han demostrado que basta extirpar el cuerpo del delito para ver desaparecer la fiebre ó para observar una elevacion de temperatura de grado á grado y medio en los casos en que ésta era ántes de la operacion inferior á la temperatura normal (Keith).

La ruptura y la putrefaccion del quiste dan lugar á síntomas que se presentan rápidamente y que modifican los resultados del exámen físico. Se perciben todos los caractéres de un derrame libre en la cavidad peritoneal, y si se practica la percusion á nivel del quiste se percibe un sonido timpánico debido al desarrollo de gases en la cavidad de este último (Freund y Teale).

La operacion está contraindicada en todos los casos en los cuales el peligro de muerte está fuera de toda proporcion con las probabilidades de éxito.

Diremos, pues, que:

I. *La operacion está contraindicada* en todos los casos en que el tumor está desarrollado en el interior de los ligamentos. Se comprenderá fácilmente que la operacion es impracticable si el tumor al desarrollarse ha separado las dos hojas del ligamento ancho hasta su base y está en contacto con el suelo de la pelvis ó bien si se dirige bajo el peritoneo pelviano, y sobre todo si su cara externa ha contraido numerosas é íntimas adherencias con los órganos vecinos. En este caso si la operacion fuera posible ofrecería muy pocas probabilidades de éxito, porque sería preciso abrir ampliamente la pared abdominal y sería muy difícil obtener una hemostasia completa. El diagnóstico de estas particularidades es frecuentemente muy difícil, prestando en muchos casos útiles servicios el tacto rectal, merced á cuyo proceder podrá determinarse si el tumor está adherido en una gran extension á los bordes del útero y reconocer si avanza hasta la fosa iliaca. En este caso el dedo experimenta la misma sensacion que habitualmente se obtiene en los flemones periuterinos. Pero en ciertos casos es muy difícil y aun imposible concebir una idea exacta de las relaciones del tumor ántes de la abertura de la

pared abdominal. Solamente en este momento es posible decidir de una manera definitiva si la operacion es posible. Para las modificaciones que conviene aportar al manual operatorio en los casos de desarrollo intraligamentoso del tumor, véase el art. 7.º Para el estudio de los procedimientos que pueden en este caso reemplazar la extirpacion, véase el art. 16.

La ovariectomía puede estar contraindicada cuando existen numerosas adherencias entre el tumor, la pared abdominal y el intestino, fenómeno que se observa pocas veces fuera de los casos de tumor maligno con adherencias bastante sólidas para defraudar todas las tentativas operatorias.

II. *La operacion está contraindicada* cuando se trata de un tumor maligno que haya invadido el peritoneo y los ganglios vecinos ó que esté complicado con lesiones cancerosas en otros órganos (estómago, intestino, etc.). No se descuidará jamás examinar con cuidado si los ganglios inguinales hipogástricos ó lumbares están ó no afectos, debiendo tambien investigarse en los casos de ascítis concomitante si el líquido derramado en el peritoneo contiene ó no restos del tumor. Estas son cuestiones de la más alta importancia (1). Si el peritoneo parece no hallarse afecto, si los ganglios se hallan al parecer en estado normal, la operacion está indicada aunque el tumor sea manifiestamente maligno, siempre que sea absolutamente movable ó nade en el líquido ascítico; en cambio, si existen adherencias es preciso renunciar casi completamente á toda esperanza, porque la mayor parte de las veces el cáncer ha invadido el peritoneo.

Hasta ahora, la operacion en los casos de tumor maligno no ha ocasionado sino malos resultados. Muy pocas operadas han sobrevivido solamente algunas semanas ó algunos meses á la operacion (casos de Keith (2), ocho meses; casos de Bautock (3), un año). Sin embargo, no debe en absoluto ser rechazada la operacion porque no sea más que un recurso paliativo. La extirpacion del tumor puede, en efecto, retrasar la hora de la terminacion fatal en los casos en que la enferma parece amenazada de una muerte inmediata por uremia ó por sofocacion (4).

III. *La ovariectomía está contraindicada* en los casos de afecciones febriles independientes del tumor ovárico, así como en todas las enfermedades crónicas que deben terminarse por la muerte en un breve período de tiempo, cuando la extirpacion del tumor no puede ejercer in-

(1) Véase Kaltenbach. Lugar citado.

(2) *Edimburg med. Journal*, 1868, págs. 289 y 481.

(3) *London Obst. Transact.*, 1873, pág. 2.

(4) Véase Kaltenbach. *Ueber Extirpation maligner Ovarial-tumoren*. *Wien. ner Med. Blaetter*, 1880, núm. 29.

fluencia ventajosa alguna sobre la marcha de la enfermedad, ni disminuir la gravedad de los accidentes.

IV. *La ovariectomía está contraindicada* cuando las enfermas han llegado al último grado del marasmo senil. Pero no debe olvidarse que por sí sola la edad no puede ser considerada como una contradicción absoluta. Pueden practicarse con éxito ovariectomías en niñas de tres años y en viejas de setenta y ocho (1).

Estudiemos ahora una cuestión que ofrece el mayor interés bajo el punto de vista práctico.

¿Cuál debe ser el tratamiento de los tumores del ovario que complican la gestación? — Es raro que los tumores ováricos no ejerzan una acción deplorable sobre la marcha del embarazo ó sobre el parto. En estos casos se trata casi siempre de un pequeño tumor, de un quiste de espesas paredes y mediano volumen, que permanecen estacionarios después de muchos años. Aquí puede estar indicada la abstención absoluta.

Pero si se trata de un tumor más voluminoso que presenta una gran cavidad quística, si la distensión de la pared abdominal provoca grandes dolores, la punción prestará muy útiles servicios y hará desaparecer rápidamente todos los accidentes (véase el art. 15). Pero la punción es impotente y aun puede ser peligrosa cuando se trate de tumores sólidos ó multiloculares, de un quiste dermoide ó de un quiste supurado.

Cuando en estas circunstancias se ven sobrevenir signos de compresión sobre los órganos abdominales ó torácicos, cuando es inminente la ruptura del tumor, es preciso elegir entre la interrupción del embarazo y la extirpación del tumor.

El parto y el aborto provocados han sido preconizados por los tocólogos (Barnes). Pero, digámoslo, este medio de tratamiento no pone en manera alguna á las enfermas al abrigo de la funesta influencia que ejercen sobre el tumor el parto y la puerperalidad (hemorragia en el tumor, ruptura, supuración, etc.).

Además, si la extirpación del tumor es, tarde ó temprano, inevitable, la enferma se verá expuesta sucesivamente á dos operaciones peligrosas: el aborto ó el parto prematuros artificiales y la ovariectomía. Así, pues, deberá reservarse la interrupción del embarazo para los casos en los cuales el tumor está en todo ó en parte enclavado en la pelvis; para los casos, en una palabra, en que puedan temerse obstáculos serios si el parto se verifica á término y si se teme practicar la ovariectomía á consecuencia de la inmersión desfavorable (intra-ligamentosa) del tumor y la punción por la naturaleza del contenido del tumor.

(1) Atlée. *Americ. Journ. of Med. Sc.*, Abril, 1885.

Es cierto, por otra parte, y así lo demuestran las observaciones, que la ovariectomía puede ser practicada durante el embarazo y que ofrece también durante este período una inocuidad relativa. No citaremos como muestra más que las 14 ovariectomías durante el embarazo reunidas por Olshausen en 1877, y que fueron coronadas de éxito.

Añadamos todavía 11 nuevos casos operados por Smith, Spencer Wells (1), Galabin y Schroeder.

De 28 operadas murieron solamente 3; 9 veces se verificó el parto prematuro, sólo en un caso fué el éxito funesto.

Durante el embarazo, la operación puede estar indicada por accidentes que pongan en peligro la vida de la enferma, tales como la ruptura del tumor ó la torsión del pedículo, accidente que parece ser más frecuente durante el embarazo. Moeller (2), Roberto Barnes (3), Ballard (4), han dado cuenta de casos de muerte consecutivos á la torsión del pedículo (peritonitis, perforación). Handey (5) ha dado cuenta de un caso de íleo mortal debido al enroscamiento del intestino alrededor del pedículo. Spencer Wells ha obtenido un feliz éxito operando á consecuencia de una ruptura sobrevenida al cuarto mes. Schroeder también ha obtenido un feliz resultado en un caso de supuración del quiste consecutivo á una punción, en cuyo caso había además prolapso del útero grávido.

Si puede elegirse el momento de la operación es preferible intervenir en los primeros meses del embarazo, porque más tarde los ligamentos anchos están de tal suerte distendidos y contienen tal número de venas ectásicas, que el tratamiento del pedículo es difícil y aún peligroso (Schroeder).

Se han practicado ovariectomías en casos en los cuales no se sospechaba la existencia del embarazo, y se ha operado también en otros en los cuales no se ha diagnosticado la gestación en el acto operatorio, habiendo sido tomado el útero grávido por un segundo ovario enfermo. Spencer Wells se vió obligado en un caso de esta naturaleza á vaciar el útero que había sido puncionado con un trocar grueso, porque el huevo formaba eminencia á través del orificio de la punción y que se hubiera roto con los esfuerzos necesarios para hacerle entrar en la cavidad uterina. El huevo fué extraído y suturada con seda la herida

(1) Spencer Wells (*loc. cit.*) ha practicado en conjunto 9 veces la ovariectomía en mujeres embarazadas: en 8 casos curó la madre; en 5 nació vivo y á término y 2 veces se verificó el aborto sin hemorragia ni complicaciones especiales.

(2) Moeller. *Dissert.* Berlin, 1869.

(3) *London Obst. Transact.*, t. XI, pág. 201.

(4) Véase Spencer Wells. *Diseases of the ovaris*, pág. 169.

(5) *London Obst. Transact.*, 1865, pág. 266.

de la matriz, haciendo descender uno de los cabos del hilo de sutura por el conducto cervical hasta la vagina, y pasando el otro cabo por la herida abdominal fué fijado al clamp; la enferma curó. Hillas Lambert y Byford refieren casos semejantes: el útero fué desembarazado de su contenido y la herida uterina suturada; las enfermas curaron. Por el contrario, en todos los casos de este género en que se ha practicado la sutura de la herida de la matriz y no se ha desembarazado á ésta de su contenido, la terminacion ha sido fatal.

Spencer Wells cita dos casos análogos á los precedentes (*loc. cit.*, página 175), uno de los cuales debió ser publicado por Pollock. El aborto tuvo lugar rápidamente despues de la operacion, sobreviniendo lo muerte dos días más tarde. Más recientemente, Erskine Mason, habiendo herido el útero durante una puncion practicada á traves de la pared abdominal, practicó la laparotomía y suturó la herida uterina con catgut. La muerte, precedida por el aborto, tuvo lugar dieciocho horas despues de la operacion (1).

Parece, pues, indicada la operacion de vaciar el útero desde que ha sido herido, y aún extirpar el órgano por la amputacion supravaginal. Más vale obrar así que esperar un aborto inevitable, fiándose en la solidez de la sutura aplicada á nivel de la herida uterina.

Art. 4.^o — Preparativos de la operacion. — Instrumentos.

Cuando la operacion no está comprendida en el grupo de indicaciones muy urgentes, se puede someter á la enferma á un tratamiento preparatorio. Tomará baños templados y se vaciará el intestino por medio de lavativas y de purgantes. La víspera de la operacion adoptamos nosotros, para evitar el desarrollo de gases intestinales, el método de Koeberlé (2) y hacemos tomar á la enferma algunas dosis de 50 centigramos de subnitrate de bismuto, al cual añadimos nosotros un poco de acetato de morfina.

El catarro de las vías respiratorias constituye una condicion desfavorable, porque los movimientos debidos á la tos pueden, despues de la operacion, impedir ó retrasar la curacion.

Si el abdómen estuviera muy distendido, puede ser útil una puncion preliminar que desahogue los pulmones y los riñones, haciendo más libres la respiracion y la diuresis; permite ademas evitar una disminucion muy brusca de las presiones intraabdominal é intravascular, la anemia cerebral y el colapso, que pueden ser la consecuencia.

El local de la operacion debe ser espacioso, claro y bien aireado; la

(1) *Med. Times*, 13 de Octubre de 1862.

(2) *Des maladies des ovaires*, etc, París, 1878, pág. 563.

temperatura en él será de 19° á 22° centígrados, siendo muy fatigosa para el operador y no ofreciendo ventaja alguna para la operada una temperatura más elevada. Debe evitarse, por otra parte, el enfriamiento de las vísceras abdominales.

Es preciso que el operador tenga á su disposición los instrumentos siguientes: un catéter, escalpelos, bisturí agudo y de botón, sondas acanaladas, pinzas de diseccionar y de forci-presion, pinzas de Hegar, pinzas hemostáticas de Koeberlé ó de Péan, tijeras rectas y curvas, ganchos romos, trócares; uno de estos últimos instrumentos será de gran diámetro y se utilizará para abrir la cavidad principal del quiste, teniendo además dispuestos otros de menor calibre á fin de poder perforar los pequeños quistes vecinos de la gran cavidad; se dispondrá, por fin, de un trócar explorador, pinzas para extraer el tumor, agujas de Dechamps, un magullador de cadena, cauterios-clamps, hierros al rojo de forma diversa ó el termo-cauterio; todo cuanto es necesario para practicar suturas y ligaduras, hilos de plata, de seda, de catgut de diversos gruesos, esponjas de diferentes volúmenes enteramente nuevas y bien desinfectadas, y porta-esponjas. Los agentes desinfectantes varían según el método antiséptico que se adopte. Nosotros empleamos solamente agua clorurada ó una solución de ácido fénico, uata fenicada y un vendaje de cuerpo sencillo. Siempre que se opere según el método de Lister se dispondrá de pulverizadores de mano ó de vapor, sirviéndose de soluciones fenicadas, tímicas ó saliciladas, así como de todas las piezas de apósito que constituyen la cura de dicho cirujano.

Los trócares empleados para vaciar el tumor deben tener un ancho calibre, á fin de que el líquido pueda salir fácil y rápidamente aunque sea muy espeso. Los instrumentos de este género más comunmente empleados son los de Thompson, de Koeberlé y de Spencer Wells. El trócar de Koeberlé (*fig. 102*) descansa sobre el mismo principio que el de Thompson, pudiendo ser utilizado el gancho de que está provisto para extraer el quiste. Spencer Wells emplea un trócar de doble cánula, de las cuales la interna está cortada como una pluma de escribir y que penetra en la cánula externa, roma hácia adelante merced á una especie de virola de bayoneta. El líquido se vierte por la extremidad posterior de la cánula. El americano Fitch ha modificado este instrumento prolongando su extremidad posterior y contorneándola por abajo á la manera de una culata de pistola: de esta suerte puede ser sólidamente cogido el instrumento y el tubo de cautchuc no se repliega. En el trócar de Fitch la cánula externa presenta una punta que puede ser ocultada por un movimiento de la cánula interna. Para que la pared del quiste no se deslice emplea Spencer Wells dos garfios que se aplican á la mitad de la cánula, y que hundiéndose sus dientes en la pared del quiste la fijan sin romperla.

Para extraer el quiste se emplean pinzas de cucharas anchas de forma cuadrada ó redondeada que no rompan la pared de aquél, y puedan, caso de necesidad, cerrar el orificio de la puncion. La pinza de Nélaton (*fig. 106*) presenta en su cara interna una cuchara provista de pequeñas puntas que corresponden á agujeros situados en la otra cuchara. Otras pinzas presentan sobre su cara interna simples ranuras

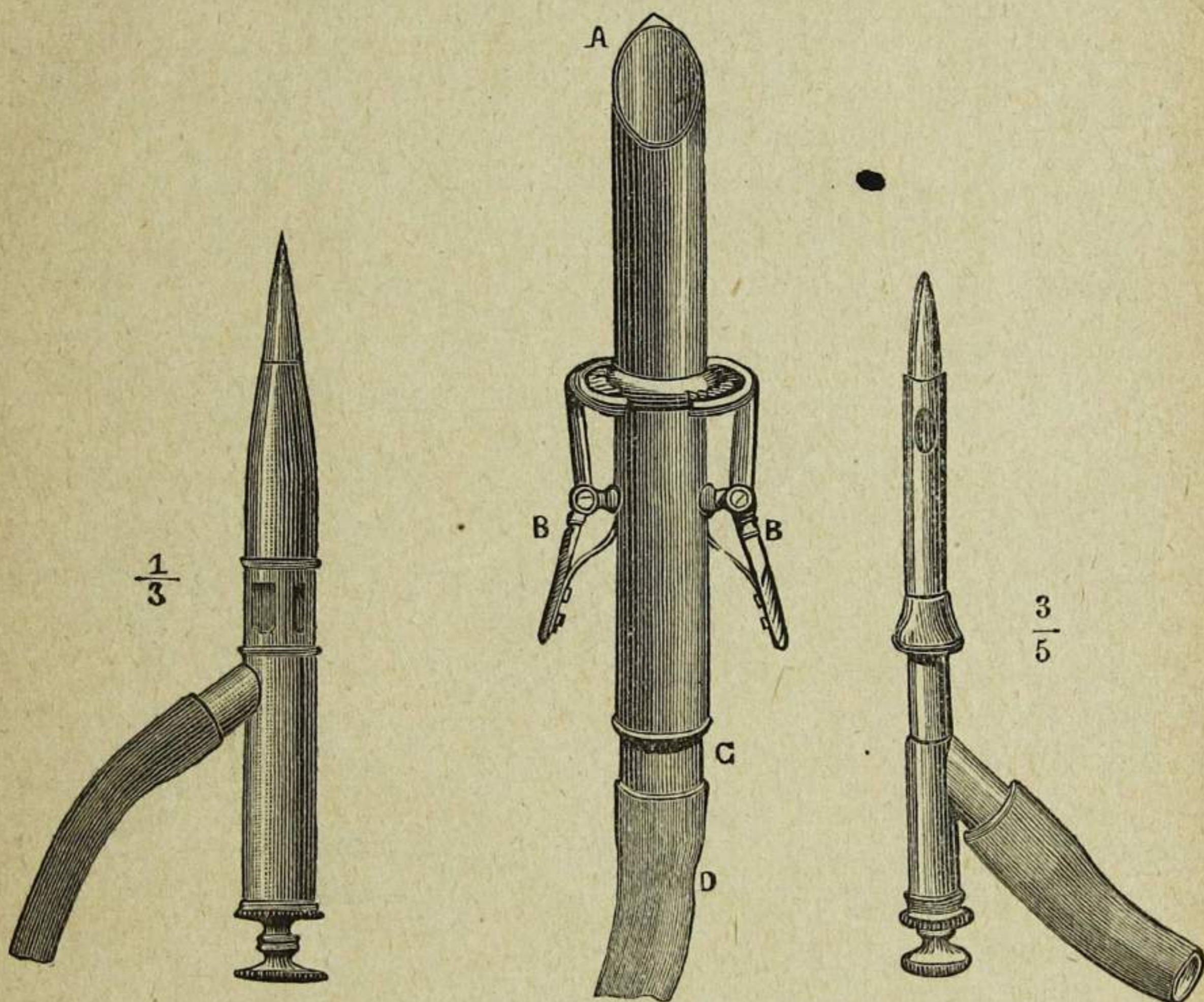


Fig. 102.

Fig. 103.

Fig. 104.

para los tumores duros, en los cuales se emplean sobre todo pinzas de garfio (*fig. 107*) de Koeberlé ó el instrumento más sólido de Péan.

El clamp tiene por objeto obturar por compresion los vasos del pedículo y fijar este último fuera de la cavidad abdominal. Están formados por dos ramas reunidas la una á la otra por una charnela. De una de estas ramas parte un tallo con un tornillo movable (Riegel), cuyo tallo se introduce en una abertura de que está provista la otra rama en el punto correspondiente, al cual se fija por medio de otro tornillo; las ramas están divididas en dos partes: la que actúa más especialmente sobre el pedículo, y los mangos; comunmente estos últimos pueden separarse, desmontándose ó desarticulándose, cuando se ejerce una presion fuerte sobre ellos.

Spencer Wells emplea una pinza para aplicar una contra otra las ramas del clamp. Un buen instrumento de éstos debe comprimir igualmente todas las partes del pedículo sin cortarle; en los clamps de charnela queda más fuertemente comprimida la porción que se encuentra más alejada, pudiendo ser entónces la compresion muy desigual, porque el grueso de las partes abrazadas por el clamp varía, las partes más gruesas del pedículo separan las ramas una de otra, y las partes más delgadas escapan á la compresion. Oprimidas más fuertemente aquéllas, se cortan fácilmente aquellas porciones del pedículo ó bien éste se prolonga, haciendo más difícil la oclusion de la herida abdominal.

Spencer Wells y otros autores han ensayado los clamps fenestrados y formados por dos ramas de compresion paralelas y reunidas en sus

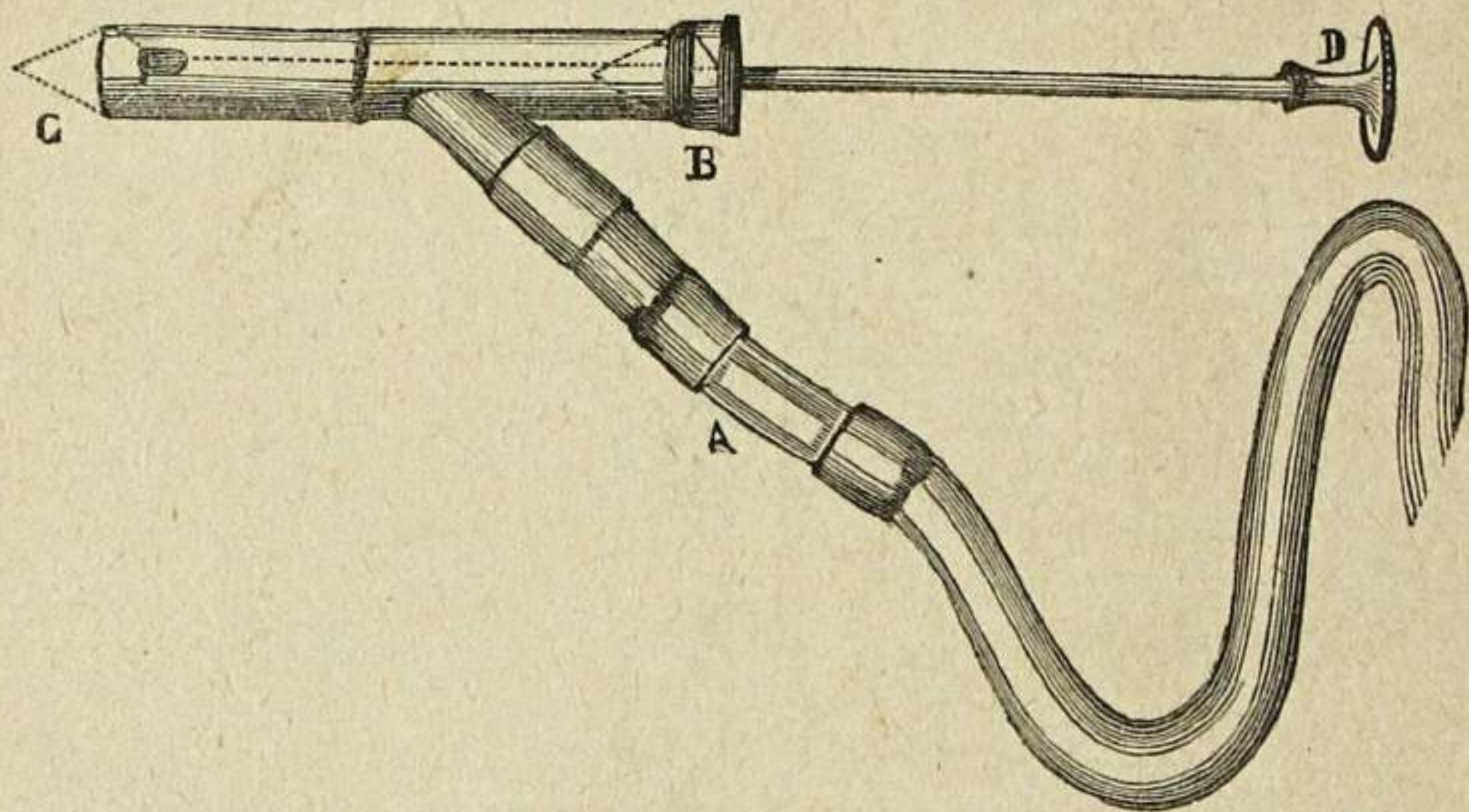


Fig. 105.

dos extremidades por tornillos. Si el pedículo se prolonga mucho puede comprimirse lateralmente por medio de agujas que se introducen por las ventanas de las ramas (Atlée) ó por medio de ligaduras colocadas inmediatamente por debajo del clamp (Spencer Wells). Se han construido tambien clamps que ejercen una compresion circular (1).

Spencer Wells ha vuelto despues á los clamps de charnela. Estos presentan profundas ranuras en sus caras internas á fin de poder coger más fácilmente el pedículo y son ligeramente curvos, segun sus caras, á fin de ejercer la menor presion posible sobre la pared abdominal.

(1) Lawson Tait ha dado recientemente un nuevo modelo de un instrumento de esta especie. *The Obst. Journ.*, 1879, núm. 14, pág. 19.

Nosotros empleamos en nuestra clínica un clamp construido por Walb, de Darmstad, que nos ha dado excelentes resultados.

Una de las ramas tiene hácia arriba y hácia abajo una pieza de forma semilunar que viene á insertarse en la rama del lado opuesto por sus dos extremidades. Merced á esta disposicion se determina una compresion más regular sobre la circunferencia del pedículo, que se encuentra reducida á su minimum. El clamp de Koeberlé ejerce una constriccion casi circular; está formado por dos ramas reunidas como las

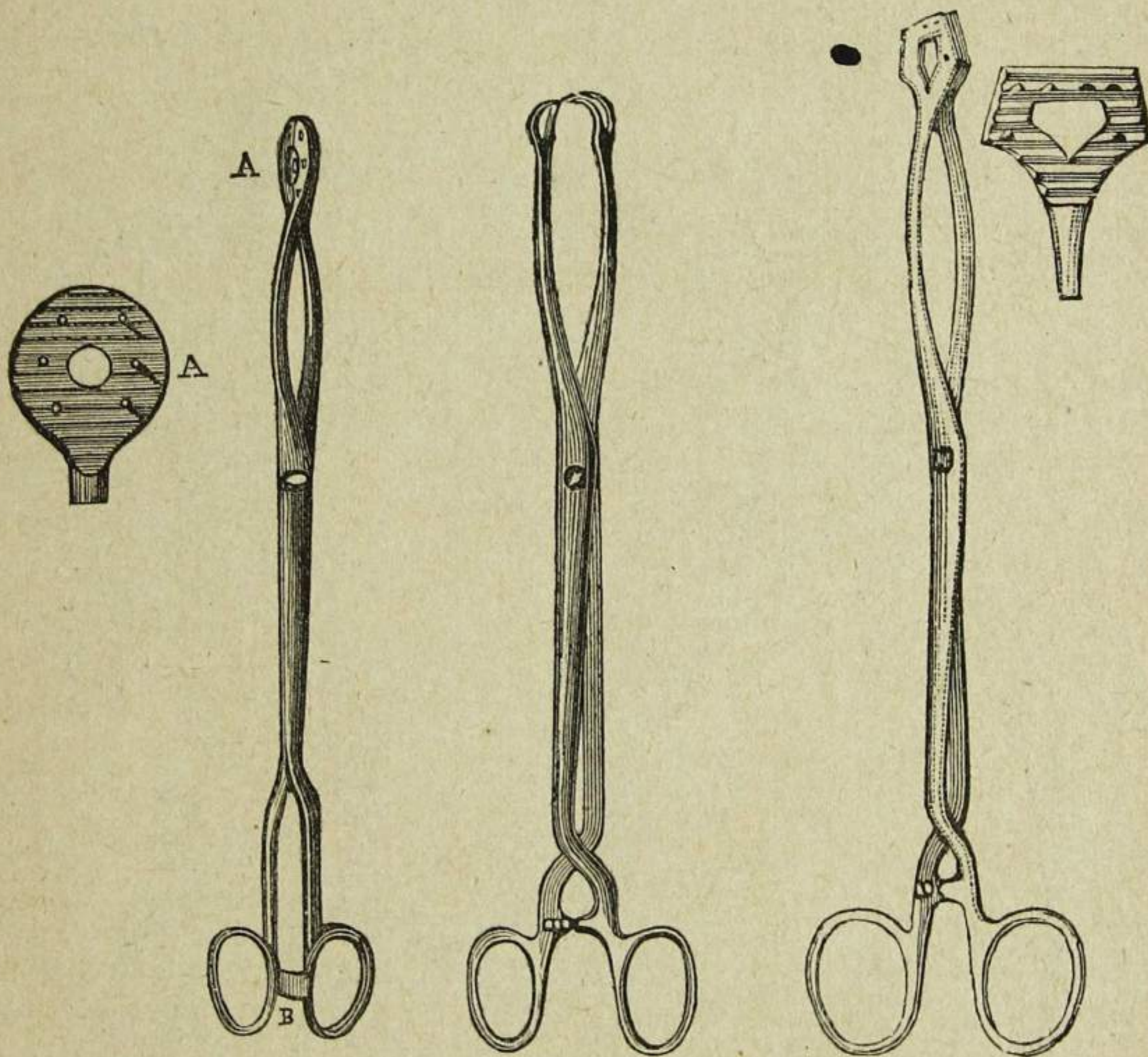


Fig. 106.

Fig. 107.

Fig. 108.

de un forceps; las cucharas, en el punto que deben coger el pedículo, son cóncavas y semicirculares, pudiendo aproximarse por una manivela. Dos anillos semejantes á unas lentes impiden al clamp ejercer una compresion muy fuerte sobre la pared abdominal.

Para cauterizar el pedículo se emplean clamps especiales (clamps-cauterios) provistos de una ancha superficie de compresion: por la cara que corresponde á la pared abdominal están recubiertos de un cuerpo mal conductor del calórico, como, por ejemplo, el marfil (Baker Brown).

Sobre la cara opuesta, el clamp de Baker Brown presenta una ranura de acero, á lo largo de la cual puede deslizarse el hierro candente. El instrumento un poco pesado de Baker Brown puede ser fácilmente reducido á dimensiones más pequeñas si se combina la ligadura con la cauterización del pedículo y si se emplea el termo-cauterio de Paquelin.

Como cama de operaciones basta toda mesa estrecha y suficientemente larga para que la enferma pueda estar echada en ella. Es poco

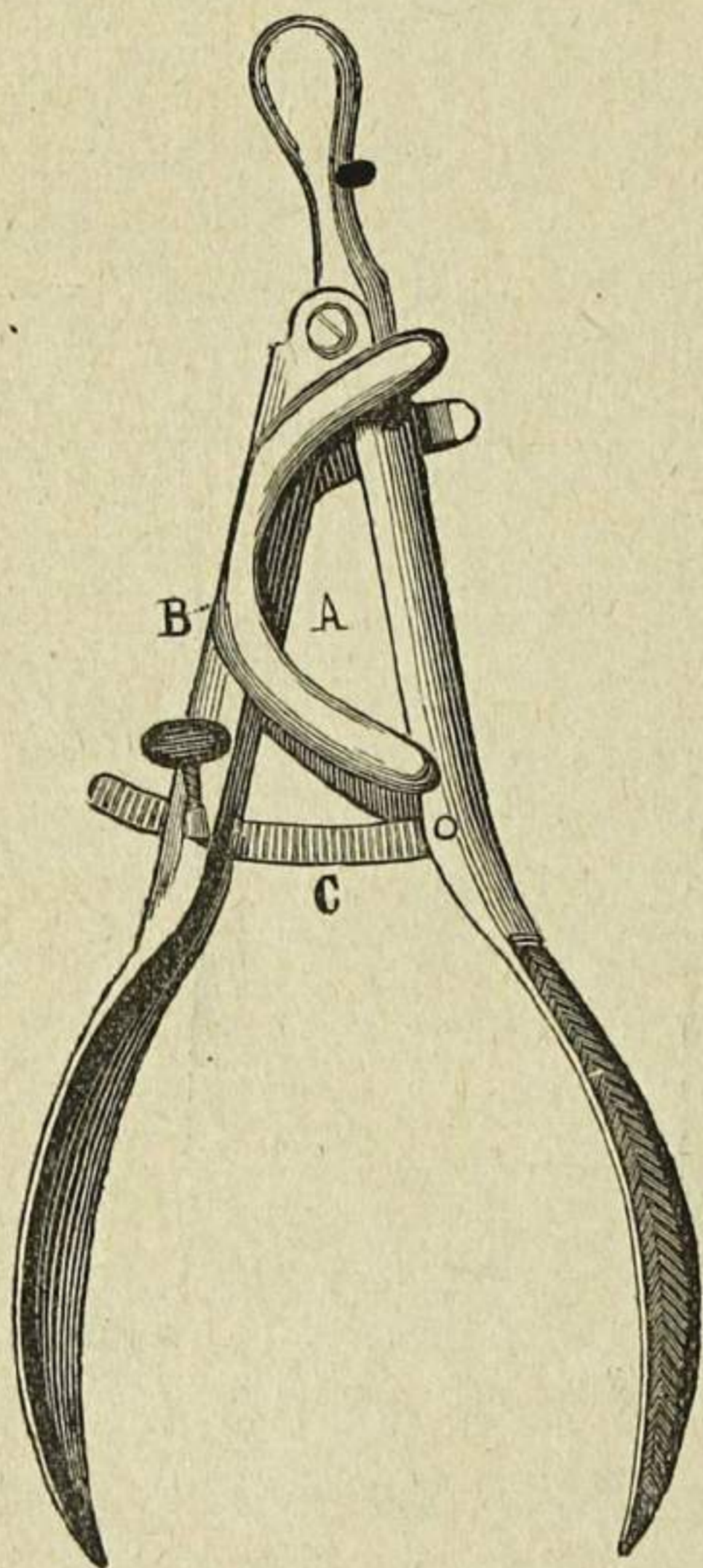


Fig. 109.

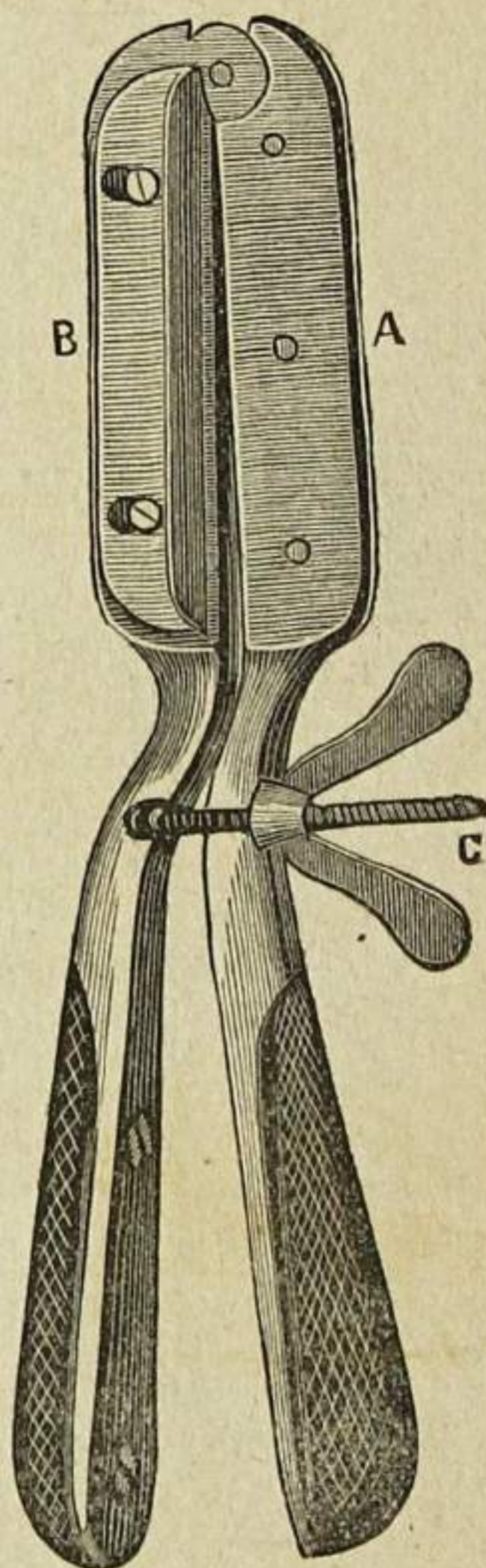


Fig. 110.

recomendable, como quiere Koeberlé, operar sobre la misma cama en que la enferma debe quedar, porque en estas condiciones no puede ser perfecta la antisepsia. Nosotros empleamos generalmente la mesa de operaciones que dejamos descrita en el lugar correspondiente. La enferma será colocada de tal suerte que la region de la pelvis llegue al borde anterior de la mesa, mientras que los muslos, envueltos en ropa de lana, se colocan en las gotieras que les están destinadas. La situa-

cion de la parte superior del cuerpo depende del anestésico que se haya elegido y del estado de las fuerzas de la enferma.

Cuando el local donde haya de verificarse la operacion carezca de luz cenital, debe colocarse la mesa de operaciones de tal suerte que por sus piés esté en relacion con alguna ventana y que la luz venga á caer sobre la derecha del operador. El fondo de la cavidad de la pelvis puede fácilmente ser iluminado por medio de una pequeña lámpara de mano cuando parezca necesario, por ejemplo, cuando se trate de contener una hemorragia.

Son necesarios tres ayudantes. Uno se coloca á la cabecera y se encarga de vigilar la anestesia; otro comprime la pared abdominal sobre el tumor é impide la hernia del intestino; el tercero vigila la salida de la sangre, mantiene libre el campo operatorio, asegura la ligadura de los vasos y ayuda al operador en cada uno de los tiempos de la operacion. Estos dos ayudantes se colocan, cuando se emplea la mesa de operaciones, á los lados libres de la enferma. No es absolutamente necesario tener un ayudante más, pero será útil en las operaciones difíciles para elevar y fijar un tumor pesado, para limpiar el campo operatorio, mantener encendido el aparato de Paquelin, etc. Son necesarios dos ó tres enfermeros para limpiar y presentar los instrumentos y las esponjas, enhebrar las agujas, cambiar las aguas sucias, etc.

La enferma, durante la operacion, tendrá puestas sus medias, su camisa y un cuerpo de franela; estas dos últimas prendas se levantarán hácia arriba y, á fin de evitar que se manchen, se les rodeará de una venda de gutapercha, de tal suerte que quede el vientre al descubierto. Este método es más sencillo, más cómodo y más limpio que el que consiste en cubrir el cuerpo con un trozo de gutapercha, abierto en su línea media y que no deja más campo libre que la region sobre la cual ha de practicarse la incision.

La eleccion de anestésico es muy importante. El medio que produzca mejor el narcotismo y no dé lugar á muchos vómitos es el que merece la preferencia. Los vómitos pertinaces no solamente trastornan la operacion de una manera inoportuna impulsando hácia afuera las asas intestinales, sino que son peligrosos porque favorecen las hemorragias consecutivas. Por estas razones el cloroformo produce por lo comun malos resultados, habiéndolos obtenido nosotros mucho mejores del éter. Spencer Wells elogia el bicloruro de metileno, que él ha empleado en más de seiscientos casos. El protóxido de ázoe, que ha sido experimentado por Sims, no permite contar con una anestesia suficientemente profunda y suficientemente prolongada.

Para prevenir lo mejor posible los vómitos, las enfermas no deben tomar más que una taza de café dos ó tres horas ántes de la operacion. Los vómitos se favorecen con los cambios de posicion, por cuya circuns-

tancia se practicará la anestesia sobre la mesa de operaciones, evitando el transporte de la enferma de una á otra cama. La anestesia será profunda á fin de poder luchar en mejores condiciones contra la hernia de los intestinos. Se utilizarán los primeros instantes de la anestesia para proceder á una última maniobra preparatoria; se jabonará y lavará la pared abdominal con líquidos desinfectantes; se cortarán los pelos del monte de Venus y se practicarán una inyección vaginal anti-séptica y el cateterismo.

[Para evitar los vómitos pertinaces, hacer más profunda y fácil la anestesia y dominar mejor la tendencia á eventrarse que tienen los intestinos, creemos de utilidad suma la aplicación de una inyección hipodérmica de cloruro mórfico, un centigramo por gramo de agua destilada, un cuarto de hora ántes de la operación, procedimiento cuyo éxito hemos comprobado en operaciones diversas. — *M. G. de S.*]

Art 5.º — Apertura de la cavidad abdominal.

Se practica preferentemente la incisión de la pared abdominal sobre la línea blanca, porque no se lesiona vaso importante alguno, no se abre ninguna vaina muscular y los labios de la herida ofrecen á ambos lados una movilidad igual. Si se opera por segunda vez una misma enferma se practicará la incisión en el lado correspondiente al ovario enfermo, paralelamente á la incisión primera y separada de ésta por una distancia de 2 á 3 centímetros. Storer, de Boston, hace la incisión á través del músculo recto, paralelamente á la línea blanca. Hace de esta práctica una regla absoluta, porque opina que el tejido muscular se reúne mejor por primera intención que los tejidos que se encuentran situados á nivel de la línea blanca (1).

Cuando se incide sobre la línea blanca, el bisturí secciona las capas siguientes: la piel, el tejido celular subcutáneo más ó menos rico en grasa, la línea alba, es decir, el entrecruzamiento de las aponeurosis, de los músculos anchos del abdomen, la fascia trasversa con el tejido celular preperitoneal cargado de grasa, y el peritoneo. Algunas veces, á nivel de la línea media se encuentra el uraco obliterado, pero se le puede separar fácilmente. La obliteración de este conducto no es, sin embargo, siempre completa. Spencer Wells le ha visto obliterado

(1) Mac Dowel hizo también en sus primeras operaciones la incisión á 3 centímetros por fuera de la línea alba. Existen otros métodos que no tienen más interés que el puramente histórico; tales son: la incisión semilunar, la que partiendo de las falsas costillas va á la cresta ilíaca (Bühring), de la sínfisis á la cresta ilíaca (Atlée), paralelamente al ligamento de Poupart (Hartmann) y las dos incisiones formando ángulo recto, una paralela á la línea alba ó situada á su nivel y otra dirigida hácia fuera (King, Dorsey).

en sus dos extremidades, conteniendo en su porcion media concreciones calcáreas. Pernice ha observado en un caso la comunicacion del uraco con la vejiga (1).

El espesor de la pared abdominal á nivel de la línea alba varía mucho. Si el tumor es muy voluminoso, es á veces tan delgada como una membrana, en tanto que en las personas muy gruesas ó cuando existe un edema, su espesor puede pasar de 6 centímetros. La piel entre el ombligo y la sínfisis es más gruesa que entre el ombligo y la extremidad inferior del esternon. A nivel del anillo umbilical, la piel se adhiere fuertemente á las partes profundas merced á la presencia de tejido fibroso privado de grasa. Si la incision ha sido practicada á traves del músculo recto, se tienen que atravesar nuevas capas: la vaina de este músculo formada por las aponeurósis de los músculos grande y pequeño oblicuos y trasverso, y, en fin, por el mismo recto. Los vasos sanguíneos de la pared anterior del abdómen provienen de la arteria epigástrica superior y de una rama de la arteria crural, cuyos vasos se anastomosan sobre la línea media por ramos comunmente muy pequeños. Si á nivel de la incision se encuentra una gran cantidad de vasos, se debe casi siempre presumir la existencia de una peritonitis reciente ó de un tumor maligno. Sin embargo, las venas pueden hacerse muy voluminosas á consecuencia de un simple éxtasis prolongado.

La primera incision á traves de la piel y del tejido celular se hace sobre la pared abdominal tensa y á mano levantada. Si la pared es muy laxa, si se opera, por ejemplo, poco tiempo despues de una punccion, se la levanta formando un pliegue que se comprime en su base y se practica la seccion á nivel de su parte superior. Se evitarán los gruesos troncos venosos inclinando ligeramente la incision. En cuanto á los vasos que atraviesan la herida, se les secciona entre dos ligaduras. Si se encuentran venas gruesas á nivel del ombligo, es preciso obrar con precaucion, porque comunican á veces, á traves del anillo umbilical, con una vena umbilical no obliterada. Se practicará la torsion de las arterias pequeñas cogiéndolas provisionalmente con pinzas (2) ó se ligarán. De todas suertes, debe cohibirse siempre completamente toda hemorragia ántes de proceder á la apertura de la cavidad abdominal.

Si los músculos rectos se adhieren el uno al otro, ó si la línea

(1) *Deutsche Med. Vochens.*, núm. 46, 1878. En el caso citado por este autor se observa que siete días despues de la operacion, que había sido perfectamente hecha, salía la orina á nivel del pedículo por una pequeña fistula que no tenía más diámetro que el calibre de un cabello.

(2) Koeberlé. *De l'hémostase définitive par compression excessive*. París, 1877.—Péan. *De la forcipressure*. G. Denis. París, 1875.

blanca no corresponde exactamente á la línea media, á pesar de todas las precauciones se abrirá la vaina de aquéllos. Si no se consigue evitarlo tirando rápidamente hácia afuera y elevando el borde interno del músculo, se evitará el magullamiento y la rotura de los labios de la herida cortando el músculo paralelamente á sus fibras.

La línea alba y la pared posterior de la vaina del músculo recto pueden ser cortadas de un solo golpe, siendo, no obstante, preferible efectuarlo capa por capa.

Desde que el peritoneo, una vez que el tejido preperitoneal ha sido cortado, queda al descubierto, se le coge con unas pinzas ó con una erina (*fig. 111*), se le levanta y se practica una incision en él con un bisturí. En el orificio de tal suerte practicado se introduce una sonda acanalada ó el dedo y se cortan los tejidos con unas tijeras curvas por el borde ó con un bisturí de boton. Debe cuidarse de que la herida peritoneal tenga las mismas dimensiones que la incision practicada en



Fig. 111.

la piel. No es siempre fácil orientarse acerca del número de capas que han sido cortadas. Se puede creer, por ejemplo, que se ha abierto ya el peritoneo porque el tejido preperitoneal grasoso es muy laxo. En otros casos el peritoneo está distendido por líquido ascítico y ofrece todos los caracteres de un quiste de paredes muy delgadas. Tambien en los casos de adherencias extensas del tumor con la pared abdominal el peritoneo puede perder sus caracteres naturales y ser tomado por la pared de un quiste; disecándole se le separa de la *fascia transversalis* y de los músculos del abdomen. Desde que se ha reconocido el error se penetra más profundamente ó se prolonga la incision hasta que se hayan pasado los límites de las adherencias. Puede tambien el operador equivocarse en un sentido opuesto, abriendo un tumor adherente en la creencia de tener delante de sí el peritoneo. Cuando el peritoneo está fuertemente engrosado por una inflamacion crónica es muy difícil reconocerle, y aún en este caso, despues de haberle cortado y de haber visto derramarse una gran cantidad de líquido, distinguiendo con trabajo si se trata de un exudado peritoneal enquistado ó de un quiste adherente por todas partes.

Una vez abierto el peritoneo, el tumor, si no está recubierto por asas intestinales ó por el epiploon, aparece como un cuerpo azulado, iso, reluciente, elevándose y descendiendo segun los movimientos

respiratorios. Casi siempre despues de la abertura de la cavidad peritoneal se ven derramarse algunas gotas de líquido ascítico.

Antes de la operacion apénas puede precisarse la longitud que deberá tener la incision.

Preferentemente se comenzará por hacerla de la longitud de la mano, igualmente separada del ombligo y de la sínfisis. Hacia abajo llegará hasta 3 ó 4 centímetros del borde superior del pubis, á fin de no poner al descubierto la cavidad preperitoneal de Retzius y de no abrir así un camino al derrame de pus que se forme fuera del peritoneo. Si es necesario prolongar la incision porque el tumor sea sólido ó adherente, se practicará hacia arriba con las tijeras acodadas sobre sus bordes ó con el bisturí de boton. Si fuera necesario pasar del ombligo al hacer la incision se le contorneará pasando por el lado izquierdo á fin de no lesionar el ligamento redondo del hígado y aún la vena umbilical, acaso no completamente obliterada (1). La incision no debe ser más grande que lo estrictamente necesario; se observará, pues, la práctica antiguamente observada por los partidarios de la operacion *mayor* (Clay). Es preciso, sin embargo, evitar hacerla tan pequeña que sea difícil orientarse en la cavidad abdominal y que no sea posible extraer el tumor sin lesionar y romper los labios de la herida.

Se evitará que las vísceras abdominales se enfrien; no deberán, pues, practicarse grandes incisiones sino en tanto que sean absolutamente necesarias por existir alguna complicacion. Es extremadamente difícil juzgar por las estadísticas la influencia de las dimensiones de la herida sobre el resultado de la operacion.

Art. 6.º — Puncion. — Disminucion del volúmen del tumor.

Ruptura de las adherencias. — Extraccion del tumor.

El tumor, una vez puesto al descubierto, si contiene una cavidad quística será puncionado con uno de los trócares descritos anteriormente, y cuyo tubo de cautchuc se introducirá en una vasija colocada en la misma mesa de operaciones. Si se trata de una gran cavidad quística, el tumor disminuye rápidamente de volúmen, mientras que un ayudante, aplicando fuertemente las dos manos extendidas sobre la pared abdominal, oprime ésta á medida que el tumor disminuye de volúmen, á fin de impedir de esta suerte la salida de la masa intestinal, impidiendo, por otra parte, que el contenido del tumor caiga en la cavidad abdominal, para evitar cuyo accidente debe ser atentamen-

(1) Si hay hernia umbilical, aconsejan determinados autores practicar la incision á nivel de la hernia; pudiendo así suturar mejor, é incindiendo el saco, obtener una curacion radical de la hernia.

te vigilado el orificio de la puncion, y cuando sea necesario se le debe rodear de esponjas ó de compresas (1). Con este objeto conviene tambien atraer el saco fuera de la pared abdominal en tanto cuanto sea posible. Si el contenido del saco se vierte libremente, si no hay adherencias, el tumor desliza fácilmente hácia afuera á beneficio de las tracciones con una pinza ó con un gancho fijo al trócar.

Para obtener una disminucion suficiente en el volúmen del tumor hay precision frecuentemente de abrir otras cavidades, ya sea por la primera, ya sea por nuevas punciones. Los tumores formados de pequeñas cavidades dispuestas como los alvéolos de un panal de abejas y los que presentan un contenido muy compacto serán extraidos por una larga incision, gracias á la cual podrá introducirse la mano en el interior del tumor, romper las paredes que separen entre sí los pequeños quistes y recoger y extraer el líquido contenido en su interior, líquido que tiene análogo aspecto al de las materias fecales. En los casos de tumores sólidos es preciso abstenerse de toda tentativa de compresion y se prolongará la incision hecha en la pared abdominal tanto como sea necesario para extraer aquél. Pretender romper el tumor con la mano ó seccionarle en muchos fragmentos es una práctica funesta, porque expone á las pacientes á todos los peligros de una hemorragia ó á ver derramarse en la cavidad abdominal las materias contenidas en el tumor. El procedimiento llamado de division es muy inconstante y exige mucho tiempo.

En la mayor parte de los casos es preciso romper las adherencias ántes de extraer el tumor. Esta maniobra en cuanto sea posible se ejecutará bajo la inspeccion de la vista del operador.

No se deberá, pues, deslizar la mano extendida entre el tumor y las paredes abdominales y romper con más ó ménos fuerza las adherencias en una gran extension. Obrando de esta suerte no puede trabajarse sino á la ventura, pudieran lesionarse gruesos vasos y provocar grandes hemorragias. En este caso la sangre se fragua insensiblemente un camino hácia la parte libre de la cavidad abdominal siguiendo las adherencias. Si el tumor se adhiere por todas partes á la pared abdominal, se rompen solamente las adherencias alrededor de la herida en una extension que permita coger cómodamente la pared del saco despues de la puncion y prevenir, rechazando la pared abdominal, el peligro de las hemorragias. No se romperán las adherencias extensas sino despues de la puncion, en cuyo momento es casi siempre posible atraerlas poco á poco fuera de la herida.

(1) Péan emplea para vaciar el tumor un trócar muy sencillo provisto de un tubo de cautchuc muy largo y en relacion, á gran distancia de la mesa de operaciones, con una bomba. Mediante una fuerte aspiracion el contenido del tumor sale á traves del trócar sin derramarse sobre la herida.

Si las adherencias son recientes, ceden frecuentemente á una ligera traccion, pudiendo romperse los delgados filamentos que las constituyen con una sonda acanalada, con una espátula ó raspando con la extremidad de los dedos aplicados unos contra otros. Si son fuertes y antiguas, debe recurrirse á las tijeras ó al bisturí y torcer los vasos que den mucha sangre ó ligarlos.

En los casos de adherencias estrechas y circunscritas, Péan extrae desde luégo toda la parte de la pared del quiste que está completamente separada de la pared abdominal y reseca en seguida el fragmento que queda en el peritoneo. Tambien pueden emplearse con este objeto el magullador ó el galvano-cauterio para dividir las adherencias en forma de cordon muy ricas en vasos; existiendo ademas el medio de cogerlas provisionalmente en un cepo especial denominado clamp de adherencias (Clay). Nosotros, en estos casos, hemos recurrido comunmente á pequeños clamps-cauterios ó al termo cauterio de Paquelin.

Las adherencias con el epiploon se encuentran ordinariamente sobre la pared anterior del tumor, rara vez á los lados ó en la pared posterior. La riqueza del epiploon en vasos gruesos, sobre todo venosos, exige una gran atencion cuando se practica la hemostasia.

Cada vez que un punto da sangre, debe practicarse una ligadura con hilo de seda ó con catgut, cuyos cabos se dejan muy cortos. Ciertas bridas epiploicas gruesas deben ser seccionadas entre dos ligaduras ó ser simplemente cauterizadas despues de practicarse la seccion. Si el epiploon se adhiere en una gran extension de la superficie del tumor, es inútil desprender lenta y penosamente cada punto adherente multiplicando las ligaduras: vale más coger el peritoneo en una ó varias ligaduras en masa y seccionarle, abandonando las partes adherentes al tumor, que se extraen con éste. Si la masa epiploica cogida en la ligadura parece muy considerable, se retira aquélla y se practica una serie de ellas que cada una comprenda una porcion de la serosa. Si hay necesidad de aplicar un gran número de hilos, es preferible hacer volver á entrar el pedículo en la cavidad abdominal. La experiencia enseña que todo epiploon puede ser tratado de esta manera sin peligro para la enferma. En este caso todas las partes que quedan mucho tiempo fuera de la cavidad abdominal deben ser lavadas con líquidos antisépticos ántes de volverlas á colocar en la cavidad abdominal. No es preciso fijar provisional ó definitivamente en la herida de la pared abdominal las porciones que han de ser desprendidas, porque gangrenándose los colgajos impiden la oclusion completa de la cavidad y pueden dar origen á accidentes infecciosos.

Las adherencias laterales superior y posterior del tumor con los intestinos no se ven sino cuando el tumor se atrae hácia afuera. Solas,

las adherencias recientes pueden romperse con un cuerpo romo ó por traccion; aquí, más frecuentemente que para las otras variedades de adherencias, hay necesidad de recurrir al empleo de instrumentos cortantes. Con estos últimos debe operarse lo más cerca posible del tumor, y cuando sea necesario será preferible seccionar un fragmento de la pared del quiste adherido al intestino, ántes de lesionar á éste. Pero se debe siempre raspar el epitelio proliferante de la pared del saco (Atlée) ó destruirle por la cauterizacion. Algunas veces, sin embargo, á pesar de todas estas precauciones no puede evitarse una rasgadura superficial de la serosa intestinal reblandecida é hiperemiada. Estas pequeñas heridas sangran con una gran facilidad. Se cogerán con una pinza los labios de la herida y se colocará sobre todo una ligadura. Si no se obtiene resultado, se deprimirán los labios de la herida y se suturará con una aguja muy fina y con seda de tal suerte que la serosa quede aplicada contra la serosa.

Es á veces bien difícil reconocer la pared intestinal, que está hundida ó que ha quedado, bajo la influencia de las tracciones, pálida y exangüe; se puede, por otra parte, confundir con el intestino un pliegue del ligamento ancho, las trompas de Falopio, bridas membranosas y hasta un pedículo ancho y membranoso. Se evitan estos errores desagradables procediendo con una gran lentitud, atrayendo hácia afuera todas las porciones cuya naturaleza parece dudosa, ó siguiéndolas, con el dedo introducido en la cavidad abdominal, hasta su insercion ó su reunion con otros órganos. Sin embargo, operadores muy hábiles pueden llegar, en casos particularmente complicados, á hacer heridas penetrantes en el intestino, heridas que inmediatamente deberán ser suturadas.

Para destruir las adherencias del tumor con el hígado, la vesícula biliar, el diafragma, el estómago ó el bazo, se seguirán las reglas generales que dejamos expuestas anteriormente. De la misma suerte se obrará para obtener la hemostasia. Se alcanzan muy difícilmente estos órganos, y hay necesidad frecuentemente de aumentar las dimensiones de la herida abdominal si se quiere poner al descubierto estas adherencias y evitar las consecuencias desastrosas que entraña la rotura del bazo ó de una vesícula biliar.

Es preciso siempre temer las adherencias del tumor con los órganos contenidos en la grande ó en la pequeña pelvis (vejiga, útero, repliegue de Douglas, fosa iliaca, mesenterio). Estas adherencias, que parecen siempre ser muy antiguas, son muy sólidas, ricas en vasos y frecuentemente muy extensas. Originan grandes dificultades operatorias, porque sólo rara vez se alcanza á destruirlas con la mano introducida en la cavidad abdominal, y hay que practicar tracciones con prudencia, procedimiento que merece poca confianza, sobre todo cuan-

do se ve que el propio peso del tumor extraído ya de la cavidad abdominal sólo en casos excepcionales basta para destruir adherencias recientes (Hegar). Practicando tracciones fuertes se corre el riesgo de desgarrar el tumor, la vejiga, el recto, los uréteres, y aún, si el caso es desfavorable, podrían romperse los gruesos troncos venosos de la pelvis y ocasionar hemorragias difíciles de cohibir. Por otra parte, es muy difícil seccionar estas adherencias con el bisturí porque no se puede atraerlas suficientemente cerca de la herida abdominal. En ciertos casos podrá recurrirse al procedimiento preconizado por Nussbaum. Este autor introduce su mano en el quiste previamente abierto, trata de coger su pared en un punto, y allí hace un pliegue, comenzando desde luego á nivel del promontorio haciendo tracciones, sobre cuyo pliegue llega á retorcer el quiste, librándole poco á poco de todas sus adherencias con la pelvis, con los intestinos y con la pared abdominal posterior. En un caso en que tuvo necesidad de apelar á este procedimiento, la enferma curó. No obstante, cuando se trata de adherencias pelvianas muy sólidas y muy extensas, hay frecuentemente necesidad de interrumpir la operacion y de abandonar una gran parte del tumor en el caso de extirpacion parcial. (Véase el artículo siguiente.)

Ya hemos estudiado anteriormente la hemostasia en los casos de rotura de las adherencias. Cuando los vasos son voluminosos se practicarán ligaduras aisladas ó se recurrirá á una compresion prolongada con las pinzas (Péan, Koeberlé), á la torsion ó una ligadura en masa. Las hemorragias en sábana provinientes de la pared abdominal cesan espontáneamente con frecuencia, bastando en el caso contrario ejercer una compresion prolongada con una esponja empapada en agua clorurada ó con una servilleta enrollada (Koeberlé, Kimball). Si estos medios son insuficientes prestará por lo comun excelentes servicios el hierro candente, no rehusando aplicarlo sobre la pared abdominal, el útero, el epiploon, etc.; nosotros hemos aplicado con éxito el termocauterio de Paquelin al rojo oscuro aún sobre el intestino y sobre la vejiga, no dejándole, sin embargo, obrar sino por irradiacion. Por el contrario, jamás hemos empleado el percloruro de hierro ni ninguna otra solucion estíptica.

Si las hemorragias en sábana son muy abundantes, si provienen de la serosa parietal, sobre la cual no son aplicables las ligaduras aisladas, todavía puede emplearse la acupresion (J. Simpson, Spencer Wells) ó practicarse una sutura (Hegar), en la cual las agujas se pasan á traves de toda la pared abdominal alrededor del punto que sangra, anudando los hilos sobre la pared abdominal por encima de un trozo de tubo de cautchuc ó de otro cuerpo análogo. Si se trata de una hemorragia rebelde en la vecindad de la herida abdominal, se puede, con ayuda de

una sutura, cogiendo en una gran extension el peritoneo (Hegar) (1), ó por medio de unas pinzas de gancho (Kimball) (2), poner en contacto las superficies y separarlas de esta suerte de la cavidad peritoneal.

Si las adherencias son muy extensas y muy vasculares, la hemostasia puede hacerse imposible porque puede verse sobrevenir una hemorragia en sábana, debiendo entónces resolverse á emplear, ya un vendaje fuertemente compresivo, ya el desagüe. (Véase el art. 9.º)

Las hemorragias que se producen sobre la pared del tumor no exigen el empleo de pinzas, la torsion ni la ligadura en masa sino cuando son muy violentas y cuando no se pueden cortar muy rápidamente los vasos del pedículo.

Cuando se trata de un quiste de paredes delgadas é inflamadas, los tejidos son de tal suerte friables que se hace difícil la extraccion del tumor. La pared del saco se rompe en los puntos en que se la coge, y el líquido contenido en el tumor viene á inundar el campo operatorio. Los colgajos de las paredes quedan adherentes mientras que extraemos el tumor, se rompen, dan sangre, se hace imposible el orientarse y reconocer los límites del tumor, y por tanto, de continuar la operacion de una manera regular. Naturalmente, es preciso proceder aquí lentamente y capa por capa. Se evitará toda traccion violenta, se destruirán las adherencias lo más suavemente posible volviendo hácia afuera la pared abdominal, se cogerá cada porcion que se rompa con una pinza roma, se extraerá rápidamente con grandes esponjas el líquido contenido en el tumor que haya venido á inundar la herida, y, finalmente, no se dará ningun paso adelante sin haber asegurado la hemostasia previamente. Si desde el principio de la operacion se reconoce la imposibilidad de extraer un tumor por todos lados adherente sin provocar numerosas roturas de su pared, si el contenido es de mala naturaleza, se deberá practicar el desagüe del saco, cuya pared habrá sido suturada á la herida abdominal. (Véase el artículo siguiente.) En casos de necesidad deberá preferirse este procedimiento á la extirpacion. En los casos de tumores sólidos, sobre todo en los de naturaleza maligna, puede estar tan reblandecida la masa entera del tumor que se rompa por la simple presion de la mano ó bajo la influencia de tracciones moderadas, ocurriendo lo que sucede cuando se trata de un quiste. Se producen entónces grandes hemorragias, de las cuales no se puede triunfar sino por una ligadura rápidamente aplicada sobre el pedículo. Mientras que al tumor se le hace disminuir de volúmen y en tanto se le libra de sus adherencias merced á las tracciones practicadas con una pinza especial, se le levantará perpendicularmente hácia arriba

(1) Hegar. *Ueber Castration. Centralb. f. Gyn.*, 1879, núm. 22.

(2) *Americ. Obst. Soc.*, 1877, pág. 525.

sin desgarrarle hasta que pueda verse el pedículo. Cogiendo entónces los tegumentos abdominales de cada lado, aplicándolos fuertemente por detras del tumor y elevándolos formando un pliegue, se conseguirá evitar la hernia de las asas intestinales. Con este objeto se puede tambien recurrir á un ayudante que comprimirá el uno contra el otro los bordes de la herida con el pulgar y el índice.

Art. 7.º — Tratamiento del pedículo.

- E. W. Duffin. *Medic. chir. transact*, vol. XXXIV, págs. 1-5, 1850.
 Maisonneuve. *Des Opérations applicables*, etc. Paris, 1850.
 J. L. Atlée. *North. Americ. med. chir. Rev.* Julio, 1858 (*Écraseur*).
 Sp. Wells. *Clinical remarks on different modes of dealing with the pedicle in ovariectomy*. *Brit. med. J.* Octubre, 1866, pág. 378.
 J. Simpson. *Edimb. med. J.*, vol. V, 1860, pág. 649 (*Acupressure*).
 Tyler Smith. *London. Obst. soc. Transact*, vol. VII, 1865, pág. 66.
 Aveling J. H. *London Obst. soc. Transact*, vol. VII, 1866, pág. 229.
 Masslowsky. *Centralbl. f. d. Med. Wissenchs.*, 1868, núm. 56, y *Langenbeck's Archiv.*, Bd. IX.
 Krassowsky. *De l'Ovariectomie*. Saint-Pétersb., 1868.
 Tixier. *Le Pédicule et son traitement après l'op. de l'ovariectomie*. Thèse, Strasbourg, 1869.
 Bébee. *Americ. Journ. of med. sc.* Abril, 1871 (*Torsion du pédicule*).
 Sp. Wells. *Diseases of the ovaries*, págs. 359-382.
 Olshausen. *Krankheiten der Ovarien*, págs. 266-295, y *Volkm. Klin. Vortraege*, núm. 111.
 Peaslee. *Ovarian tumors*, págs. 435-474.
 Hegar. *Volkm. Klin. Vortraege*, núm. 109.
 Keith. *On the results of treatment of the pedicle in ovariectomy*. *Lancet*, 15/4, 1876.
 Bäcker. *Zeitschrift von Martin. et Fasbender*, 1876, vol. I, pág. 366.
 Doran. *Bemerkungen über die voellige intrap. Ligat. d. Stiels*. *Barthol. Hospit. Reports*, vol. XIV, pág. 113.
 Spiegelberg. *Zur Klammerbehandlung d. Stiels*, etc. *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1879, núm. 18.
 Heywood Smith. *Obstetr. Journ. of Gr.-Brit. and Irel*, 1879, pág. 478.
 Thornton. *Die verschiedenen Method. d. Stielversorgung bei d. Ovariectomie*. *Med. tim. and gaz.*, vol. I, núms. 1.560 y 1.562, 22/5 y 5/6, 1880.

Para el tratamiento del pedículo podemos recurrir á dos grandes métodos.

Podemos atraerle hácia afuera y fijarle en la herida abdominal: éste es el método extraperitoneal. La hemostasia se obtiene por la ligadura, por la compresion ó por medio de clamps.

De este método derivan los procedimientos siguientes:

1.º I. *La sutura del pedículo en la herida abdominal.* Este es el más antiguo porque ya fué propuesto por Stilling en 1841. Después de haber colocado una ligadura provisional, se pasa á través de la pared abdominal y del pedículo una larga aguja de algunos centímetros y se la fija con hilos que se enrollan alrededor de ella circularmente ó en forma de 8. El pedículo se encuentra así dividido á nivel de la herida abdominal en dos mitades. En lugar de este procedimiento de fijación con las agujas, se emplea frecuentemente la sutura anudada. Langenbeck y Storer en 1851 han modificado este procedimiento, no dejando la extremidad del pedículo al aire libre, sino reuniendo por encima de él los labios de la herida abdominal, evitándose así la necrosis del muñon.

II. *El empleo de los clamps.* (Véase lo dicho anteriormente.)

III. *El procedimiento de Grayly Henitt.* El pedículo está dividido en varias partes á nivel de la herida abdominal y los cabos de cada hilo de ligadura se anudan sobre pequeños tallos de acero semejantes á hebillas de zapato, de dos centímetros y medio de largo y de uno y medio de ancho, que se colocan transversalmente en el ángulo inferior de la herida por encima del pedículo. Este clamp de hebilla no sirve para comprimir el pedículo, sino para fijar los hilos de la ligadura. Debe ejercer sobre puntos distantes la compresión que se ejerciera sobre la herida y permitir vigilar fácil y atentamente por todos lados.

2.º Podemos impulsar el pedículo hácia la cavidad abdominal, hacerle entrar en ella y cerrar la herida del abdómen por una sutura.

Este es el método intraperitoneal. Cuando se emplea este método, se puede asegurar la hemostasia por los procedimientos siguientes:

I. Por la ligadura en masa.

II. Por la cauterización del pedículo con el hierro candente.

III. Por la ablación del pedículo con el asa gálvano cáustica (Spiegelberg, Noeggerath, Bruns, etc.).

IV. Por el magullamiento.—Atlée, sirviéndose del magullador de Chassainac y Nott, empleando el magullador lineal, han obtenido buenos resultados. Spencer Wells no ha empleado más que una vez el magullador, y ésta ha sido con éxito.

V. Por la torsión del pedículo.—Método propuesto por vez primera por Maisonneuve: consiste este proceder en dar vueltas un gran número de veces al quiste según su eje hasta que el pedículo ceda. Se tendrá fijo el útero previamente. Humphrey, Macleed, etc., han recurrido con éxito á este procedimiento.

VI. Por la ligadura aislada de los vasos del pedículo.—Los vasos visibles se ligarán antes de la extracción del tumor ó bien después de haber colocado un clamp provisional ó una ligadura en masa, ó se les liga separadamente á nivel de la superficie de sección del pedículo,

cortando los hilos casi al rape. Langenbeck, en una de sus primeras operaciones, habiendo fijado todos los hilos de ligadura en una sola aguja, hizo pasar esta última á través de la pared anterior del abdomen á nivel de la fosa inguinal, habiendo tenido la enferma una hemorragia mortal.

VII. Por la acupresion del pedículo.—Este método ha sido empleado en un caso con éxito por Simpson, que pasó una larga aguja á través de la pared abdominal y del pedículo. Fergusson ensayó la acupresion en un caso; pero no habiendo tenido éxito, tuvo que recurrir á la ligadura.

VIII. Por el método de Masslowsky.—Este procedimiento consiste en disecar sobre la superficie del pedículo un manguito seroso cuyos labios vienen á recubrir el muñon y se suturan por medio de un hilo de seda ó de plata (Sims). Masslowsky cauterizaba previamente con el hierro al rojo los vasos sanguíneos.

IX. Por la torsion de los vasos del pedículo.—Heydelfer (1) ha perdido tres enfermas por hemorragia interna empleando este procedimiento. Bébee (*loc. cit.*) fué más afortunado en seis operaciones en las cuales recurrió á este procedimiento, no habiendo obtenido más que felices éxitos. Bébee no practicaba la torsion del pedículo en masa, sino porcion por porcion, cogiendo cada arteria y practicando en ella la torsion á medida que las iba seccionando.

Mac Dowel, Chrysmar, Clay y otros han propuesto una especie de método mixto entre los métodos extra é intraperitoneales. Ligan el pedículo mediante un cordon de seda ó de cañamo. Una de las extremidades del hilo de la ligadura se corta muy al rape, sacando la otra por la herida de la pared abdominal. Esta es la ligadura larga (2). El ángulo inferior de la herida queda abierto en una extension de centímetro á centímetro y medio para la eliminacion de las escaras y de los hilos de las ligaduras. Las ligaduras no se desprenden frecuentemente sino despues de semanas y aún de meses, entreteniendo durante todo este tiempo la supuracion y produciéndose ademas frecuentemente hernias abdominales. Para obviar este inconveniente, Aveling en 1865 ha empleado la ligadura móvil (3), que permite desprender los hilos despues de pocos días. Recientemente Boeker (*loc. cit.*) ha recomendado para este método emplear el instrumento de Bruns para la ligadura temporal de las arterias. Las razones por las cuales los opera-

(1) Peaslee. *Loc. cit.*, pág. 438.

(2) Wawen Green ha modificado el método de la ligadura larga haciendo pasar el hilo á la vagina á través del repliegue de Douglas. En dos casos en los cuales empleó este método sobrevino la *flegmasia alba dolens*, pero terminaron por la curacion.

(3) *Amovible ligatur.*

dores atribuían una gran importancia á la posibilidad de retirar los hilos de la ligadura no tienen hoy razon de ser; nosotros no tememos la permanencia de los hilos de ligadura desinfectados en el peritoneo, y tememos en cambio la penetracion consecutiva de sustancias infecciosas por la herida abdominal si se deja abierta, de tal suerte que consideramos su oclusion completa como requisito necesario constantemente, salvo los casos excepcionales en que es preciso cohibir una hemorragia ó practicar el desagüe. (Véase art. 9.º)

VALOR DE LOS MÉTODOS EXTRA É INTRAPERITONEALES

La sutura del pedículo fuera del peritoneo y el empleo de clamps ó cepos fueron el primer método bien reglado bajo el punto de vista operatorio que puede dar al operador la seguridad contra peligros en parte reales, en parte imaginarios. Merced á él podía lucharse con un éxito casi constante contra las hemorragias procedentes de los vasos del pedículo; finalmente, no se ponían en contacto con el peritoneo ni cuerpos extraños (ligadura) ni el muñon. Estas ventajas ofrecían una gran importancia cuando el método antiséptico no era aún conocido. No solamente las hemorragias eran externas, sino que la herida del pedículo evolucionaba á los ojos del profesor como una verdadera herida superficial.

El clamp, sin embargo, no es cómodo sino en los casos en que el pedículo es largo y delgado y puede ser fijado á la herida abdominal sin que sea necesario ejercer violentas tracciones y sin que haya peligro de que se desgarre. Si se emplea este instrumento cuando el pedículo es muy pequeño se observará cómo se producen desgarraduras y cómo se determina una presion excesiva sobre la pared abdominal, que puede ser impulsada hasta contra el promontorio. El clamp secciona frecuentemente muy pronto los tejidos y el pedículo penetra en la cavidad abdominal. Cuando el pedículo es muy grueso es difícil afrontar exactamente los labios de la herida abdominal. Se ha pretendido hacer desaparecer estos inconvenientes dejando adherida al pedículo muy corto una parte de la pared del quiste, y cuando aquél es muy grueso, aplicando una serie de ligaduras por debajo del punto en que se ha aplicado el clamp.

Mas todos estos procedimientos entrañan inconvenientes y no responden sino imperfectamente á su objeto. Pero existen además otras objeciones contra el empleo del clamp: el fragmento comprimido por éste se necrosa y la escara no solamente se limita á la parte situada por encima del clamp y de sus ramas, sino que ordinariamente se prolonga hácia la cavidad abdominal, siguiendo las partes centrales del

pedículo. Cuando se retira el clamp se encuentra muy frecuentemente á nivel del punto en que ha sido aplicado un embudo de 7 á 8 centímetros de profundidad, en el fondo del cual se encuentran todavía restos de tejido necrosado. Esta necrosis del pedículo puede ser el origen de una infección para la herida abdominal, por los coágulos situados en los vasos del pedículo, y aún para la cavidad abdominal si las adherencias entre la cara superficial del pedículo y el peritoneo parietal no se establecen rápidamente ó se rompen.

Puede reducirse este peligro á su *mínimum* practicando la cura con las mayores precauciones. Gracias al empleo severo del método antiséptico, con arreglo al cual se lavan el pedículo y los puntos vecinos (véase más adelante), se llega generalmente á mantener el muñon en un estado perfectamente aséptico hasta que se cierra la herida de la pared abdominal. No olvidemos, sin embargo, que el mejor medio de evitar todo accidente infeccioso es el de sustraer completamente el pedículo á la acción de los gérmenes exteriores.

El método extraperitoneal entraña otro inconveniente, porque en el ángulo inferior de la herida todo el espesor de la pared abdominal no se reúne por primera intención. Sin duda se ve producirse rápidamente en el mayor número de casos adherencias entre el pedículo y la serosa parietal, encontrándose así cerrada la cavidad peritoneal; pero el resto de la herida formado por las capas más superficiales de la pared abdominal supura durante mucho tiempo y la cicatrización no se efectúa sino después de la producción de una capa de mamelones carnosos. La cicatriz así obtenida es endeble, ancha y no ofrece una resistencia suficiente para luchar contra la producción de hernias, sobre todo cuando las adherencias han estado desde el principio fuertemente estiradas por la retracción del pedículo ó cuando los movimientos ocasionados por la tos ó por los vómitos proyectan los intestinos en el embudo formado por la herida. Además, con el método extraperitoneal se han observado más frecuentemente la invaginación intestinal y el tétanos. (Véase el art. 12.)

Las demás objeciones al método extraperitoneal tienen escaso valor. Se ha creído, por ejemplo, que la adherencia del pedículo á la pared abdominal debería dar lugar á accidentes si sobrevinieran ulteriormente un embarazo y un parto, provocando dolores á nivel de la cicatriz, disuria, etc. Baum y Baumgartner han tenido, para luchar contra dolores persistentes, que abrir de nuevo la cavidad abdominal y destruir las adherencias que el pedículo había contraído con la pared abdominal, la vejiga, los vasos, etc. Sin embargo, este conjunto de fenómenos debe ser excepcional, y la enferma de Baumgartner, por ejemplo, hubiera podido quedar curada mediante una extracción completa hecha desde el principio. La existencia de hemorragias catameniales

por la cicatriz del pedículo (fistula pedicular) ofrece poca importancia porque esta pequeña incomodidad desaparece generalmente por sí misma al cabo de algunos meses.

Con el método intraperitoneal la herida del pedículo está en contacto con el peritoneo, escapando á nuestro exámen ulterior á la operación. En cambio, el aire no puede actuar sobre el muñon á consecuencia de la oclusion perfecta de la cavidad abdominal. En la mayor parte de los casos la hemostasia está asegurada por ligaduras y cauterizaciones; ligaduras y escaras que entónces van á parar á la cavidad abdominal. Si se ha recurrido al aplastamiento, á la torsion del pedículo ó á la de cada uno de los vasos que se encuentren, la hemostasia está poco asegurada. El mismo juicio formulamos sobre la acupresion preconizada por Simpson; con cuyo método la aguja no permanece sino temporalmente en la cavidad abdominal, haciendo de esta suerte todavía posibles las hemorragias secundarias.

Hasta ahora solamente dos procedimientos han logrado la aceptación universal, que son la ligadura y la cauterizacion del pedículo con el hierro candente.

Hace muy poco tiempo todavía se ignoraba cómo se producian las adherencias del pedículo, cómo se comportaban las ligaduras y las escaras, y, en fin, cuál era la influencia que podían ejercer sobre el peritoneo. Los experimentos de Masslowski (1) sobre los animales, de Spiegelberg y de Waldeyer (2) (véase más adelante) nos han dado respuestas precisas á estas cuestiones, respuestas que han sido demostradas en los datos recogidos en los experimentos que estos investigadores han realizado sobre los animales, por la Clínica y por las autopsias hechas despues de la ovariectomía.

Las ligaduras practicadas con seda se engloban muy rápidamente en un tejido de neoformacion á consecuencia de las adherencias que contraen los bordes de la ranura formada por el hilo (*fig. 112*).

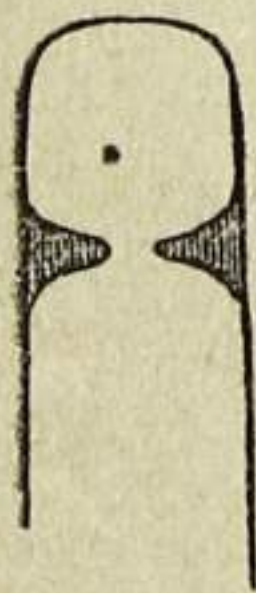


Fig. 112.

La superficie de seccion del pedículo no queda libre sino al principio porque se adhiere muy rápidamente á los órganos vecinos ó á la serosa pelviana (revestimiento peritoneal del psoas, Spiegelberg). Generalmente el muñon no se gangrena, continúa conservando un minimum de vitalidad gracias á las anastomosis vasculares que se crean entre los vasos de los dos bordes de la ranura que contiene el hilo ó entre los de la superficie de la herida y los órganos vecinos. Pudiera aún ser necesario atribuir cierta im-

(1) *Langenbeck's Archiv.*, t. IX.

(2) *Virchow's Archiv.*, 1868, págs. 44 y 69.

portancia á la absorcion de materiales procedentes de las partes vecinas del peritoneo (Olshausen).

Al cabo de cierto tiempo, por efecto de una nutricion insuficiente, se ve al muñon arrugarse regularmente y reabsorberse por completo. Desde que nos son bien conocidos los hechos de reabsorcion de cuerpos extraños voluminosos introducidos en la cavidad abdominal de los animales no podemos extrañarnos de la produccion de este fenómeno. Bantock, un año despues de una ovariectomía no encontró como vestigios de todo un muñon más que una masa lisa del volúmen de un cañamon cubierto de peritoneo, radicando cerca del borde superior del ligamento ancho y no conteniendo más que el hilo de la ligadura. En una mujer que había sido operada siete años ántes, Hime no pudo encontrar ningun resto de pedículo ni de ligaduras.

Los hilos de las ligaduras se enquistan ó se disuelven totalmente con el trascurso del tiempo. Es muy fácil demostrar directamente la reabsorcion de los hilos de catgut. (Véase Tillmanns, *loc. cit.*) Los hilos de seda ó de lino resisten mucho más tiempo. Sin embargo, de los experimentos tomados de Wagner, Burdach y Middeldorpf resulta que «se les ha visto completamente rodeados de células jóvenes y sus fibrillas totalmente separadas las unas de las otras». Es, pues, verosímil que tambien pueda verificarse una reabsorcion completa de los hilos de seda y de lino, aunque á veces muy lenta, á consecuencia de la accion de los glóbulos blancos y de su trasformacion en células gigantes. No obstante, puede aún interpretarse de diferente manera la reabsorcion de la ligadura. (Véase el art. 12.)

Desgraciadamente, no vemos producirse siempre esta evolucion ideal, pero sabemos hoy á qué deben ser atribuidos los fracasos. Véase, por ejemplo, un muñon que durante la operacion ha sido infectado con sustancias sépticas ó gérmenes; irá rápidamente gangrenándose y será el punto de partida de una peritonitis difusa, ó bien, dando lugar á una peritonitis circunscrita, será bien pronto envuelto por las adherencias. La ligadura y el muñon serán sumergidos en una cavidad purulenta completamente cerrada, que se dilatará en distintas direcciones y que abriéndose hácia afuera para arrojar, no solamente las ligaduras, como lo ha hecho notar E. Martin (1), sino hasta colgajos voluminosos de tejidos procedentes de los ligamentos anchos. Notemos que este absceso no se desenvuelve á veces sino despues de muchos años (2).

(1) *Zeitsch. für Frauenkrankheiten*, I, pág. 370, 1876.

(2) Hegar ha visto fragmentos de músculos; Czerny ha visto reabsorberse en pocas semanas en el interior de la cavidad abdominal de los perros fragmentos de un cáncer; Ziegler ha observado el mismo fenómeno con pequeños trozos de hueso, y Tillmanns (*Archives de Virchow*, t. LXXVIII) con fragmentos de hígado, de bazo, de riñon y de pulmones.

Desde que nosotros hacemos cocer la seda antes de la operacion en una solucion fenicada al 5 por 100, y sobre todo desde que combinamos la ligadura con la cauterizacion del pedículo, no hemos observado absceso alguno intraperitoneal, que antes eran bastante frecuentes. Es muy importante comprimir cuidadosamente el muñon á fin de expulsar la sangre que pudiera contener (Hegar). Esta práctica nos ha enseñado que se puede casi siempre evitar la gangrena del muñon no empleando para hacer las ligaduras más que hilos bien desinfectados (1), desinfectando la herida del pedículo (hierro candente) y haciendo desaparecer los líquidos fácilmente corruptibles que en él pudieran existir.

La importancia de la ligadura nos parece mayor que parecía antes desde que sabemos que el destino del pedículo es muy diferente cuando queda en la cavidad abdominal que cuando se fija á la herida abdominal. Actualmente la ligadura constituye un método cierto en sus resultados y aplicable á todos los casos. El peligro de ver producirse una hemorragia interna á consecuencia de una prematura caída de la ligadura está casi completamente eliminado merced á los progresos del manual operatorio. La estrangulacion del intestino es ménos fácil cuando se ha recurrido á este método que cuando se ha empleado el extraperitoneal. El tétanos ha sido observado dos veces con el empleo exclusivo de la ligadura.

Los únicos inconvenientes que ofrece este método son la posibilidad de una supuracion circunscrita alrededor del pedículo ó de una hemorragia catamenial que se fragüe á nivel del mismo. Hoy los abscesos intraperitoneales se hacen cada vez más raros desde que conocemos mejor las condiciones de su aparicion y los cuidados necesarios para evitarlos; por otra parte, no se han observado aún — abstraccion hecha de los casos en que se ha verificado la caída prematura de las ligaduras — el hematocele menstrual que pueda poner en peligro la vida de la paciente.

Keith ha obtenido resultados favorables de la cauterizacion del pedículo — descubrimiento que constituirá la eterna gloria del genio de Baker Brown. — Las escaras se reabsorben rápidamente. Kaltentbach, por ejemplo, ha encontrado en una mujer que había sucumbido

(1) Hé aquí, por ejemplo, por lo que refiere Hüffel, un caso en el cual el absceso no se produjo sino dos años y medio despues de practicada una ovariectomía por Hegar y un año despues de un parto. Radicaba á nivel del ovario que había sido extirpado y se abría por encima de la sínfisis. (*Archiv. für Gynäk.*, t. IX, pág. 319.)

En cuanto á los abscesos circulares descritos por los autores ingleses y desarrollados en la ranura practicada por el hilo sobre el pedículo, nos parece que deben ser atribuidos más bien á una desinfeccion insuficiente que á una constriccion exagerada.

à consecuencia del tétanos, ocho días despues de la operacion, la superficie cauterizada unida ya à la pared abdominal por estrechas adherencias y no presentando más que algunos vestigios de tejidos carbonizados. No existía signo alguno de peritonítis. Dos años despues de la operacion, Heppner (1) encontró todavía algunas partículas de carbon alrededor del pedículo.

La inmunidad del peritoneo cuando existen escaras debidas à la cauterizacion es aún mayor que cuando se ha practicado la ligadura. Los abscesos circunscritos alrededor del pedículo cauterizado apenas parecen posibles. Es digno de notarse, por otra parte, que la cauterizacion es el primero de los procedimientos del método intraperitoneal que ha dado buenos resultados àntes de la introduccion del método antiséptico. Obra, à nuestro juicio, à la manera de un antiséptico, porque destruye las materias sépticas y los gérmenes sobre la herida del pedículo, y la fuerte compresion ejercida por el cauterio-clamp lanza hácia afuera todos los líquidos corruptibles contenidos en el pedículo, que deseca.

Cuando à pesar del empleo del hierro candente se produce la septicemia, puede abrigarse la seguridad de que ni el pedículo ni su herida han sido la puerta por donde el veneno ha invadido el organismo.

La única objecion que puede formularse contra el empleo exclusivo del cauterio-clamp es que no da siempre una seguridad suficiente contra la hemorragia cuando despues de la operacion aparecen violentos movimientos ocasionados por la tos ó por vómitos. Keith mismo ha restringido durante mucho tiempo el empleo de este procedimiento à consecuencia de haber visto en la práctica de uno de sus colegas una hemorragia mortal. Cuando el pedículo es grueso y carnososo; cuando contiene vasos numerosos, pero de pequeño calibre; cuando es suficientemente largo para que pueda aplicarse el cauterio-clamp de Baker Brown, el caso es favorable para la cauterizacion.

Se asegura la hemostasia, no solamente obrando con el hierro candente sobre la superficie de seccion del pedículo, sino aún ejerciendo una compresion intensa y prolongada y cauterizando las partes que se encuentran cogidas entre las anchas caras del instrumento de Baker Brown.

Es preciso trasformar así los tejidos en una especie de masa córnea. Nosotros tenemos poca experiencia sobre el empleo exclusivo del cauterio-clamp, considerado como insuficiente para asegurar la hemostasia cuando el pedículo es delgado y contiene vasos gruesos rodeados por una tenue vaina de tejidos.

(1) *Petersb. Med. Zeitsch.*, t. XVII, 1870 pág. 306.

Léjos de nuestro ánimo, sin embargo, la idea de desconocer las ventajas de la cauterización. Después de haber aplicado una ligadura sobre el pedículo, nosotros le cogemos siempre en un pequeño cauterio-clamp y cauterizamos la herida; es una práctica que nos ha producido los mejores resultados y que ofrece un gran porvenir.

Hoy el método intraperitoneal nos parece que debe ser preferido al extraperitoneal:

1.º Porque el pedículo queda así sustraído á la acción ulterior de los agentes sépticos.

2.º Porque de esta suerte es siempre posible obtener una oclusión completa de la herida abdominal.

Tal es la opinión de la mayor parte de los operadores contemporáneos. Añadamos, en fin, que merced á la introducción del método antiséptico los resultados obtenidos en las operaciones en las cuales se ha introducido el pedículo en la cavidad abdominal no solamente han sido mejores, sino que han sobrepasado los obtenidos por los cirujanos más experimentados, que dejaban el pedículo fijo á la herida abdominal. Es indudable que podríamos aportar aquí un gran número de hechos en apoyo de nuestra opinión, pero los casos publicados son bastante demostrativos: nos demuestran efectivamente que operadores ejercitados no han tenido más que una mortalidad de 8 á 12 por 100, resultado que jamás ha podido obtenerse cuando se fijaba el pedículo á la herida abdominal.

APÉNDICE

Los experimentos realizados por Spiegelberg y por Waldeyer pueden ser colocados en dos series:

A. En los de la primera estos autores escindieron fragmentos de los cuernos del útero y abandonaron las ligaduras en la cavidad abdominal.

B. En los de la segunda extirparon por medio del galvano-cauterio fragmentos del útero.

A consecuencia de los de la primera serie pudieron convencerse de que las ligaduras no entrañaban para el peritoneo el peligro de la producción de ninguna lesión inflamatoria, pudiendo apenas considerarlos como cuerpos extraños. Notemos, sobre todo, que no se produjo ningún proceso de mortificación bien neto. El primer fenómeno que parece se produjo á consecuencia de la aplicación de ligaduras fué la adherencia de las partes del pedículo rodeadas por los hilos. Estas adherencias aislaban rápidamente los hilos de todos los puntos vecinos. Cuatro semanas después de la operación los hilos estaban ya completamente rodeados de tejido celular y formaban en la superficie del peritoneo pequeñas nudosidades lisas. En otros casos las ligaduras habían deslizado, encontrándose libres en la cavidad abdominal, o bien, habiendo seccionado los tejidos, nadaban en el interior de una pequeña cavidad quística situada en la mitad del pedículo.

La herida uterina no quedaba mucho tiempo libre. Contraía rápidamente adherencias vasculares con la pared posterior de la vejiga, las asas intestinales y los ligamentos uterinos, no encontrándose jamás signos de mortificación. En un caso el pedículo estaba arrugado y tenía el volumen de un guisante.

Los experimentos de la segunda serie—escisión de fragmentos uterinos por medio del galvano cauterio—fueron practicados en tres per-

ras. Los animales fueron sacrificados seis, catorce y veintidos días más tarde. Desde el sexto día la superficie cauterizada tenía el aspecto de una herida fresca, ofreciendo de trecho en trecho pequeñas partículas negruzcas. El tejido uterino, en una profundidad de 2 á 3 milímetros, ofrecía una coloración roja como si estuviera imbibido el tejido de corpúsculos sanguíneos. La mucosa y la túnica muscular de los cuernos uterinos estaban reblandecidas y necrosadas en una extensión de 2 centímetros á partir de la superficie de cauterización. La sangre estaba coagulada en las venas, pero todo estaba enquistado en los pliegues del ligamento uterino.

Al décimocuarto día las superficies cauterizadas estaban completamente enquistadas. La parte central de la herida estaba fuertemente adherida á la pared posterior de la vejiga.

MANUAL OPERATORIO DE LOS MÉTODOS MÁS USADOS EN EL TRATAMIENTO DEL PEDÍCULO

Volvamos á la descripción del manual operatorio y describamos los tres métodos más comunmente empleados para el tratamiento del pedículo:

1.º *Caso en que el pedículo está fijo en la herida abdominal.* — Antes de aplicar el clamp, el operador debe asegurarse con el mayor cuidado que sólo es el pedículo lo que se ha atraído hácia fuera, y que alrededor de él no hay ningún órgano ni ninguna parte que haya sido comprendida en la herida de la pared abdominal, porque en ocasiones se han cogido en el cepo las paredes de la vejiga, el epiploon, asas intestinales y aún algún uréter. Si el pedículo está ya solo, aislado, se le coloca entre las ramas del clamp entreabierto, ramas que se aproximan fuertemente, ya por medio de su propio mango, ya con la pinza de Spencer Wells. Una vez apresado suficientemente el pedículo, se da vueltas al tornillo en la gotiera dispuesta al efecto, y se amputa el tumor á centímetro y medio por encima del clamp, valiéndose para ello de unas tijeras ó de un bisturí. La porción del muñon que sale fuera de la pared abdominal se cauterizará perfectamente, á fin de que quede cubierto de una gruesa escara capaz de ofrecer una barrera infranqueable á la entrada de gérmenes.

El cloruro de zinc, aconsejado por Hegar para el tratamiento del muñon uterino en la amputación supravaginal del útero, es preferible al percloruro de hierro, al sulfato de hierro y al hierro candente.

2.º *Casos en que se cauteriza el pedículo y se le introduce en la cavidad abdominal.* — En este caso se coge el pedículo en el clamp de Baker Brown, se le cauteriza pasando lentamente y muchas veces por su

superficie un hierro candente que tenga la forma de un hacha. El hierro seguirá la ranura que presenta el clamp. Keith (1) no emplea el hierro candente sino despues de haberle sumergido en agua fría hasta que se haya puesto al rojo oscuro. Para terminar, Keith toma un hierro candente, le sumerge en agua hasta que se ponga al rojo oscuro, y le pasa sobre el muñon hasta que éste haya sido destruido en todo lo que sobrepase el nivel de las ramas del clamp.

Se refresca éste entónces con una esponja empapada en agua fría, se coge por debajo de él el pedículo con las pinzas de Koeberlé y se separa el instrumento abriendo prudentemente sus ramas.

Son precisos diez ó quince minutos, á veces hasta veinte, para ejecutar este tiempo. Toda la parte de muñon que ha sido comprimida y cauterizada en el clamp presenta el aspecto de una placa de consistencia córnea, casi totalmente seccionada, midiendo 2 á 3 milímetros de espesor próximamente. La superficie de amputacion es de un color moreno. Keith retenía el pedículo cauterizado durante mucho tiempo, porque le fijaba, como hemos explicado anteriormente, en el ángulo inferior de la herida, y en la mayor parte de los casos no le introducía sino despues de haber efectuado la limpieza completa de la cavidad abdominal.

Si la hemostasia despues del empleo del hierro candente no fuera completa, sería preciso ligar cuidadosamente el muñon por debajo del punto cogido por el clamp.

3.º *Casos en los cuales se colocan las ligaduras sobre el pedículo.*—Los hilos para ligadura serán hilos enroscados ó trenzados hechos de lino, de seda, de catgut ó de metal (*fig. 113*). Estos últimos no pueden ser alterados por los líquidos, lo cual es una ventaja, pero por otro lado seccionan fácilmente los tejidos ó pueden, por sus extremidades libres, erosionar los órganos vecinos (intestino).

Emmet, Sims, E. Peaslee emplean hilos de plata; Keith emplea un hilo flexible. (Véase Sims, *loc. cit.*) En cuanto á los hilos de catgut ó de seda bien desinfectados, los operadores que recurren á ellos más bien parecen guiarse por hábitos personales que por las ventajas que ofrecen. Los hilos de catgut no ponen al abrigo de la formacion de abscesos intra-peritoneales. Nosotros hemos visto eliminarse por el recto y por la pared abdominal hilos de catgut, ya aislados, ya abrazando restos de los tejidos sobre los cuales habían sido aplicados. Cuando el pedículo es pequeño, cuando puede fácilmente ser alcanzado, el catgut presta muy buenos servicios. Pero si el caso es di-



Fig. 113.

(1) *Americ. Journ. of Obstetric.* Abril, 1880, pág. 290.

fácil, si es preciso obrar rápidamente, nosotros preferimos recurrir á la seda, que aprieta mejor y más rápidamente los tejidos y que se anuda más fácil y sólidamente sin romperse, como acontece con el catgut. En cuanto al número de hilos que debe emplearse, dependerá del espesor y de la solidez de la masa de tejidos que sea preciso ligar. El hilo deberá ser ni muy delgado que corte los tejidos ni muy grueso que no pueda aplicarse y anudarse fácilmente. Cuando nosotros recurrimos á los hilos de seda elegimos los números 6 y 7 para practicar una ligadura parcial y el 8 si se trata de una ligadura en masa ó total. Del catgut empleamos los números 2 y 3 y muy rara vez el 4. Olshausen recomienda para la ligadura de catgut emplear el hilo del número 3 doblado.

La ligadura debe ser aplicada con el mayor cuidado para que no se deslice. Nosotros no nos contentamos jamás con aplicar simplemente el hilo alrededor del pedículo, sino que atravesamos este último en un punto desprovisto de vasos con una aguja redonda fija en un portaguja ó con el instrumento de Deschamps. Pasamos así á través del muñon un doble hilo, evitando entónces cruzar éstos, atando juntas las extremidades de cada hilo que hemos colocado alrededor del pedículo. Cuando el muñon es muy ancho se le divide en tres ó cuatro segmentos pasando tres ó cuatro hilos. Para pasar éstos se ha recurrido á instrumentos romos á fin de no lesionar los vasos del pedículo. Despues de haber hecho el primer nudo se debe dar un segundo ántes de haberle apretado (nudo de cirujano) y practicar luégo una presion creciente hasta que se observe una depresion profunda y permanente en los tejidos subyacentes. Entónces se practica rápidamente un segundo nudo, y si se emplea el catgut un tercero. Por debajo de estas ligaduras parciales colocamos despues una en masa que abarque el pedículo todo entero. Esta última da una mayor seguridad é impide el derrame consecutivo de sangre por los puntos en que el pedículo ha sido perforado por las agujas.

Cuando se amputa el tumor es preciso tener cuidado de dejar por encima de la ligadura un fragmento de muñon de un centímetro á centímetro y medio de largo, para evitar el deslizamiento de los hilos.

Se debe exprimir con los dedos la sangre que aún puede contener el muñon (Hegar). Los hilos se cortan muy al rape: toda la parte del pedículo que pueda alcanzarse y sobre todo la depresion formada por los hilos deben ser desinfectadas con una disolucion clorurada débil ó fenicada al 3 por 100.

Para la combinacion de la ligadura y de la cauterizacion véase lo que dejamos dicho.

Si el tumor es muy voluminoso, para que pueda verse fácilmente el pedículo se coge este último, ántes de amputar el tumor, con una

ligadura provisional en masa ó en un magullador metálico ó con un clamp especialmente construido al efecto. Se extirpa entónces el tumor y se coloca tranquilamente la ligadura definitiva por debajo de la parte del pedículo que ha sido provisionalmente ligada.

Cuando el pedículo es corto se debe cuidar de poder abrir el clamp ántes de colocar los hilos.

Se ha propuesto cruzar los hilos pasados en el pedículo como se cruzan los anillos de una cadena, creyéndose que las ligaduras parciales quedarán de esta suerte fijadas más sólidamente. Hofmokl recomienda con el mismo objeto deslizar una venda de goma en el surco que forman los hilos. A fin de fijar las ligaduras de catgut que deslizan muy fácilmente, Olshausen recomienda que se apliquen en un surco hecho previamente con un hilo metálico. Otros autores han tratado sobre todo de investigar el medio de abandonar el menor número posible de hilos, principalmente con nudos, en la cavidad abdominal. Por esto propone Tait que se pase un doble hilo á través del muñon, replegando el asa por encima de la parte libre del pedículo y atando juntos los dos cabos del hilo. Nosotros estamos convencidos de que no es posible obtener de esta suerte un nudo muy sólido. En la ligadura en forma de 8 (*fig. 114*), segun lo indicó ya Murray en 1865, la aguja se introduce dos veces en el mismo punto *a* de la *fig. 121*. Pero cuando la segunda vez la aguja sale por *b* se la dirige en sentido inverso á la primera, á fin de poder anudar en *c* las extremidades del hilo.

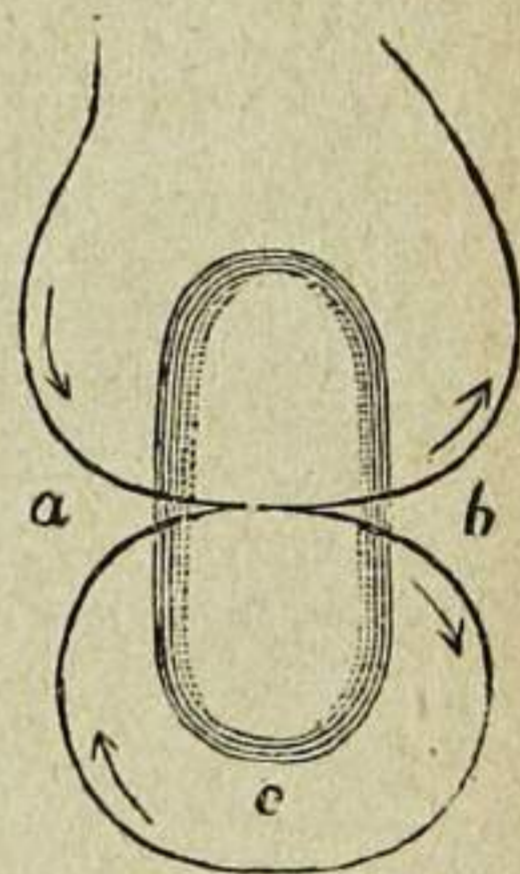


Fig. 114.

Thornton (*loc. cit.*), á fin de evitar las adherencias perjudiciales que pueden formarse con los órganos vecinos, sutura la herida del pedículo con el peritoneo de la excavacion vesico-uterina en tanto que sea posible sin que el pedículo se desgarre.

MANUAL OPERATORIO EN LOS CASOS DE TUMORES INTRALIGAMENTOSOS

Miner. *Buffalo med. and surg. J.*, Junio 1869, pág. 420, y *Americ. J. of med. scienc.*, Octubre 1872, pág. 391 (*Enucleation*).

Urduy. *Examen de quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie*, Paris, 1874.

Kaltenbach. *Zeitschr. f. Gebh. u. Frauenkrankh.*, t. I, 1876, pág. 537 y siguientes.

Hegar. *Extirpat d. Ut. u. d. Eierstoecke durch die Laparotomie*, *Wien. med. Presse*, 1877, núms. 14 á 17.

Schroeder. *Zeitschr. f. Gebh. u. Gynäk.*, t. II, pág. 365.

Olshausen. *Krankheiten der Ovarien*, págs. 289-295, y *Volk. Klin. Vort.*, núm. 111.

Müller. *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, año IX, 1879.

Dohrn. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1879, núm. 40.

Pueden distinguirse dos grupos de hechos:

1.º *Los ligamentos anchos están incompletamente disecados por el tumor, sus paredes están todavía aplicadas la una contra la otra por debajo del tumor.*

Algunos operadores han propuesto considerar esta parte de los ligamentos que no había sido desplegada por el tumor como formando una especie de pedículo artificial, al cual dejaban adherente una parte de la pared del quiste, cogían estas partes con el cepo, las fijaban en la herida abdominal ó bien las introducían en la cavidad despues de haber aplicado ligaduras sobre ellas. Schroeder (*loc. cit.*) ha empleado tres veces este procedimiento, en cuyos tres casos han curado las enfermas. Dos veces, sin embargo, hubo formacion de exudado alrededor del pedículo. Parece que puede oponerse á este procedimiento una objecion seria: si se ha recurrido al método extraperitoneal, ¿los líquidos corruptibles no pueden aposarse en la parte del quiste que ha quedado ligada y contribuye á formar el pedículo con la parte de los ligamentos que queda indemne? Si se hace uso del método intraperitoneal ¿no deben temerse las recidivas?

La enucleacion del tumor propuesta por Miner (*loc. cit.*) nos parece que no debe dar resultado sino en el caso en que el tumor está poco desarrollado en el interior de los ligamentos. Se coge el peritoneo que corresponde al final del ovario y se aísla con un cuerpo como del tumor. El dedo se lleva suavemente bajo la porcion central del pedículo siguiendo los haces vasculares. El pedículo está constituido por la parte de revestimiento peritoneal del tumor que ha sido extraído. Este procedimiento nos parece poco recomendable, porque queda entre las láminas del peritoneo que han sido extirpadas una cavidad que es difícil de hacer aséptica y que puede llegar á ser el asiento de una gran hemorragia secundaria.

En suma, debe extirparse totalmente un tumor, despues de haber colocado una ligadura en masa, cuando por parte del útero y de los ligamentos queda una parte suficiente de ligamento que no haya sido desplegada.

Véase ahora cuál debe ser el manual operatorio: con una aguja de Deschamps se reúnen, comenzando por la parte de ligamento que corresponde á la pared de la pelvis, el ligamento infundíbulo-pelviano y los vasos espermáticos; despues, con cuatro ó seis ligaduras en masa, se coge la porcion de ligamento ancho que confina con el útero, colocan-

do lo más léjos posible del tumor algunos de estos hilos y lo más cerca posible de él los otros. Para llegar á este fin se cogen las extremidades de cada hilo, y poniéndolos en fuerte tension se les imprime movimientos de sierra, dirigiéndolos ya hácia el tumor ó ya en direccion contraria. Las bandas de tejido que hayan sido cogidas entre dos ligaduras se aislarán en seguida para que hagan el pedículo lo más largo posible. Generalmente, desde que quedan libres las partes laterales del ligamento ancho, las adherencias del tumor al útero y al resto de los ligamentos anchos se hacen más laxas. Tambien se las puede atraer hácia afuera, trasformándolas en estrechas fajas que muchos operadores cogen en el clamp, formando así un pedículo artificial. Aunque Hegar haya obtenido un éxito operando de esta suerte, preferimos el método intraperitoneal ordinario. En lugar de hacer esta disecion entre dos ligaduras, Hegar recurre frecuentemente al hierro al rojo combinado con la ligadura. Hé aquí cómo opera: coloca las ligaduras en masa lo más léjos posible del tumor; despues, cogiendo el ligamento por encima y á una distancia suficiente de los hilos en un pequeño cauterio-clamp, ó con una simple pinza cubierta de tela húmeda, cauteriza con el termo cauterio de Paquelin. Los resultados son favorables; la hemostasia es completa y, á pesar de la gravedad de la operacion, la curacion tiene lugar sin accidentes sépticos. Una escara desecada protege, en efecto, mejor contra las hemorragias y la septicemia que la reunion de las dos hojas de ligamento ancho por una sutura regular, entre los bordes de la cual pueden filtrarse á la cavidad abdominal pequeñas cantidades de sangre y de líquidos segregados por la herida.

2.º *Una de las dos hojas ó las dos hojas del ligamento ancho están completamente despegadas hasta su base. El tumor presenta un segmento más ó ménos considerable completamente extraperitoneal, rodeado por todos lados del tejido celular de la pelvis.*

Se puede extirpar totalmente el tumor por una simple escision, ó bien disecando las paredes del ligamento ancho que cubre el tumor, al cual se hace, operando así, sufrir un verdadero descortezamiento aun en los casos en que está envuelto un poco más arriba en el interior del ligamento. Péan preconiza en este caso la enucleacion por el método de Miner. Secciona trasversalmente (incision circular) una ó las dos hojas del ligamento ancho, las disecciona con ayuda de un cuerpo romo y hace salir en seguida fuera del tejido celular de la pelvis el tumor, ya con el dedo, ya con el auxilio de los instrumentos cortantes. Se asegura la hemostasia empleando las pinzas apropiadas, que se harán deslizar hácia afuera por el ángulo inferior de la herida que queda entreabierta. Tal es el método al cual Péan reserva el nombre de *tratamiento por supuracion*. En algunos casos Péan pudo aislar de la cavidad ab-

dominal la herida pelviana atrayendo y fijando por fuera un labio de la herida peritoneal (hoja posterior del ligamento ancho). En muchos casos Hegar ha obtenido éxitos aislando la cavidad peritoneal y recubriendo la herida de la pelvis y las largas pinzas aplicadas con vendas de seda protectoras introducidas en la pelvis profundamente.

Se concibe fácilmente que la presencia de las pinzas impide practicar la sutura en la herida de la pelvis, y la mayor parte de los operadores se han visto obligados, por consecuencia de lo insuficiente de la hemostasia, á practicar el desagüe por la vagina. Si la parte media del ligamento se encuentra propulsada hácia uno ó hácia los dos lados por un tumor ovárico, si el cuello del útero es largo ó está libre, la amputacion supravaginal del útero y la ovario-histerotomía dan mejores resultados que la simple extirpacion del tumor ovárico, porque fijando hácia afuera el muñon uterino, puede evitarse la exposicion al aire del tejido celular pelviano que ha sido abierto. Miétras que los quistes paraováricos y los fibromas uterinos se enuclean fácilmente, los quistes intraligamentosos del ovario presentan frecuentemente adherencias muy sólidas con el tejido celular pelviano. Tambien, á pesar de todos los perfeccionamientos aportados al manual operatorio, la enucleacion en este caso es á veces impracticable á consecuencia de hemorragias difíciles de dominar.

Hay necesidad de rodear con una ligadura en masa ó con un alambre toda la parte pelviana del tumor (y estos casos son favorables), ensayando fijar lo más léjos posible y hácia fuera en el ángulo inferior de la herida este fragmento del tumor. Las dificultades con que se tropieza para orientarse en el fondo de la cavidad pelviana son tales en ciertos casos que algunos operadores han cogido y ligado los uréteres. Si la mujer sobrevive puede observarse la produccion de una fistula uretero-abdominal (observacion de Nussbaum, de Hegar y de Müller). Intentando descortezar el tumor se ha llegado á lesionar la vejiga, el intestino, y se han observado hemorragias rápidamente mortales á consecuencia de la desgarradura de los gruesos troncos vasculares de la pelvis.

La hemostasia completa se obtiene muy difícilmente en las partes profundas de la herida abdominal que, cubiertas por el tumor, escapan á la vista. Aquí el hierro candente no puede tener más que un empleo limitado. Las ligaduras en masa no ofrecen confianza más que sobre los vasos espermáticos ó bien sobre los vasos del ángulo superior del útero, donde las trompas y el ligamento redondo proporcionan un buen punto de apoyo al hilo. Por el contrario, los hilos se deslizan muy fácilmente cuando se les aplica sobre otros puntos de los bordes del útero ó sobre los vasos del plexo pampiniforme en la base del ligamento ancho, accidente que amenaza hemorragias consecutivas que pueden ser mortales.

En cuanto á dejar colocadas las pinzas hemostáticas, es una práctica que no deja de tener inconvenientes porque nos hace dejar la herida de la pared abdominal al descubierto y no estamos al abrigo de hemorragias secundarias.

Después de la extirpación completa es muy difícil, ya se haya recurrido ó no al desagüe, mantener en estado de asepsia la ancha herida del tejido celular pelviano; cualquiera que sea, en efecto, el procedimiento empleado, no se puede evitar el estancamiento de algunas pequeñas cantidades de sangre que mezclándose con los líquidos de la herida constituyan materiales sobrado aptos para la putrefacción. Es raro ver faltar los flemones pelvianos, las trombosis extensas en los vasos del plexo pampiniforme, y es muy difícil proteger el peritoneo contra una infección secundaria, aun extrayendo constante y completamente los líquidos segregados por la herida.

De todo lo que precede resulta que la escisión ó la enucleación de estos tumores constituyen operaciones cuyo pronóstico es extremadamente grave. Péan (y otros autores han sido más desgraciados) ha perdido la mitad de sus enfermas en 26 casos en los cuales el tumor había avanzado en grado variable entre las hojas de los ligamentos uterinos. Se comprenderá fácilmente que se ha tratado de encontrar otros métodos para practicar la extirpación total. Kalténbach, que ha sido el primero en demostrar en todos sus detalles la importancia que conviene otorgar al desarrollo de tumores en el interior de los ligamentos, bajo el doble punto de vista anatómico y quirúrgico, quiere que se reemplace la extirpación por el doble desagüe vaginal y abdominal, al menos cuando se trate de tumores poco voluminosos: esta práctica le ha dado buenos resultados. (Véase el art. 17.)

Schroeder y Müller, partiendo de los mismos principios, se limitan á extraer solamente una parte del tumor, del cual suturan el segmento pelviano en el ángulo inferior de la herida.

Schroeder atrae por delante de los tegumentos abdominales el quiste, previamente vacío. Le secciona en un punto pobre en vasos ó escinde un fragmento. Hecho esto, y partiendo de este punto, sutura en la herida abdominal la parte de quiste desarrollada en el tejido subseroso. Si las paredes del saco son muy vasculares no se las secciona hasta después de haberlas suturado. En suma, la operación consiste en afrontar y suturar juntos los labios de la incisión practicada en la pared del

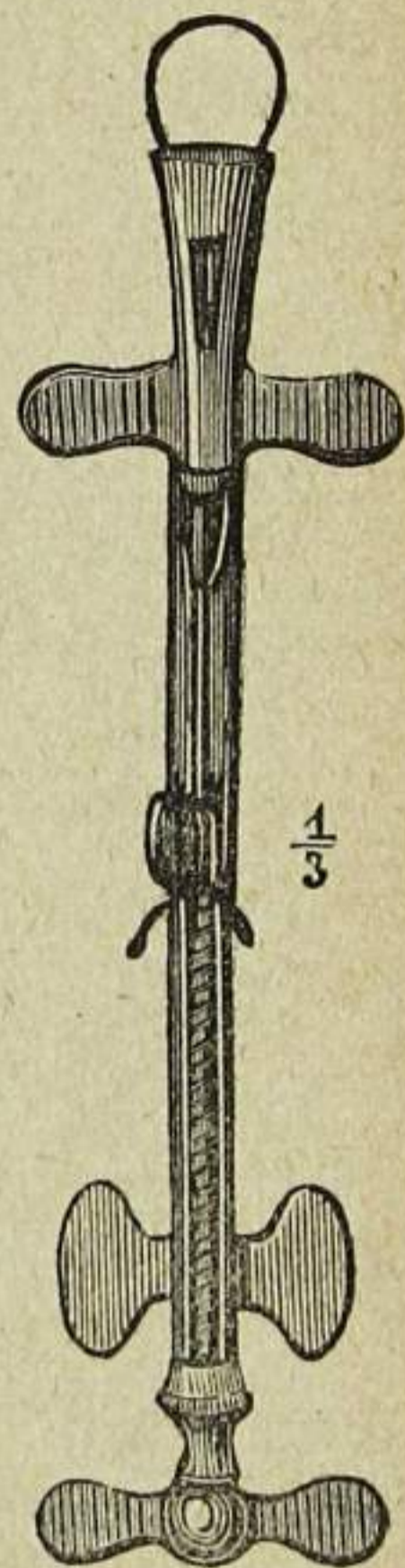


Fig. 115.

quiste con los labios de la herida de la pared abdominal. Sin embargo, puede ocurrir que la circunferencia de la incision del quiste sea mayor que la de la herida abdominal, en cuyo caso no pueden afrontarse los labios de cada una de las heridas si no se restablece la igualdad entre las dimensiones de cada una de ellas. Para obtener este resultado basta hacer numerosos y pequeños pliegues en las paredes del quiste tal como está representado en *a* (*fig. 116*). Schroeder ha adoptado el procedimiento siguiente: extiende perfectamente la pared del quiste á

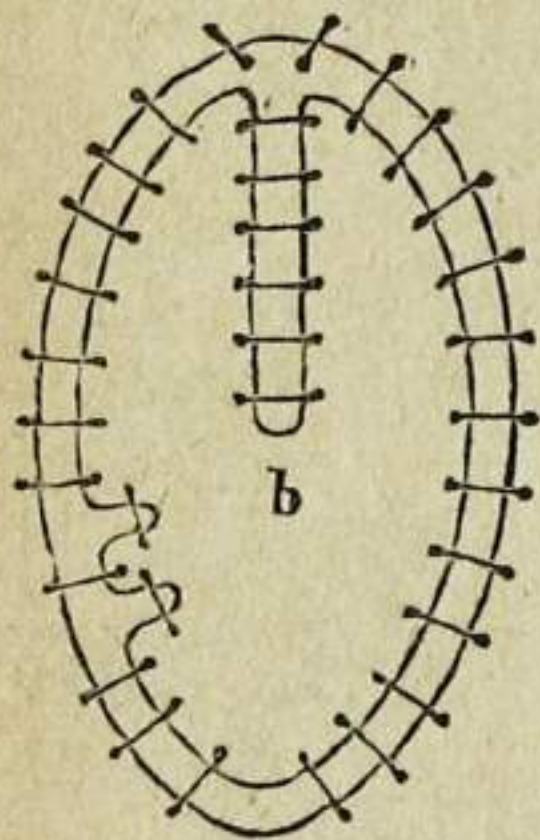


Fig. 116.

nivel del ángulo inferior y de las partes laterales de la herida abdominal, practicando una sutura regular. Una vez que ha llegado al ángulo superior de aquélla, si la pared del quiste es mucho más larga, hace en este punto, pero sólo en éste, un pliegue muy extenso que restablece la igualdad entre la longitud de la incision hecha en la pared del quiste y la de la herida abdominal (*b, fig. 116*).

Los labios de este pliegue deben ser suturados el uno con el otro. Schroeder establece entonces un desagüe haciendo comunicar el fondo de este saco con la vagina, en la cual penetra el tubo por el fondo de saco posterior.

Müller ha adoptado el procedimiento precedente, pero no atraviesa la vagina con el tubo de desagüe, contentándose con establecer el desagüe para el fondo de saco.

¿Cómo se verifica la curacion cuando se emplea este procedimiento operatorio? Se observa que la pared del quiste se esfolia, supura ó se cubre de mamelones carnosos y se arruga. Es decir, que es preciso contar con una larga supuracion y con los peligros que entraña, supuracion que así puede durar unas cuantas semanas como unos cuantos meses. Sin embargo, el resultado final es favorable si se le compara con el que ofrece la extirpacion total. En 6 operaciones, Schroeder ha obtenido 2 éxitos: Müller ha empleado este procedimiento 5 veces con buen resultado: Hegar, Dohrn y Kocher han sido tambien afortunados dos veces que han apelado á él. Puede hacerse á esta operacion una objecion importante: no se obtienen resultados radicales sino en los casos de quiste unilocular; si éste es multilocular, es posible una recidiva, debida á la pared del saco que queda en el interior. Tal es, por ejemplo, el caso de la enferma de Kocher, que muchos años despues de la operacion presentaba un tumor que, nacido en la pared del quiste, había alcanzado el volúmen de la cabeza de un niño. Añadamos todavía que este procedimiento, en los casos en que la pared del saco es friable ó cuando se trata de tumores sólidos ó semisólidos, es casi im-

practicable ó peligroso merced á la presencia de una gran cantidad de sustancias fácilmente corruptibles. Estas consideraciones no carecen de importancia y disminuyen el valor de esta operacion.

Art. 8.º — ¿Cómo deberá examinarse el ovario del lado opuesto y el útero?

Una vez extraído el tumor, debe examinarse el estado del útero y el del otro ovario. Si la operada es jóven y si se observan sobre la cara externa del útero fibromas bien pediculados, se les extirpará, para lo cual se emplea el termo cauterio despues de haber aplicado ó no una ligadura, pudiendo entónces adoptarse el procedimiento de Schroeder. Se escinde la pared uterina á nivel de la insercion del tumor y se cierra la herida del útero con algunas suturas en seda superficiales y profundas. Esta operacion complementaria dificulta poco la curacion, y el operador, obrando de esta suerte, aleja los peligros que más tarde podrian presentarse.

Pero si se trata de un mioma subseroso que tenga un ancho pedículo ó de un tumor intersticial, es preferible practicar la castracion, es decir, extirpar el otro ovario aunque esté sano. La extirpacion del tumor uterino y la amputacion supravaginal de la matriz no deben ser practicadas sino cuando el fibroma es muy voluminoso ó cuando los tumores uterino y ovárico se han desarrollado en el interior de los ligamentos y no forman más que una masa única.

Ya anteriormente hemos hablado del tumor ovárico complicado con el embarazo, y no volveremos á tratar esta cuestion.

Se encuentra fácilmente el otro ovario siguiendo con la mano el borde lateral del útero y el ligamento ancho. Si está afecto se le extirpará como otro tumor cualquiera. La escasa longitud del pedículo hace necesaria la aplicacion del método intraperitoneal para el segundo ovario. Pero aun en los casos en que el pedículo sea largo, este medio de tratamiento es el mejor. Todas las objeciones que hemos formulado anteriormente al método extraperitoneal tienen en este caso una doble importancia, porque es preciso colocar dos pedículos en el ángulo inferior de la herida ó fijar la ligadura del segundo pedículo al cepo de la primera.

La ovariectomía doble, si se ha recurrido al método antiséptico, es poco más peligrosa que la ovariectomía simple, segun lo anteriormente dicho.

Se extirpa el segundo ovario no solamente cuando existe una degeneracion quística de este órgano, sino tambien en otras anomalías de textura, en una palabra, en todos los casos en que la mujer pueda obtener alguna ventaja de la menopausia artificial.

Es preciso examinar muy atentamente los casos en los cuales la enferma tiene gran interes en tener hijos. No debe olvidarse á este propósito que la degeneracion quística al principio, así como la simple hinchazon del ovario, que alcanza dos ó tres veces su volúmen normal, no excluyen en manera alguna la posibilidad de la concepcion.

Art. 9.º — Limpieza del peritoneo. — Desagüe.

Marion Sims. *Sur l'Ovariectomie.*

Nussbaum. *Bayr. aerztl. Intelligenzbl.*, 1874, núm. 3, y *Brit. med. Journ.*, 1878, 26.

Spiegelberg. *Arch. f. Gynäk.*, VI, pág. 341; VII, pág. 459; VIII, pág. 520.

Schroeder. *Sitzungsberichte d. phys-med. Soc. zu Erlangen*, 10/5, 1875.

Wegener. *Chirurg. Bemerkungen über die Peritonealhöhle*, *Langenbeck's Archiv.*, t. XX, 1876.

Martini. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1876, núms. 10 y 11.

Olshausen. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1876, núms. 10 y 11, y *Volkmann's Vortraege*, 111.

Kaltenbach. *Zeitschr. f. Gebh. u. Frauenkrankheitt.*, t. I, Heft III, 1876.

Hegar. *Volkmann's Vortraege*, núm. 109.

G. Bantock. *Brit. med. Journ.*, 1877, 29/9.

Koeberlé. *Des maladies des ovaires*, pág. 576 y págs. 588-89. París, 1878.

D. Ott. *Medicinsky Westnick*, 1878, núms. 51 y 52.

J. Knowsley-Thorton. *Lancet*, 1879, núms. 11, 12 y 13.

M. Sims. *Americ. Journ. of Obstetr.*, Abril, 1880, pág. 290.

Bardenheuer. *Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle*. Stuttgart, 1880.

Antes de cerrar la herida abdominal se deben extraer con sumo cuidado los líquidos procedentes del quiste, el líquido ascítico y la sangre que se encuentren en el peritoneo, cuya serosa debe quedar completamente desecada.

Se emplean con este objeto esponjas cuidadosamente desinfectadas y bien exprimidas. Deberán, y llamamos especialmente la atencion sobre este punto, no haber servido para limpiar la herida abdominal ni para recoger el contenido del quiste, porque no podrían, en efecto, haber sido suficientemente purgadas de la sangre y de los líquidos en que se habían empapado y no se lograría precisamente el objeto propuesto. Se las tendrá colocadas en vasijas especiales llenas de un líquido desinfectante, debiendo reconocerse fácilmente merced á una señal especial, pequeños vendoteles blancos por ejemplo. Se las introducirá en todos los puntos donde pueda acumularse el líquido, en el repliegue de Douglas, en la excavacion vesico-uterina, en las regiones lumbares, renovándose la maniobra hasta que se las retire completamente lim-

pias y secas. Mientras se practica la sutura abdominal, las esponjas permanecerán aplicadas al repliegue de Douglas y detras de la herida abdominal, á fin de poder absorber todos los líquidos que pudieran verterse y derramarse por la cavidad pelviana, así como la sangre á cuya salida puedan dar origen los puntos de sutura.

Es preciso dedicar una gran atencion á este tiempo de la maniobra operatoria. Sin duda alguna nadie teme « la irritacion ocasionada por el contacto de la esponja con el peritoneo », pero debe cuidarse, cuando se introducen las esponjas, que no se desgarran ni se disloquen los intestinos y el epiploon, pudiendo fácilmente ocasionarse una torsion de estos órganos. Para llegar fácilmente al fondo del repliegue de Douglas sin temor de que ocurra este accidente, deberá seguirse nuestro procedimiento; se eleva el útero con dos dedos y se dirigen las esponjas siguiendo la cara dorsal de éstos. Koeberlé aconseja lo contrario: levantar los intestinos con la cara dorsal de la mano, é introducir las esponjas en la pelvis siguiendo la cara palmar de aquélla.

Es preciso tambien cuidarse mucho de contar las esponjas de que se haga uso, de cuyo cuidado estará especialmente encargada una enfermera. Puede suceder, en efecto, que se quede una esponja en la cavidad peritoneal sin notarlo y no apercibirse de ello hasta el momento de practicarse la autopsia. Si se nota la falta hay necesidad de abrir de nuevo la cavidad abdominal para buscar la esponja. El mismo accidente se ha observado en algunos casos con compresas y con instrumentos, principalmente con las pinzas. Spencer Wells pudo en una ocasion extraer con éxito feliz una esponja olvidada en la cavidad peritoneal al día siguiente de practicada la operacion.

En otro caso se trataba de una pinza que se había dejado en el peritoneo (1). Las esponjas de mediano y pequeño volúmen especialmente destinadas á limpiar el repliegue de Douglas se fijarán lo más sólidamente posible á un porta-esponjas. Las más voluminosas pueden ser atadas á uno de los extremos de una cinta que por el otro extremo estará confiada á un ayudante por fuera y por delante de la pared abdominal. El olvido de todas estas precauciones nos ha colocado una vez en una situacion desagradable: nos vimos obligados á buscar por espacio de un cuarto de hora en toda la cavidad abdominal y en la de la pelvis una esponja perdida que se había deslizado por detras de la S ilíaca y que estaba envuelta por el mesenterio. La enferma curó, no sin inspirarnos ciertos temores durante los días que siguieron á la

(1) Olshausen (*loc. cit.*, pág. 331) ha visto un caso en el cual una pinza olvidada por el operador fué expulsada á los diez meses por el recto, despues de haber originado durante los catorce últimos días vivos dolores abdominales.

operacion. Algunos autores emplean, en lugar de esponjas, compresas calientes y secas.

Puede facilitarse la evacuacion completa de los líquidos derramados comprimiendo la pared abdominal á nivel de las regiones lumbares y del epigastrio, pudiendo tambien, con este objeto, recurrirse á posiciones especiales. Se ha propuesto, por ejemplo, colocar á la enferma, tomando las precauciones necesarias para evitar la hernia de los intestinos, en el decúbito abdominal ó en el latero abdominal. Nussbaum todavía recientemente ha preconizado este procedimiento y practica la operacion en decúbito latero-abdominal, á fin de impedir que la sangre y el contenido del quiste se derramen en la cavidad abdominal. La elevacion de la parte superior del cuerpo, posicion posible cuando se practica la anestesia con el éter, favorece en todo caso la marcha del liquido hácia la cavidad pelviana.

Es muy difícil extraer las masas que provienen del interior del tumor cuando se ha verificado la rotura del saco poco tiempo ántes de la operacion ó cuando no es posible extraer con esponjas el líquido procedente de un quiste por estar estrechamente adherido al peritoneo parietal ó visceral. En estos casos se ha propuesto verter una gran cantidad de liquido antiséptico en las cavidades abdominal y pelviana, y una vez bañados y bien lavados los intestinos, extraer rápidamente el líquido del lavado volviendo á la enferma. Koeberlé y otros cogen el intestino cubierto de masas adherentes entre los pliegues de una servilleta seca y caliente, y limpian dicho órgano haciéndole deslizar entre los dedos.

Ocurre muy frecuentemente durante la operacion que penetran en la cavidad abdominal grandes cantidades de aire, ya sea cuando se destruyen con la mano las adherencias de la pared abdominal y del tumor, ya cuando un quiste lleno de aire se desgarrá á partir del orificio de la puncion. En casos de esta naturaleza nosotros hemos intentado extraer el aire ejerciendo una presion á nivel de las regiones lumbares y del epigastrio, y lo hemos conseguido frecuentemente.

La Clínica y las investigaciones experimentales demuestran superabundantemente cuán importante es desecar bien y de una manera completa la cavidad peritoneal (Koeberlé, Hegar). Los operadores que mejores resultados han obtenido son aquellos que, voluntariamente ó no, han cuidado de hacer una esmerada y cuidadosa limpieza del peritoneo á fin de desembarazar esta cavidad serosa de todas las sustancias putrescibles que podrían quedar acumuladas y de obtener una hemostasia perfecta (pinzas hemostáticas, ligadura de todos los puntos que sangran, empleo del hierro candente). Los magníficos experimentos de Wegener nos han enseñado que los líquidos orgánicos mezclados con gérmenes (aire no desinfectado) no sufren en ninguna parte

del cuerpo una fermentacion tan rápida como la que experimentan en la cavidad abdominal.

Merced á la facilidad con que estos líquidos se reabsorben, se produce una alteracion rápida de la sangre y la septicemia. Si hemos logrado desecar completamente la pared peritoneal podemos cerrar con seguridad esta pared, porque hemos extraído los líquidos que pueden nutrir los gérmenes y hemos destruido las causas de la septicemia. Es muy peligroso creer, como lo hacen Olshausen y Nussbaum, que la aplicacion del método antiséptico nos permite ser ménos escrupulosos en lo que se refiere á la limpieza del peritoneo. Un método antiséptico severo no consiste solamente en alejar lo mejor posible las sustancias cargadas de gérmenes, sino en destruir todos los materiales susceptibles de experimentar la descomposicion pútrida.

Desgraciadamente no siempre es posible desecar completamente y limpiar bien la cavidad peritoneal. La hemostasia absoluta es á veces imposible: la sangre continúa vertiéndose á nivel de los puntos donde existían las adherencias, entre el tumor y la pared abdominal ó el intestino, ó proviene de los vasos situados en el tejido celular que ha sido desgarrado durante la operacion.

Si no se ha logrado desembarazar los intestinos y la serosa parietal de las masas viscosas y espesas que procedentes del quiste les recubren, se ve trasudar, por la superficie del peritoneo irritado, líquido sero-sanguinolento. Añadamos, en fin, que la operacion modifica de tal suerte las condiciones de la presion intraabdominal, que en casi todos los casos se observan durante las primeras horas que siguen á aquélla una trasudacion y un acúmulo de sangre en la serosa peritoneal.

Mas ¿en qué vienen á parar estos líquidos?

Ya se reabsorben sin dar lugar á ningun accidente, ya, á pesar de todas las precauciones, sobreviene la septicemia. Sólo de una manera vaga se conocen las causas que favorecen la reabsorcion y la putrefaccion. Es muy difícil decidir si, en un caso dado, es preferible cerrar la cavidad abdominal ó luchar contra la putrefaccion creando una libre salida para los productos segregados. Podríamos decidirnos con conocimiento de causa si pudiéramos siempre recurrir á un método de desagüe peritoneal, inocente y realmente activo. Pero hoy estamos reducidos á examinar en cada caso los peligros que ofrece la retencion de las materias susceptibles de descomponerse y los inconvenientes que entraña el desagüe. Sólo el resultado de este exámen crítico es el que debe fijar nuestra línea de conducta.

Ahora bien; no pudiendo comparar hechos que no son comparables, las indicaciones del desagüe profiláctico son todavía un problema, y, podemos decirlo, un problema de los más importantes y delicados

que nos restan por resolver en la cirugía abdominal. Según nuestros conocimientos actuales, parece que la producción de la putrefacción depende:

A. De la cantidad y de la importancia de las sustancias putrescibles ó sépticas que durante la operación penetren en la cavidad abdominal.

B. De la cantidad y de la calidad de los líquidos que después de la operación quedan retenidos en la serosa peritoneal.

C. Del poder absorbente del peritoneo.

A. Es preciso tener en cuenta la cantidad y la naturaleza de los líquidos putrescibles ó sépticos que penetran durante la operación en la cavidad abdominal. El método antiséptico nos permite luchar con bastante éxito contra la penetración de gérmenes ó de sustancias sépticas para que la aparición de la septicemia se haga inverosímil. Sin embargo, sería necesario á este respecto tener una gran seguridad; porque aun cuando antes de la operación sometamos la habitación donde haya de operarse á la acción de los vapores de azufre, aun cuando hayamos recurrido al *spray* y á todas las variadas maniobras que constituyen el método antiséptico, no podemos jamás estar completamente seguros de haber destruido todos los gérmenes peligrosos. Pero aun obtenido este resultado, no debemos olvidar que las sustancias sépticas pueden provenir del canal intestinal, cuando las paredes de este órgano han sido lesionadas. Si hoy un gran número de los operadores más eminentes emplean el desagüe con ménos frecuencia que en otras ocasiones, es preciso atribuir su conducta, no al uso del *spray* ni á las maniobras anteriormente descritas, sino más bien al cuidado y al esmero con que practican la limpieza del peritoneo y la hemostasia.

B. Es preciso tener en cuenta la cantidad y la naturaleza de los líquidos que después de la operación quedan retenidos en la cavidad peritoneal. Es cierto que la sangre pura no es peligrosa, pero es muy raro que se encuentre en estas condiciones después de la ovariectomía. Lo más frecuentemente la sangre está mezclada con materias procedentes de la cavidad del quiste y con los productos de secreción de la herida, putrescibles en el más alto grado. Podemos decir, pues, de una manera general que la presencia de sangre favorece la descomposición de los líquidos y acrecienta el peligro.

Parece también que es preciso no descuidar la importancia que tiene la cantidad de los líquidos derramados. Si, en efecto, es poco considerable, puede, á pesar de la presencia de gérmenes, reabsorberse antes de que haya comenzado la putrefacción. Tan es así, que han podido inyectarse impunemente en animales pequeñas cantidades de líquidos ya alterados, en tanto que la muerte sobrevinía desde

el momento en que estas cantidades llegaban á ser considerables.

C. *¿El poder absorbente del peritoneo está íntegro?* Este es un punto que no deja de tener importancia, segun se deduce de las líneas precedentes. Ahora bien; este poder absorbente parece depender del grado de elevacion de la presion intraabdominal y de los movimientos peristálticos del intestino. Se hace más débil cuando la presion intraabdominal desciende notablemente despues de la ablacion de un gran tumor abdominal ó cuando los intestinos, despues de haber estado expuestos al aire durante largo tiempo, se han enfriado, se han paralizado. Estas condiciones, por otra parte, favorecen la produccion de un exudado en la superficie del peritoneo.

Nosotros trataremos de limitar la accion de estos dos factores, evitando el enfriamiento de los intestinos y manteniendo por medio de un vendaje compresivo la presion abdominal en un cierto grado de elevacion. Debemos añadir todavía que el estado histológico del peritoneo, así como el estado general de nutricion, tienen una gran influencia sobre el poder absorbente de la serosa abdominal. Desgraciadamente nuestros conocimientos á este respecto no descansan sino sobre observaciones clínicas muy vagas. Pero, no puede dudarse, en los organismos anémicos y debilitados es casi imposible que no exista algun trastorno en la relacion que hay entre el poder absorbente y el poder exudante del peritoneo. Los procesos inflamatorios antiguos y crónicos que dan lugar al engrosamiento del peritoneo ó á adherencias extensas y fuertes parece que ejercen accion más directa que las inflamaciones recientes sobre el poder absorbente de esta serosa. La situacion se hace muy desfavorable cuando ántes de la operacion ha estado llena la cavidad del peritoneo por una masa viscosa y espesa procedente de un quiste prematuramente roto.

No debemos, pues, recurrir al desagüe cuando el peritoneo no ofrezca ninguna alteracion notable en su estructura, viéndose solamente pequeñas cantidades de líquido sanguíneo ó sero-sanguinolento salir á nivel de las adherencias destruidas durante la operacion, áun en los casos en que hubiera existido una ascítis ántes de aquélla ó en los que la cavidad peritoneal ha estado llena de un líquido procedente del quiste, pero flúido y de buena naturaleza, siempre que la hemostasia haya sido completa y no tengamos ningun otro motivo que nos obligue á emplear el desagüe. En todo caso trataremos de favorecer la reabsorcion aplicando un vendaje compresivo, luchando de esta suerte contra el derrame de líquidos sero-sanguinolentos que pueda efectuarse en el peritoneo.

Pero si la hemostasia ha sido incompleta; si las esponjas introducidas ocho ó diez veces en la cavidad de Douglas se han retirado siempre empapadas en sangre, ó si la sangre salía mezclada con materias

espesas procedentes del quiste; si la herida peritoneal ha sido considerable; si el tejido celular subseroso ha sido ampliamente abierto, el desagüe nos parece indicado. Es absolutamente preciso, indispensable, apelar á él cuando durante la operacion han penetrado en la cavidad abdominal masas sépticas ó pus procedente del quiste, ó bien cuando habiendo sido heridos el intestino, la vejiga ó los uréteres, no se ha podido aplicar una sutura capaz de proteger la cavidad serosa contra la irrupcion de materias fecales y de orina, ó cuando ha habido necesidad de abandonar fragmentos voluminosos de la pared del quiste ó trozos de tejidos reblandecidos, abocados casi fatalmente á la gangrena.

Peaslee, en 1859, ha sido el primero que ha empleado el desagüe con un fin profiláctico. Introducía un catéter elástico en la vagina, haciéndole pasar por el repliegue de Douglas, y lavaba la cavidad abdominal por medio de este instrumento, porque temía la trasudacion de liquido por esta serosa. En 1867, Koeberlé practicó el desagüe con una cánula de cristal que colocó en la herida abdominal cuando creyó probable que los líquidos de mala naturaleza habrían de venir á acumularse en el peritoneo. Keith, Spencer Wells y otros ginecólogos han seguido esta práctica. Sims fué mucho más léjos que estos cirujanos, porque en 1872 recomendó en todos los casos de ovariectomía, aun en los más sencillos, practicar el desagüe profiláctico por el punto más profundo de la cavidad peritoneal, por el repliegue de Douglas. Sims y sus sucesores han cedido de esta exageracion. Pero aunque se haya dejado guiar por ideas falsas, tiene el mérito incontestable de haber provocado en gran parte las investigaciones recientemente hechas sobre las causas y sobre la profilaxis de la septicemia.

MANUAL OPERATORIO DEL DESAGÜE PERITONEAL

El desagüe profiláctico tiene por objeto extraer de la cavidad abdominal, ántes de que entren en putrefaccion, los líquidos trasudados por la superficie de la serosa. La solucion de este problema entraña grandes dificultades. No solamente, en efecto, los líquidos segregados pueden venir á acumularse en los repliegues peritoneales, que son de suyo inaccesibles, sino que tambien pueden ser transportados hácia las regiones superiores de la cavidad abdominal bajo la influencia de los movimientos peristálticos del intestino y de la aspiracion ejercida por el diafragma.

Puede practicarse el desagüe:

A. Por la herida abdominal

B. Por la vagina.

C. Por la herida abdominal y por la vagina.

A. — *Desagüe por la herida abdominal.*

Se introducen por detras del útero, en el fondo del repliegue de Douglas y á veces tambien en el repliegue vesico-uterino ó en las regiones lumbares, cánulas de cristal provistas de agujeros, rectas ó curvas, de 16 á 18 centímetros de largo y de 10 á 12 milímetros de diámetro (*fig. 117*). Este instrumento se fija sólidamente á la herida abdominal merced á varios puntos de sutura. Keith dispone el aparato de tal suerte que la extremidad del tubo de cristal corresponde á la parte central de una hoja delgada de gutapercha de unos dos piés cuadrados, la cual está separada de la cánula por tres ó cuatro esponjas fenicadas y bien exprimidas. Estas esponjas absorben todo el líquido que sale fuera, evitando así que se manchen la herida y el vendaje. Al principio se cambian las esponjas cada cuatro ó cinco horas, y más tarde con ménos frecuencia, cuidando de medir las cantidades de líquido que se empapan en las esponjas por medio de un vaso graduado. Hegar sigue un procedimiento más conforme con el método anti-séptico, haciendo pasar la cánula por un orificio preparado en el vendaje abdominal y rodeando la extremidad libre de aquélla con una espesa capa de uata, recubriendo todo en seguida con seda protectora. Para absorber los líquidos acumulados en la cánula se emplea un tallo metálico, cuya extremidad, rodeada de uata fenicada bien limpia, queda fija continuamente en el fondo de un tubo de cristal. De vez en cuando (al principio de hora en hora, despues con ménos frecuencia) se retira este tallo metálico y se limpia el tubo haciendo pasar por él este tallo muchas veces hasta que se retire la uata bien limpia, aplicando en seguida el vendaje como queda dicho anteriormente.



Fig. 117.

Como la extremidad exterior de la cánula está situada por delante del vendaje abdominal, puede llegarse fácil y libremente hasta la cavidad peritoneal sin molestar á la enferma. Gracias á la capilaridad, y sobre todo al *vis à tergo* obtenido por medio del vendaje compresivo del abdómen, el líquido segregado huye hácia los puntos donde la resistencia alcanza su *mínimum* y penetra en los ojos de la cánula. Las inyecciones anti-sépticas son superfluas porque pueden alejarse bastante completamente los gérmenes, y los líquidos segregados son eva-

cu ados rápidamente. La cánula de cristal debe generalmente ser retirada hácia el quinto día (1).

B. — Desagüe por la vagina.

El desagüe exclusivo por la vagina ha sido poco empleado hasta aquí despues de la ovariectomía. Sims ha experimentado cánulas cortas, cuyas dos mitades en forma de resorte deben mantener abierta la herida que existe en el fondo de saco vaginal. Kaltenbach, en un caso complicado de una gran ascítis, ha empleado el tubo de desagüe de ramas trasversales, propuesto por Bardenheuer para la extirpacion total del útero. Este instrumento no recogía completamente todos los líquidos que fluyeron y se produjo una septicemia mortal.

C. — Desagüe por la vagina y por la herida abdominal.

El método de Sims, que consiste en emplear á la vez el desagüe por la pared abdominal y la vagina sirviéndose de un largo tubo de caut-

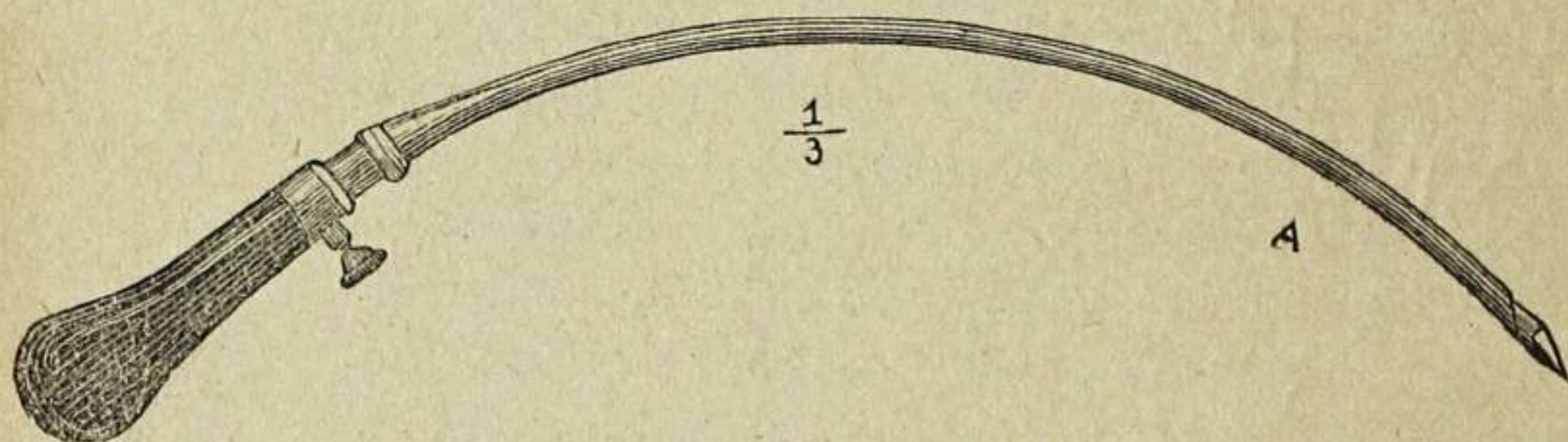


Fig. 118.

chuc, está muy generalizado. En la cavidad abdominal queda de esta suerte establecido el desagüe á nivel del punto más inferior del espacio de Douglas, lo que permite al líquido segregado derramarse completa y libremente, por medio de cuyo método pueden practicarse lavados antisépticos en la cavidad de la pelvis.

Para perforar el fondo de saco vaginal, Olshausen ha propuesto un trocar de grueso calibre provisto de una cánula de 25 centímetros de largo por 1 centímetro de ancho (*fig. 118*).

Se introduce la cánula hasta el fondo del espacio de Douglas, siguiendo la cara palmar de una mano, en tanto que con la otra, introducida en la vagina, se fija la extremidad del instrumento. Un ayudante introduce entónces la aguja en la cánula y la empuja lentamen-

(1) El profesor Ziegler ha encontrado en una operada de Kaltenbach que el líquido recogido en la cánula hácia el cuarto y quinto día no contenía bacteria alguna.

te hácia la vagina hasta que la punta del instrumento llegue á ponerse en contacto con el dedo del operador. Se retira entónces la aguja y por la cánula se hace pasar el tubo de desagüe á la vagina. Olshausen y otros recomiendan operar desde la vagina á la herida abdominal. Con este procedimiento no se llega siempre á puncionar en el punto más profundo del repliegue de Douglas, pero se evita más fácilmente el peligro de lesionar el recto.

Algunas veces, á pesar de todas las precauciones por medio de las cuales se ha intentado evitar los vasos que se habían sentido latir practicando el tacto, la herida del fondo de saco vaginal da mucha sangre por poco voluminoso que haya sido el trócar empleado. Nosotros en casos de esta naturaleza hemos tenido que recurrir á las pinzas de ligar ó la á sutura. Del octavo al décimo día las escaras debidas á la pre-

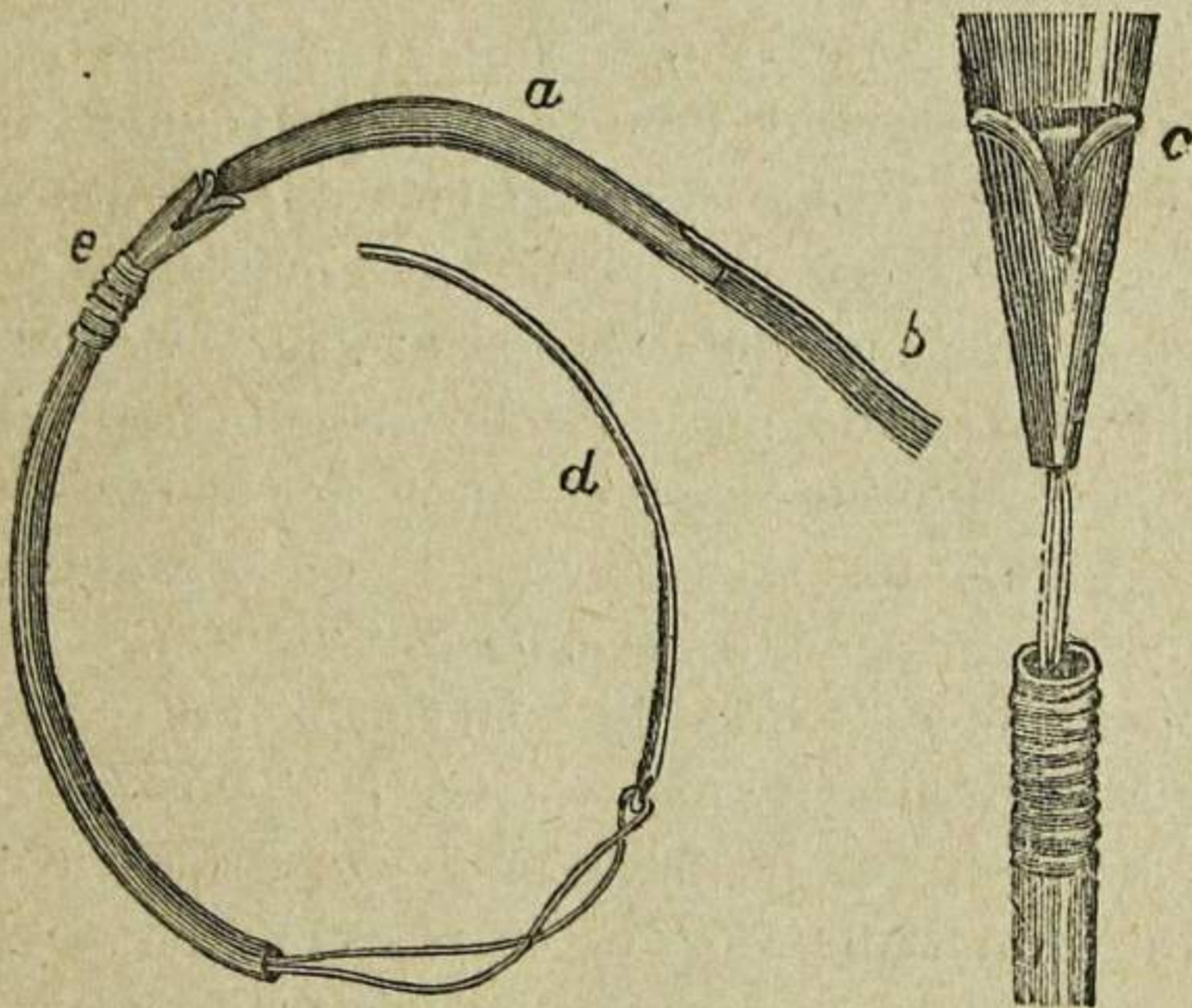


Fig. 119.

sion ejercida por el tubo de desagüe pueden desprenderse, dando lugar á hemorragias secundarias peligrosas.

Para evitar toda lesion de los gruesos troncos vasculares, Hegar emplea un trócar de pequeño diámetro, y una vez hecha la puncion, dilata la abertura y el conducto por medio de un instrumento romo, proceder del que ha obtenido muy buenos resultados. Kaltenbach, apoyándose sobre los mismos principios, emplea un tallo de cautchuc duro y encorvado (*fig. 119 a*) que tenga una longitud de 16 á 18 centímetros y cuyo diámetro aumenta desde su extremidad hasta su parte media, á nivel de la cual alcanza 2 centímetros, disminuyendo de nuevo en el resto de su extension; su extremidad posterior lleva un

tubo de desagüe *b* de un centímetro de diámetro. El tallo conductor lleva cerca de su extremidad una ranura que puede compararse á la gotiera prepucial, y en la cual se coloca un doble hilo cuyas dos extremidades encajan en un orificio, de lo cual da una buena idea la *figura 119*. Se saca el instrumento así dispuesto por la vagina hasta que el tubo de desagüe aparezca en la vulva.

Cualquiera que sea el procedimiento al cual se haya recurrido, el tubo de desagüe debe tener una pared fuerte y un calibre suficientemente ancho para resistir á la compresion ejercida por los tejidos y que no sea fácilmente obstruido por los coágulos, etc. Nosotros empleamos tubos de desagüe que tengan 1 centímetro de diámetro y 60 á 70 de longitud, de los cuales 15 ó 20 traspasan la herida abdominal. El segmento intraperitoneal mide 12 á 15 centímetros. El resto del tubo queda en la vagina y en la vulva, pudiendo, por otra parte, aumentarse su longitud á voluntad añadiendo un tubo de cristal. Este tubo presenta en una extension de 6 á 8 centímetros agujeros que miden cada uno de 3 á 4 milímetros de diámetro; los dos agujeros extremos no deben estar separados el uno del otro más de 8 centímetros, porque dentro de estos límites está siempre el trozo que queda colocado en las cavidades abdominal y pelviana. Hegar atrae la extremidad del tubo hácia afuera, á traves del ángulo inferior de la herida abdominal, y cuida de que la otra extremidad del tubo permanezca en una vasija llena de un líquido antiséptico colocada sobre la cama de la enferma ó bien le rodea con una manta de uata fenicada (1).

Anteriormente colocábamos las enfermas en las cuales establecíamos el desagüe vaginal sobre una cama de las llamadas de embudo (2); pero su instalacion es tan penosa y ofrece tan pocas ventajas para las pacientes é impiden tan poco que éstas estén mojadas, que nosotros hemos renunciado á su empleo. Hoy nos contentamos con elevar ligeramente la parte superior de la cama y con sostener el tronco de la enferma á beneficio de almohadones de paja menuda. El tubo pasa bajo los muslos, que descansan sobre un colchon especial, y llega de esta suerte á salir por fuera de la cama. Para que el tubo no sea comprimido por los muslos y no deje un momento de ser permeable basta intercalar á este nivel un fuerte tubo de cristal.

(1) Olshausen recomienda colocar el tubo en el ángulo superior de la herida. El tubo así dispuesto se plegará más difícilmente y desaguará la cavidad peritoneal en una mayor extension.

(2) Esta cama se compone de un colchon formado por tres segmentos, de los cuales el de en medio está perforado y colocado más bajo que los destinados á soportar los piés y la cabeza. La region glútea de la operada reposa sobre un circulo que está herméticamente aplicado al orificio de un embudo metálico.

La mayor parte de los operadores aconsejan que se practiquen inyecciones antisépticas por el tubo de desagüe, á fin de evitar el estancamiento y la fermentacion de los líquidos; otros creen que solamente debe acudirse á este recurso cuando aparezcan los primeros signos de la putrefaccion. Esta segunda manera de obrar no sería legítima sino cuando nosotros pudiéramos evitar con certidumbre la introduccion de gérmenes, y si la perfecta permeabilidad del tubo de desagüe estuviera asegurada. Nosotros apelamos, pues, á las inyecciones antisépticas, y como líquido de inyeccion hemos recurrido lo más frecuentemente el primero y el segundo día á la solucion clorurada débil; más tarde, á fin de evitar las molestias que proporcionan al aparato respiratorio, irritándole, los vapores de cloro, empleamos una solucion salicílica al 1 por 300. Con las disoluciones de ácido fénico es preciso vigilar con mucha atencion la aparicion de síntomas tóxicos. Olshausen, sin embargo, aconseja el empleo de soluciones fenicadas del 1 al 2 por 100, siempre que los tubos de desagüe sean permeables y que el líquido pueda verterse libremente hácia afuera. Se deben, pues, adoptar todas las precauciones necesarias (exámen de las orinas, etc.).

Manual operatorio. — El líquido antiséptico, á una temperatura conveniente, se echa en un embudo de cristal fijo al tubo de desagüe, continuándose la operacion hasta que el líquido salga completamente limpio. La frecuencia de las inyecciones dependerá de la naturaleza y de la cantidad de los líquidos segregados. Al principio se practica una inyeccion cada media hora, cada hora despues, más tarde cada dos horas. En algunos casos especialmente graves, Hegar ha practicado la irrigacion continua.

Un desagüe incompleto es más peligroso que la abstencion absoluta. Los líquidos inyectados pueden verterse rápidamente y salir limpios, pero es preciso no deducir de aquí que no hay accidentes que temer. En efecto; pueden estar obturados todos los agujeros del tubo y permanecer estancadas en la cavidad pélvica todas las materias pútridas. Para obviar este inconveniente, Hegar coloca dos tubos de desagüe en la vagina, introduciendo un tubo de cristal cuajado de agujeros hasta el fondo de la cavidad de Douglas. De esta suerte se puede comprobar la utilidad de cada tubo, porque el líquido inyectado puede derramarse por la cánula de cristal ó por el tubo vecino de aquel por el cual se practica la inyeccion.

Si se sospecha la existencia de masas pútridas en las regiones de la cavidad abdominal situadas más arriba, se puede practicar el desagüe de las dos regiones lumbares de la misma. Diremos, en fin, que es muy importante cuando se emplean varios tubos de desagüe á la vez, distinguir las extremidades de cada uno de ellos á beneficio de señales particulares (seccion oblicua, seccion dentada, etc.).

El tubo de desagüe puede obstruirse á consecuencia de la compresion, ó bien porque se oblitere por coágulos de sangre, copos purulentos, granulaciones y aun por el epiploon, que puede encajarse en los agujeros cuando éstos son muy anchos.

Se evitará la compresion del tubo cuidando de evitar la formacion de pliegues y eligiendo un tubo de paredes gruesas.

Se impide la obliteracion del mismo haciendo frecuentes lociones, elevando bastante el embudo para aumentar la presion á la cual está sometido el líquido que se inyecta. Se encontrará á veces ventaja en variar la direccion en sentido de la cual se practicaban las inyecciones, ya haciendo pasar el líquido de la herida abdominal á la vagina, ya en sentido inverso desde la vagina á la herida abdominal, y si se han colocado dos tubos de desagüe se practicará la inyeccion ya por uno ó ya por el otro. Se puede tambien pasar á traves del tubo obliterado un largo estilete provisto en su extremidad de un tapon de uata ó de plumas de ave fenicadas, ó bien de pequeñas esponjas provistas como fiador de un hilo fuerte de seda (Olshausen), atrayendo el tubo hácia afuera todo cuanto sea necesario.

¿Durante cuánto tiempo deben estar colocados los tubos de desagüe? Todo depende de las circunstancias de cada caso.

¿Se trata solamente de facilitar la salida de sangre y de serosidad que puedan fluir despues de la operacion? Puede retirarse el tubo de desagüe al cabo de tres ó cuatro días. El líquido se derrama en gran abundancia desde el principio y es sero-sanguinolento; bien pronto disminuye en cantidad y se va paulativamente trasformando, hasta que al final del cuarto día se hace frecuentemente purulento. A partir de este instante existe una peritonitis adhesiva que forma una verdadera cápsula alrededor del tubo, y ya éste no puede dar salida á los líquidos acumulados en el peritoneo, y se observa que los inyecctados atraviesan el conducto formado de esta suerte, sin llegar á penetrar en la cavidad peritoneal.

Pero si quedan en la cavidad abdominal fragmentos de la pared del quiste ó de un tumor sólido, el tubo de desagüe debe ser mantenido en su puesto mucho más tiempo, aun durante algunas semanas, debiendo cuidarse el operador de renovarles, porque en estos casos está en comunicacion con focos purulentos y sirve para eliminar grandes cantidades de tejidos mortificados. El mejor medio de determinar con precision el momento en que debe quitarse el tubo de desagüe, es regularlo por el aspecto y la cantidad de líquidos que salen despues de la inyeccion y por la marcha de la temperatura de la paciente.

Si el tubo permanece aplicado durante ocho ó más días, se ven penetrar en su interior gruesos mamelones carnosos procedentes de los puntos vecinos, que se rompen cuando se extrae el tubo. El trayecto

fistuloso que subsiste después de la supresión del tubo se cierra generalmente muy poco tiempo después cuando no comunica con un foco purulento (1).

INCONVENIENTES DEL DESAGÜE VAGINAL

Las ventajas del desagüe vaginal —eliminación espontánea de los líquidos que vienen á acumularse en el fondo de la cavidad de la pelvis y posibilidad de lavados antisépticos —parecen absolutamente ilusorias, porque el punto del fondo de saco vaginal por donde pasa el tubo de desagüe no corresponde siempre al punto más profundo del fondo de saco recto-uterino; además, por fuera del espacio de Douglas existen á nivel de las regiones lumbares, en el fondo de saco vesico-uterino, otros puntos donde pueden acumularse los líquidos. Por el desagüe vaginal exclusivo no puede darse salida á estos líquidos.

Por otra parte, las inyecciones intraperitoneales no están siempre exentas de peligro porque pueden, en efecto, romper las adherencias que constituyen el mejor medio de protección contra la septicemia. Pueden además provocar los movimientos peristálticos del intestino (cólicos dolorosos) y favorecer de esta suerte la extensión de masas pútridas hasta entonces circunscritas ó enquistadas.

El desagüe vaginal ofrece además por sí mismo ciertos peligros. Se hace, en efecto, una nueva herida cuya importancia no debe nunca ser desatendida porque á veces da origen á grandes hemorragias, pudiendo además al practicarla lesionarse el intestino recto. Esta herida puede también ser la puerta de entrada de agentes infecciosos que penetren por la vagina ó que provengan de los líquidos que se derraman por el tubo de desagüe. Se han observado muchas veces flemones pelvianos en las regiones vecinas de la punción. Pero no es este punto el que constituye el principal de los peligros del desagüe vaginal: el aire y los gérmenes pueden, en efecto, llegar más fácilmente á la cavidad peritoneal por la vagina que por la herida del abdomen, caminando á lo largo del tubo de desagüe ó por su interior.

Empleando un tubo de desagüe de cristal, una de cuyas extremidades descansa en el fondo de saco de Douglas, estando fija la otra á la herida abdominal, parece á primera vista que no se está tan seguro como con el desagüe vaginal de extraer completamente y á tiempo todos

(1) Un tubo de desagüe puede permanecer en la cavidad abdominal sin provocar ningún accidente. Nussbaum, por ejemplo, refiere un caso en el cual fué olvidado un tubo de desagüe durante dos meses. Al cabo de este tiempo fué extraído por la pared abdominal, después de pasar la enferma en un baile la noche anterior.

los líquidos que puedan acumularse en los puntos declives, porque deben obedecer á la accion de la pesantez. La experiencia contradice esta opinion y nos enseña que la presion intraabdominal, acrecentada entónces por un vendaje compresivo, basta por sí misma para impulsar los líquidos por el tubo de cristal, de donde se les puede extraer fácilmente, ya por aspiracion, ya empleando el método anteriormente descrito. Las verdaderas ventajas del desagüe por la pared abdominal son debidas principalmente á que se emplea un tubo de cristal, es decir, un tubo cuyas paredes no son susceptibles de compresion. Este procedimiento nos ha dado en estos últimos tiempos excelentes resultados. Nosotros le consideramos como el más limpio y el más fácil de poner en práctica. Estos dos métodos, por otra parte, ofrecen inconvenientes que les son comunes: el tubo de desagüe, sobre todo cuando ha habido que destruir adherencias intestinales, puede, en efecto, provocar una gangrena por compresion de la pared intestinal. Así es como Freund, tres semanas despues de haber quitado el tubo de desagüe, vió salir un gusano vivo por el trayecto fistuloso.

Añadamos, finalmente, que nosotros no poseemos hoy documentos bastante numerosos para que podamos emitir un juicio definitivo sobre el valor comparativo de estos dos métodos.

Art. 10. — Oclusion de la herida. — Apósito.

Despues de la limpieza del peritoneo y de establecer el desagüe se cierra la herida abdominal por medio de una sutura. Los hilos empleados en ella pueden ser de seda fenicada, de plata ó de catgut (Keith).

El punto capital estriba en no recurrir sino á hilos bien desinfectados.

Nosotros practicamos siempre una simple sutura anudada con hilos de seda ó de plata. Cuando los labios de la herida están regularizados por la escision de masas grasosas que forman hernia por entre los bordes del peritoneo que han sido comprimidos, se colocan al principio suturas profundas cogiendo en una extension de un centímetro el peritoneo y los bordes de la herida cutánea. Los hilos, separados los unos de los otros á la distancia de un centímetro ó centímetro y medio, se pasan con agujas rectas ó curvas (Spencer Wells) fijas á un portagujas. Deben abarcar todo el fondo de la herida, comprendiendo el tejido muscular cuando pueda alcanzarse. Fijando una aguja á cada extremidad del hilo se puede atravesar cada uno de los labios de la herida yendo de dentro afuera, lo que para el principiante no carece de importancia, porque operando así se evitan con más seguridad las lesiones del intestino y del epiploon. Antes de terminar esta sutura peritoneal se tiene cuidado de introducir esponjas entre las asas del

hilo que se separan de arriba abajo á fin de asegurar la limpieza del peritoneo (1). Se aleja en seguida el epiploon de la herida (2) y se atan rápidamente los hilos, despues de haberse asegurado que no se ha cogido el intestino ni el epiploon. Es importante, en el momento de cerrar la sutura, el comprimir fuertemente la pared abdominal, levantándola de cada lado y obligándola á formar un pliegue, á fin de exprimir toda la sangre que pudiera existir entre los labios de la herida. Entre las suturas profundas se colocarán, si fueren necesarias, suturas semi-profundas y superficiales, hasta que los bordes de la herida queden exactamente aplicados el uno contra el otro.

Si se ha de fijar el pedículo por fuera del peritoneo, debe colocarse el hilo más inferior con mucho cuidado y aplicarse bien contra el pedículo, á fin de asegurar un contacto íntimo entre el peritoneo y la cara superficial del pedículo, pudiendo tambien, para que se obtenga este resultado, coger en la sutura la serosa del pedículo. Cuando se ha de poner en práctica el desagüe se debe, por el contrario, evitar coger el tubo con el hilo más inferior. Koeberlé aconseja en este caso dejar un pequeño espacio entre el pedículo y el hilo más inferior, á fin de poder introducir pequeñas esponjas y retirar los productos segregados por la herida y á fin de poder cuidar la limpieza de la cavidad peritoneal. Nos parece ventajoso coger el peritoneo, porque esta membrana se engrosa muy rápidamente y de esta suerte queda la cavidad del peritoneo cerrada y mejor protegida contra la penetracion consecutiva de la sangre ó de los productos de secrecion de la herida abdominal, en una palabra, contra la infeccion secundaria procedente de aquélla. Los experimentos sobre los animales nos enseñan que el epiploon y el intestino se adhieren fácilmente á los puntos de la herida abdominal que no están cubiertos por el peritoneo. Spencer Wells recomienda ademas las anchas cicatrices peritoneales como protectoras de las hernias tardías.

Añadamos que, por otra parte, cuando se cogía el peritoneo se temía ver penetrar por las picaduras en la cavidad serosa la sangre, el pus y las sustancias infecciosas, y se ha creído que el divertículo peritoneal que se producía entre las suturas y la herida de la pared del abdómen favorecía las hernias.

Koeberlé y Olshausen no cogen el peritoneo (3). Entre las demas

(1) Para evitar la supuracion de los puntos por donde pasan los hilos y asegurar al propio tiempo una reunion perfecta, se ha pretendido recurrir á las crines de caballo, á hilos de platino ó á hilos de cobre cubiertos de cautchuc como están los hilos telegráficos.

(2) Para evitar las adherencias del intestino con la pared abdominal.

(3) Olshausen emplea una aguja ligeramente curva de 12 á 14 centímetros de largo, que introduce en la pared abdominal á una distancia de 5 á 8 cen-

modificaciones de la sutura abdominal citaremos el afrontamiento aislado de los labios de la herida peritoneal por una línea especial de puntos profundos, en tanto que por encima se sutura el resto de la pared abdominal como de costumbre. Koeberlé desde 1874 sutura solamente las aponeurósis de la línea alba sin coger el peritoneo, el tejido celular subcutáneo ni los músculos. Las extremidades de los hilos salen á través de la herida; por encima coloca vendotes superficiales que se matienen por una capa de colodion.

Cuando el peritoneo ha sido disecado en una gran extension, se le une á la pared abdominal practicando una sutura de pellejero, evitando así la formacion de una gran cavidad en la cual podrían acumularse la sangre y los productos de secrecion de la herida.

Despues de la extirpacion de tumores muy voluminosos, las paredes abdominales están tan adelgazadas á consecuencia de la distension del músculo recto, que no se componen más que de la piel y del peritoneo, haciéndose negativa por espacio de mucho tiempo la presion intraabdominal. Para obviar este inconveniente, Hegar y otros autores han escindido sobre la pared abdominal muy distendida anchas bandas de tejidos.

Una vez anudados los hilos se lavará á la paciente, y cuando sea necesario se la pondrán ropas limpias.

Sobre la herida abdominal se coloca una hoja de uata fenicada y por encima un trozo de seda protectora, inmovilizando todo el abdomen por medio de un vendaje de uata bien aplicado. Este simple vendaje protege la herida abdominal contra los movimientos debidos á los vómitos y á los cambios de posicion, siendo entónces superfluo mantener la sutura fija por medio de vendotes de diaquilon. La compresion debe ser bastante fuerte durante las primeras horas, pero debe disminuirse desde que sobrevienen los vómitos. No es preciso ejercer una compresion intensa y prolongada más que cuando hay lugar á temer un rezumamiento de sangre y de serosidad en la cavidad abdominal. Inmediatamente despues de la aplicacion del apósito se coloca la enferma en su cama y se la calienta rápidamente por medio de botellas llenas de agua caliente y de cobertores y mantas calientes tambien. La situacion casi horizontal del tronco sobre colchones de paja, con la cabeza ligeramente elevada, facilitan la hemostasia. Las piernas se colocan sobre dos colchones de paja especiales y se sostienen á nivel de los talones y de las rodillas á beneficio de almohadones rellenos de aire.

timetros de los bordes de la herida, haciéndola salir inmediatamente por delante del peritoneo é introduciéndola en el otro labio de la herida. De esta suerte practica una sutura en una extension de 6 á 8 centímetros.

Art. 11. — Tratamiento consecutivo.

En el tratamiento consecutivo *es preciso ante todo guardarse de hacer mucho*, porque despues de la ovariectomía se corre el riesgo de ocasionar grandes perjuicios. Nos atendremos, pues, á esta regla absoluta: *no hacer nada sin una indicacion precisa*, y esto lo mismo cuando se trata de administrar medicamentos, que cuando se trata de practicar una operacion quirúrgica. La mayor parte de las mujeres, al despertarse, experimentan náuseas y dolores; en otras dominan la debilidad y el colapso. Estos son los síntomas de que principalmente debemos preocuparnos en los primeros momentos, y la enfermera debe recibir á este respecto instrucciones muy precisas.

Contra el estado de *debilidad* y de *colapso* nosotros practicamos inyecciones hipodérmicas de éter, ó de tintura de almizcle ó enemas de vino, y tratamos, por la elevacion de temperatura del ambiente, de elevar la temperatura del organismo de la operada cuando cae por debajo de la normal; si domina la anemia se hace descender la cabeza y la mitad superior del cuerpo, y en caso de necesidad se comprimen las extremidades por medio de vendajes en espiral.

El malestar que experimentan las pacientes y los vómitos que sufren en las primeras horas siguientes á la operacion deben ser generalmente atribuidos á la anestesia. Aumentan cuando las enfermas beben, y casi siempre los medicamentos internos son impotentes para detenerlos. Por esta razon, durante las veinticuatro ó treinta y seis horas primeras deberá limitarse el uso de bebidas. En este período las píldoras de hielo prestan servicios excelentes cuando no excitan la tos. Si los vómitos duran más de dieciocho horas, se obtiene por lo comun un éxito brillante de las inyecciones subcutáneas de morfina que contengan tambien 1 miligramo de atropina. Contra los vómitos debidos á la septicemia son impotentes nuestros esfuerzos.

Generalmente se hacen desaparecer los dolores por medio de lavativas que contengan 20 ó 25 gotas de tintura de opio. Nosotros no practicamos las inyecciones de morfina desde luego sino en las mujeres que están habituadas.

Durante las primeras veinticuatro horas la curacion rara vez es espontánea, por cuya razon debe procederse al cateterismo cada cuatro ó seis horas desde que la enferma comienza á experimentar sufrimientos. A pesar de todos los cuidados que se tengan para no servirse más que de instrumentos bien desinfectados y para lavar el meato urinario ántes de practicar el cateterismo, se observa algunas veces, cuando se ha apelado durante mucho tiempo al cateterismo, aparecer los síntomas del catarro de la vejiga.

Generalmente durante el primer día las enfermas sufren cólicos ventosos muy molestos, que pueden revestir la forma de verdaderos accesos. El vientre se abomba ligeramente. Todos estos síntomas desaparecen rápidamente desde el momento en que son expulsados todos los gases, lo que rara vez ocurre antes del tercer día y en algunas ocasiones al cuarto ó quinto. La mayor parte de las operadas comienzan en este momento á experimentar una sensación de bienestar, signo que debe ser para el médico de buen pronóstico, porque de esta suerte queda demostrada la permeabilidad del intestino.

Es preciso vigilar con el mayor cuidado que la enferma esté acostada cómodamente, y que esté limpia.

Ya dejamos dicho anteriormente cómo la paciente debe estar acostada, y es muy raro que haya necesidad de variarla de cama antes del cuarto ó del quinto día. Pero en este momento la enferma, bien limpia de la orina y de los líquidos que puedan derramarse y salir por sus órganos genitales, debe ser llevada sobre un colchon de agua á otra cama recién hecha, evitando así las escaras debidas á un decúbito prolongado. Durante los tres ó cuatro primeros días la enferma debe estar sometida á una alimentación exclusivamente líquida, siendo las comidas frecuentes, pero poco abundantes. Desde que no experimenta náuseas, nosotros administramos un poco de infusión de té ó de café, añadiendo, si hay necesidad, un poco de cognac.

A partir del tercero ó del cuarto día, continuando siempre la vigilancia respecto á la aparición del menor malestar, haciendo cuanto se pueda para evitarlo y otorgando la mayor atención á los gustos de la enferma, se le da jugo de carne, añadiéndole ó no un poco de arroz, yemas de huevo ó sopas de tapioca, café con leche, etc. A partir del sexto día, si tiene buen apetito y si se encuentra bien, puede tomar filetes, carne asada ó pollo. Durante mucho tiempo se la prohibirán las legumbres, los manjares farináceos ó susceptibles de provocar fácilmente la producción de gases intestinales; todo ello en interés de la cicatriz abdominal. Si los vómitos persisten durante mucho tiempo se le administrarán la alimentación y los analépticos por el recto, y se tratará de apagar la violenta sed que existe en estos casos con enemas de agua natural.

Las deposiciones prematuras pueden, provocando, á pesar de todas las precauciones, la contracción de los músculos de la pared abdominal, impedir la aglutinación de los bordes de la herida, ó bien, rompiendo las adherencias protectoras, facilitar la difusión en la cavidad abdominal de masas sépticas, ocasionando la fiebre de esta suerte. También puede observarse en estas circunstancias la prematura caída de una ligadura.

Si se somete á las enfermas al régimen alimenticio que acabamos

de exponer, la producción de materias fecales es poco abundante y basta administrar un purgante enérgico á la enferma ántes de la operación para que trascurren ocho días sin que la paciente deponga. Desde este momento no hay necesidad de asegurar artificialmente el reposo del intestino por los narcóticos. Al octavo ó noveno día se produce una evacuación por medio de un purgante ligero y haciendo beber á la paciente mucha agua; una constipación más prolongada puede acarrear tantos inconvenientes y tan notables como los producidos por una defecación prematura.

Es muy importante bajo el punto de vista del pronóstico y para estar siempre en condiciones de intervenir en momento oportuno, observar con mucha atención la marcha de *la temperatura y del pulso*. Es muy excepcional, áun en los casos en que el método antiséptico ha sido aplicado con la mayor severidad, observar la completa ausencia de fiebre. Sin embargo, nosotros hemos observado rara vez que la temperatura, que después de la operación está en algunos casos por debajo de la cifra normal, se eleva por la tarde del segundo y del tercer día hasta 38°,5 ó 38°,8 en la vagina (38° y 38°,3 en la axila).

Tal es el más débil grado de fiebre resultante de la presencia de una herida. Si alcanza mayor altura la curva térmica, debemos siempre investigar la causa y hacerla desaparecer lo mejor posible. Una temperatura que durante los tres primeros días pase de 39 y 40° es casi siempre debida á una infección séptica, excepcionalmente á una inflamación circunscrita. Se debe pensar siempre en este caso en la posibilidad de una acumulación de líquidos en el repliegue de Douglas. Si la temperatura se eleva solamente del quinto al octavo día, es preciso pensar en una supuración de los tegumentos abdominales, en tanto que si se presenta más tarde, revistiendo al principio la forma continua y después el tipo remitente, es habitualmente ocasionada por la presencia de nódulos inflamatorios intraperitoneales y enquistados, ó debida á la formación de un absceso.

No debe cambiarse sin indicación bien precisa el *vendaje* ántes del fin de la primera semana. Se cambiará si hay, por ejemplo, una secreción abundante, un rezumamiento de sangre por la herida, dolor ó fiebre, ó si se supone la presencia de un foco de supuración en la herida abdominal. Después de haber limpiado la herida y retirado los hilos se renueva el apósito. A fin de proteger la cicatriz, todavía reciente, contra las desgarraduras, nosotros colocamos á cada lado de la herida tiras de diaquilon reunidas por vendoteles anudados por delante de ellas. Encima se coloca un vendaje de uata de mediano espesor, cubierto de una capa de seda y mantenido por una venda. Koeberlé coloca tres ó cuatro haces de hilo que se disocian y se colocan en forma de pata de ganso por una de sus extremidades, que se fijan sólida-

mente con colodion á ambos lados de la herida, mientras que por la otra extremidad que corresponde á la línea media se reúnen en haz y sirven para hacer el nudo.

La secrecion de la herida se limita generalmente á algunas gotas de pus que se vierten por los agujeros de los puntos de sutura ó por los puntos de la herida que no están en íntimo contacto. La supuración no es abundante sino en los casos en que los bordes de la herida han sido maltratados durante la operacion, cuando la pared abdominal estaba edematosa ó muy cargada de grasa, ó bien cuando el método antiséptico ha sido aplicado de una manera incompleta, en cuyos casos no se verifica en una gran parte de la longitud de la herida la reunion por primera intencion. Como la presencia de pus á nivel de los puntos de sutura y la formacion de abscesos en la herida ó en su vecindad puede dar origen á la produccion de erisipelas ó de fusiones purulentas en la vaina abierta de los músculos rectos, es preciso por medio de una incision ó con ayuda de un estilete crear un libre camino al pus, y excusado es decir que en este caso es necesario cambiar más frecuentemente el vendaje.

En algunos casos, ántes ó despues del desprendimiento de las suturas, se encuentran separados los bordes de la herida en una mayor ó menor extension.

Es raro que este sensible accidente sea debido exclusivamente á una accion mecánica, tal como la caida prematura de los hilos, tos ó vómitos. Lo más comunmente el mecanismo es otro distinto: ha habido inflamacion de origen infeccioso en los bordes de la herida y ausencia de reunion por primera intencion, ó bien meteorismo y distension del abdómen por una peritonitis séptica. Los intestinos pueden formar hernia á traves de la herida y aún pueden aparecer fenómenos de estrangulacion. Naturalmente, en este caso se debe introducir el intestino despues de haber reducido su volúmen, si fuera necesario con ayuda de una puncion, consolidando despues la sutura mediante la aplicacion de vendoteles de aglutinante. Este fin no se logra, por otra parte, sino cuando los bordes de la herida han sido separados por accion mecánica y cuando están completamente sanos. El pronóstico en absoluto es desfavorable, no sólo bajo el punto de vista plástico, sino tambien bajo el punto de vista de la salvacion de la vida de la enferma, que está en juego desde que existe una infeccion de los bordes de la herida ó una peritonitis séptica.

Cuando ha quedado fijo el pedículo en la herida *es preciso ante todo impedir la putrefaccion del pedículo*, y no debe olvidarse que la gangrena se propaga muy léjos por detras del clamp y de la ligadura, siguiendo las partes centrales del muñon. Se aplicará, pues, sobre éste el hierro candente, el cloruro de zinc ó un vendaje seco, cuya uata esté impreg-

nada de esta última sustancia, pudiendo de esta suerte mantenerse los tejidos en un estado aséptico. No se debe retirar el clamp antes del décimo día, porque solamente en este momento existe una adherencia íntima entre el pedículo y el ángulo inferior de la herida. Si se retira más pronto, cae espontáneamente antes de este momento el pedículo y se hunde en la cavidad abdominal profundamente, y aún en los casos más desfavorables puede desprenderse completamente de la herida é infectar el peritoneo. También, cuando el clamp no se retira en tiempo oportuno, el ángulo inferior de la herida presenta la forma de un

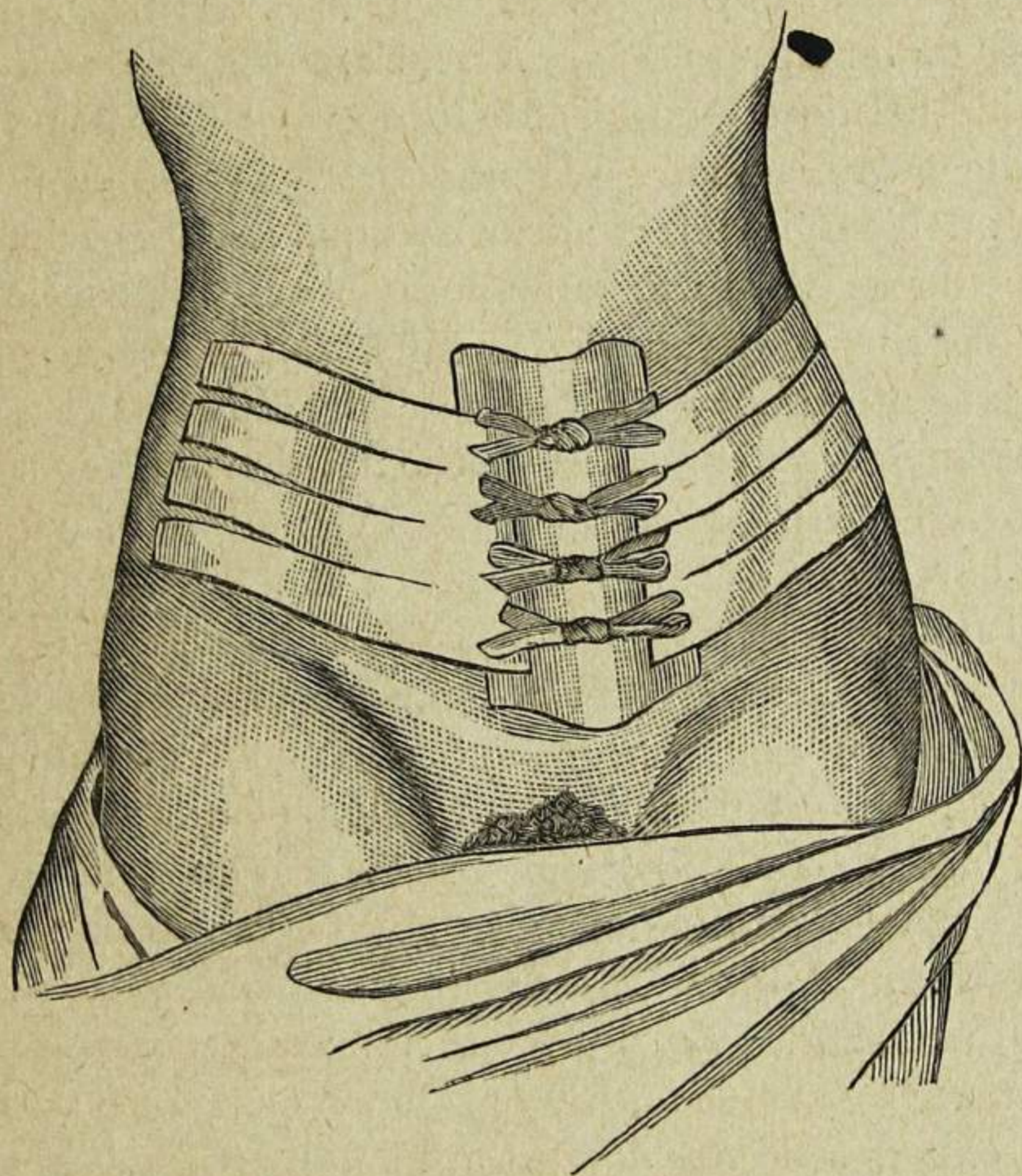


Fig. 120.

embudo más ó ménos perfecta, segun la intensidad de las tracciones, en el fondo del cual se ven todavía colgajos gangrenosos que no se desprenden completamente hasta en el trascurso de la tercera semana. A partir de este momento esta depresion se llena rápidamente de proliferacion granulosa y de retracciones cicatriciales. Es muy raro ver á consecuencia de la abundancia de mamelones carnosos formar salida al pedículo por delante de la pared abdominal, salida que desaparece comunmente á consecuencia de un arrugamiento muy marcado que puede activarse por medio de cauterizaciones.

Art. 12. — Accidentes que pueden preceder ó seguir á la operacion.

Los casos de MUERTE SÚBITA acaecida durante la operacion ó poco tiempo despues de efectuada se cuentan afortunadamente entre las complicaciones más raras. Cuando sobreviene este accidente es preciso en algunos casos acusar á la larga duracion de la anestesia ó á la eleccion de anestésico, recordando á este propósito lo que nosotros hemos dicho en favor del éter y contra el cloroformo en las enfermas debilitadas y abatidas. Otras veces es preciso atribuirlo á hemorragias procedentes de la ruptura de vasos venosos de la pelvis ó del epiploon, que han sido heridos durante el acto operatorio. Basta vigilar muy atentamente cada maniobra que se practique, modificándolas segun los casos (por ejemplo, no practicar más que la extirpacion parcial en los casos de desarrollo intraligamentoso del tumor), con lo cual estos accidentes ocurren muy rara vez. La muerte puede sobrevenir tambien muy rápidamente sin que haya hemorragia. En estos casos parece ser debida á la anemia cerebral. Este accidente tiene lugar principalmente despues de la extirpacion de tumores voluminosos, porque la sangre afluye entónces á los vasos abdominales, sometidos á una presion inferior en mucho á la presion normal.

Entre las complicaciones más extrañas colocaremos este accidente, que se designa bajo el nombre de *shoc* (choque traumático). Sólo hasta cierto punto es posible admitir una parálisis del corazon, de origen reflejo, debida á lesiones extensas de las terminaciones nerviosas en los órganos abdominales; en el caso en que ha sido necesario ejercer un traumatismo realmente grave, cuando se han destruido extensas adherencias, sobre todo adherencias intestinales. En estos casos la muerte se produce durante la operacion ó poco tiempo despues. Los experimentos sobre los animales, así como la Clínica, nos enseñan que todo traumatismo que actúe sobre el peritoneo ó sobre los órganos abdominales puede ejercer una accion refleja depresiva sobre el corazon y sobre los pulmones (1). Cuando durante una operacion hay necesidad de practicar alguna larga maniobra sobre los intestinos, se observa frecuentemente una súbita modificacion de la facies de la enferma, los ojos se hundén, el pulso se hace débil y la respiracion jadeante y superficial. Con el reposo todos estos síntomas se atenúan y desaparecen; pero se concebirá fácilmente que puede bastar un traumatismo extenso y prolongado para provocar una parálisis del corazon rápidamente mortal.

(1) Gutsch. *Ueber den Schoc*. Tesis de Estrasburgo, 1878.

Pero si no ha habido gran traumatismo; si la muerte, aunque precedida de todos los signos de depresion, no sobreviene sino al cabo de dieciocho, veinticuatro ó treinta y seis horas, será preciso buscar otra explicacion.

Las investigaciones de Wegener nos han enseñado que puede ser debida *al descenso de la temperatura del cuerpo* á consecuencia de la gran pérdida de calórico á que está sometido el peritoneo, cuando ha estado puesto al descubierto (casos en los cuales se ha descubierto el peritoneo, así parietal como visceral, y la cara superficial del tumor). Esta causa de muerte está casi siempre asociada á otras.

Supongamos, por ejemplo, un caso en que el tumor es voluminoso, que ha contraído adherencias fuertes y extensas con los órganos vecinos; será preciso practicar una ancha incision sobre la serosa; la operacion durará dos horas y media ó más; se encontrarán grandes dificultades para destruir las adherencias y asegurar la hemostasia; puede ser escasa la habilidad del operador y defectuosa la asistencia. Hé aquí una operacion larga y difícil, en la cual observaremos los fenómenos de colapso (temperatura por bajo de la normal, facies especial, postracion, pulso pequeño, lento primero y acelerado despues, respiracion superficial), fenómenos que los ingleses designan bajo el nombre de *SCHOC*. Tales son los síntomas que preceden á la muerte cuando acaece durante las treinta y seis primeras horas. Es incontestable que una anestesia prolongada, las hemorragias y las dificultades operatorias juegan aquí un gran papel que hay que añadir á la accion del enfriamiento. Pero la influencia de este último predomina muy frecuentemente y nosotros debemos dirigir sobre este punto toda nuestra atencion bajo el aspecto preventivo.

En fin, pueden verse los fenómenos del choque combinarse con los de la septicemia más aguda, y es una verdad que muchos fenómenos descritos anteriormente bajo el nombre de *shoc* deben ser colocados entre los de la septicemia porque coexisten con una elevacion manifiesta de la temperatura y aun con alteraciones anatómicas del peritoneo.

Las lesiones de vecindad más importantes son las del intestino, las de la vejiga y las del uréter.

Lo más frecuentemente estos órganos se desgarran ó se cortan cuando se destruyen las adherencias: inmediatamente despues colocaremos los casos de picaduras del intestino, picaduras hechas durante la sutura, ó, como en el caso de Heath (1), puede herirse el intestino cuando se prolonga la herida abdominal, ó bien cuando, con el bisturí ó con

(1) Heath. *Vischer Orvosi hetilap.*, 1876, núm. 25.

las tijeras, se practica la primera incision. El tratamiento de las heridas del intestino y de la vejiga varía segun la extension y la forma de la herida. Si la desgarradura ó la incision son pequeñas, se cogen los bordes de la herida con una pinza, se los levanta y se practica una sutura con seda lo más fina posible. Si la herida es muy extensa, despues de haber regularizado los bordes de la misma se debe colocar una sutura anudada, regular, que afronte completamente los labios del peritoneo, ligeramente vueltos hácia afuera. No es preciso suturar el intestino á la herida abdominal (1) y practicar así un ano artificial, sino cuando la herida es muy extensa, muy irregular, y cuando la reseccion del intestino, á consecuencia de la extension de las lesiones, parece impracticable.

Los cuatro casos hasta ahora conocidos de *lesion de los uréteres*, que han curado todos, ofrecen un gran interes. En todos estos hechos se trató de extirpaciones muy complicadas de tumores desarrollados en el interior de los ligamentos, ó bien de casos en que ha habido necesidad de practicar á la vez la ablacion del útero y de los dos ovarios (Walther Simon). El uréter fué, ya cortado durante la operacion, ya cogido en una ligadura. En todos desde el principio la orina se derrama en la cavidad peritoneal, más tarde sale por una fistula uretero-abdominal situada en el ángulo inferior de la herida. Sin embargo, se ha visto en un caso que el uréter, cuya extremidad vesical estaba obliterada, no abrirse directamente en la cicatriz de la pared abdominal, sino comunicar desde el principio con una especie de pequeño reservorio colocado entre la pared abdominal y la vejiga.

En el primer caso — extirpacion del útero y de los ovarios por Walther d'Offenbach — la orina se vaciaba por el uréter izquierdo, siguiendo el pedículo que estaba fijo por fuera del peritoneo. Gustavo Simon curó la enferma extirpando el riñon izquierdo (2).

El segundo caso fué observado por Nussbaum. Este cirujano tenía que disecar un tumor que había contraído anchas adherencias con el revestimiento peritoneal del útero; había fijado el pedículo en un magullador metálico. Retiró el magullador al cabo de once días y debió emplear una gran fuerza, escapándose en este momento una cantidad considerable de orina por la herida abdominal. Nussbaum hizo un nuevo uréter. A este fin creó un camino desde la vejiga al reservorio urinario que estaba detras de la herida abdominal, haciendo pasar un trócar por el uréter, y mantuvo abierto este conducto por medio de una cánula hasta que curó la fistula.

(1) Protheroe Smith. *Lancet*, 4 de Marzo de 1871.

(2) *Chirurgie der Nieren*, parte I. Erlangen, 1871.

Hegar y Müller siguieron la misma conducta. Hegar, habiendo cortado el uréter enucleando un tumor intraligamentoso, hizo una herida en la vejiga y ensayó suturar el uréter. Esta tentativa fracasó y la orina se derramaba en parte por la herida abdominal y en parte por el desagüe vaginal. Después de haber retirado este último, el orificio situado en el espacio de Douglas se oblitera y la orina se derramaba solamente por la herida abdominal. Entonces el operador practicó un uréter artificial puncionando la vejiga. La fístula abdominal se estrechó muy lentamente, y al cabo de nueve meses no quedaba más que un canal capilar, por el cual se escapaban únicamente muy pequeñas cantidades de orina.

En el caso de Müller (1) el operador no había extraído más que una parte del tumor y había suturado en la herida abdominal el segmento intraligamentoso inferior del tumor. Hasta el décimo día todo marchaba regularmente; después se formó en la profundidad una fístula urinaria que se prolongaba hasta el uréter. Se hizo comunicar el uréter con la vejiga reuniendo ésta á la herida y tratando de obturar esta última por muchas operaciones plásticas sucesivas. En Septiembre de 1879 quedaba todavía una pequeña fístula.

Debemos siempre temer complicaciones cuando la operación comenzada no ha sido terminada. Hacemos aquí completa abstracción de los casos en los cuales se propone solamente el operador hacer una incisión exploradora (2), para esclarecer un diagnóstico ó para precisar si debe intentarse una operación; no hablaremos tampoco de los casos en los cuales la pared abdominal ha sido abierta y después cerrada porque el cirujano ha podido apreciar que la situación no permite una tentativa quirúrgica. Para nosotros la *ovariotomía es incompleta* cuando se ha comenzado ya la extirpación del tumor, cuando se le ha puncionado, cuando se han destruido adherencias y que en este momento durante la operación misma se ha reconocido que esta última era impracticable ó que exponía á peligros muy considerables.

(1) Tercera sesión de la sección de Ginecología del Congreso de Baden. (*Ueber äussere Glarnleiter fistulu.*)

(2) La incisión exploradora tiene indicaciones más y más limitadas desde los progresos recientemente realizados en el diagnóstico de los tumores abdominales y en el manual operatorio. Se extirpan hoy gran número de tumores que hasta poco há se consideraban inoperables (tumores del útero, del bazo, del epiploon, hidronefrósis, quistes hidáticos). Si no se puede extirparlos, se puede, después de la laparotomía, intervenir de otra manera. En cuanto á los tumores del ovario, la incisión exploradora no puede ser propuesta sino cuando se trata de determinar la situación desfavorable de un tumor ó su naturaleza maligna. En el primer caso podemos resolvernos á transformar la operación practicando el desagüe ó la extirpación parcial. En el segundo caso la incisión exploradora es una operación que, visto el peligro de la peritonitis, no se intentará sino cuando se hayan puesto en práctica todos los demás procedimientos sin éxito alguno.

Merced á los progresos del manual operatorio estos casos son ahora raros en extremo. Cuando existen adherencias parietales ó intestinales, no son éstas solamente las dificultades del manual operatorio que nos obligan á interrumpir la operacion. Si se trata de un quiste supurado puede temerse, en efecto, ver derramarse el contenido del tumor en la cavidad abdominal; si el tumor es maligno puede reconocerse que por las adherencias se ha propagado á los órganos vecinos. Debemos, en fin, abstenernos de terminar la operacion cuando existen adherencias íntimas con los órganos de la pelvis, ó es preciso correr el riesgo de herir los gruesos troncos vasculares pelvianos, la vejiga ó los uréteres.

En las ovariectomías incompletas el tratamiento debe ser análogo al que nosotros hemos indicado al tratar de la extirpacion parcial y metódica de los quistes intraligamentosos con sutura del saco á la herida abdominal (véase el art. 7.º). Tambien en este caso el tumor que ha sido abierto por una puncion ó por una incision, ó que ha sido parcialmente extirpado, debe ser aislado del peritoneo. Tambien se practicará una sutura que unirá la superficie entera del tumor á los labios de la herida, se multiplicarán las inyecciones antisépticas y se pondrá en práctica el desagüe vaginal para evitar la putrefaccion y la estancacion de productos segregados. En ambos casos la porcion que ha quedado debe desaparecer por supuracion, pero el peligro es aquí más considerable porque debe abandonarse no solamente un segmento abdominal del tumor, sino toda una parte del tumor que ha sido extraida del abdomen, haciéndose de esta suerte muy considerable la superficie supurante. La mujer está expuesta á los peligros de una infeccion séptica inmediata, y más tarde, si escapa de este riesgo, sucumbe frecuentemente á un agotamiento supuratorio, estando su vida en constante peligro por peritonitis intercurrentes, flemones desarrollados alrededor del saco y trombosis con pihemia consecutiva.

El pronóstico se hace aún más deplorable cuando los fragmentos sólidos del tumor han sido extraidos y cuando las partes que quedan están picadas y no pueden ser reunidas á la pared abdominal y aislarse de la cavidad peritoneal. Rara vez basta en este caso el desagüe más completo para eliminar completamente los restos del tumor.

Las *hemorragias secundarias* tienen casi siempre su origen en los vasos del pedículo, en las superficies de las adherencias que se han destruido y en el tejido celular: rara vez provienen de los labios de la herida abdominal. Sin embargo, Bayless (1) ha visto una operada sufrir una hemorragia procedente de una arteria de la pared abdominal veinte horas despues de la operacion.

(1) *Saint-Louis. Med. and. Surg. Journal*, Marzo, 1853.

Las hemorragias secundarias sobrevienen en las veinticuatro primeras horas que siguen á la operacion, ó son tardías y se presentan del octavo al duodécimo día; segun la salida de la sangre y segun el método de tratamiento seguido, la hemorragia es externa ó interna. En un solo caso se efectúa á la vez en las dos direcciones: cuando una hemorragia en su principio interna se fragua salida hácia afuera á través del ángulo inferior de la herida que permanece abierto.

Cuando el pedículo ha sido fijado por fuera del peritoneo la hemorragia es por lo comun debida á que el pedículo ha sido seccionado por el clamp ó por el hilo del magullador, ó á que ha sido desgarrado cuando se ha retirado el clamp prematuramente. En otros casos se trata de una erosion de los vasos de un pedículo que no se ha mantenido en un estado perfectamente aséptico. Mientras el pedículo esté suficientemente unido á la herida abdominal se puede coger el vaso que sangra directamente con una pinza y ligarle, ó bien taponar el embudo situado en el ángulo inferior de la herida con uata impregnada en la disolucion de percloruro de hierro. Pero si el pedículo está parcial ó completamente separado de los bordes de la herida, debe abrirse de nuevo el ángulo inferior de ésta y ligar el pedículo, ya en masa, ya parte por parte.

En un caso en que había producido una hemorragia semejante al duodécimo día, Koeberlé se vió obligado, despues de un taponamiento infructuoso, á aislar el pedículo, que aún estaba un poco adherido á la pared abdominal, y á coger la arteria ovárica, que daba sangre, con una pinza que hizo penetrar á 6 centímetros de profundidad entre las asas del intestino delgado, en la cavidad abdominal: la enferma curó. En estos casos difícilmente puede evitarse tener que recurrir al desagüe vaginal ó abdominal, porque el peritoneo está infecto á consecuencia de su contacto con la cara superficial del pedículo gangrenado.

Las *hemorragias intraperitoneales secundarias* tienen una gravedad muy diferente segun los casos.

Si la sangre proviene de la superficie de las adherencias que han sido destruidas, no se observa frecuentemente más que un exudado peritoneal teñido en sangre. En los casos más desfavorables — casos por lo general rápidamente mortales — la hemorragia es debida á la caída de ligaduras colocadas sobre el pedículo ó sobre el epiploon. Gracias á los progresos realizados en el manual operatorio estos accidentes funestos pueden evitarse de una manera casi absoluta, en tanto que antiguamente, cuando siempre se ligaba en masa el pedículo, no eran muy raros. Se reconocen las hemorragias intensas en los síntomas de anemia, en el levantamiento doloroso de las dos regiones inguinales y en el gran descenso del repliegue de Douglas. En estos casos de hemorragia intensa el único recurso consiste en volver á abrir la cavi-

dad abdominal y renovar las ligaduras. En muchos casos el diagnóstico entre una hemorragia interna y una septicemia aguda con exudado peritoneal puede ser difícil algunas veces. En esta alternativa el cirujano está cumplidamente autorizado para abrir la pared abdominal con objeto de establecer el desagüe.

Otras veces la hemorragia es catamenial y aparece mucho tiempo después de la operación. Estas hemorragias, á consecuencia de su poca extensión, dan lugar á muy corto número de síntomas, pero pueden ser la causa de una recidiva en el caso de existir una pelvi-peritonitis ya curada, y por la cantidad de sangre derramada pueden poner la vida de la paciente en grave riesgo.

Después de la ovariectomía las causas más frecuentes de muerte son la *septicemia* y la *peritonitis*. Ambas reconocen como punto de partida la penetración de gérmenes en la herida.

La muerte puede ser ocasionada por la septicemia ántes de que se produzcan cambios apreciables en la cavidad abdominal, ó sin que la autopsia demuestre otra cosa que un aspecto empañado del peritoneo, un ligero edema del tejido celular retroperitoneal ó la presencia de una pequeña cantidad de exudado sero-sanguinolento.

En la mayor parte de los casos se encuentra á veces una peritonitis más ó menos extensa. Los gérmenes que se han introducido descomponen los líquidos, y éstos se corrompen é irritan el peritoneo, produciéndose una reabsorción y la intoxicación pútrida. La septicemia y la peritonitis raras veces están dissociadas; en otros términos, la septicemia conduce generalmente á una peritonitis difusa (1).

Bajo el punto de vista clínico la enferma presenta, ya los síntomas de una afección séptica, ya los de una peritonitis; en otros casos el estado de colapso en el cual se encuentra la enferma imprime al caso un sello especial. La fiebre, en razón á todas estas circunstancias, no presenta ningun tipo especial; generalmente á las veinticuatro horas, cuando la temperatura de colapso del principio ha desaparecido, se ve al termómetro elevarse á 39°, á 40° y aún por cima de esta cifra. Pero no es ésta siempre la regla general. La temperatura no se mantiene á tan alto grado constantemente, sino que por caídas intermitentes vuelve á descender á la normal, lo que está en contradicción con la gravedad del padecimiento. El pulso nos ofrece signos más positivos porque aumenta de frecuencia hasta el final y al segundo día late 120 ó 140 veces por minuto, siendo pequeño, fácilmente depresible é irregular. Además predominan entre los síntomas de la enfermedad los fenóme-

(1) La peritonitis no sobreviene siempre inmediatamente después de la operación; su aparición puede ser tardía y ser debida á la ruptura de un absceso ó á la perforación de un asa intestinal.

nos de la peritonítis, sensibilidad á la presión en el abdomen, meteorismo y vómitos especiales. Nuestra terapéutica es impotente contra la septicemia primitiva, y aún nosotros creemos, después de nuestra experiencia, que en los casos de accidentes difusos no ha podido jamás ser conjurada la muerte por la decisión heroica de abrir de nuevo la cavidad abdominal desde el momento en que aparecen los síntomas sépticos y eliminar por un desagüe secundario los exudados que se corrompen (1). Los narcóticos en casos muy raros han producido éxito, impidiendo, á consecuencia del reposo del intestino, la difusión de las materias pútridas y localizando de esta suerte la enfermedad. Su empleo está además indicado á causa de los dolores y de la agitación, además de la acción que también parece que ejercen, y muy activa, contra los vómitos. Koeberlé (2) ha empleado con satisfactorio éxito la bomba estomacal contra los vómitos y el meteorismo. Si á consecuencia de ser muy notable este último síntoma existiera una gran dificultad respiratoria, puede aliviarse á la enferma puncionando el intestino con un trocar capilar. Es también necesario puncionar los intestinos cuando éstos vienen á separar los labios de la herida abdominal y es imposible reducirlos por ningun otro medio.

El proceso infeccioso no siempre está generalizado. Los fenómenos de exudación y de reabsorción pueden, en los casos favorables, limitarse á una pequeña región del peritoneo en la cual las sustancias descompuestas se enquistan afortunadamente. Tenemos desde entonces un foco circunscrito sero-sanguinolento, purulento ó pútrido, que tiene su asiento en la cavidad peritoneal. En este caso se observa la producción de algunos signos de absorción pútrida en los primeros días; elevación de la fiebre, vómitos, sequedad de la lengua y aún delirio; pero la parte superior del abdomen permanece blanda é insensible, mientras que puede fácilmente reconocerse el foco enquistado en el repliegue de Douglas.

Si entonces no se obra, se ve generalmente sobrevenir la muerte por septicemia ó por rotura del quiste en la cavidad abdominal; siendo muy raro observar que el absceso se abra espontáneamente hácia afuera en una buena dirección, á través, por ejemplo, del ángulo inferior de la herida abdominal. Es, pues, preciso, desde que se ha reconocido su existencia, vaciar el quiste artificialmente por la vagina. Cuando confina con la pared abdominal, ó bien cuando amenaza abrirse en un punto de ella por perforación espontánea, puede practicarse el lavado del saco. Spencer Wells, Keith, Freund y otros autores han ob-

(1) Véase la práctica de Schroeder. *Deutsche Med. Wochens.*, Marzo, 1879.

(2) *Archiv. de Tocologie*, Julio, 1876.

tenido resultados muy satisfactorios de la apertura de focos así enquistados.

Una forma de peritonitis completamente diferente de las anteriormente descritas es la que está caracterizada por su principio tardío y su marcha crónica. Aparece cuando las materias duras y secas, tales como, por ejemplo, hilos de ligadura insuficientemente desinfectados, provocan la inflamación ó son vehículo de agentes infecciosos.

En estos casos los tejidos ligados constituyen, en ausencia de los líquidos putrescibles, la sola y única causa de septicemia, faltando los síntomas de ésta como primitiva. La fiebre no es elevada ó no aparece sino al cabo de la primera semana. En la segunda y en la tercera podemos reconocer la presencia de nódulos de exudado alrededor de fragmentos de epiploon, de adherencias que han sido destruidas y del pedículo que ha sido ligado. Los productos inflamatorios enquistados se reabsorben frecuentemente, afectando entónces la fiebre el tipo remitente. En otros casos se produce un absceso intraperitoneal (empiema abdominal circunscrito) y el foco se rompe. Generalmente esta rotura se hace en una buena dirección, hácia el exterior ó en los órganos vecinos (intestinos, vejiga, vagina) y solamente — en estos casos es un hecho excepcional — hácia la parte de la cavidad abdominal que queda libre.

Lo más frecuentemente, la perforación se verifica en el recto y en la pared abdominal; el pus se vierte acompañado de grandes colgajos de tejidos á los cuales permanecen atados los hilos de las ligaduras (1). Después de la extirpación de un quiste intraligamentoso, Kaltenbach se vió obligado á ensanchar con la laminaria el orificio de la perforación que se había hecho en el ángulo inferior de la herida con el fin de permitir la eliminación de numerosos colgajos de tejidos gangrenosos que habían sido ligados, ya con seda, ya con catgut.

A veces se observa la producción de una trombosis venosa extensa que tiene su asiento en los vasos del pedículo ó en otras masas de tejidos cogidos con la ligadura. Esta trombosis puede propagarse hasta las venas de la pelvis y del muslo, y seguir la vena espermática hasta la cava. Puede también observarse la producción de una *flegmasia alba dolens* doble, y en algunos casos, aunque raros, una embolia pulmonar mortal. Las trombosis vasculares pueden estar infectadas por los nódulos purulentos ó pútridos que tienen su asiento en el peritoneo, ó bien por la gangrena del pedículo fijo por fuera de esta serosa. Este trombus puede disgregarse y dar origen á múltiples embolias pioémicas.

(1) Hegar. *Wolkmann's Klinik. Vorträge.*, núm. 109.

En algunos casos la muerte despues de la ovariectomía debe ser atribuida á un aniquilamiento debido á la supuracion.

Un accidente que no es muy raro es la *oclusion intestinal*, que puede producirse de maneras muy diferentes. A veces es preciso acusar al cirujano, que ha cogido en la sutura un asa intestinal y la ha atraido con el pedículo fuera de la herida de la pared. Schuh y Schinzinger han visto en la segunda semana despues de la operacion producirse una torsion del intestino por donde hasta entónces todo habia pasado bien. En el caso de Schinzinger la torsion habia sido ocasionada por

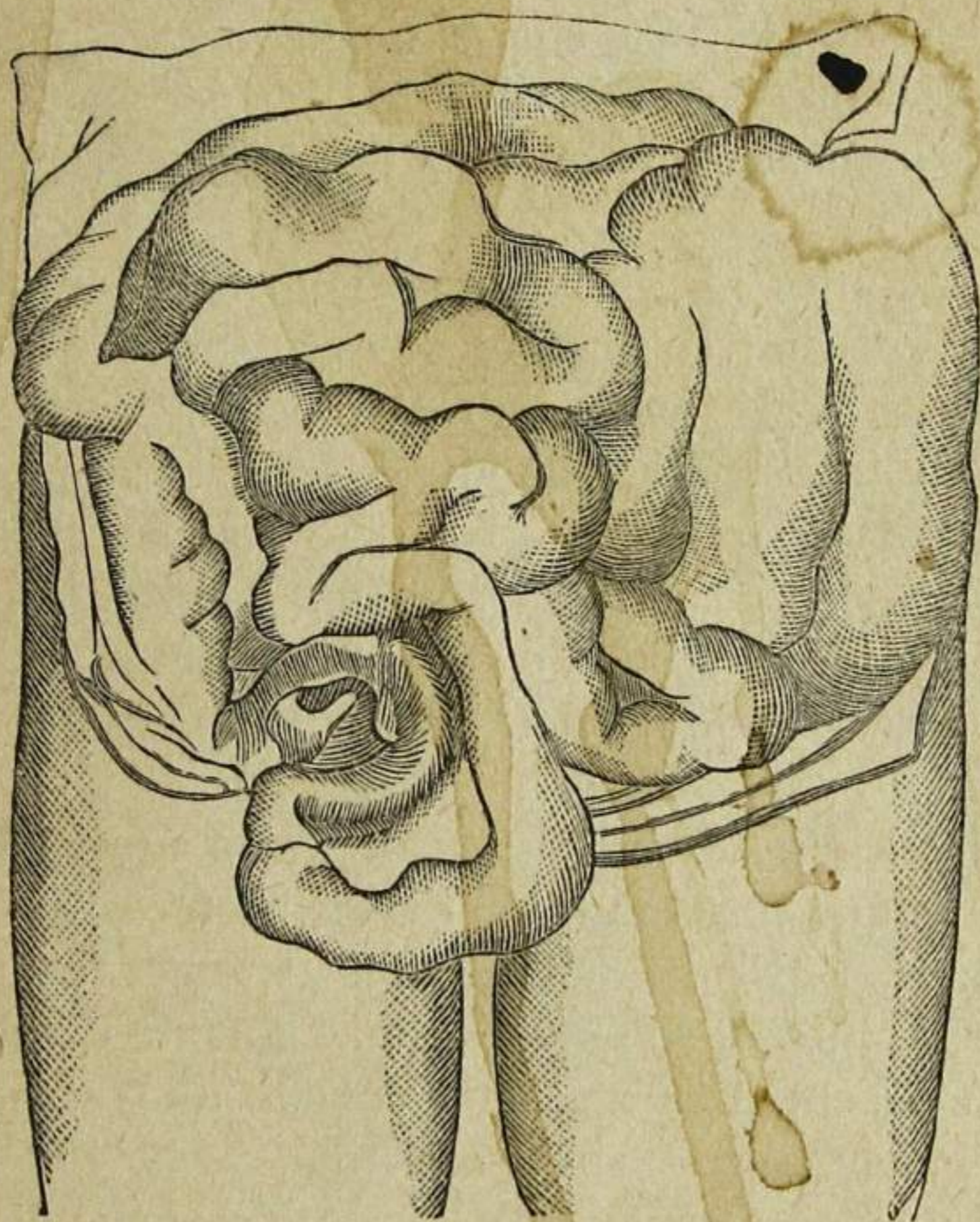


Fig. 121.

el retraimiento del mesenterio, pero ordinariamente el mecanismo es muy diferente. Las asas intestinales (1) están rodeadas por el pedículo fuertemente extendido, y fijadas en la herida abdominal por un largo cordon, vestigio de una adherencia, ó por una parte del epiploon adherente, etc., pudiendo, en fin, hacer un pliegue del intestino á consecuencia de adherencias contraidas por el pedículo con la pared ab-

(1) Schroeder (*Berl. Klin. Wochens.*, 1879, núm. 1.º) ha visto ser sujetado el recto por el pedículo por delante de la articulacion sacro-iliaca.

dominal (1), con el fondo de la cavidad pelviana, la pared de un absceso ó de un órgano cualquiera abdominal (vejiga, útero).

La *fig. 121* representa un caso de esta naturaleza, observado por Spencer Wells.

Se trataba de una parte del intestino delgado, vecina de la válvula íleo cecal, enrollada alrededor del pedículo; la obstrucción era debida á una fuerte flexión entre las partes adherentes del intestino delgado y las partes libres, que estaban ampliamente dilatadas.

No es raro ver combinarse estos dos últimos mecanismos.

Se puede ver, por ejemplo, á un asa intestinal vecina del punto adherente, no sólo plegarse, sino también volverse más ó menos alrededor de su eje. La disposición de estos órganos puede también ser de tal manera complicada que sea muy difícil reconocerlos aún sobre la mesa de autopsias.

Finalmente, un ojal abierto artificialmente durante la operación en el epiploon ó el mesenterio, puede constituir la causa de la estrangulación. (Véase el art. 7.º del cap. III.)

La oclusión intestinal puede aparecer en los primeros días que siguen á la operación, ó semanas ó meses después. En el primer momento se la desconoce con facilidad suma, porque los vómitos, el estreñimiento, la imposibilidad de expulsar gases inmediatamente después de la operación son frecuentemente síntomas que se atribuyen á otras causas.

El diagnóstico es difícil cuando al propio tiempo existen fiebre y peritonitis, porque en este último caso existen casi siempre signos de oclusión intestinal. El diagnóstico es fácil, sobre todo cuando los signos de oclusión interna se producen tardíamente después de una convalecencia hasta entonces normal y cuando estos signos se presentan bajo la forma aguda, pero sin fiebre.

Desde el momento en que se ha establecido el diagnóstico, debe abrirse de nuevo la cavidad abdominal, investigar la causa de la estrangulación y destruirla cuando esto es posible. Los casos más favorables son aquellos en los cuales existe una simple torsión del intestino (enroscamiento de bridas á su alrededor), ó rotura del mismo á consecuencia de estrechas adherencias. Pero las probabilidades de éxito disminuyen cuando se trata de una peritonitis que ha dado origen á adherencias muy extensas, porque en este caso las superficies adherentes que han sido separadas se adhieren de nuevo, dando lugar á una oclusión mortal.

(1) Olshausen ha observado que puede verse sobrevenir la oclusión, en los casos de antiguas adherencias del pedículo al intestino, cuando el pedículo está fijo á la herida abdominal y atrae al último. (Véase *loc. cit.*, pág. 363.)

Los resultados de la operacion parece que han sido muy poco favorables hasta ahora. En muchos casos operados por Hegar en nuestra clinica solamente dos veces ha logrado destruir radicalmente la oclusion. De estos dos casos, en uno de ellos existía una brida alrededor del intestino; en el otro existía una íntima adherencia con la pared de un gran absceso intraperitoneal, que fué abierto al mismo tiempo. La primera enferma murió diez días más tarde (seis semanas despues de la operacion) (1).

Debemos fijar toda nuestra atencion en el tratamiento preventivo. Cuando el pedículo es corto, ó está adherido al intestino, no se debe, bajo ningun pretexto, fijar aquél por fuera del peritoneo. Ya hemos descrito anteriormente las reglas que deben presidir á la limpieza del peritoneo y á la aplicacion de las suturas. Se evitan las adherencias del intestino cogiendo el peritoneo en la sutura y separando el epiploon por detras de la herida abdominal. Es preciso cuidarse de no destruir, por la irradiacion del hierro candente, por lesiones mecánicas ó por el empleo de los antisépticos muy concentrados, el epitelio del peritoneo.

Debemos siempre vigilar el epiploon, destruir las bridas que puedan unirle a la pared abdominal ó á los órganos de la pelvis, obturando los orificios que resulten de la ablacion de partes más ó ménos extensas, etc.

En ciertos casos se observan despues de la ovariectomía *fístulas* por las cuales se escapan las materias fecales, que son siempre debidas despues de la operacion á que la perforacion se establece sobre un punto limitado, ó bien á que un exudado enquistado se rompe á la vez en el intestino y en la parte de la herida que permanece abierta.

Finalmente, las fístulas fecales pueden tambien ser producidas por picaduras hechas en el intestino en el momento de aplicarse los puntos de sutura. En un caso de Lyon (2) la herida abdominal estaba incompletamente cerrada; en el fondo se veía un asa intestinal adherente presentando muchas perforaciones de la extension de una cabeza de alfiler, por las cuales se escapaban hácia afuera los gases y las materias fecales. No se obtuvo resultado alguno de las muchas tentativas operatorias que se hicieron. Keith en un caso (3) observó que se formaba un exudado pelviano alrededor del pedículo que había sido introduci-

(1) Citamos como hecho curioso la observacion de Jenks. Este autor vió una enferma que, á partir del noveno día despues de la operacion, presentaba signos de oclusion intestinal. El vigésimoprimer día tenía una timpanitis enorme; se la vuelca sobre la cabeza y expele de golpe una gran cantidad de gases por el ano. (*Sur le traitement de la timpanite après l'ovariotomie par le renversement du corps. Amer. Journ. of Obstetr.*, Julio de 1878, página 513.)

(2) *Glasgow. Med. Journ*, 1867, pág. 161.

(3) *Glasgow. Med. Journ*, 1867, pág. 295.

do en la cavidad abdominal, cuyo exudado atravesó rompiendo la pared abdominal y despues el recto. Despues de algun tiempo se observó que ademas del pus atravesaban el orificio de la pared abdominal algunas materias fecales. La fístula curó espontáneamente. Bryant (1) observó en un caso que los hilos de las ligaduras eran rechazados algunos meses despues de la operacion por un ano contranatural situado en el ángulo inferior de la herida. En un caso de Spencer Wells, el pedículo, sobre el cual fueron colocados hilos de ligaduras cortados muy al rape, fué despues introducido en la cavidad abdominal: un hilo que había sido colocado alrededor de una fuerte adherencia situada en la fosa iliaca izquierda, tenía un cabo que pasaba á traves de la herida abdominal. Se observó que á lo largo de este hilo se derramaba primero un poco de pus y despues materias fecales. La enferma murió á los veinte meses de la operacion, encontrándose en la autopsia, entre el hueso iliaco, el recto y el borde izquierdo del intestino, una cavidad llena de pus que por una parte comunicaba con el recto y por otra con las asas intestinales. Ademas conocemos las observaciones de Atlée (2), Olshausen (3) y A. Doran (4).

No es raro que la abertura del intestino sea bastante accesible para que pueda cerrarse por medio de una cauterizacion ó de una sutura. Si el conducto intestinal está, no solamente destruido en un punto de su pared, sino que presenta un espolon, es preciso intentar la reunion, haciendo la operacion del ano contranatural (destruccion del ángulo saliente por medio de las tijeras de Dupuytren, etc.). Si la fístula intestinal es muy profunda, comunica con un absceso intraabdominal por un largo trayecto fistuloso. En este caso es preciso limitarse á cuidados de limpieza, vigilando para que no haya retencion de los productos segregados por la herida. La fístula se cura algunas veces espontáneamente, como ocurrió en los casos de Keith y Atlée.

Una causa de muerte relativamente frecuente es el *tétanos*. A los 24 casos reunidos por Olshausen pueden añadirse los 7 nuevos citados por Bardenheuer (5), Boye (6), Gilmann Kimball, Gregory y Parvin (7), en cuyos 31 casos sólo en 4 había sido introducido el pedículo en la cavidad abdominal (Kimball, Stilling (8), Boye). Pero Kimball

(1) *Lancet*, Febrero, 1868.

(2) *Diseases of the ovaries*, pág. 398.

(3) *Americ. Journal of Med. Sciences*, Octubre, 1871, pág. 409.

(4) *Krank. d. Orarien*, pág. 381.

(5) *Perforating ulcers of the ileum from obstruction after ovariectomy*. *Brit. Med. Journal* 1879, t. I, pág. 286.

(6) Comunicacion escrita.

(7) Boye. *Howitz Gynäk. Obst. Med.* 1878, t. II.

(8) Para los tres últimos, véase Th. Parvin de Indianapolis. *Tetanus after ovariectomy*. *Gynäk. Transact.*, t. II, 1878.

había fijado en la herida abdominal un fragmento del epiploon ligado, y en el caso de Stilling el pedículo había sido cogido en un clamp provisional. Quedan, pues, dos casos en los cuales el pedículo había sido introducido en la cavidad abdominal, contra 27 en los cuales el pedículo había sido fijado á la herida y cogido con cepos, hilos metálicos ó grandes agujas. Estas cifras demuestran que el tratamiento extraperitoneal del pedículo entraña bajo el punto de vista del tétanos, como complicacion, verdaderos peligros que quedan casi por completo eliminados con el tratamiento intraperitoneal de aquél.

Para explicar la frecuencia relativamente grande de esta complicacion debemos recurrir desde luego á una accion traumática, á una irritacion permanente de los nervios del pedículo por compresion incompleta ó irregular, á una rasgadura cuando se cambia el apósito ó cuando se retira el clamp. Es probable que la compresion insuficiente ó irregular del pedículo juegue un papel muy importante. Tan es así, que Stilling, en tres de sus casos de tétanos, observó que se presentaron hemorragias secundarias por el pedículo. Se había practicado la hemostasia aplicando hilos muy apretados. Tambien en los dos casos de Kaltenbach es dudoso que se hubiera ejercido una compresion suficiente. En un caso el pedículo era grueso y ancho y parecía poco á propósito para la aplicacion de un clamp; en el otro, despues de retirar este instrumento, se observó bajo la escara negra un filamento blanco, cuya naturaleza no fué examinada despues. Cuando se le cogió con una pinza, la enferma, que hasta entónces nada había sentido, acusó un vivo dolor. Dos días despues, al décimosexto de la operacion, se observaron los primeros síntomas de trismo. En el caso de Rose (número 19 del cuadro de Olshausen) el pedículo estaba de día en día más apretado por una ligadura. No podemos saber si las temperaturas bruscamente desiguales ó la infeccion juegan un papel importante en la produccion del tétanos.

La enfermedad se declara generalmente al fin de la primera semana, y la muerte sobreviene al cabo de dos ó tres días. Sin embargo, se ha observado aparecer el tétanos el décimosexto día y durar ocho ó nueve. Hasta ahora no se conocía más que el caso de Spencer Wells que terminó por curacion. Este autor empleaba como tratamiento hacer aplicaciones del curare sobre la herida de un vejigatorio y sobre el pedículo (de un dozavo á un cuarto de grano). En todos los demas casos, el opio, el cloroformo, el cloral, el curare, el haba del Calabar y la atropina han sido absolutamente impotentes.

Bajo el punto de vista profiláctico se debe ante todo comprimir los nervios del pedículo hasta el grado necesario para obtener la destruccion completa de la corriente nerviosa, debiendo ademas preferir el método intraperitoneal, con el cual se elude mejor la funesta influen-

cia del traumatismo y acaso la de la temperatura ó la de la infeccion.

Art. 13. — Pronóstico de la ovariectomía.

El pronóstico de la ovariectomía depende ante todo de la aplicacion completa del método antiséptico, de las condiciones higiénicas de la habitacion donde se opera, y, en fin, de la destruccion de todas las causas capaces de ocasionar la infeccion (1).

La disposicion anatómica del tumor, su estructura, la regularidad con que ha sido practicada la operacion, juegan ademas un importante papel.

Ya dejamos hecha mencion de algunos de los peligros que ofrece la ablacion de un tumor maligno, reblandecido y friable, ó que contenga materias infecciosas ó fácilmente corruptibles.

Cuando no es posible la disminucion de volúmen del tumor, cuando ofrece extensas adherencias, cuando está unido á los órganos de la pelvis, resulta, no solamente un traumatismo más considerable (incision más larga, herida más grande, hemorragia más considerable y lesiones de vecindad), sino que tambien parecen más favorables las condiciones de la operacion para la produccion de la septicemia.

En fin, la dificultad de obtener una hemostasia completa á nivel de las superficies de las adherencias que han sido destruidas, ó del tejido celular disecado; la larga duracion del acto operatorio, es decir, del tiempo durante el cual han estado actuando sobre la cavidad abdominal los gérmenes infecciosos de la atmósfera, son otros tantos elementos que deben tomarse en consideracion cuando se trate de determinar el pronóstico sobre el resultado probable de una ovariectomía. Parece casi cierto, en fin, que en todos los casos en que el traumatismo ha sido muy intenso, los tejidos comprimidos y maltratados ofrecen una fuerza de resistencia menor contra la accion de los gérmenes, al abrigo de los cuales no es posible operar jamás.

Es cierto que la larga duracion del acto operatorio tiene todavía otro modo de actuar: *el enfriamiento*. Una anestesia prolongada es igualmente desfavorable, y de ello nos hemos ocupado también anteriormente.

(1) Los grandes hospitales son poco á propósito para la práctica de la ovariectomía. Mientras que durante nueve años, en el trascurso de los cuales Spencer Wells ha operado en el *Hospital Samaritano*, pequeño establecimiento construido al efecto, en 296 casos la mortalidad fué de 22,29 por 100; en *Guy's Hospital*, en 82 operaciones la mortalidad fué de 54,24 por 100; en *Bartholomew's Hospital*, de 61,90 por 100 en 21 operaciones; en *Saint-Thomas*, de 55,17 por 100 en 29 operaciones, y en *Saint-Georges*, de 72,72 por 100 en 10 operaciones. Véase Spencer Wells. *Brit. Med. Journ.*, 1875, 3 de Marzo.

Fuera de la importancia que es preciso atribuir al estado anatómico del tumor, á la duracion y á la intensidad del traumatismo operatorio, es preciso tener en cuenta como factores de la más alta importancia la habilidad y la destreza del operador y la eleccion de casos. Hagamos notar que queriendo muchos operadores elegir bien los casos en que han de operar, se van mucho más léjos de lo que debieran ir en interes verdadero de las enfermas. Nosotros podemos hacer esta observacion principalmente á propósito de tanta estadística magnífica de las cuales son excluidos todos los casos complicados. Sus autores, en la eleccion que han hecho de los casos operados, se abstienen de manifestar si las indicaciones de la operacion eran sin embargo bien precisas.

Las demas circunstancias tienen menor importancia. Es cierto que un buen estado general en el momento de la operacion es muy satisfactorio, pero en último término es un factor de menor influencia que lo que hasta poco há se ha creido sobre los resultados de la operacion.

Si la edad avanzada de la enferma es una circunstancia desfavorable, es porque se atiende ménos á la disminucion de la fuerza de resistencia del organismo que á la naturaleza del tumor, por lo comun maligno en este caso. A esta edad se encuentran, en efecto, más frecuentemente que en los individuos jóvenes, tumores mixtos con predominio de las partes sólidas ó tumores malignos. Cuando el tumor es muy antiguo, las adherencias son por lo comun más extensas y más fuertes. Koeberlé ha obtenido sus mejores resultados en mujeres de treinta á treinta y cinco años, y Spencer Wells en mujeres de veinticinco á cuarenta y cinco. En cinco niñas, entre dos y doce años, que han sido operadas se ha obtenido la curacion en tres (1).

Art. 14. — Consecuencias de la ovariectomía.

El estado de las mujeres en las cuales se ha practicado con éxito una ovariectomía es interesante bajo muchos puntos de vista. Hubo un tiempo en que los adversarios de la operacion decían que la mujer quedaba debilitada y que la curacion no era duradera. Esta opinion ha sido completamente refutada por los resultados obtenidos por Spencer Wells, por Keith y por otros muchos, merced á los cuales han hecho investigaciones muy curiosas sobre el porvenir que está reservado á las enfermas que ellos han operado.

La ovariectomía unilateral no altera en manera alguna las funciones genitales. Las mujeres quedan en estado de poder menstruar regularmente, concebir y tener hijos. Pueden tener hijos de ambos sexos

(1) Schwartz. *Vorträg auf d. Kasseler naturforscher Versammlung*

y partos gemelares y trigemelares (1). El instinto genital no experimenta cambio alguno.

La ovariectomía bilateral ejerce la misma influencia en la mujer que la castración. En este caso es muy difícil atribuir de una manera exclusiva á la operación el debilitamiento de las funciones sexuales, y especialmente del instinto genital, porque la esterilidad generalmente era ya producida por la afección de los dos ovarios.

Por lo común las mujeres quedan perfectamente curadas después de la operación. Unas mueren de enfermedades intercurrentes agudas ó crónicas de naturaleza muy diversa, y que en manera alguna son originadas por la enfermedad anterior; otras, en pequeño número, después de meses y aún de años son afectadas de cáncer de los órganos abdominales ó de una afección benigna del otro ovario. En el primer caso se trata simplemente de recidivas del tumor maligno que ha sido extirpado. Nosotros adoptamos esta interpretación aún en los casos en que el carácter maligno de este tumor ha sido desconocido durante la operación, y en los que las masas cancerosas se encontraban envueltas en una cáscara que ha podido hacer creer en la existencia de un quiste de naturaleza benigna. Olshausen ha reunido un gran número de estos casos, á los cuales Hegar puede añadir uno observado por él mismo (2). Por otra parte, se puede siempre admitir con Olshausen que un resto de pared abandonado después de la ovariectomía, ó células caídas en la cavidad abdominal, pueden, aunque provengan de un adenoma ordinario, ser el punto de partida de un carcinoma.

Existe en todo caso una serie de observaciones en las cuales se ha notado la aparición de lesiones en el otro ovario, lesiones que han exigido una segunda ovariectomía, ya algunos meses, ya veinticinco años después de la operación primera.

La primera operación de esta naturaleza ha sido practicada en 1861 por Atlée, de Filadelfia, dieciséis años después de una ovariectomía practicada por Clay. Spencer Wells ha practicado siete veces la ovariectomía en enfermas de esta índole, de ellas en dos con éxito funesto. A los 15 casos de ovariectomía repetida en la misma enferma reunidos por Olshausen (12 curaciones y 3 muertes) es preciso añadir los publicados por Dunrecher (3). El relativamente pequeño número de estos casos demuestra que las afecciones secundarias del segundo ovario no ofrecen un grado de frecuencia especial.

(1) Una operada de Spencer Wells parió, seis años después de la operación, tres gemelos del sexo masculino.

(2) Quiste proliferante, intraligamentoso, al parecer de buena naturaleza. Muerte veintiun meses después de la operación consecutiva á un carcinoma de los ganglios pelvianos.

(3) *Wiener Med. Blätter*, 1880, núm. 2. pág. 37.

Cuando se practica una ovariectomía en una mujer que ha sufrido ya esta operación, la incisión abdominal debe ser paralela á la primera cicatriz y estar separada de ella de 2 á 3 centímetros próximamente. Siguiendo este consejo se evitará encontrar las adherencias que pueden existir entre el epiploon, el intestino y el pedículo á nivel de la primera incisión.

Kheith (1) ha visto en una de estas ovariectomías producirse una hemorragia considerable procedente del pedículo antiguo, que había sido fijado por fuera del peritoneo.

En algunos casos raros puede observarse que tiene lugar la recidiva de un quiste benigno. Hegar ha visto un caso de esta naturaleza. En el mismo lado donde dos años ántes había sido extirpado un quiste proliferante de naturaleza benigna se encontró en la autopsia un tumor intraligamentoso de naturaleza idéntica, que había ocasionado la muerte por la compresión que había ejercido sobre los órganos vecinos.

La *hernia abdominal* se produce á nivel de la cicatriz, sobre todo en su ángulo inferior, constituyendo en muchas ovariectomizadas una enfermedad muy penosa. Estas hernias nos parecen más frecuentes que lo que permiten creer las observaciones publicadas por los operadores. Nosotros las hemos visto producirse aun cuando la cicatriz fuera corta y sólida y aunque nosotros no dejamos salir ninguna operada sin un vendaje abdominal bien aplicado, vendaje provisto de una pelota y de bajo nalgas. La hernia puede adquirir un volúmen considerable, traspasando el de la cabeza de un niño, en las mujeres que pertenecen á las clases obreras despues de un embarazo, y esto á consecuencia de la gran distension del músculo recto y del adelgazamiento extremado de la piel.

Simon y Hegar han intentado recientemente la curación de estas hernias por medio de una operación especial.

Simon (2), despues de haber reducido el intestino herniado, deprime la piel hácia la cavidad abdominal; practica entónces una incisión en una extensión de 2 centímetros, circular, que penetre hasta las capas profundas del tejido celular subcutáneo, y practica una sutura. Las superficies avivadas se reúnen en ángulo agudo de arriba abajo (*fig. 122*). Se reúnen desde el principio, por una sutura superficial, los bordes internos y posteriores de la herida, y los hilos se anudan al lado de la cavidad abdominal. Se cierra así el fondo de saco cutáneo y se coloca una serie de suturas más superficiales y semiprofundas para aproximar el resto de la superficie avivada (*fig. 123*). Se coloca un pe-

(1) *Brit. Med. Journal*, 26 de Junio de 1875.

(2) Hadlich. *Ueber operative Behandlung der Bauchbrüche*. *Langenbeck's Archiv.*, t. XX, pág. 568.

queño tubo de desagüe en el ángulo inferior de la herida á fin de permitir la eliminacion de los productos segregados por la herida y por la piel, y que se acumularían en el espacio situado por detras de la sutura (Hadlich). En dos casos tratados por este procedimiento, Simon ha obtenido un resultado completamente satisfactorio: en un caso despues de la primera operacion, en otro despues de la cuarta.

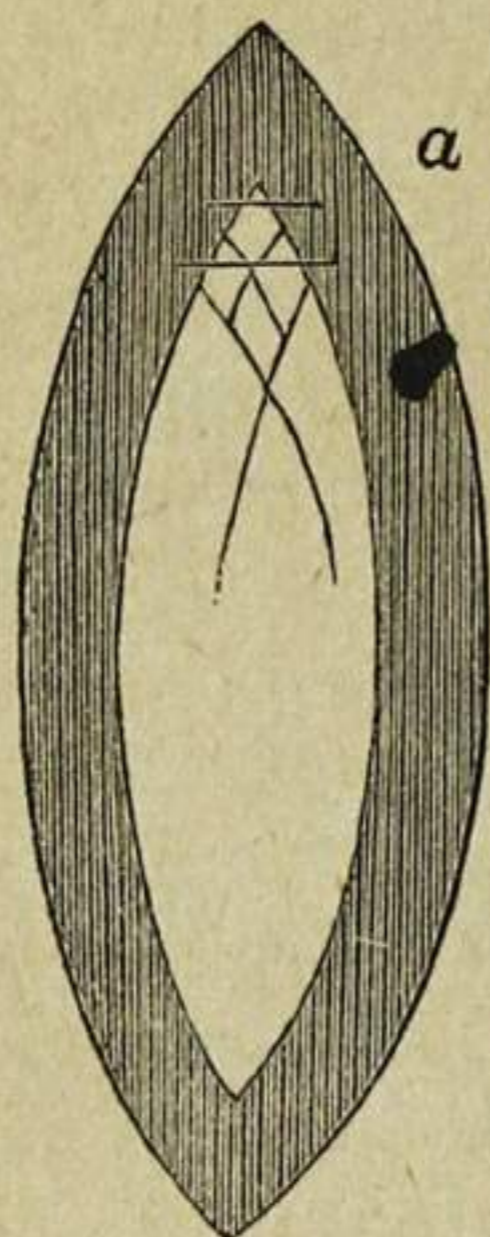


Fig. 122.

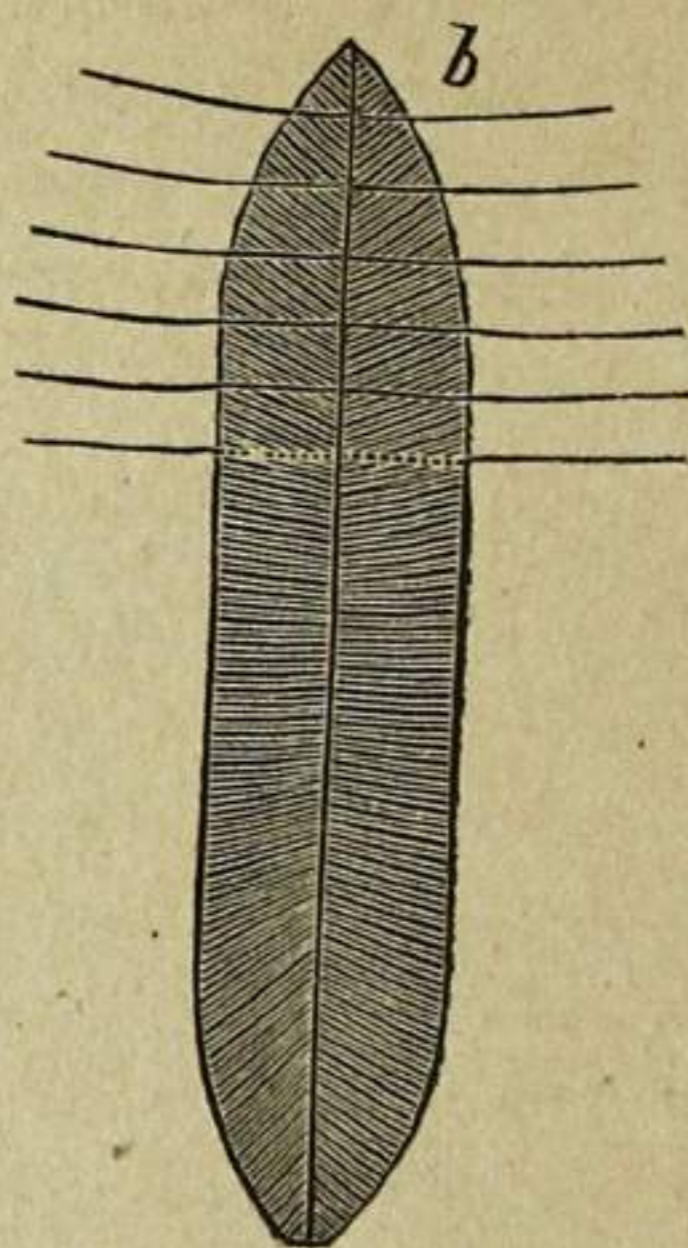


Fig. 123.

Hegar, en 1879, ha seguido una práctica semejante. La superficie avivada tenía la forma de una herradura, abierta por el lado del ombligo. La operacion sólo tuvo éxito en parte, no habiendo podido terminar la curacion despues por circunstancias completamente ajenas á la profesion.

Art. 15. — Ovariectomía por la vía vaginal.

Gaillard Thomas (*Nota bibliográfica núm. 1*) emprendió en 1870 por primera vez esta operacion despues de haberla ejecutado ocho veces sobre el cadáver. Se trataba de un tumor de gran volumen, como una manzana, movable, en el repliegue de Douglas, provocando dolor y fenómenos de compresion. Colocada la enferma en el decúbito genubraquial, y puesto al descubierto el campo operatorio por medio de un espéculo de valvas y cogido con una pinza el fondo de saco vaginal, abrió por medio de un golpe de tijera el fondo de saco y el peritoneo. Introdujo una sonda en el recto, y colocada la enferma en decúbito dorsal, el tumor, sensible por cima de la incision, fué puncionado y

ral, ligó el pedículo en dos mitades, le introdujo y cerró la herida vaginal con una sutura practicada con hilo de plata. La operación duró treinta y cinco minutos y la enferma curó después de haber sufrido una parametritis del lado derecho.

En otro caso, Thomas (*Nota bibliográfica núm. 2*) no logró extraer por la vagina un ovario aumentado de volumen; el recto fué herido y tuvo que recurrir á la laparotomía; muriendo la enferma al tercer día.

Gilmore (*Nota bibliográfica núm. 3*) extirpó felizmente un tumor que tenía el volumen de una naranja. El pedículo fué ligado y suturado por tres hilos con la pared vaginal. Davis (*Nota bibliográfica núm. 4*) extirpó por la vagina con éxito un tumor que pesaba nueve libras. La incisión practicada en la pared vaginal posterior medía 4 pulgadas. Por detrás y por delante se habían roto con la mano algunas adherencias.

En el caso de Clifton Wing (*Nota bibliográfica núm. 5*) el diagnóstico era incierto, se dudaba entre un hematocele y un tumor ovárico. El tumor, que se insertaba por un ancho pedículo, fué enucleado del ligamento ancho y no se colocó ninguna ligadura. Las asas intestinales que formaron hernia fueron reducidas, la herida vaginal fué suturada y se practicó el desagüe por medio de una sonda. La enferma curó.

Goodell (*Nota bibliográfica núm. 6*) ha extirpado con éxito un tumor supurado que contenía 6 litros de pus y que había sido vaciado previamente por una punción aspiradora.

Battey ha operado frecuentemente por esta vía, pero no para extirpar ningún tumor, sino para ejecutar la castración.

A pesar de las operaciones precedentes, en su mayor parte afortunadas, la ovariectomía por la vía vaginal no tiene un gran porvenir. Este método ofrece grandes inconvenientes: la poca extensión del campo operatorio; el gran peligro de las lesiones de vecindad (recto, intestino delgado, etc.); la imposibilidad de obtener una hemostasia completa en los casos de rotura de adherencias, de desgarraduras vasculares, y, por último, la facilidad con que puede ser infectada la herida peritoneal por las secreciones vaginales.

A priori la operación parece ser una intervención ventajosa en todos los casos de tumores voluminosos que sobresalgan en la cavidad abdominal, así como en todos los tumores amplia y estrechamente unidos á los órganos pelvianos. Sólo la laparotomía permite orientarse suficientemente y alcanzar bien las partes enfermas.

Bajo el punto de vista del manual operatorio, el método no parece practicable sino en los casos en que se trate de tumores pequeños móviles en la cavidad de la pelvis. Ahora bien; en estos casos, por poco indicada que esté la operación, podría intervenir de una manera atraído hácia la vagina. Se hizo acostar á la enferma en decúbito late-

ménos tan segura como fraguándose un camino á través de la pared abdominal.

La única ventaja de este método, apertura de la cavidad abdominal en el punto más declive y en una pequeña extension, así como la conservacion de la integridad de la pared abdominal (no hay posibilidad de hernia), no puede en los casos ordinarios contrabalancear los peligros que entraña. Sin embargo, este método puede tener valor en determinados casos. Despues de la puncion de pequeños quistes supurados, por ejemplo, puede mejor evitarse la dispersion de los elementos infecciosos en las regiones superiores de la cavidad abdominal, y las sustancias que han penetrado en la de la pelvis se derraman cómodamente por la pared vaginal, que permanece abierta.

La ovariectomía vaginal parece justificada por la disposicion topográfica que en casos raros puede tener un ovario quístico arrastrado fuera de la vulva ó en el interior de un prolapso vaginal. Segun Goodell (*Nota bibliográfica núm. 7*), la primera operacion de esta naturaleza (observacion que permanece inédita) ha sido ejecutada por Atlée en 1857. Este autor extirpó con éxito un quiste situado entre la vejiga y el útero y que había propulsado estos dos órganos fuera de la pelvis.

- 1) *Am. Journ. of Med. Soc.*, Abril, 1860.
- 2) *Americ Journ. of Obst.*, Octubre, 1876.
- 3) *New-Orleans Med and Surg. Journal*, Noviembre, 1873.
- 4) *Bost. Med. and Surg. Journal*, 2 de Noviembre de 1876.
- 5) *Amer. Gynack. Society*, 1877.
- 6) *Die Krankheiten der Ovarien*, págs. 194 y 195.
- 7) *Loc. cit.* Véase *Centr. für Gynäk.*, 1879, pág. 20.

Art. 16.—Puncion de los quistes del ovario.

La paracentésis del abdómen se practicaba ántes de que fueran conocidos los quistes del ovario, siendo evidente que muchas veces han sido puncionados quistes muy fluctuantes por haber sido confundidos con la ascítis. Solamente en la segunda mitad del último siglo se ha recurrido, conociendo la causa, á la puncion como remedio paliativo ó radical contra los quistes del ovario.

Es muy raro que con una simple puncion se obtenga la curacion radical de un quiste proliferante. En muchos de los casos publicados se trataba evidentemente de quistes paraováricos ó de simples hidropesías foliculares. Es, sin embargo, cierto que un quiste, aun siendo proliferante, que despues de la destruccion de su epitelio secretor hubiera tomado los caractéres de un antiguo quiste por retencion, puede ser curado por medio de una puncion simple (*Nota bibliográfi-*

ca núm. 1). Las metamorfosis regresivas que en los casos de curacion se producen en el interior de la pared del tumor, quedan demostradas por la presencia de colessterina (Stilling) y por el carácter aceitoso del contenido del quiste. En los casos en que se ha obtenido la curacion, ya queda estacionario el tumor y no se rellena de nuevo, ya se produce un arrugamiento del saco bajo la accion de una inflamacion simultánea de la pared del quiste y del peritoneo. A veces se obtiene éxito con la puncion; pero más frecuentemente el quiste no se arruga sino despues de punciones repetidas (Jobert tres, Thompson cuatro). El quiste puede rellenarse de nuevo despues de muchos años.

Tambien debemos acoger con gran reserva las teorías que se han emitido sobre la curacion radical de los quistes por la puncion. En muchos casos citados como afortunados no se ha obtenido ciertamente sino un resultado paliativo que se ha prolongado mucho más tiempo que el de costumbre.

Actualmente se intenta la puncion cuando el quiste es unilocular, muy regularmente fluctuante y que contiene un líquido claro y seroso. La curacion puede ser radical; pero si las probabilidades de un buen éxito completo son menores, es preciso no olvidar la escasez de peligros que la puncion entraña por sí.

Hoy no se recurre á la puncion como tratamiento paliativo sino en los casos en que las enfermas no aceptan la ovariectomía, ó bien cuando el cirujano estima muy desfavorables las condiciones para acometer esta operacion. Frecuentemente la puncion permite ganar tiempo; tan es así, que en los casos de embarazo se deberá limitar el profesor á puncionar un quiste unilocular ó un tumor que presente una ancha bolsa. De esta suerte se mejora el estado de la enferma, se aleja el peligro de una rotura y se puede acometer más tarde la ovariectomía bajo mejores auspicios. Spencer Wells ha referido un gran número de casos en los cuales se ha practicado la puncion durante el embarazo; el estado de las enfermas ha mejorado siempre notablemente, y jamás han ocurrido accidentes; todas las mujeres han parido niños vivos, y á veces se ha repetido frecuentemente la puncion en el curso de un solo embarazo.

Cuando el tumor es muy voluminoso, puede convenir practicar una puncion preliminar ántes de proceder á la extirpacion. De esta suerte se suprime la compresion ejercida sobre los pulmones, el intestino y el riñon, haciendo desaparecer las hidropesías y mejorando el estado general.

Si la puncion no ha de ser más que un medio paliativo, no debe haber apresuramiento en practicar la primera puncion, porque el quiste se rellena pronto y las fuerzas de la enferma se abaten rápidamente por la gran pérdida de albúmina á la cual queda sometido el organis-

mo. Debe considerarse como excepcional el hecho referido por Martineau, que practicó la puncion en una sola enferma 80 veces en el espacio de veinticinco años, ó el de Moreau, que en veintiocho años hizo 28 punciones. Cuando se pretende hacer una puncion paliativa debe esperarse á que el tumor dé lugar á fenómenos de compresion manifiesta sobre los órganos torácicos y abdominales, ó bien á que por efecto del rápido crecimiento sea inminente una rotura. Excepcionalmente puede estar indicada una puncion en los casos de tumor relativamente pequeño, cuando está enclavado en la pelvis y cuando por la compresion que ejerce sobre los órganos vecinos provoca fenómenos de estrangulacion, violentos dolores neurálgicos, ó cuando durante el parto constituye un obstáculo en la pelvis.

Se emplea muy frecuentemente la puncion para establecer el diagnóstico diferencial entre los quistes del ovario y las formaciones quísticas en otros órganos (hidronefrósis, tumor hidatídico), la ascítis ó cualquiera otra especie de quistes (*Nota bibliográfica núm. 2*). El conocimiento exacto del contenido de un quiste puede tambien contraindicar la operacion. Tal sucede, por ejemplo, cuando, siendo el líquido claro y seroso, se ha empleado, ademas de la simple puncion evacuadora, el desagüe vaginal, ó cuando ha intentado abrirse el saco en la cavidad abdominal (Simpson). Si se escapa una oleada de sangre puede dudarse si practicar la extirpacion. Frecuentemente la puncion nos da idea del estado de las adherencias y nos permite principalmente establecer la distincion entre un simple enclavamiento en la cavidad de la pelvis y la presencia de extensas adherencias.

La puncion exploradora está justificada porque permite aportar al diagnóstico una precision que compensa suficientemente los inconvenientes que pueden resultar bajo el punto de vista de la operacion.

Puede hacerse la puncion:

- 1.º Por la pared abdominal.
- 2.º Por la vagina.
- 3.º Por el recto.

Instrumentos.— Los antiguos trócares, constituidos simplemente por una cánula y una aguja, han sido hoy completamente abandonados y reemplazados por el instrumento de Thompson, que es más cómodo y protege mejor contra la entrada del aire.

La aguja, si el trócar está bien construido, debe pasar la cánula frotando sus paredes. El tubo de cautchuc debe estar lleno de agua, á fin de evitar seguramente la entrada del aire. El instrumento así preparado se introduce en el quiste: se retira la aguja, y el contenido, vertiéndose, viene á mezclarse con el agua, se encuentra en el conducto de desagüe segun las leyes del sifon. Puede mantenerse bajo el agua la extremidad externa del tubo, ó bien ajustarla á un embudo que se le le-

vanta hasta el nivel correspondiente á la altura del líquido contenido en el quiste, y esto basta generalmente para impedir la entrada del aire.

Si la puncion se hace con objeto de vaciar el quiste, se emplean, segun la densidad del líquido, cánulas que midan de 4 á 8 milímetros de diámetro. Cuando los tegumentos son muy gruesos, ó cuando la bolsa está muy profunda, se da una longitud suficiente á la porcion de la cánula situada por delante del tubo de desagüe. En la puncion exploradora bastan el trócar de Récamier ó el aparato aspirador de Dieulafoy.

PUNCION POR LA VÍA ABDOMINAL

Posicion. — Cuando se emplea el trócar de Thompson, la enferma puede estar acostada en decúbito dorsal. Antes, por el contrario, con los trócares antiguos, como el quiste no se vaciaba con la fuerza del sifon, sino por la simple presion de las capas de líquido colocadas por encima de la punta del trócar, por la presion intraabdominal y en parte tambien por la presion exterior, era absolutamente preciso puncionar el quiste en los puntos más declives y la enferma debía estar en pié, ó bien en una posicion mitad sentada y mitad acostada, ó bien descansando sobre un lado, traspasando el borde de la cama una parte de la pared abdominal en la cual se introducía el instrumento.

Eleccion del punto sobre el cual deberá practicarse la puncion. — Cuando el quiste sea unilocular, ó bien cuando contenga un gran saco cuyas dimensiones predominen, se practica la puncion sobre la línea alba, á la distancia ordinaria de la sínfisis, porque en este punto es donde ménos fácilmente pueden ser lesionados vasos importantes. Si el quiste es multilocular ó si se trata de un tumor que contenga partes sólidas, se limita por la palpacion ó la percusion el punto donde está la bolsa más considerablemente llena de líquido correspondiendo con la pared abdominal. Se evitan los puntos donde se encuentran las gruesas venas cutáneas y donde las arterias pueden ser lesionadas, pudiendo obtener indicaciones muy útiles del empleo de la auscultacion.

Se evita la arteria epigástrica puncionando en medio de una línea que va del ombligo á la espina iliaca anterior y superior. Cuando se renueva la puncion se ejecuta ésta en un punto inmediato al en que se verificó la primera ó bien en el mismo punto. Cuando los quistes son pequeños y poco accesibles por la vía vaginal, es muy difícil elegir el punto en que debe hacerse la puncion. Hegar ha puncionado inmediatamente por encima de la rama horizontal del pubis del lado derecho un quiste de las dimensiones de una manzana que ocasionaba vivos dolores neurálgicos. Un ayudante introduciendo dos dedos en la vagina mantenía fuertemente el tumor.

Manual operatorio. — Antes de hacer la puncion se vacia la vejiga

por medio de la sonda y se adquiere la seguridad por la palpacion y la percusion de que ningun asa intestinal se ha deslizado por delante del quiste. El trócar se coloca perpendicularmente á la superficie que debe ser puncionada y se hunde por medio de un movimiento brusco y rápido. En cuanto se haya notado que ha desaparecido toda resistencia es que la punta se halla en el interior de la bolsa y se retira la aguja. Cuando la pared abdominal es gruesa es preciso emplear alguna fuerza; frecuentemente tambien se ve á la piel deprimirse bajo la presion de la aguja y despues ceder todo de un golpe.

Puede tambien observarse la perforacion de tumores de paredes debilitadas en un punto que no corresponde adonde tiene asiento la puncion cutánea. Es preciso, pues, aunque se emplee un trócar de gran diámetro, incindir previamente la piel.

Miéntas el quiste se vacia, un ayudante aplica sus manos sobre la pared abdominal, á fin de mantener la cánula miéntas el quiste se desagua y á fin de disminuir la súbita depresion intraabdominal en los movimientos de tos ó en las inspiraciones profundas. Por el contrario, es completamente superfluo, cuando se emplea el trócar-sifon de Thompson, aumentar la presion abdominal con un vendaje cruzado para facilitar la extraccion del líquido. Si el derrame se detiene á consecuencia de la densidad del contenido quístico, se puede aplicar un tubo de cautchuc sobre la cánula y con una buena jeringa aspirar el líquido. Si la cánula se obtura por coágulos, se la hará de nuevo permeable haciendo pasar la aguja por el conducto de aquélla. Si el quiste es multilocular, la disminucion de volúmen obtenida por la puncion puede ser insuficiente, debiendo renovarse ésta en otro punto, ó bien, sin hacer nuevas punturas, puede pasarse la aguja en otra direccion, hácia una cavidad vecina.

Algunas veces el derrame cesa porque la cánula está muy profundamente introducida. Es preciso retirarla un poco para que su punta se halle en el centro del líquido contenido en la bolsa.

Es una regla general que no debe operarse muy rápidamente, á fin de evitar un descenso muy brusco de la presion á que está sometida la sangre en los vasos abdominales, comprimidos hasta entónces por el tumor. Los antiguos trócares estaban provistos de válvulas á fin de detener de vez en cuando la salida de líquidos. Operando con el trócar de Thompson basta empujar un poco hácia adelante la aguja y comprimir el tubo de cautchuc ó levantar la extremidad de éste que está fija al embudo.

Debe retirarse la cánula con muchas precauciones á fin de evitar la entrada del aire: se cogen muy sólidamente entre el indice y el pulgar la piel y las paredes del quiste y se retira rápidamente la cánula imprimiéndola movimientos de rotacion.

A fin de cerrar completamente la pequeña herida de los tegumentos y para impedir la salida de sangre, el contenido del quiste ó el líquido ascítico, se pasa á traves de toda la pared, á nivel de la puncion, una aguja y se la rodea de unas vueltas de hilo como se hace en la operacion del labio leporino. Spencer Wells ha observado en la práctica de un colega un caso de hemorragia mortal debida á la herida de una vena varicosa que se dirigía desde el ombligo al hígado (la vena umbilical estaba abierta). Las pequeñas punciones debidas al trócar explorador se cubren simplemente con un pequeño disco de uata fenicada.

[No hemos empleado nunca en nuestra práctica el trócar de Thompson, pero no creemos que ofrezca ventajas superiores á las que ofrecen, para practicar punciones de esta índole, el trócar aspirador de Dieulafoy ó el de Potain. Con cualquiera de estos instrumentos puede practicarse la puncion de los quistes ováricos por la vía abdominal, guardando cuantas precauciones quedan indicadas por los Sres. Hegar y Kaltenbach al hacer la descripcion del empleo del trócar de Thompson, el cual no rechazamos; obedeciendo estas indicaciones nuestras simplemente á facilitar los medios de practicar esta operacion. — *M. G. de S.*]

PUNCION POR LA VÍA VAGINAL

La puncion por la vía vaginal ha sido practicada por primera vez en 1775 por Callisen. Puede practicarse cuando el quiste está por completo ó en su mayor parte situado en la pelvis y deprime profundamente el repliegue de Douglas, ó bien cuando las adherencias pélvicas del tumor con el ligamento ancho y el ovario son bastante extensas para contrarrestar la operacion radical. La puncion vaginal puede emplearse aisladamente cuando el quiste es pequeño y está enclavado en la cavidad de la pelvis, pero ofrece escasas ventajas cuando se trata de un quiste voluminoso multilocular cuyas grandes cavidades están en relacion con la pared abdominal. Para esta operacion debe modificarse ligeramente el trócar de Thompson. Debe prolongarse la parte anterior de la cánula, y el tallo que soporta el tubo de cautchuc debe ser soldado en ángulo agudo y no en ángulo recto.

Si se une la extremidad del tubo lleno de agua á un embudo de cristal, se puede sucesivamente vaciar el quiste y practicar en su interior una inyeccion con un líquido medicamentoso. Noggerath prefiere para la puncion vaginal emplear la aguja de un aparato aspirador. En todo caso no ofrece ventaja alguna elegir instrumentos encorvados. Si el quiste está muy alto se coloca á la enferma en el decúbito

dorso-sacro, empleando instrumentos rectos. La puncion se hace sobre la línea media del fondo de saco posterior, en el punto más prominente. Un ayudante, con sus dos manos apoyadas sobre la pared abdominal, empuja el tumor hácia la pelvis, aleja el quiste de la pared abdominal, le fija y le hace aún más prominente. Se hunde el trócar dirigiéndole sobre dos dedos de la mano izquierda, no estando recomendado el empleo del espéculo porque la fuerte tension de la vagina impide al operador orientarse sobre los límites del tumor fluctuante, y se experimentan entónces dificultades para saber en qué direccion debe empujarse la aguja.

La puncion vaginal permite vaciar muy completamente el quiste. Repetida, ya sola ó combinada con otros recursos terapéuticos, se han obtenido de ella resultados radicales. Por el contrario, si se olvidan los cuidados precedentes, este procedimiento puede ser peligroso á causa de las lesiones de vecindad del recto y de la vejiga ó de la entrada del aire.

La puncion rectal se presta á las mismas observaciones anatómicas que la puncion vaginal, pero no ofrece ninguna ventaja aún en los casos en que el quiste sea muy adherente; porque las materias fecales y los gases penetran muy fácilmente en el quiste y provocan su supuracion aguda. Se ha pretendido que esta operacion es ventajosa porque los productos segregados por el quiste supurante son retenidos por el esfínter y no se derraman continuamente como ocurre en la puncion vaginal. Pero no olvidemos que Spencer Wells ha perdido una de sus enfermas á consecuencia de una supuracion aguda del quiste, que estaba lleno de gases.

La enferma debe guardar cama durante algunos días despues de la puncion. El abdómen se inmoviliza y comprime por medio de un vendaje uatado. Si se olvidan estas precauciones, la presion intraabdominal, descendiendo rápidamente, puede provocar hemorragias en el interior del quiste ó una extremadisima plétora abdominal y consecutivamente anemia cerebral. Se ha observado en estos casos un profundo debilitamiento y aún la muerte súbita. Esto sucede pocas veces, fuera de los casos en que la enferma ha sufrido la puncion estando sentada, ó en aquellos en que el quiste se ha vaciado con una gran rapidez.

Si se ejerce una compresion muy fuerte sobre el abdómen, despues de la operacion se lucha contra la rapidez con la cual podria llenarse de nuevo el quiste. Baker Brown quiso, hace algun tiempo, practicar la puncion combinada con la compresion, los diuréticos y los mercuriales, constituyendo con todo ello un método de tratamiento radical, del cual obtuvo éxito 11 veces. En ciertas circunstancias el útero puede constituir el agente compresor. Spencer Wells refiere un caso en el cual fué puncionado un quiste la vispera del matrimonio de la pa-

ciente; no obstante, la mujer quedó embarazada y no hubo recidiva.

Entre los accidentes que sobrevienen despues de la puncion debemos todavía señalar los siguientes:

1.º *Las hemorragias.* — Pueden provenir de vasos gruesos situados en los tegumentos, en las adherencias epiploicas, en la misma pared del quiste. Richter, Brünninghausen, Ehrlich, Bunter y otros han referido casos de hemorragia mortal á consecuencia de una rotura de la arteria epigástrica. Miéntras la cánula permanece colocada, los vasos heridos, ya sea en la pared abdominal, ya en la del quiste, están comprimidos, y la hemorragia no se presenta interior ni exteriormente hasta que ha sido retirada la cánula.

Si las proliferaciones papilares, vasculares y friables situadas en el interior del quiste han sido heridas, la sangre se derrama con el líquido de la puncion. Se han encontrado en el interior del quiste, así como en la cavidad peritoneal, hasta 5 ó 6 libras de sangre. La compresion no tiene éxito sino en los casos en que la hemorragia proviene de los tegumentos abdominales. Si el asiento de la hemorragia es más profundo, la compresion triunfa raras veces, y por lo comun no hace más que herir nuevos vasos.

Desde que aparecen los signos de una hemorragia interna deben incindirise los tegumentos para buscar el vaso herido directamente, y si no se logra encontrarle debe practicarse la ovariectomía (*Nota bibliográfica núm. 3.*)

2.º *La supuracion del quiste* es debida siempre á una infeccion directa por instrumentos sucios ó á la entrada del aire. Segun el volúmen y las adherencias que el tumor ofrezca, se procederá á la abertura y al desagüe del quiste ó á la ovariectomía.

3.º *La peritonitis* acompaña á la inflamacion de la pared del quiste ó es consecutiva al derrame en el peritoneo de materias contenidas en el tumor. Es tanto más intensa cuanto más infeccioso ó más corruptible sea el contenido del quiste y cuanto más considerable es la cantidad del derrame. La ovariectomía da aquí mejores resultados que cualquier tratamiento sintomático.

4.º *Lesiones de vecindad.* — Si en la puncion vaginal se da á ésta una direccion inconveniente, se producen fácilmente lesiones en la vejiga ó en el recto. Tambien por la puncion abdominal puede alcanzarse la vejiga cuando está repleta (*Nota bibliográfica núm. 4*) ó un asa intestinal situada por delante del tumor, pudiendo tambien ser alcanzado el útero (*Nota bibliográfica núm. 5*). Estos accidentes podrán evitarse casi siempre, al ménos cuando se trate de un quiste simple, introduciendo previamente un catéter ó una sonda y practicando con cuidado la palpacion y la percusion. En una autopsia hemos visto nosotros un asa intestinal rodeada por todos lados de un tumor ma-

ligno que había sido perforado de parte á parte. La enferma murió de inanición, no de la herida intestinal.

Si se observan todas las precauciones anteriormente indicadas, la puncion simple es muy poco peligrosa. Antiguamente, por el contrario, ántes de la introduccion del método antiséptico, cuando en las operaciones se empleaban instrumentos no muy bien limpios ó cuando se aplicaba este método indistintamente á todos los casos de tumor ovárico, la puncion no era en realidad una operacion indiferente. Era, sin embargo, bastante ménos peligrosa que lo que decían los partidarios de la ovariectomía en la época en que aún se discutía esta operacion. Tan es así, que Fock ha observado que en 123 casos la mortalidad alcanzaba un 17 por 100 pocos días ó pocas horas despues de la operacion, y un 19 por 100 despues de los seis primeros meses. Otros autores han condenado la puncion, principalmente porque provoca adherencias que acrecientan el peligro para practicar despues la ovariectomía (*Nota bibliográfica núm. 6*).

Esta complicacion no parece, sin embargo, ser fatal porque frecuentemente las adherencias han faltado en los casos en que se habían hecho numerosas punciones (*Nota bibliográfica núm. 7*). Las punciones preliminares son mucho más desfavorables bajo el punto de vista de la ovariectomía que pueda practicarse despues, á causa de la introduccion del aire y de los gérmenes, y porque los cambios que sobrevienen en la cara interna del tumor pueden dar origen á la autoinfeccion.

Se aprecia generalmente como más peligrosa la primera puncion que las siguientes (véase la estadística de Fock). Pero esto se debe simplemente á que en estos casos se trata de tumores cuya puncion es muy peligrosa; los peligros eran muy considerables al practicar la primera puncion y no ha vuelto á ejecutarse. Tales son los casos en que se trata de quistes con proliferaciones papilares y vasculares en la cara interna, de quistes que contienen líquidos purulentos, hemorrágicos y viscosos, ó de quistes dermoides. Por el contrario, cuando el contenido del tumor es claro y seroso, cuando el tumor está adherido á la pared abdominal, puede renovarse la puncion un gran número de veces.

1) Spiegelberg. *Arch. f. Gynäk.*, t. XIV.

2) Waldeyer. *Arch. f. Gynäk.*, t. I, págs. 266-273; Spiegelberg. *Arch. f. Gynäk.*, págs. 271-282.

3) Waldenstroem. *Virchow's Hirsch's Jahresbericht*, 1873, t. II, pág. 618.

4) Ritournet. *Arch. gén. de méd.*, 1865, pág. 108, t. I.

5) Voisin. *Recueil périodique*, t. VII, pág. 362.

6) La estadística de Spencer Wells demuestra simplemente que el peligro de la operacion aumenta cuando ésta ha sido precedida de punciones. Tan es así, que la mortalidad fué de 27,17 por 100 en las mujeres que habían

sufrido la puncion del quiste de 1 á 18 veces, en tanto que no fué más que de 23,4 por 100 en las que no habían sufrido puncion alguna.

Despues de 1 puncion, mortalidad : 23,57 por 100

—	2	—	34,39	—
—	3	—	21,87	—
—	4-18	—	34,00	—

7) Kaltenbach extirpó felizmente un quiste proliferante que á pesar de 32 punciones no ofrecía vestigio alguno de adherencia.

CAPÍTULO II

OTROS MÉTODOS OPERATORIOS EN LOS CASOS DE QUISTES DEL OVARIO

Art. 1.º — Incisión y desagüe.

LITERATURA

INCISION Y DESAGÜE

- Ledran. *Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. III.
A. G. Richter. *Anfangsgründe der Wundarzneikunst*, Goettingen, 1801, tomo V.
Ollenroth. *Heilbarkeit d. Eierstockwassersucht*, Berlin, 1843.
Desprès. *Gaz. des Hôp.*, 1864, pág. 14, y 1873, núm. 95.
Recamier. *Revue méd.*, París, 1839.
Kiwisch. *Klin. Vortraege*, t. II.
Scanzoni. *Krankheiten d. weibl. Sexualorg.*, Viena, 1875.
Noeggerath. *Americ. Journ. of Obstetr.*, II, pág. 1. *Ovariocentesis vagin.*
E. Martin. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1874, núm. 24, y *Zeitschr. f. Geburtsh. et Frauenkrankheiten*, I, 1875.
Delore. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 29 Marzo 1876, y *Annales de Gynéc.*, Julio, 1876.

INYECCION DE TINTURA DE IODO

- Boinet. *Bull. de thér.*, 1852, y *Iodothérapie*, segunda edicion, 1865.
Discussion in der Académ. de méd., *Bull. de l'Ac.*, XXII, 1856.
J. Simpson. *Clinic. lect. on diseases of women*, 1872.
Scanzoni. *Verh. d. phys. med. Ges. in Würzb.*, t. IX, 1859.
G. Simon. *Monatschr. f. Gebk.*, XXII, 1863, pág. 302.
Schuh. *Wien. med. Halle*, 1864, núm. 8.
E. Rose. *Virchow's Archiv.*, t. XXXV, 1866.

INCISION SUBCUTÁNEA Y ESCISION DE LA PARED DEL QUISTE

Tilt. *Lancet*, 5 Agosto 1848.

J. Simpson. *Loc. cit.*

Gr. Wilson. *Prov. med. Journ.*, 1851.

B. Brown. *Ovarian dropsy*, págs. 145, 173 y 187.

A. R. Simpson. *Glasgow med. Journ.*, Mayo 1869.

LIGADURA DEL PEDÍCULO

W. A. Freund. *Verhandl. d. Schles. f. vat. Cultur*, 28 Mayo 1876.

Produciendo la puncion simple tan rara vez la curacion radical, se ha tratado de impedir que el quiste pueda llenarse de nuevo, manteniéndole continuamente abierto ó combinando la puncion con la inyeccion de un liquido irritante.

I. El primero de estos métodos puede designarse bajo el nombre de desagüe. El saco se arruga y desaparece por supuracion, manteniendo el quiste abierto por la aplicacion permanente de una cánula. El desagüe puede ser practicado:

- A. Por la pared abdominal.
- B. Por la vagina.
- C. En ambas direcciones á la vez.

El desagüe abdominal no es aplicable sino en los casos en que el tumor corresponde por uno de sus grandes segmentos á la pared abdominal. El peligro de la operacion varía segun el grado de distension del saco. La mayor parte de las operadas son afectadas durante los primeros días de una degeneracion pútrida extensa, de la cual no pueden triunfar las inyecciones antisépticas, muriendo más tarde de infeccion purulenta. El peligro es sobre todo considerable cuando ni las adherencias ni la operacion han podido impedir la penetracion en el peritoneo de las materias sépticas contenidas en el quiste. En los casos más favorables la curacion exige muchos meses y aún muchos años, durante los cuales las mujeres quedan expuestas á todos los peligros que se observan en las ovariectomías incompletas. En los casos considerados como ventajosos se ve durante muchos años subsistir una fístula supurante, no quedando las enfermas al abrigo de una recidiva. Tal fué la conclusion de Thornton en la Sociedad Médica de Lóndres (reunion de 1.º Diciembre de 1879). Este autor practicó tres ovariectomías: la primera tres años y medio, cuatro la segunda y once la tercera despues de una tentativa de curacion por la incision y el desagüe. Las enfermas curaron, aunque hubo grandes adherencias y otras complicaciones desagradables (olvido de una esponja y hemorragia secundaria por el

pedículo). El desagüe abdominal no tiene más que un interés puramente histórico, por haber sido el primer método operatorio empleado. Ya hemos visto que se puede recurrir á él en los casos de ovariectomía incompleta, y para su aplicación excepcional, combinado con el desagüe por la vagina, véase lo que decimos más adelante.

La incisión del quiste por la pared abdominal ha sido erigida en método por Ledran en 1737, y hasta estos últimos tiempos ha dado buenos resultados, sobre todo en los casos de tumor supurado adherente por todas partes (Velpeau, Portal, Mussey, Bryant, etc.).

El empleo de una *cánula permanente* ha recibido una acogida más favorable. Esta conducta, puesta en práctica por primera vez por Richter, ha dado resultados satisfactorios en manos de Ollenroth, Pagentecher y Desprès. Jobert ha modificado este método, no dejando la cánula colocada sino durante algunas horas después de la operación, hasta que se haya vertido completamente el contenido del quiste.

A fin de evitar los peligros de una peritonitis difusa ocasionada por el paso por el peritoneo de sustancias sépticas contenidas en el tumor, se ha ensayado el producir adherencias por la aplicación de cáusticos (Récamier, Tavignot, Delore), ó bien haciendo penetrar agujas hasta el interior del quiste; se ha ensayado también el mantenimiento de la pared del quiste estrechamente aplicado á la pared del abdomen, valiéndose de un trócar particular que después de la punción permitía separar sus ramas por medio de un resorte (Rumbeaud, Uytterhoven). Para completar esta reseña añadiremos todavía que se ha recomendado y se ha practicado la abertura del quiste con *cáusticos* (pasta de cloruro de zinc, Demarquay, Howitz) ó con el hierro candente.

El *desagüe vaginal* ofrece una importancia mucho más considerable.

En 1761, Henkel introdujo una cánula por la vía vaginal con mal resultado; pero en 1841, Schwale logró obtener un buen éxito. Más tarde Kiwisch y después de él Scanzoni se declararon ardientes partidarios del desagüe vaginal. Kiwisch, después de haber hecho la punción, prolongó con el bisturí la herida hecha con el trócar, y mantuvo colocado por espacio de muchas semanas un tubo de zinc, por el cual pudo practicar diariamente algunas inyecciones de agua caliente. Scanzoni punciona el quiste por el fondo de saco posterior de la vagina con un trócar recto y bastante grueso, de 10 centímetros de longitud. Si el contenido del saco es muy denso y no se vierte por la cánula fácilmente, se practican unas inyecciones con agua caliente, á fin de hacerle más líquido, y se ensancha la incisión con un bisturí cuya hoja tenga un centímetro ó centímetro y medio de ancho, bisturí que se introduce á través de la cánula. Se deja colocado el trócar de plata á fin de evitar la oclusión prematura de la herida y de permitir al líquido acumula-

do que se vierta fácilmente. En 23 casos tratados por este procedimiento, seis veces se han observado signos de inflamación violenta de la pared del quiste, y estos casos se cuentan entre las curaciones. En cinco enfermas el quiste se llenó de nuevo. Cuatro desaparecieron, ignorándose el resultado, y en catorce observados por el espacio de veinte años la curación parece haber sido radical. Scanzoni ha atribuido tan excelentes resultados á la circunstancia de no haber empleado este método sino cuando la punción exploradora había demostrado el enclavamiento del tumor.

Noggerath ha empleado recientemente el desagüe vaginal bajo una forma diferente. La ovariocentésis vaginal le ha dado frecuentemente buenos resultados cuando los quistes eran muy voluminosos. Después de haber descubierto el fondo de saco posterior con un espéculo de Sims, practica una incisión que á través de la vagina y del peritoneo va directamente á la pared del quiste. Puncionado éste prolonga la abertura practicada y sutura la pared del quiste con la vagina.

Los resultados del desagüe vaginal son incomparablemente mejores que los que ofrece el desagüe abdominal por poco que se elijan bien los casos. Pero este método no da nunca más que resultados incompletos y exige un tratamiento muy largo; además, no permite esperar con seguridad ningun resultado satisfactorio y hace correr á las enfermas serios peligros de muerte. El desagüe vaginal no puede ser, pues, empleado sino en casos excepcionales bien precisos, en los cuales la disposición anatómica es excepcionalmente favorable, en tanto que, por otro lado, las dificultades técnicas y el peligro de la ovariotomía fueran extraordinariamente considerables. Tales son los tumores pequeños, enclavados, situados profundamente en el reglague de Douglas, que no pueden ser dislocados ó que están íntimamente unidos á los órganos de la pelvis ó que se han desarrollado en el interior de los ligamentos. Frecuentemente se trata en estos casos de un quiste dermoide inflamado y supurado.

La operación está indicada generalmente en el estrangulamiento de los órganos pelvianos.

La abertura del tumor en su punto más declive asegura una evacuación completa del líquido, y este último no puede penetrar en la cavidad del peritoneo á causa de la presencia de adherencias. Hegar, en un caso en que no había sido demostrada de una manera cierta la presencia de aquéllas, hizo una aplicación de la pasta de cloruro de zinc á nivel del fondo de saco posterior y practicó en seguida una punción del saco en este punto. Parece más sencillo, en la mayor parte de los casos, seguir el procedimiento de Noggerath. Cuando la pared del quiste es delgada y retráctil, las condiciones son más favorables bajo el punto de vista del resultado de la operación, ocurriendo lo mismo

cuando el tumor es pequeño. La supuración dura mucho tiempo y debilita mucho el organismo de la mujer cuando las paredes del quiste son gruesas. Se forman entonces nuevos focos de supuración y pueden verse masas granulosas, partiendo de la pared del tumor, producir una retención parcial de los productos segregados.

Después de la operación deben practicarse lavados antisépticos y cuidar de que se verifique libremente la salida de los líquidos. La abertura en el fondo de saco vaginal tiene una gran tendencia á estrecharse prematuramente, debiendo ser prolongada de vez en cuando con un instrumento romo ó con un bisturí. Se extraen con la cucharilla cortante las masas granulosas y las excrecencias papilares que se producen en la cara interna del saco, practicando en seguida una inyección iodada ó empleando otros cáusticos ligeros.

Se puede á la vez practicar el desagüe por arriba y por abajo en los tumores de pequeño volúmen, íntimamente adheridos á los órganos pelvianos, y que corresponden por uno de sus segmentos á la pared abdominal. Récamier hizo en 1839 esta operación. Después de haber practicado una punción abdominal oprime la cánula contra el fondo del quiste en la excavación retrouterina, y después y en seguida hace pasar el trócar por la vía vaginal. Recientemente, Delore ha recomendado de nuevo este procedimiento, combinándole con la cauterización preliminar de la pared abdominal y de la vagina (*Nota bibliográfica núm. 1*). El desagüe doble por el abdomen y la vagina tiene una cierta importancia cuando se trata de quistes supurados, y sobre todo de quistes dermoides que tienen cierta tendencia á romperse, ó que se han roto ya á través de los tegumentos del abdomen. Nosotros hemos empleado en nuestra clínica, con resultados relativamente favorables, este desagüe, que combinamos con las inyecciones antisépticas á través de un tubo de cristal y de cautchuc. La curación es de tal suerte lenta, es tan fácilmente trastornada por tantos accidentes, que no se puede ciertamente recurrir á este método sino en aquellos casos de tal índole que la ovariectomía no ofrece ventaja alguna. Con este método, según nos lo ha demostrado un caso de nuestra clínica, es posible la recidiva del tumor á consecuencia del desarrollo de pequeñas masas quísticas en el interior de la pared del mismo.

Art. 2.^o — Inyecciones iodadas.

Las inyecciones de iodo han sido recomendadas por Velpeau en 1843, después que hubo observado los buenos efectos de su empleo en el hidrocele. Pero Boinet ha sido el primero que ha constituido esta práctica en método de tratamiento. De 100 operaciones fué seguido de

buen éxito en 62 casos, 6 enfermas murieron y en el resto no produjo resultado alguno. En 1856 dió cuenta Velpeau á la Academia de Medicina de 110 casos tratados por medio de las inyecciones de iodo: de ellos, en 64 se obtuvo la curacion, en 36 no se agravó la enfermedad y 10 murieron. En otros 20 casos de muerte se había dejado la cánula despues de la inyeccion de iodo. Estos casos no deben ser colocados bajo el título de inyecciones simples de iodo. Simpson obtuvo la curacion en un tercio de los casos por él tratados mediante este procedimiento (40 ó 50). Schuh en 4 de 10. En cambio, West no ha observado en 8 enfermas más que una curacion duradera. En 2 enfermas se observó la recidiva al año y medio y á los dos años respectivamente de la operacion. En 8 operaciones practicadas por Simon y Orth no se obtuvo más que una curacion; una enferma murió poco tiempo despues de la operacion y las otras 5 más tarde, por marasmo. En 16 casos Fayth no ha observado más que 3 curaciones duraderas: 2 enfermas sucumbieron, una á consecuencia de una peritonitis y la otra intoxicada por el iodo.

Los resultados de Boinet y de Velpeau, los de Simpson y de Schuh son completamente ilusorios. La mayor parte de las enfermas fueron operadas en los hospitales y perdidas de vista más tarde. Se cuentan, no obstante, como curadas cuando no han muerto poco tiempo despues de la operacion, ó bien cuando en el momento de su partida no habían presentado todavía signo alguno de recidiva. Los médicos que, favorecidos por sus circunstancias, han podido comprobar el estado de la enferma, prueban que la recidiva se presenta muy frecuentemente aun despues de meses y aun de años.

Si los resultados obtenidos son poco considerables, los peligros son muy señalados. A consecuencia del deslizamiento de la cánula ó del rebasamiento que se produce en el orificio de la puncion, los líquidos inyectados pueden penetrar en la cavidad abdominal y ocasionar una peritonitis difusa. Se ha observado igualmente el reblandecimiento de la pared del quiste por la solucion de iodo y su rotura consecutiva. A todos estos inconvenientes vienen á añadirse los peligros del iodismo, y cuando se emplean soluciones alcohólicas, los del alcoholismo agudo, que puede ocasionar delirio durante muchos días. Cuando se emplean soluciones acuosas, como el iodo es más fácilmente reabsorbido, puede dar origen con más rapidez á fenómenos de un envenenamiento súbito, pudiendo sobrevenir la muerte con rapidez suma en medio del colapso. En otros casos las enfermas tienen un escalofrío media ó dos horas despues de la inyeccion; el pulso es pequeño y frecuente, hay tenesmo vesical que dura muchas horas, náuseas, vómitos, gusto al iodo en la boca, olor de iodo característico en el aire espirado y xantopsia. En la orina se pudo conocer químicamente la presencia del

iodo. Segun la gravedad de estos síntomas, puede sobrevenir todavía la muerte despues del octavo ó del décimo día (Veit, Rose).

Puede oponerse á la inyeccion de iodo el argumento importante de no ofrecer utilidad alguna sino en los casos de quiste unilocular. Se han observado, es verdad, series de bolsas pequeñas desprenderse, despues de la inyeccion de iodo, de la cara interna de la bolsa grande ó bolsa madre, y los partidarios fanáticos de la inyeccion de iodo esperaban obtener la reabsorcion y el arrugamiento de las cloacas de los quistes multiloculares por medio de inyecciones hechas en las diferentes bolsas. Boinet mismo limitó más tarde la inyeccion de iodo á los quistes uniloculares que ofrecen un contenido seroso ó purulento, y á partir de este momento obtuvo la curacion en el 9 por 100 de los casos empleados.

Despues de la inyeccion de tintura de iodo la curacion no es siempre debida á un simple arrugamiento, sino más frecuentemente á la supuracion del quiste con todos sus peligros, siendo, por tanto, preciso muchas veces emplear consecutivamente el desagüe (véase Velpeau). En la mayor parte de los casos cuyo éxito se ha publicado ha habido simplemente lentitud ó suspension momentánea de la secrecion de la pared del quiste, y la recidiva sobreviene lentamente (Scanzoni), ó bien el tumor permanece durante mucho tiempo teniendo un volúmen moderado.

La accion de la inyeccion de iodo es muy incierta, tanto que no es aplicable sino en los casos más favorables, y en ellos es más peligrosa que la ovariectomía. En todos los tumores voluminosos es preciso rechazarlo como método radical. Sin embargo, con todas estas restricciones pueden, como en el desagüe vaginal, existir indicaciones excepcionales en los casos de quistes poco voluminosos.

MANUAL OPERATORIO DE LA INYECCION DE IODO, SEGUN BOINET

Boinet recomienda practicar la inyeccion desde el momento en que está formulado el diagnóstico y la fluctuacion es evidente. Punciona siempre el quiste en el punto más declive, directamente por encima del ligamento de Poupert, al lado correspondiente del punto de origen del tumor. De esta suerte se puede vaciar lo más completamente posible el quiste y evitar el deslizamiento de la cánula. Boinet emplea un trocar ancho, porque cuando han sido evacuados los dos tercios del contenido del quiste hace penetrar un tubo de cautchuc por el interior de la cánula. Si el líquido es sanguíneo ó purulento, lava en seguida el quiste haciendo muchas inyecciones de agua caliente, y si el líquido es claro y seroso, practica desde luego la inyeccion de iodo con una

jeringa. Boinet emplea una mezcla de 100 partes de tintura de iodo con una cantidad igual de agua, á cuya mezcla añadía 4 gramos de ioduro potásico ó de 2 á 4 gramos de tanino (*Nota bibliográfica número 2*).

Durante el tiempo que la solución de iodo permanece en el quiste, se comprime este último con las manos y se hace tomar á la enferma diferentes posiciones para que el líquido se extienda por todas las partes del quiste. Cuando se retira el tubo de cautchuc se cogen con los dedos de la mano izquierda con fuerza la cánula y las paredes del quiste que rodean el orificio de la puncion y se oprime aquél contra la pared abdominal. Miéntas que se retira rápidamente la cánula es preciso tirar al propio tiempo del piston de la jeringa (*Nota bibliográfica núm. 3*).

En lugar de introducir el tubo de cautchuc, algunos cirujanos em-

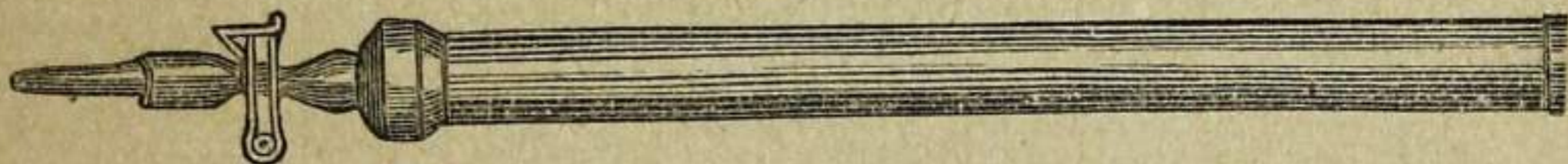


Fig. 124.

plean un trócar de válvulas para evitar la entrada del aire. Simpson emplea en lugar de la jeringa un tubo de cristal que mide de 250 á 300 centímetros cúbicos. A este tubo se fija otro de cautchuc de 6 á 8 centímetros de largo provisto de una cánula de madera, que puede adaptarse de una manera muy exacta al catéter de que se sirve como trócar para hacer la puncion. Puede obturarse el tubo de cautchuc por medio de un clamp de resorte (*fig. 124*).

Con el trócar de Simpson puede hacerse mucho más cómodamente la inyeccion de iodo, evitándose con más seguridad la penetracion del aire. Basta adaptar al tubo un pequeño embudo de cristal (Hegar), y tan luégo como se ha vertido una parte de líquido contenido en el quiste, se llena el embudo con la solución de iodo, pudiéndose además, ántes y despues de la inyeccion, lavar el quiste con agua.

Para regular á voluntad la concentracion del líquido de inyeccion basta añadir agua á la solución de iodo, y para regular la presion, elevar y bajar el embudo. Con este aparato puede hacerse muy fácilmente, por la vía vaginal, la inyeccion de tintura de iodo; pero no debe emplearse este procedimiento más que en los casos de quistes pequeños con grandes é íntimas adherencias y que no pueden ser extirpados.

Los ensayos de inyeccion con otros líquidos irritantes, tales como

la disolucion de sulfato de zinc (Hamilton y Scudamar), la disolucion de nitrato de plata ó el licor de sexquicloruro férrico (Olivier) y el alcohol (L'Homme, Jobert), han sido muy poco empleadas, y las pocas veces que lo han sido, con no tan buen éxito como la inyeccion de iodo.

Art. 3.º — Métodos por los cuales se trata de vaciar el quiste en la cavidad abdominal.

Teniendo en cuenta la observacion de que algunas veces la rotura espontánea de un quiste en la cavidad peritoneal ha provocado una curacion radical, se ha tratado de obtener artificialmente resultado idéntico.

Escision de un trozo de la pared del quiste. — Se practica, por ejemplo, una gran incision á traves de la pared abdominal, se punciona el quiste y se sutura de nuevo la herida abdominal (Blundell, Baker Brown, Wilson). Si se desconoce la calidad del contenido del quiste, la operacion es peligrosa y fácilmente produce una peritonitis difusa. Añadamos á esto que una operada de Wilson murió de hemorragia interna. Más recientemente, Spencer Wells ha empleado de nuevo este método, pero limitando sus indicaciones á los casos de quistes uniloculares, de paredes delgadas, contenido claro y seroso, no pediculados y que ofrezcan una ancha insercion intraligamentosa. En cuanto despues de la abertura de la pared abdominal se reconoce la disposicion precedentemente descrita, se escinde sobre la pared del quiste un colgajo circular que tenga aproximadamente unos 3 centímetros de diámetro.

Se vacia despues completamente el tumor, y luégo de haber ligado algunos vasos que pueden dar sangre, se sutura la herida de la pared abdominal. Los resultados obtenidos por Spencer Wells en una serie de casos tratados de esta suerte nos obligan á experimentar nuevamente este procedimiento.

Guérin y Tilt han pretendido conseguir el mismo objeto practicando con un tenotomo la incision subcutánea de la pared del quiste. En un caso así operado por Maisonneuve hubo recidiva. Sin puncion preliminar la incision subcutánea es una operacion hecha al azar, corriéndose el riesgo de vaciar en la cavidad abdominal un líquido de naturaleza muy variable, séptico quizás, pudiendo tambien ser fácilmente heridos gruesos troncos vasculares.

J. Simpson ha propuesto un método racional. Investiga por medio de la puncion la naturaleza del líquido contenido en el quiste: si es un líquido claro y seroso, retira el trócar y trata, comprimiendo el quiste durante los días siguientes, de impedir la cicatrizacion de la

herida producida por dicho instrumento, y cuando no obtiene este resultado, hace una pequeña incision en la pared abdominal y practica la puncion con un grueso trócar cuadrangular, obteniendo así una abertura cruciforme que ofrece menor tendencia que la circular á la cicatrizacion.

Finalmente, debemos decir que, por lo comun involuntariamente (en una exploracion), ó voluntariamente, se han magullado pequeños quistes cuyo desarrollo se ha detenido. Noggerath refiere haber magullado, simplemente con ayuda de las manos, quistes del ovario más pequeños que huevos de gallina, despues de estar convencido de la benignidad de su contenido. Jamás ha observado consecuencias funestas del derrame de líquido en la cavidad peritoneal.

Art. 4.º—Ligadura de los vasos del pedículo.

Esta operacion, practicada con objeto *de limitar la llegada de sangre al tumor y de provocar el arrugamiento de éste*, ha sido preconizada antiguamente por Hartwich (*Nota bibliográfica núm. 4*), Richardson y Tanner (*Nota bibliográfica núm. 5*), y más recientemente por Antal (*Nota bibliográfica núm. 6*); pero hasta ahora no parece haber sido realmente puesta en práctica más que por Freund. Se trataba de un tumor muchas veces puncionado, cuya extirpacion era impracticable merced á fuertes adherencias pelvianas, pudiendo percibirse el pedículo por el recto. Freund practicó una incision de 3 centímetros de largo, á la derecha de la línea alba, y en la parte superior practicó otra incision transversal dirigida hácia afuera. Puesto el pedículo al descubierto, fue dividido en dos troncos y ligados por un doble hilo de catgut que se introdujo con una aguja curva. La operada se levantó al décimo día y se produjo un arrugamiento manifiesto del tumor. Es muy interesante, bajo el punto de vista patológico, ver un tumor adherente cuyos vasos se han ligado, arrugarse sin gangrenarse. Pero este procedimiento no ofrece ninguna seguridad, porque el tumor puede continuar nutriéndose por vasos voluminosos situados en las adherencias. Así, pues, las indicaciones de la ligadura del pedículo no se encuentran reunidas sino en casos muy raros.

1) En la discusion (*loc. cit.*), Desprès argumentó á Delore con los casos en los cuales se han observado fistulas que han persistido durante cinco y siete años. Los sacos estaban rellenos por granulaciones que alcanzaban el volumen de la cabeza de un niño.

2) West emplea la solucion siguiente:

Iodo.	5 gramos.
Ioduro de potasio.	5 —
Alcohol.	50 —
Agua.	100 —

Schuh y Simpson emplearon soluciones acuosas de $\frac{1}{2}$ á $\frac{1}{8}$, i yectando de 100 á 500 gramos de esta solución.

3) La mayor parte de los autores dan el consejo de retirar la solución de iodo al cabo de algunos minutos: este procedimiento fracasa frecuentemente. Seuls, Baker Brown y Schuh abandonaban todo el líquido inyectado en el saco.

4) *Ephem. nat. cur.*, cent. 9 y 10, obs. 100.

5) Véase Baker Brown, *Surg. Diseases of women*.

6) *Allg. Med. Centralzeitung*, 1877, fascículo XII.

APÉNDICE

Artículo único. — Operacion de las hernias del ovario.

LITERATURA

Englisch. *Med. Jahrb.*, 1871, pág. 335.

Werth. *Rudimentaere Entwickl. d. Müller'schen Gaenge. Arch. f. Gyn.*, XII, pág. 132.

Léopold. *Arch. f. Gyn.*, XIV, 3.

Klotz. *Hystero-Cystovariotomie bei einem wahren Hermaphroditen. Langenbeck's Arch. f. Klin. Chir.*, t. XXIV.

Bylicki. *Hystero-ovariocele inguinalis, Przegląd lekarski*, 1878, núm. 27 (Brikscher).

G. H. Balleray. *Americ. Journ. of Med. Sciences*, Octubre 1877.

Weinlechner. *Wien. med. Wochenschr.*, núm. 46, 1877.

De todas las hernias del ovario, sólo las hernias inguinales ofrecen una importancia práctica.

Las hernias congénitas del ovario son frecuentemente bilaterales. Se producen de la misma manera que el descenso de los testículos, porque los ovarios anormalmente dirigidos por los cuerpos de Wolf y el gubernáculo de Hunter penetran por el anillo inguinal que permanece abierto en el conducto de este nombre, y llegan hasta los grandes labios. El ovario en las hernias inguinales parece que está sólidamente fijo por una base muy ancha á la pared posterior del saco herniario, siendo imposible reducirlo. Añadamos que casi siempre acompaña al ovario y descende con él en el conducto inguinal el pabellon de la trompa, no siendo raro en las hernias congénitas del ovario observar otras anomalías de los órganos sexuales, tales como la falta de desarrollo de los conductos de Müller, hernia de un cuerno rudimentario del útero, imperforacion de la vagina ó hermafroditismo.

En las hernias inguinales adquiridas el ovario parece generalmente movable y suspendido por su ligamento propio distendido. Frecuentemente está solo, alejado de la trompa, siguiéndole el útero en otros casos y encontrándose á veces en el mismo saco el intestino ó el epiploon. La presencia en el conducto inguinal ó en los grandes labios de los ovarios produce accidentes muy graves. Se puede reducir el ovario herniado cuando es móvil y está situado en la extremidad de un largo pedículo, condicion que no existe sino en las hernias adquiridas, porque cuando esta afeccion es congénita no se puede hacer otra cosa que protegerla contra las violencias exteriores por medio de una pelota hueca ó de un cojin blando. Frecuentemente, sin embargo, son mal soportados estos aparatos.

Las hernias del ovario provocan comunmente dolores intensos; bajo la influencia de la congestion menstrual adquiere dicho órgano el volúmen de una nuez y aun de un huevo de gallina, y se hacen muy dolorosos. Durante los periodos intercalares se observa tambien frecuentemente la presentacion de dolores y de trastornos diversos de origen reflejo. Estas inflamaciones periódicas y estos trastornos de origen reflejo repetidos pueden exigir una extirpacion uni ó bilateral, haciéndose apremiante algunas veces esta indicacion. Tales son los casos de Werth y de Léopold, en los cuales existía al propio tiempo desarrollo rudimentario del útero y de la vagina, y en los que llegó á alcanzar la operacion la importancia de una castracion.

La inflamacion del ovario herniado puede simular completamente una estrangulacion herniaria. Se observa que á los dolores locales propios de toda hernia irreducible se añaden otros fenómenos simpáticos debidos á la irritacion peritoneal. El dolor se irradia hácia la region del estómago y hácia los órganos genitales internos, revistiendo algunas veces los caracteres de los dolores de parto: las enfermas experimentan malestar, hipo, y tienen á veces verdaderos vómitos, pudiendo al propio tiempo existir retencion de materias fecales. Merced á estos síntomas, en algunos casos de este género se ha practicado el desbridamiento de la supuesta hernia intestinal y hasta ha llegado á confundirse el pabellon de la trompa con el epiploon. Si el diagnóstico de la hernia ovárica estaba bien establecido, debe limitarse el profesor, durante toda la existencia de los fenómenos inflamatorios, á un tratamiento local antiflogístico. Si se produce un absceso debe darse salida al pus disecando cuidadosamente capa por capa. Pero las estrangulaciones propiamente dichas en las cuales está realmente comprimido un largo pedículo son extremadamente raras. Generalmente en estos casos se trata de una inflamacion primitiva que se produce en el momento de las reglas. El conducto inguinal es relativamente muy estrecho para el ligamento cuando éste está hinchado. Se produce una constriccion

secundaria del pedículo del ovario y á consecuencia de los trastornos sobrevenidos merced á la inflamacion en el interior del órgano puede observarse la aparicion de la gangrena.

La operacion está tambien indicada en los casos en que existe un tumor. A consecuencia de la posicion anormal del ovario en el conducto inguinal ó por delante de él, los tumores se conducen absolutamente lo mismo que en los casos de anomalías en el descenso de los testículos. En 38 casos de hernia del ovario reunidos por Englisch, cinco veces era quístico dicho órgano, una vez canceroso, y, en fin, Blotz, en la clinica de Billroth, ha observado un caso muy interesante de quiste del ovario en un hermafrodita.

En tesis general, la operacion de la hernia del ovario no difiere de la herniotomía ordinaria. Como en esta operacion, se incinden las paredes del saco capa por capa y se ensancha el cuello por medio del bisturí. Si el ovario no ofrece modificaciones sensibles se le reduce. Bryk, en un caso, desprendió desde luégo todo el ligamento ancho que estaba adherido y extrajo un tumor hidatídico del tamaño de una nuez ántes de reducir el contenido del saco (el útero con los ovarios). Extirpó en seguida un fragmento de 25 centímetros cuadrados y suturó el anillo inguinal para impedir la recidiva. Pero si las modificaciones inflamatorias son muy intensas, ó bien si existe ya un principio de gangrena del ovario, es preciso practicar la extirpacion. En un caso de Balleray, este autor, despues de haber reducido el ovario que se encontraba enclavado en un ligamento fibroso trasversal, extrajo 4 onzas de un líquido amarillo sucio que contenía el saco y sobrevino una peritonitis violenta. Cuando se ha abierto el saco á consecuencia de una estrangulacion debida á una inflamacion simple del ovario, será conveniente extirpar este órgano, que conservará siempre, de otra suerte, tendencia á inflamarse de nuevo. Este procedimiento es preferible al que consiste en incindir simplemente el saco herniario distendido por el exudado.

No podemos consignar aquí sino consideraciones generales á propósito del manual operatorio. La operacion varía naturalmente en cada caso segun que estemos en presencia de un ovario de tamaño normal, de un tumor provisto de un largo pedículo ó insertándose por una ancha base, ó segun que el ovario se presenta solo ó con otros órganos en el saco herniario.

Despues de la abertura del saco se debe traspasar el pedículo, formado por el ligamento ancho solo ó bien por este ligamento, la trompa y aún algun cuerno del útero, segun su anchura, dividiéndole en dos segmentos ademas. La ligadura (con seda solamente) debe practicarse con gran cuidado, porque los hilos se deslizan muy fácilmente á consecuencia de la poca longitud del pedículo y de su tendencia á intro-

ducirse en la cavidad abdominal. Se amputa el muñon por encima de las ligaduras y á una distancia suficiente, limitándose, ya á cortarle, ó ya á cauterizarle.

La cuestion del tratamiento del pedículo se resuelve por si misma cuando se trata de una hernia congénita que se inserta por un corto pedículo en la pared posterior del saco. La escasez de observaciones que hasta ahora poseemos no nos permite decir de una manera cierta cómo debe procederse cuando el pedículo es largo y ofrece una gran tendencia á introducirse en la cavidad abdominal. En el caso descrito por Werth, Esmarch dejó introducirse en la cavidad abdominal al pedículo y recurrió al desagüe de la herida externa. Weinglechner fija el pedículo en ésta. La hemorragia que se produjo en este caso tuvo lugar por fuera y no en la cavidad peritoneal. Por temor á las hemorragias secundarias, que son frecuentes y debidas al deslizamiento de las ligaduras, nosotros preferimos fijar el pedículo en el conducto inguinal y cerrarle por medio de una sutura.

Hasta estos últimos tiempos no hemos obtenido ningun resultado satisfactorio, ni de la herniotomía, ni de la extirpacion. Casi la mitad de las operadas han muerto (Englisch, *loc. cit.*). La muerte fué debida á la ausencia de precauciones antisépticas, y sobre todo á la imperfeccion de un manual operatorio improvisado, y á que se operaba en casos poco convenientes. Empleando un manual operatorio correcto (ligaduras bien hechas, oclusion de la cavidad peritoneal, combinada cuando es necesario con el desagüe del saco) y apelando al método antiséptico, la operacion en casos de hernias del ovario no entraña peligros particulares.

Las causas de la muerte han sido generalmente: la peritonítis, flemones extensos (en el tejido celular subseroso, desde la herida de la operacion hasta la fosa iliaca y la region renal) ó hemorragias internas (Billroth).

CAPÍTULO III

DE LA CASTRACION

Artículo 1.º — Historia y literatura.

En los pueblos orientales se practicaban frecuentemente en la antigüedad ciertas operaciones en los órganos genitales externos, tales como la extirpacion de los pequeños labios y del clítoris y la de dar paso á un anillo á través de los grandes labios. Los griegos y los romanos designaban bajo el nombre de εἰροθυσιαι, *castrare*, así á la ablacion del útero como á la de los ovarios. Es preciso abstenerse de considerar todos estos hechos como comprendidos en la operacion que tiene por objeto extirpar los ovarios. Es, no obstante, cierto que estos pueblos han practicado la castracion tal como nosotros la comprendemos. Los reyes de Lydia, Andrómedes y Gyges hacian castrar á las mujeres de sus harems á fin de *vis semper ætate et forma florentibus uteretur*.

Bischoff refiere que un viajero inglés ha visto en la India eunucos hembras que habían sido privados de sus ovarios durante su juventud. El castrador de puercos de Wiérus parece que persiguió un fin moral castrando á su hija á fin de reprimir sus desórdenes.

Los primeros estudios precisos sobre la extirpacion de los ovarios sanos ó de volúmen normal se han hecho en los casos en que este órgano estaba herniado. Casi siempre la operacion fué unilateral. Pott sólo refiere un caso de castracion doble. Todas las observaciones recientes, á excepcion de un hecho observado por Esmarch, se refieren á casos de castracion unilateral en los casos de hernias del ovario.

A fines del último siglo, Hunter propuso hacer la extirpacion de los tumores del ovario al principio de su desarrollo. A pesar de la gran extension que ha adquirido la práctica de la ovariectomía, hasta ahora

se ha ejecutado muy pocas veces la ablacion de tumores pequeños. En estos casos se operaba por la vía vaginal y se extirpaban así tumores que formaban prominencia en los fondos de saco.

En 1869, Koeberlé extirpó un ovario sano. Se trataba de reducir un útero en retroversion fijando en la herida abdominal el ligamento ancho del lado izquierdo y extirpando después el ovario.

Aveling refiere que James Blundell había tenido ya la idea de practicar la castracion en los mismos casos en que hoy la practicamos. Este autor estudió experimentalmente la cirugía del abdomen y presentó sus experimentos á la Sociedad Real de Medicina y Cirugía de Londres en 1823. Mucho mejor de lo que se hacía en su tiempo, y aún mejor de lo que se hace hoy, apreciaba Blundell los peligros de la herida abdominal. Demostró que las dos trompas podían ser seccionadas y que sin trastornar la vida podían extirparse los quistes del ovario, los ovarios sanos, el útero puerperal ó canceroso, porciones de la vejiga y el bazo. Consideraba la extirpacion de los ovarios sanos como un medio de tratamiento activo en los casos de dismenorrea grave y de hemorragia mensual procedente de un útero invertido cuando estaba contraindicada la extirpacion de este órgano.

En resúmen, se extirpaban los ovarios sanos ó poco aumentados de volúmen en los casos de hernias ováricas. Se extirpaban pequeños tumores que por su situacion, por su funesta influencia sobre las partes vecinas (compresion), podían dar lugar á síntomas morbosos; pero no se había recurrido aún á esta operacion en los casos en que el órgano estaba sano ó degenerado, pero poco aumentado de volúmen.

No se resolvía nadie á practicar esta operacion, dejándose guiar por consideraciones de un orden muy diverso. Nadie se proponía hacer desaparecer los fenómenos patológicos producidos directa ó indirectamente por una afeccion de los ovarios. Nadie creía, por otra parte, que haciendo desaparecer las funciones sexuales, y en particular provocando la menopausia, podrían curarse ciertos estados patológicos especiales.

No se creía tampoco que provocando la menopausia, enfermedades como las neurósis podrían curarse, aunque no tuvieran ninguna relacion con el estado ó las funciones de los órganos sexuales, idea que han sostenido algunos autores americanos.

La primera castracion ha sido practicada por Hegar el 27 de Julio de 1872, con asistencia del profesor Kaltentbach, del Dr. Hüffel y de Müller. Se trataba de un caso de dismenorrea y de neuralgia del ovario, á consecuencia de la cual la enferma era morfiomana. Se extirparon los dos ovarios, que presentaban los signos de una degeneracion del estroma, y numerosos quistes foliculares pequeños. El ovario derecho contenía un quiste folicular del volúmen de un huevo de gallina.

La enferma murió de peritonitis séptica. Un mes más tarde próximamente, el 17 de Agosto del mismo año, Battey hizo su primera operacion en una enferma que padecía amenorrea é inflamacion recurrente del peritoneo y del tejido celular pelviano. En los demas casos operados por él se practicó la operacion por tratarse de neuralgias ováricas, de los trastornos más variados de la menstruacion ó de neurósis. Los ovarios estaban por lo comun alterados, y ofrecían lesiones de la ovaritis crónica y de la degeneracion quística, y estaban dislocados en el repliegue de Douglas. Battey no extirpaba frecuentemente más que un ovario. Thomas y Trenholme han operado segun las mismas indicaciones. Peaslee fué el primero que practicó la castracion en un caso de útero rudimentario en que el ovario estaba en plena funcion. Trenholme fué el primero que la practicó en un caso de fibromioma, en 1876. En Agosto del mismo año, Hegar hizo dos operaciones con el mismo objeto, sin conocer el caso de Trenholme. Hasta principios de 1880, Hegar practicó 50 operaciones bilaterales por causas las más diversas. Sims ha publicado siete observaciones, en cinco de las cuales, sin embargo, no ha extirpado más que un solo ovario.

El falso camino emprendido por Battey y Sims, no practicando por lo comun más que la castracion unilateral, ha conducido á la depreciacion de este recurso operatorio. El peligro es casi el mismo y sólo en determinadas circunstancias puede lograrse el fin propuesto.

El número de operaciones y de operadores se ha acrecentado mucho en estos últimos años. La castracion sólo ha sido rechazada por un corto número de autores. Sin embargo, esta operacion sufrirá aún numerosas modificaciones, tanto bajo el punto de vista de sus indicaciones, cuanto bajo el del manual operatorio, lo cual no tiene nada de extraño tratándose de una operacion quirúrgica tan moderna. En el porvenir acaso puedan establecerse distinciones determinadas entre ciertas operaciones: se podrá, por ejemplo, colocar aparte la extirpacion de pequeños tumores, sobre todo si se trata de neoformaciones especiales.

La ablacion de los tumores tubo-ováricos podría ser colocada en la salpingotomía; pero en el estado actual de la Ciencia, tales distinciones no nos parecen suficientemente justificadas todavía.

Hegar. *Die castration der Frauen, Volkmann's Vortraegen Gynaek.*, 42, Leipzig, 1878.

Stahl. *Der anticipirte Klimax durch Exstirpation der Ovarien bei Fibromyomen des Uterus Boerner's Deutsche. Medic. Woch.*, Berlin, 1876, núm. 50.

Hegar. *Zur Exstirpation normaler und nicht zu umfanglichen Geschwulsten entarterer Eierstocke Wittelshoefer's Wiener med. Woch.*, 1878.

- Hegar. *Ueber die Exstirpation normaler und nicht zu umfanglichen Tumoren degenerirter Eierstocke*, C. f. G., 1877, núm. 17, y 1878, núm. 2.
- Hegar. *Ueber Castration*, C. f. G., 1879, núm. 22.
- Batthey. *Normal ovariectomy*. *Atlanta Med. and Surg. Journ.*, Septiembre 1872.
- Batthey. *Normal ovariectomy. A Paper read before the Georgia Med. Associat. reprinted from the Atlanta, Med. and Surg. Journal Atlanta*, 1873.
- Batthey's. *Operation by David W. Yandell and Ely M. Clellan reprinted from the American Practitioner*, Octubre 1875.
- R. Batthey. *Exstirpation of the functionally active Ovaries*. *Transactions of the American Gynecological Society*, 1876.
- R. Batthey. *Is there a proper field for Batthey's Operation*. *Ibid.*, 1877.
- Marion Sims. *Batthey's Operation* *British Med. Journal*, Diciembre 1877.
- Boerner. *Ueber die Castration der Frauen als therapeut. Moment*. *Wiener med. Woch.*, 1878, núms. 47, 48, 49 y 50.
- Tauffer. *Die Castration der Frauen*. *Aus der Pester med. chir. Presse, Buda-Pesth*, 1878, y comunicacion particular.
- Spiegelberg. *Castration des Weibes*. *Breslauer aerztl. Zeitschr.*, 1879, número 23.
- Engelmann. *Batthey's Operation. Three fatal cases, etc*. *American Journ. of Obstetric.*, vol. XI, núm. 3, Julio 1878.
- Engelmann. *The difficulties and dangers of Batthey's Operation, extracted from the Transactions of the American Medical Association*, Filadelfia, 1870.
- Hofmeier. *Ernährungs- und Rückbildungsvorgaenge bei abdominallumoren*. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol.*, t. V, pág. 112.
- Bruntzel (Spiegelberg). *Vier Castrationen*, *Arch. f. Gynaekologie*, XV, pág. 107.
- Aveling. *The Spaying of Women*. *Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, 1879, núm. 70, pág. 617, *contient une notice historique tres interessante*.
- Aug. Martin. *Zur Ovariectomie*, *Berliner klin. Wochenschr.*, 1878, núm. 15.
- Castration der Frauen, besprochen von Paul Osterloh*. *Schmidt's Jahrb.*, CLXXXVI, 1880, núm. 5, pág. 193.
- Loebker. *Laparotomien in der Gynaek. Klinik in Greifswalde ausgeführt*. *Arch. f. Gynaek.*, t. XIV, pág. 438.
- Otto Albert's. *Arch. f. Gynaek.*, XIV, pág. 418.
- Schüking. *Centralblatt für Gynaek.*, 1879, núm. 20.
- Sänger. *Holl. med. Wochenschrift*, 1879. *Wiener allgem. med. Zeitg.*, 1879 núm. 49, pág. 555.
- Langenbeck. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, 8. Congreso 1879.
- Welponer (Braun). *Wiener med. Presse*, 1879, núm. 24, pág. 782.
- Richter aus Emden. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1880, núm. 7.
- Trenholme. *The American Journal of Obstetrics*, 1876, vol. IX, pág. 703 y *Transact. of the American Gynecolog. Soc.*, 1876, pág. 703.
- Goodell. *A case of spaying for fibroid of the womb*. *American Journ. of the Medical Sciences*, Julio 1878. *Obstetrical Journ. of Great Britain*, 1879, página 340.

- Goodell. *Boston Med. and Surg. Journ.*, Junio 19, 1879.
- Sabine. *American Journ. of Obstetric.*, Agosto 1875, pág. 359.
- Gilmore. *Atlanta Med. and Surg. Journ.*, Septiembre 1874.
- Pallennach Engelmann. *O. C. Battey's Operation three fatal cases, etc.*
- Thomas. *Transact. of the Americ. Gynecol. Soc.*, 1876, pág. 357 ff.
- Peaslee. *Transact. of the Americ. Gynecol. Soc.*, 1876, pág. 340.
- A. R. Simpson. *History of case of double Oophorectomy. British Med. Journ.*, 1879, Mayo, 246, pág. 940.
- Spencer Wells. *Transact. of the American Gynecological Soc.*, vol. IV, 1879, pág. 198.
- F. Franzolini. *La prima Ooforectomia, etc. Gazzetta Med. Italiana, Provincia Venete*, año XXII, núm. 38.
- Lusk. *The American Journal of Obstetrics*, 1880, pág. 599.
- Heywood Smith. *Brit. Med. Journ.*, 1879, 12 Julio, pág. 41.
- Lawson Tait. *Britisch Med. Journ.*, 1879, núm. 984, págs. 730 y 731.
- Lawson Tait. *Note on Oophorectomy. Brit. Med. Journ.*, 1880, núm. 1.019, pág. 48.
- Dr. Sthal, de Francfort. Comunicacion particular.
- Svenson. *Upsala laekare foerhandl.*, t. XII, 1876, pág. 178.
- Coates. *Hosp. Med. and Surg.*, 23 Diciembre 1876.
- Martini, de Breslan. Comunicacion particular.
- Büchner-Berns, de Amsterdam. Comunicacion particular.
- Kaltenbach. Comunicacion particular.
- Malins. *Two cases of Oophorectomy. Brit. Med. Journ.*, núm. 1.012, página 772.
- Brugisser. *Correspondenzblatt Schweizer Aerzte*, 1880, núm. 8.
- Battey. *Sims remarks, etc. Brit. Med. Journ.*, 1877, núm. 884, pág. 794.
- Savage. *On Oophorectomy. The Obstetric. Journ. of Great Brit. and Ireland*, núm. 87, 1880, pág. 262.
- W. A. Freun. Comunicacion particular.
- Netzel. *Svenska laekare selsk. foerhandl. Hygiea*, 1878, núm. 7; *Centralb. f. Gynaek.*, 1879, núm. 14.
- Kleinwächter. *Arch. f. Gynaekol.*, t. XVI, c. 1.
- Baumgärtner. *Berliner klin. Wochenschr.*, 16, 1879, núm. 5, y comunicacion particular.
- Werth (Esmarch). *Doppelseitige Castration bei Ovarialhernie.*
- Pott. *Œuvres chirurgicales*, I, pág. 492, Paris, 1777.

Art. 2.^o — Importancia de la castracion bilateral.

No puede apreciarse la accion producida por la ablacion de un órgano cuando no se conoce la influencia de este órgano sobre el resto del organismo. Por lo que respecta á los ovarios existen opiniones muy erróneas, y aún el viejo proverbio: *Propter solum ovarium, mulier est*

quod est, no puede ser aceptado sin grandes restricciones. Se han observado frecuentemente, aunque exista una ausencia congénita ó aunque exista una falta desarrollo de los dos ovarios, mujeres que tienen el tipo femenino completamente normal, el seno y los órganos genitales externos bien desarrollados y una pelvis normal. En muchos de estos individuos se ha observado una inclinacion pronunciada hácia el hombre y áun un instinto genital exagerado, en tanto que estos fenómenos faltan en otros. El carácter femenino está igualmente muy marcado y es raro que estas anomalías vayan acompañadas de un hábito masculino.

No es raro, pero no es constante, que coincidan con la ausencia de los ovarios una disminucion del desarrollo óseo de la pelvis, una pequeña estatura, disminucion congénita en el diámetro de los grandes vasos, deformaciones del corazon, cretinismo é idiocia, y otras anomalías del sistema nervioso, y, de una manera general, todos los signos de un desarrollo tardío. Por el contrario, el útero y las trompas faltan ó están por lo ménos detenidas en su desarrollo, no existiendo excepciones bien determinadas á esta regla. La vagina ya está bien ó ya está mal conformada, pudiendo faltar completamente. Es raro que exista una deformidad de los órganos genitales externos. Cuando existe una ausencia unilateral ó falta de desarrollo de un ovario, la matriz es frecuentemente rudimentaria. A veces no está bien conformado más que en uno de los ángulos superiores, en tanto que el otro, que corresponde al ovario que falta ó está mal conformado, falta tambien ó no existen más que vestigios de él. Puede observarse tambien cómo el útero depende del ovario estudiando el hermafrodisimo trasversal. En este que se llama hermafrodisimo trasversal femenino con ovarios, el útero existe regularmente, aunque por lo demas el tipo sea masculino. En el hermafrodisimo trasversal masculino con testículos, el útero falta (sin embargo, con algunas excepciones) aunque la conformacion corresponda al tipo femenino.

En el caso de ausencia de los ovarios ó de defecto de desarrollo, la menstruacion desaparece, síntoma que no es debido á la ausencia ó á la falta de desarrollo del útero, porque esta funcion se produce de una manera habitual y frecuentemente en alto grado en personas cuyos ovarios funcionan y que, sin embargo, no tienen útero ó le tienen en estado rudimentario.

El estudio de estas anomalías prueba que el grado de desarrollo de las trompas y del útero depende del de los ovarios, y que una de las grandes funciones del aparato sexual, la menstruacion, depende del funcionamiento de estos órganos. Pero el estado general del organismo, el desarrollo de la pelvis, el del pecho, el de los órganos genitales externos y áun el de la vagina, el instinto genital y el carácter, son

completamente independientes, ó por lo ménos su dependencia es muy limitada.

No conocemos nosotros la influencia de una extirpacion del ovario hecha durante la infancia en la raza humana. Por lo ménos, el único dato que poseemos sobre esta cuestion es muy incompleto y está sujeto á observaciones. Un inglés, Roberts, pretende haber visto en las Indias Orientales mujeres castradas, las cuales eran grandes, musculosas, sin seno, sin mamas, en las cuales la arcada pubiana era tan estrecha que sus ramas casi se tocaban. El tejido grasoso faltaba alrededor de los órganos genitales externos, los muslos no presentaban ningun desarrollo, como en el hombre, y no habían menstruado jamás.

Cuando se castra á los animales jóvenes se observa como resultado constante un temperamento más tranquilo, tendencia á una suspension en el desarrollo del conducto genital, y no existen los períodos. En cuanto á la influencia sobre el resto del organismo, no se ha observado nada más.

En los animales de más edad, la influencia favorable sobre el desarrollo grasoso es muy dudosa. Casi constantemente no existe el celo, y, segun los veterinarios, los casos excepcionales deben ser atribuidos á una extirpacion incompleta ó á un estado patológico del aparato genital y sus inmediaciones. En la mujer adulta, la funcion de los ovarios desaparece ó es apenas marcada durante el embarazo, y verosíblemente tambien con frecuencia durante la lactancia. Se observa al propio tiempo la amenorrea aunque no ocurra nada de anormal. En los estados patológicos ligados á una degeneracion completa de los dos ovarios, la amenorrea es un hecho casi constante, siendo preciso atribuir las excepciones, ya á que quedan porciones parenquimatosas sanas, ya á trastornos vasculares, sobre todo cuando el tipo de las hemorragias no es completamente asimilable al de las hemorragias catameniales. Puede tambien atribuirse la amenorrea á trastornos simultáneos de la nutricion general.

En la menopausia el ovario se atrofia, y es verosímil que esta atrofia preceda á la del útero, porque la facultad de concepcion desaparece en los cuatro ú ocho años que preceden á esta época. Puede ser que entren en juego otros factores. Sin embargo, puede admitirse como una hipótesis muy verosímil que los huevos no están suficientemente desarrollados para ser fecundados. Con la desaparicion de las reglas se observa muy frecuentemente una serie de sensaciones desagradables y áun estados patológicos muy bien marcados. Lo más generalmente estos estados son de naturaleza congestiva, trastornos vasomotores, tales como coloracion súbita de la cara y del cuello, sudores generales ó locales con tendencia á escalofríos, dolores de cabeza, vértigos, accesos de opresion, dolor en los riñones, sensaciones de peso y

de presión, y dolores en el bajo vientre. Esto mismo se observa generalmente sobre algunos puntos limitados, por ejemplo, á la palma de las manos, á la planta de los piés, donde se observan hiperestésias, prurito, sensaciones de quemadura; existe una gran tendencia á las neuralgias, al mal humor, á la sobreexcitación nerviosa, al insomnio, no siendo raro observar trastornos de la digestión, que por lo comun consisten en pérdida del apetito, náuseas y vómitos y estreñimiento ó diarrea. En ciertos casos raros pueden observarse hemorragias que se producen en diversos órganos, la nariz, la lengua, el intestino, las vías urinarias y la piel.

Todos estos síntomas son generalmente irregulares y no afectan ningun tipo especial. Sin embargo, predominan generalmente en la época de las reglas, y sobre todo en su principio.

Rara vez se establece la menopausia de una manera brusca y definitiva. Pasan muchos períodos menstruales sin que se presente la hemorragia catamenial, viéndose despues en una época ulterior sobrevenir una hemorragia abundante. Frecuentemente se observan hemorragias irregulares que se prolongan durante mucho tiempo. Es verdad que, por lo comun, es preciso acusar á estados patológicos preexistentes del útero, en particular una hiperplasia del tejido muscular y del tejido celular; mas, sin embargo, puede tambien no existir ninguna causa de este orden. Otras veces tambien en el momento de la menopausia el útero aumenta de volúmen, fenómeno que debe atribuirse á la congestión sanguínea.

Ademas de la atrofia gradual y algunas veces rápida del útero; ademas de la disminucion de volúmen de los tumores que pueden encontrarse, se observa el enmagrecimiento de los órganos genitales externos. Los grandes labios se ponen flácidos y pueden tambien presentarse pliegues cutáneos. La pared de la vagina pierde su estructura compacta, volviéndose exangüe y blanda, pudiendo observarse tambien en ella diversas modificaciones. No es raro que se produzca una colpítis, en la cual toma participacion la porcion vaginal del cuello. El conducto vaginal está todo él hinchado y rojo, ofreciendo puntos más rojos aún, brillantes, erosiones é hiperemias locales, alrededor de cuyas zonas se observan islotes anémicos, pálidos y secreción purulenta. La vulva está generalmente afectada de la misma manera. El proceso llega frecuentemente á un alto grado, la turgencia y la rubicundez se hacen intensas y las secreciones profusas, purulentas y aún teñidas en sangre. Poco á poco ó muy rápidamente sobreviene la curación; pero el proceso puede tambien seguir una marcha crónica y llegar á determinar adherencias entre la porcion vaginal del cuello y el fondo de saco, participando el tejido submucoso de la enfermedad. Puede observarse que la vulva se estrecha, se arruga, pudiendo ocur-

rir lo mismo en todo el conducto vaginal, que en su parte superior se termina en forma de cono. Este arrugamiento es frecuentemente parcial. La vagina presenta entónces una brida sólida y algunas veces una estrechez anular. Estas retracciones pueden tambien producirse en parte sin colpitis, ó por lo ménos con una colpitis muy ligera.

El resultado final de los cambios que se producen en la vagina en la época de la menopausia es muy variable; ya se encuentran las paredes blandas manifestando cierta tendencia al prolapso, ya, por el contrario, el conducto vaginal queda estrechado y contraído. Todos los síntomas de la menopausia que acabamos de señalar reconocen ciertamente causas diversas, ya se mantengan dentro de los límites fisiológicos, ya revistan un carácter francamente patológico.

El más importante es la desaparicion de una hemorragia habitual. No es verosímil *à priori* que los cambios anatómicos, y en particular la dilatacion de los vasos que debe existir durante treinta ó treinta y cinco años que duran las reglas, puedan desaparecer rápida y brusca-mente en todos los individuos. En muchos se observa que se verifica una compensacion; en otros, sin embargo, no existe nada semejante. Tan es así, que se observan fenómenos congestivos (presion y peso en el bajo vientre, tumefaccion del útero, colpitis) y á consecuencia de ellos síntomas locales y reflejos. En muchas enfermas, y particularmente en las que estaban ántes de esta época afectadas de algun estado patológico, estos síntomas son más marcados; en otras son ménos violentos. Si la congestion vascular es muy considerable, la sangre puede extravasarse y entónces observamos la presentacion de una hemorragia, hasta el punto de observarse á veces hemorragias típicas en mujeres en las cuales ha pasado mucho tiempo ántes la época de la menopausia. Estos fenómenos reconocen como causa los procesos patológicos que se producen en los órganos sexuales, tales como los pólipos, el carcinoma en su principio, la tuberculósis y tumores ó afecciones que tengan su asiento en otros órganos y que determinen trastornos circulatorios. Tales son las afecciones del corazon y las del hígado.

En casos excepcionales y raros puede observarse la reproduccion de las reglas á consecuencia de una nueva ovulacion. Por lo ménos es ésta de la única manera que podemos explicarnos los hechos en los casos de concepcion observados en mujeres con menstruacion tardía. Acaso la excitacion producida por el acto del coito frecuentemente repetido pueda dar lugar á una nueva vitalidad del aparato sexual.

Como consecuencias lejanas de la menopausia se han citado tambien ciertos cambios debidos en parte á la alteracion del tipo sexual, pero que en parte reconocen otro origen. Entre estos últimos citaremos la tendencia á engrosar, que en todo caso no es constante. Entre los primeros se cuentan: el vello que aparece en diversos puntos de

la cara, la alteracion de la voz, que se hace más grave, el cambio en las ideas y la modificacion en el carácter y la manera de ser de la mujer. En los animales se observan fenómenos análogos. Tan es así, que ciertas aves, sobre todo los pavos, toman frecuentemente despues de la desaparicion de la ovulacion el carácter masculino, y principalmente se les ve cubrirse con plumas tan brillantes como las del macho; en las ciervas la cornamenta se hace más fuerte.

En todo caso los cambios precedentes son muy inconstantes en la mujer despues de la menopausia y raras veces son muy marcados. La influencia del ovario sobre el estado general no es tan limitada ni tan directa como antiguamente se creía, ademas de que la solidez y la dureza de los tejidos y de las formas que existen durante la edad adulta oponen una resistencia importante á la aparicion de estas metamorfosis.

Es preciso, sin embargo, conocer esta descripcion de los fenómenos que se presentan durante y despues de la menopausia, á fin de poder apreciar todas las consecuencias que puede entrañar la extirpacion de los ovarios. La menopausia sobreviene, en la gran mayoría de los casos, inmediatamente despues de la extirpacion, ó bien despues de algunas hemorragias menstruales ó irregulares, siendo muy raro ver que prosigan regularmente, pues lo más frecuente es que sean irregulares. Estas últimas no requieren una explicacion especial; las primeras son debidas á una extirpacion incompleta, porque basta un fragmento muy pequeño del ovario para observar que la menstruacion continúa; existiendo á veces un ovario suplementario. En las ovariectomías dobles, en la ablacion de tumores voluminosos, se observa frecuentemente que continúa el período despues de practicadas; aquí es preciso tener en cuenta que el tumor, de uno ó de otro lado, no depende en absoluto del ovario. Hay observaciones que prueban la existencia de estos errores; tan es así que, por ejemplo, en un caso ha sido preciso despues de una ovariectomía doble extirpar un tercer tumor ovárico. En otro caso se observó la produccion de un embarazo despues de una ovariectomía doble.

La atrofia del útero y las modificaciones de la vagina sobrevienen en la castracion de la misma manera que en la menopausia natural. Es muy raro observar una atrofia muy rápida del órgano, tal como reducirse el cuerpo del útero al volúmen de una nuez. Se ha hecho constar tambien la disminucion rápida de fibromas preexistentes, siendo evidente que todos estos fenómenos dependen de la ablacion de los ovarios.

Sin embargo, es preciso tambien tener en cuenta la destruccion de los vasos que se produce durante la operacion y las trombosis que se verifican en el interior de los mismos.

Nosotros hemos observado muy frecuentemente la vaginitis en un grado muy intenso, dolores locales y fenómenos reflejos completamente idénticos, y es incontestable que en muchas operadas existe una tendencia á engruesar. Sin embargo, existen otros síntomas en la menopausia natural que no se han observado despues de la castracion: tales son el desarrollo del vello en la cara, el cambio de tonalidad en el timbre de la voz y la modificacion del carácter. Frecuentemente se conserva el instinto genital en grado muy considerable; no obstante, algunas veces ocurre lo contrario. Nosotros no tenemos conocimiento de un número suficiente de hechos para declarar cuándo son más frecuentes los síntomas funestos, si en la menopausia natural ó en la artificial, porque la persistencia de las hemorragias se observa en grados muy diferentes. Parece, sin embargo, que en la menopausia artificial los trastornos vasculares son más considerables y los dolores más numerosos y más intensos, lo cual se explica fácilmente porque en la menopausia artificial existen siempre estados patológicos locales frecuentemente muy marcados. El sistema nervioso está por lo comun afectado, si bien los trastornos vaso-motores y otros existen en grado más considerable. La operacion por sí misma crea ciertos estados anormales á consecuencia de la ligadura de los vasos: trombosis consecutivas, procesos adhesivos y atróficos, etc., etc. La ablacion de los ovarios se hace tambien de una manera brusca, y teniendo en cuenta esta circunstancia, deberá comprenderse cómo los trastornos son la regla y se comprenderá fácilmente cómo la menopausia natural sea más frecuentemente regular y que se efectúe sin accidentes. La influencia de la castracion doble, bajo el punto de vista fisiológico, puede ser expresada en pocas palabras: la menopausia y la esterilidad. Ahora bien; esta última es frecuentemente debida ya á la afeccion á consecuencia de la cual ha de practicarse la castracion. Muy frecuentemente la facultad de concebir, en estos casos, es defectuosa ó dudosa por lo ménos, y en otras mujeres aunque existe es muy limitada. Solamente la facultad de quedar embarazada y de conducir el embarazo hasta su fin falta ó es por lo ménos muy problemática. Puede ser, pues, que la enferma conciba y se haga embarazada, pero su estado es tal que semejante eventualidad no puede ser deseada.

Si por la castracion pierden las mujeres la facultad de concebir, por el contrario, les queda la aptitud para ejecutar el coito. Las consecuencias de la castracion en la mujer son, pues, bajo este punto de vista, en un todo diferentes de las consecuencias de la castracion en el hombre, porque en este último, casi sin excepcion, sobreviene la impotencia. No debemos olvidar á este respecto que la vaginitis y la estrechez de la vulva y la vagina pueden tambien en la mujer hacer el coito más difícil y aún imposible. Solamente un tratamiento apropia-

do permite remediar con facilidad esta circunstancia desagradable. La facultad que las mujeres conservan de practicar el coito explica cómo en ellas no se observan la depresión moral, la melancolía y aún la tendencia al suicidio, que en igualdad de circunstancias se presentan con alguna frecuencia en el hombre.

Para más detalles véase Hegar: *Castration des femmes*, *Wolkmann's Vorträge*, núms. 136-138, *Gynäk.*, 42.

Véase además el art. 5.º del presente capítulo.

Art. 3.º — Indicaciones.

1.º En las enfermas que han llegado á la edad de la menopausia la operacion no está justificada; cuando se practica es solamente con propósito de obtener la desaparicion de las funciones genitales y la involucion de los órganos generadores. Pero las circunstancias son muy diferentes cuando los ovarios están enfermos y es preciso para obtener la curacion extirpar estos órganos ó sus anejos, sin que la desaparicion de las funciones genitales juegue ningun papel en el tratamiento.

2.º No se practicará jamás una castracion sin haber tactado previamente los ovarios y estar asegurados de sus relaciones y de la posibilidad de practicar la ablacion sin hacer correr á la enferma muy serios peligros. Esta práctica se ha considerado por algunos como irrealizable. El reconocimiento de los ovarios es algunas veces, debemos reconocerlo, muy difícil cuando existen, por ejemplo, fibromas ó nódulos inflamatorios. Pero cuando nos es imposible encontrar los ovarios por el tacto, ó cuando no se puede llegar á ellos sino á costa de numerosas dificultades, es por lo ménos muy difícil y peligroso encontrarles durante la operacion, y si se les encuentra fácilmente, es imposible aislarlos y pediculizarlos. Esta complicacion se observa principalmente en los casos de fibroma.

Nosotros nos hemos separado muchas veces de esta regla, y hemos tenido siempre que sentirlo. En un caso tuvimos que practicar la ablacion de un tumor; la segunda vez nos fué necesario practicar la amputacion supravaginal del útero en lugar de la castracion; la tercera vez no habíamos tactado más que un ovario, y tuvimos que abandonar la seccion vaginal y practicar una segunda incision sobre la línea alba. El éxito de la operacion fué favorable, pero no hemos hecho jamás operacion más peligrosa. Por haberse descuidado, por no haberse sometido á esta regla, es por lo que ciertos cirujanos se han visto en la imprescindible necesidad de abandonar operaciones no terminadas.

3.º Es preciso, en fin, y ésta es una tercera regla, que no haya ningun signo de inflamacion reciente ó aguda. No contamos aquí, como

tiene lugar algunas veces para la ovariectomía, con los procesos sépticos, ó por lo ménos con tendencia á la septicemia. En los casos de quistes del ovario inflamados y supurados, etc., la ovariectomía puede estar, en efecto, indicada para hacer desaparecer estos accidentes. Nadie se ha encontrado jamás en esta situacion cuando de la castracion se ha tratado; sin embargo, si así fuera sería preciso no tener en cuenta la regla que acabamos de dar.

Es igualmente muy raro que la castracion esté indicada á consecuencia de accidentes que pongan en peligro directamente la vida y exijan una operacion inmediata. Se puede casi siempre esperar, cuando existen accidentes inflamatorios, á que pasen los trastornos ocasionados por una inflamacion habitualmente circunscrita. Esperando, pero no esperando mucho tiempo, se evitará el inconveniente de encontrar adherencias muy íntimas y se tendrá la gran ventaja de no encontrar exudados ni un tejido ovárico muy blando y muy rico en vasos sanguíneos.

En un principio se practicó la castracion obedeciendo á indicaciones teóricas. Los buenos resultados obtenidos hasta la fecha han demostrado lo bien fundados que estaban estos razonamientos; solamente que estos resultados son todavía poco numerosos, y la aplicacion de principios teóricos á casos concretos entraña grandes dificultades á consecuencia de la variedad de condiciones en las cuales se encuentran los últimos y de las múltiples complicaciones que á cada uno pueden acompañar.

Pueden establecerse las indicaciones de una manera general, pero el cuadro que se trazara de esta suerte estaría sujeto á muchas modificaciones. Precisamente porque estos hechos son discutibles es preciso en todo caso poder razonar sobre un gran número de ellos para sentar una conclusion legitima sobre cuestiones dudosas todavía. Nos sería preciso desde luego conocer con más exactitud ciertos puntos de Fisiología y de Anatomía patológica.

A fin de evitar toda repeticion damos aquí una indicacion general, reservándonos para despues entrar en detalles.

La castracion está indicada en los casos de anomalía y de enfermedad que pongan directamente la vida en peligro, pudiendo acarrear la muerte en un corto espacio de tiempo ó capaces de producir una enfermedad de larga duracion continuamente progresiva y que mate toda sensacion de bienestar y todo goce de la vida. Esto en la hipótesis de que todo otro medio de tratamiento no permita esperar ningun resultado satisfactorio, ó bien que hayan sido empleados todos los posibles sin éxito, en tanto que la ablacion de los ovarios parezca capaz de determinar la curacion.

Las indicaciones particulares descansan sobre las modificaciones anatómicas sobrevenidas en los órganos sexuales y en sus anejos. Es-

tas modificaciones, en casos muy raros (tumores malignos por ejemplo), pueden por sí mismas exigir la operación. Pero lo más frecuentemente no se recurre á la operación sino á consecuencia de la aparición de síntomas peligrosos ó molestos en extremo. Alteraciones anatómicas idénticas tienen consecuencias muy diferentes; ellas van, en efecto, acompañadas de dolores, ya muy violentos, ya poco marcados ó ya completamente nulos. Nosotros reunimos bajo un solo y mismo nombre diferente afecciones que presentan ciertos puntos comunes, pero que por otros caracteres deben diferenciarse. El estado incompleto de nuestros conocimientos en Anatomía patológica fina, cuando se estudian las enfermedades de los órganos sexuales y en particular del ovario, es frecuentemente la causa de la imposibilidad ó de la dificultad que experimentamos cuando queremos establecer esta distinción durante la vida y aun sobre las mismas preparaciones.

El mismo proceso patológico puede dar lugar á síntomas bien diferentes: en tal enferma, por ejemplo, pueden observarse accidentes graves; en tal otra, aunque la enfermedad sea idéntica, se verifica cualquier especie de compensación y no se observa ninguno.

¿Cómo, en efecto, podríamos nosotros comprender que en una mujer que tenga un útero rudimentario y ovarios sanos puedan aparecer síntomas graves, en tanto que en otra, afecta de la misma anomalía, no se observa ningún accidente?

Todos los síntomas, cualquiera que sea por otra parte la lesión del aparato sexual que los produzca, se asemejan mucho; tanto que no podría formularse sino un diagnóstico aventurado, si no se basara más que en el estudio de aquéllos. Más valdría, pues, descuidar esta parte del exámen y dar la mayor importancia al exámen físico, aunque un estudio serio sobre la relación que pueda existir entre las lesiones anatómicas y los síntomas que provocan no sea inútil.

Estudiemos, pues, en principio, de una manera general, los accidentes susceptibles de indicar la castración.

En primera línea señalaremos los dolores y las sensaciones desagradables, localizados á nivel de los órganos enfermos, dolores que habitualmente se exageran de una manera notable por la presión ó por la actividad funcional de los órganos sexuales, irradiándose hácia puntos más ó menos lejanos. Estos dolores son un síntoma muy importante.

Después vienen los síntomas debidos á trastornos en el funcionalismo de los órganos sexuales: amenorrea, dismenorrea, menstruación débil é irregular, menorragia, dismenorrea membranosa y la persistencia de un flujo sanguinolento en el intervalo de las reglas.

Señalaremos también los signos debidos á la acción ejercida por los órganos enfermos sobre los puntos vecinos; tales son los síntomas

de compresion ó de irritacion directa sobre la vejiga, el recto, los vasos y nervios inmediatos y los puntos más ó ménos lejanos del peritoneo.

Tenemos, ademas, los numerosos síntomas reflejos: trastornos de los órganos de la digestion (salivacion, cardialgia, vómitos), trastornos de los órganos de la circulacion (palpitaciones, irregularidades en los latidos cardíacos), trastornos en el aparato respiratorio (afonía, tos, asma). Se observan tambien las neuralgias del trigémino, de los nervios intercostales, de los plexos lumbares y sacros (neuralgias sacrolumbares, vaginismo — que tambien hemos observado nosotros que puede ser un fenómeno reflejo debido á una afeccion de los ovarios ó de sus inmediaciones — etc.).

En la esfera del sistema motor vemos las convulsiones, las parálisis, las hemiplejias (convulsiones generales ó parciales, clónicas ó tónicas, parálisis de las extremidades inferiores, tenebmo vesical y rectal).

Cuando se producen semejantes accidentes en los nervios vecinos de los puntos enfermos no debe acogerse sino con grandes reservas la hipótesis de trastornos reflejos, porque pudiera suceder que las ramas nerviosas, aun siendo voluminosas, participaran del proceso morboso.

En fin, muchos trastornos puramente físicos reconocen por causa afecciones del aparato sexual.

El estudio de los fenómenos de origen reflejo en sus relaciones con las enfermedades sexuales y con la castracion ofrece grandes dificultades. Frecuentemente estas neurósisis constituyen el único ó al ménos el más importante de los accidentes, no siendo raro que las enfermas sólo se quejen de trastornos de esta naturaleza. Ellas no demandan asistencia facultativa sino contra los accidentes nerviosos, y colocan en segundo término completamente los demas síntomas que son ménos marcados.

Se trata, pues, de establecer sobre bases precisas la relacion que existe entre las causas de la neurósisis y las alteraciones patológicas de los órganos sexuales. A este respecto podrán utilizarse los caracteres siguientes:

El dolor aparece en el momento de la pubertad y coincide con anomalías en el modo de aparicion y de evolucion de las reglas. En otros casos aparece durante ó despues de un período de tiempo en el cual las funciones del aparato sexual han sido sobreexcitadas, despues de un período catamenial, los primeros dias del matrimonio, el embarazo, el parto, el puerperio, etc.

Cuando empieza este dolor, poco tiempo ántes ó pocó despues se ven sobrevenir síntomas que por su carácter y localizacion pueden ser atribuidos con certidumbre á un padecimiento de los órganos sexuales

Los síntomas penosos no existen ó no son notables sino durante estos períodos en que las funciones del aparato genital están sobrecitadas; al principio del período menstrual principalmente los accidentes son desde luego típicos, no observándose nada de anormal en los intervalos. Más tarde los fenómenos son menos claros, y sin embargo se encuentra siempre un aumento notable en la intensidad de los mismos durante las reglas.

Es preciso también vigilar el período intercalar, en cuyo momento puede, no solamente observarse el dolor que dejamos ya descrito, sino también sensaciones penosas localizadas en el aparato sexual, y flujos mucosos, purulentos ó sanguíneos.

Rara vez suceden las cosas de una manera inversa; rara vez disminuye la neurósis cuando la función está sobrecitada, como, por ejemplo, durante el embarazo ó en el momento de la menstruación, pudiendo frecuentemente reconocerse la causa de esta anomalía. Así es, por ejemplo, que un útero en retroflexión puede estar elevado fuera de la pelvis, que existen nódulos de parametritis reblandecidos durante el embarazo, ó bien que se ha producido durante el período catamenial una hemorragia menstrual que ha descongestionado un útero inflamado.

La disminución ó el acrecentamiento de la neurósis sigue paso á paso la disminución ó el acrecentamiento de las alteraciones anatómicas y de los síntomas que están bajo la directa dependencia del proceso local.

A veces no ocurre así y es entonces muy difícil referir la neurósis á una enfermedad del aparato genital. Puede suceder, por ejemplo, que un tumor, aumentando de volumen, se eleve de la pelvis, y entonces se observa la disminución de todos los fenómenos y síntomas de compresión y los accidentes reflejos que eran su consecuencia.

Existen también casos cuya intensidad en los síntomas reflejos no está en relación con la de los fenómenos que tienen su asiento en la esfera genital. Tan es así, que, por ejemplo, puede observarse que la cardialgia y los vómitos constituyen casi los únicos accidentes en la retroflexión, en tanto que existen pocos ó ningún síntoma en los órganos de la generación.

Es posible, pues, á consecuencia de la poca importancia de los síntomas locales, no creer en la existencia de una afección del aparato genital, y sospechar que la neurósis es esencial ó independiente.

Algunas veces el conjunto sintomático se modifica bruscamente; ya los síntomas reflejos dominan ó existen solos, ya, por el contrario, los fenómenos locales del aparato genital se hacen los más importantes.

En los accesos nerviosos existe un aura que parte y se irradia desde los órganos de la generación. El aura principia por el lado donde

se encuentra el órgano enfermo (ovario, ligamento ancho), y los fenómenos convulsivos quedan limitados á este lado del cuerpo, ó bien se extienden partiendo de este punto, pero existiendo siempre en menor grado en el otro lado. Algunas veces en los casos de enfermedad del ovario el acceso se modifica, manifestándose indistintamente, ya sobre un lado, ya sobre el otro, y observándose una hinchazon más ó menos profunda de cualquiera de los dos órganos.

Puede lograrse que desaparezcan totalmente ó al ménos en parte estos síntomas por medio de ciertas maniobras terapéuticas, tales como, por ejemplo, la elevacion de un útero hinchado, la correccion de una inclinacion, de una flexion ó de una version de este órgano, haciendo tomar á la enferma una posicion particular y aplicando un pesario. Una fuerte compresion de los ovarios permite algunas veces interrumpir un acceso que tenga su punto de partida en este órgano.

En fin, se puede luchar con otras causas de las neurósisis.

Es fácil ver que las circunstancias sobre las cuales nos apoyamos para establecer las relaciones entre las neurósisis y las afecciones de los órganos sexuales tienen un valor muy diferente. Casi siempre es preciso apoyarse sobre síntomas complicados para establecer el diagnóstico, y no es posible evitar errores sino á costa de una gran atencion. Por otra parte, una operacion no está más que excepcionalmente indicada cuando no existe más que una neurósisis de esta naturaleza. Es preciso que existan otros dolores y otros accidentes ocasionados por la afeccion del aparato genital. En fin, á propósito de estas neurósisis, debemos recordar siempre que el aforismo *sublata causa, tollitur effectus*, no es verdadero en absoluto, sino en cierta medida. Sin duda la afeccion del aparato sexual puede ser la causa, pero poco á poco han podido determinarse modificaciones anatómicas en los nervios y aun en los centros nerviosos, y una operacion no puede hacer desaparecer los accidentes. Se expresa este estado diciendo que la neurósisis de origen reflejo se ha hecho estable. En ciertos casos la neurósisis dura despues tan poco tiempo, que es inverosímil que haya existido semejante estado de permanencia.

En ocasiones frecuentes, sin embargo, no puede resolverse la duda, siendo sobre todo difícil el diagnóstico cuando los fenómenos nerviosos están generalizados, aunque sea evidente que el punto de partida reside en el aparato sexual.

Los estados anatómicos que indican la castracion tienen su asiento en los ovarios, en las zonas vecinas ó en otras partes del aparato genital.

Los estados patológicos del ovario que indican la castracion son:

Los pequeños tumores con ó sin degeneracion quística de los folículos.

Las afecciones que provocan la hipertrofia y el arrugamiento de este órgano.

Por parte del útero tenemos:

Las anomalías congénitas y adquiridas que hacen imposible ó extremadamente difícil la evacuacion de sangre de las reglas cuando los ovarios existen y funcionan.

Citemos ademas los estados que en realidad no impiden la excrecion de sangre, pero que dificultan su salida de la vulva, deformaciones que pueden tener su asiento en la vagina.

Citaremos, en fin, las alteraciones de estructura del útero, sobre todo los fibromas, las hiperplasias del tejido celular y las anomalías de forma y de posicion de este órgano; y, últimamente, por parte de los órganos vecinos del útero, las inflamaciones crónicas, la periovarítis, la salpingítis, la peri y la parametrítis pueden indicar la operacion.

I. — *Pequeños tumores del ovario.*

Se trata en estos casos de quistes foliculares de mediano tamaño, de quistes glandulares, de papilomas, de tumores malignos, de quistes dermoides, de fibromas y de quistes tubo-ováricos, á los que deben añadirse tambien los quistes paraováricos. Estas afecciones provocan la aparicion de neuralgias violentas, de dolores debidos á la irritacion del peritoneo ó á la presencia de una peritonítis adhesiva, de dismenorrea, de síntomas de compresion, de fenómenos reflejos, y en particular de cardialgias intensas; las reglas se adelantan y son muy poco abundantes, pudiendo observarse tambien metrorragias.

En cierta clase de estos pequeños tumores la naturaleza de la neoformacion exige por sí misma la intervencion operatoria. Es preciso, en efecto, extirpar los papilomas tan pronto como sea posible, y lo mismo ocurre con todos los tumores malignos desde que se les ha diagnosticado. En cuanto á los quistes dermoides, permanecen mucho tiempo estacionarios, ó por lo ménos ofrecen largos períodos de suspension en su desarrollo. Pero no sucede lo mismo con los quistes glandulares, y en general no debe jamás esperarse cuando se trata de tumores cuyo desarrollo sufre una época de suspension y permanecen estacionarios. Por otra parte, estos períodos de descanso no siempre constituyen un signo favorable. Durante cierto tiempo el tumor no aumenta de volúmen, conserva el mismo tamaño, á veces aun se hace más pequeño, pero esto obedece á que merced á la torsion del pedículo se han verificado en su interior trastornos de nutricion; y los fenómenos

inflamatorios que se suceden provocan, gracias á las adherencias, dolores muy intensos y áun accidentes que pongan la vida en grave riesgo.

En general, cuando se trata de operar pequeños quistes, todo se resume en pesar en cada caso el peligro de la operacion y la suma de accidentes provocados por el tumor. Si éste es móvil, si tiene un largo pedículo, si ofrece una superficie de insercion claramente limitada, si la parte superior del ligamento ancho es la única afecta cuando el tumor se desarrolla entre sus hojas, aunque los dolores sean ligeros es preciso operar, pues esperando rara vez se obtiene resultado. Es indudable que el pedículo puede con el tiempo estrecharse y pueden producirse en el peritoneo modificaciones que disminuyan los peligros del traumatismo; pero estos son fenómenos con los cuales debe contarse muy poco, y es preciso que reconozcamos que los inconvenientes debidos á las peritonitis parciales, á torsiones del tumor, á adherencias, al desarrollo del tumor entre las hojas de los ligamentos, son ciertamente mucho más temibles. En todo caso, es necesario examinar las enfermas con mucho cuidado y operar cuando se presenten los accidentes.

Si las circunstancias son poco favorables á la extirpacion del tumor; si éste es duro y voluminoso y se adhiere á las partes vecinas, sobre todo á las paredes laterales y posterior de la pelvis, á la vejiga y al útero; si se extiende hasta la base de los ligamentos anchos ó hácia los gruesos troncos vasculares, la castracion puede estar indicada cuando los síntomas son en extremo molestos y muy peligrosos. Se debe en estas circunstancias examinar con cuidado si otros métodos operatorios no pueden ofrecer mayor suma de probabilidades, tales, por ejemplo, como el desagüe vaginal, la escision parcial en los casos de tumores un poco voluminosos, con sutura de los bordes del quiste á la herida abdominal y desagüe por la pared abdominal y por la vagina.

Los pequeños quistes paraováricos pueden exigir la extirpacion porque provocan síntomas penosos de compresion y dislocaciones del útero. Pero lo más frecuentemente, cuando se operan existen complicaciones estando enfermos los ovarios y las trompas.

Los fibromas del ovario crecen habitualmente de una manera muy lenta, son por lo comun pequeños y pueden, no obstante, por los fenómenos de compresion y de irritacion peritoneal que provocan, indicar la ablacion de los ovarios.

Bajo el nombre de quistes tubo-ováricos designamos los tumores más ó ménos voluminosos formados por la hidrosalpingitis, generalmente adherente á los ovarios llenos de quistes casi siempre foliculares. En estos casos se observan constantemente vestigios de pelvi-peritonitis bajo la forma de adherencias más ó ménos marcadas, pero ge-

neralmente muy considerables. Son éstas de ordinario muy ricas en vasos, tanto que la operacion es peligrosa y difícil y no está indicada sino cuando los dolores son muy vivos. Cuando el sufrimiento de la enferma es poco considerable no debe resolverse el cirujano á practicar la operacion sino cuando las adherencias son poco extensas, cuando no se sospecha la existencia de bridas y cuando es evidente la movilidad del ovario. En fin, la operacion puede aún estar justificada porque estas afecciones no retroceden jamás y porque todos los demas tratamientos sólo ofrecen un resultado nulo.

I. — *Otras afecciones del ovario.*

Todo lo que hemos dicho sobre la relacion que existe entre las lesiones anatómicas del ovario y los signos suministrados por la Clínica se aplica más que á ningun otro caso á los de afecciones ováricas con degeneracion de los folículos en una multitud de pequeños quistes y con proliferacion ó atrofia del estroma.

Seguramente puede observarse esta degeneracion de los ovarios sanos sin que la enferma experimente dolores muy vivos; pero está fuera de duda que en esta afeccion se ven aparecer los síntomas más penosos: dolores fijos é irradiantes, trastornos varios de la menstruacion y trastornos nerviosos (neuralgias, vómitos, angustia precordial, convulsiones epileptiformes, lipotimias, etc.). La castracion nos ha permitido frecuentemente obtener curaciones duraderas en casos en que el exámen anatómico no permitía encontrar otras lesiones que las de una ligera periovaritis con hiperplasia del estroma ovárico. Aquí, sin embargo, existe una laguna en nuestros conocimientos porque no disponemos de medios que nos permitan apreciar las diferencias frecuentemente pequeñas, así como las complicaciones que puede entrañar nuestra decision. Pero esto no tiene nada de extraordinario. Nosotros, es verdad, vemos estados patológicos, á veces los más avanzados — tumores voluminosos, degeneraciones malignas, por ejemplo — evolucionar durante mucho tiempo sin dar lugar á síntomas bien evidentes. Pero no sería lógico querer erigir las excepciones en regla general. Todavía el hecho de que en las enfermedades del ovario los dolores pueden faltar ó no ser sino muy débiles debe hacernos más prudentes y no pasar á establecer de una manera muy precisa la relacion que puede existir entre las lesiones anatómicas y los dolores experimentados por las enfermas.

No debemos olvidar que en todos los casos, cuando observemos un dolor fijo que tenga su asiento en la region ovárica, manteniéndose

fijo ó propagándose á los puntos vecinos, es preciso acusar al ovario y no á ningun otro órgano.

En las castraciones que nosotros hemos practicado, hemos encontrado un estado patológico sobre el cual los clínicos y los anatomo-patólogos no han llamado la atención sino de una manera muy insuficiente. Sin duda alguna este estado ha debido escapar frecuentemente á la atención de los anatómicos porque se presenta con una claridad mucho menor despues de la muerte que en vida. Nos referimos á la enorme dilatacion venosa que existe frecuentemente en la extremidad del ovario y en los puntos más próximos á este órgano (1).

Nosotros hemos visto llegar al más alto grado esta dilatacion venosa en los casos de fibroma, habiéndonos visto obligados en uno á practicar la amputacion supravaginal del útero en lugar de la castracion porque la masa varicosa se extendía entre el ovario y el útero. Habíamos herido los vasos colocando las ligaduras y nos parecía imposible detener la hemorragia tan importante que se produjo sin practicar la ablacion de este último órgano.

Hemos encontrado tambien una dilatacion acuosa muy marcada en un cierto número de casos de degeneracion del ovario con produccion de pequeños quistes, proliferacion y arrugamiento del estroma del ovario (2). En algunos casos la túnica folicular del ovario parecía atrofiada. Es cierto que en estos casos la afeccion vascular es primitiva y que en la mujer encontramos una enfermedad que bajo el doble punto de vista anatómico y clínico es enteramente análoga á la que en el hombre se describe bajo el nombre de varicocele. El diagnóstico por sí mismo no presenta ninguna dificultad. Se trata frecuentemente de mujeres débiles, poco musculosas, que ordinariamente han tenido muchos hijos; sin embargo, las nulíparas no están al abrigo de estos accidentes. Se encuentran dilataciones venosas en los miembros inferiores, en los órganos genitales externos y en el recto; la pared vaginal y la porcion vaginal del cuello están sembradas de vasos varicosos, edematosos los grandes labios, presentando erosiones que sangran por la causa más insignificante. Los ligamentos uterinos están flácidos

(1) Richet (*Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, París, 1857, pág. 73) ha descrito estas varices. Bertnuz y Goupil (*Clinique médicale sur les maladies des femmes*, t. I, pág. 360) estudian estas varices principalmente en sus relaciones con el hematocele periuterino.

(2) Cleland *Glasgow med. Journ.*, 1880, Febrero, pág. 89, *Centralb. f. Gynäk.*, 1880, núm. 10. Este autor ha descrito un caso en el cual el ovario parecía ser una parte del plexo ovárico considerablemente dilatado. Klebs (*Handbuch der pathol. Anatomie*, I y II, Berlin, 1876, pág. 824) ha señalado la coincidencia de la induracion de los ovarios con las enfermedades del corazón, principalmente con las lesiones valvulares que provocan trastornos venosos.

cuando no existe ningun proceso inflamatorio ni ningun arrugamiento á nivel de los ligamentos sacro-uterinos y de los ligamentos anchos.

Lo más frecuentemente, el útero presenta una movilidad extraordinaria, estando generalmente muy flácidos los tegumentos abdominales. Nosotros hemos observado en un caso un varicocele muy extenso en una mujer que ántes de la castracion había sido operada ya por un prolapso uterino.

Richet considera como característica la presencia sobre las partes laterales del útero de un tumor blando, pastoso, fluctuante y mal circunscrito; pero no ha estudiado estos caractéres más que sobre el cadáver (1).

Las varices de las venas ováricas provocan dolores que se irradian hácia la region de los riñones; las enfermas acusan además una sensacion de calor, de peso y de plenitud á nivel de la region hipogástrica. Estas sensaciones dolorosas se hacen más vivas cuando la enferma está en pié y durante los períodos menstruales, que frecuentemente son más largos y van acompañados de hemorragias muy abundantes. Emmet cita la observacion de una mujer que no podía ponerse en pié sin experimentar una sensacion vivamente dolorosa á nivel del hipogastrio, y le parecía que todo iba á estallar en su vientre. Sobrevinieron vómitos, se acentuó la debilidad, la enferma no podía abandonar el lecho, único medio que le proporcionaba algun reposo, y, en fin, más tarde sobrevino un hematocele que fué puncionado y que curó despues de la supuracion del saco (2).

En todos los casos en que durante la operacion hemos encontrado estas dilataciones venosas los resultados han sido excelentes, y hemos visto siempre desaparecer los dolores. Sin embargo, nosotros vacilamos en considerar este estado patológico como indicante de la castracion, porque es evidente que existen otros medios de tratamiento susceptibles de dar resultados altamente satisfactorios, al ménos cuando los accidentes no son muy considerables.

III. — *Estados del útero que se oponen á la menstruacion ó que impiden esta funcion de una manera muy manifiesta, cuando los ovarios existen y funcionan.*

Se trata, lo más frecuentemente, de lesiones congénitas ó de una suspension de desarrollo acaecida en el momento de la pubertad. Es raro que estas afecciones sean adquiridas. Entre las primeras colocare-

(1) Richet. *Loc. cit.*

(2) Emmet. *The Principles and Practice of Gynäk.* Filadelfia, 1879, página 242.

mos: la ausencia del útero, las diferentes variedades del útero rudimentario, los casos en los cuales se ha encontrado una matriz que ofrece el tipo fetal, infantil, y, finalmente, lo que se llama útero pubescente. Puech designa bajo este nombre un órgano que por su forma llama útero de niña, pero que por su peso y su volúmen ofrece un verdadero tipo de suspension de desarrollo. No es imposible en este último caso observar más tarde un desarrollo marcado, tanto que no debe ejecutarse la castracion mientras la paciente no ha pasado la edad en la cual es ya todavía posible observar que se acentúa el desarrollo y en tanto que no se han agotado todos los medios que pueden favorecerle.

En todos los demas casos la cuestion parece muy sencilla; sin embargo, es preciso ser muy circunspectos. Existen, en efecto, mujeres cuyo útero es rudimentario, en las cuales el ovario funciona, y sin embargo no existen sino muy pocos ó ningun fenómeno doloroso. Se ven tambien enfermas que soportan muy fácilmente durante muchos años, y sin que de ello resulte ningun inconveniente para el estado general, fenómenos muy penosos; tales como dolores que se irradian por la pelvis, por el vientre y por el muslo, sensacion de presion en la region pelviana y fenómenos congestivos por parte de otros órganos. Pero cuando se ven aparecer accidentes graves, fenómenos congestivos inquietantes, hemorragias en otros órganos, edemas, sufusiones serosas en otras cavidades, trastornos nerviosos muy marcados, epilepsia ó accidentes epileptiformes y trastornos cerebrales, há lugar á preguntarse si no existe alguna otra afeccion ó alguna otra suspension de desarrollo.

No es raro, en efecto, encontrar estenosis que tienen su asiento en los grandes vasos, lesiones congénitas del corazon, una situacion anormal de los riñones, labios leporinos, defectos de conformacion en los órganos genitales externos, una situacion anormal de los ovarios (ovarios situados en los sacos herniarios), anomalías de los centros nerviosos, cretinismo, idiocia, deformidades del esqueleto ó de otros aparatos ó falta de desarrollo general del cuerpo. Es preciso, pues, no atribuir al desarrollo rudimentario del útero sino una parte de los síntomas que se observan. En efecto; un gran número de las anomalías precedentes son susceptibles de provocar los accidentes que acabamos de describir, debiendo, pues, ántes de pensar en una operacion, asegurarnos de que ninguna de las anomalías mencionadas toma parte en el proceso. No debe, en fin, olvidarse ninguna de las enfermedades accidentales que pueden complicar los síntomas de que acabamos de ocuparnos.

Una vez eliminadas todas estas causas de error, pueden atribuirse con certidumbre á la anomalia del aparato genital los fenómenos do-

lorosos que se observan. Es preciso atribuir aquí la mayor importancia á los síntomas que se producen en el momento de la pubertad, á los dolores irradiantes que provienen de los ovarios y á la sensación de pesantez experimentada por las enfermas.

Se puede, por lo comun, reconocer con certidumbre que los ovarios funcionan; presentan, en efecto, en su superficie desigualdades, pequeñas prominencias y depresiones. Algunas veces se puede apreciar por el tacto vaginal un folículo aumentado de volúmen, formando una prominencia esférica, y se ve que periódicamente aumentan de volúmen ya el uno ó ya el otro ovario, observándose que existe una relación entre la intensidad de los dolores y la de la hinchazon de los ovarios, carácter que es principalmente manifiesto cuando se examinan ovarios situados en sacos herniarios. Se puede, sin embargo, reconocer tambien esta disposición cuando los ovarios están en su situación normal, procediendo á un exámen minucioso y atento.

Sentado esto, es preciso estudiar las afecciones adquiridas del útero capaces de oponerse á la menstruación. Citaremos á este propósito: las obliteraciones completas ó casi completas de la cavidad, obliteraciones debidas á traumatismos sobrevenidos durante el parto ó á consecuencia de la operación, la atrofia del órgano sucediendo á partos difíciles, cuya pérdida de sustancia sea provocada por el traumatismo ó por la supuración. Después de la parametritis se ha observado tambien la atrofia uterina. Puede, en fin, observarse la presentación de una amenorrea persistente cuando existe en el tejido celular un infarto antiguo. En cuanto á la evolución exagerada del útero, que tan rara vez se presenta fuera de las afecciones puerperales, y en cuanto á la amenorrea persistente tambien, que se ha descrito á consecuencia de violentas emociones, de traumatismos que conmueven todo el organismo, de enfriamientos sufridos durante el período menstrual ó á consecuencia de un coito violento, etc., conocemos tan poco el papel que en cada uno de estos casos desempeñan el útero y el ovario, que nos parece imposible determinar su respectiva importancia.

IV. — *Estados del útero ó de la vagina que se oponen á la excreción del flujo menstrual.*

Debemos colocar aquí todas las atresias, todas las estenosis del conducto sexual, ya sean congénitas ó ya adquiridas. La castración no puede aquí tenerse en cuenta sino en los casos en que no es posible destruir la atresia ó crear un segundo conducto capaz de poder sustituir al que es asiento de la deformación. Hasta aquí las indicaciones de la operación son puramente teóricas, y sin embargo parece que están completamente justificadas.

Si existe la retencion del flujo menstrual bajo la forma de hemato-salpingítis ó de hematocele, es generalmente muy difícil encontrar el ovario operando, y esta dificultad, así como la presencia de un quiste sanguíneo, no hace sino aumentar los peligros de la operacion. Por otra parte, en los casos más favorables no ha podido obtenerse una curacion perfecta. La retencion de la sangre ha persistido con toda su gravedad. Además, no debemos olvidar que se han descrito casos de atresia ó de obliteracion incompleta, sobre todo adquirida, del útero en los cuales no ha sobrevenido la hematómetra, y sin embargo era indudable la actividad funcional de los ovarios. Comunmente la estructura del útero está de tal suerte modificada en este caso, que no se realiza la hemorragia menstrual. La atresia no juega por sí misma ningun papel; las modificaciones sufridas por el tejido uterino constituyen el todo.

Esto es lo que se pudo observar en el único caso en que se ha practicado la castracion por una atresia adquirida, en cuyo caso el útero se hallaba en retroflexion, era pequeño y estaba adherido á los órganos vecinos, pero no existía hematómetra. Los cambios de estructura experimentados por la matriz á consecuencia de un parto muy penoso fueron tales, que parecieron ser la única causa de los trastornos menstruales sufridos y la atresia parecía no jugar ningun papel en este asunto, aunque era ella la que indicaba la operacion.

V. — *Enfermedades del útero.*

Colocaremos en este capítulo los casos de hipertrofia crónica del útero, con ó sin anomalías de forma y de situacion de este órgano; los casos de version y de flexion, de endometritis crónica y de fibroma. A excepcion de estos últimos, es muy raro que estas afecciones pongan en peligro la vida de la mujer. No debemos, pues, ocuparnos aquí sino de los casos en que existan dolores extremadamente penosos y un resentimiento notable del estado general.

Todavía es necesario que todos los demas métodos de tratamiento hayan fracasado. Además es preciso tener en cuenta la posicion social de la enferma; si, en efecto, puede disfrutar todas las comodidades necesarias y recurrir á todos los recursos del arte, en cuyas circunstancias es muy raro que haya necesidad de apelar á la operacion. Pero la situacion cambia si se trata de mujeres que no cuenten con más recursos que su propio trabajo (1).

(1) Battey. *Brit. med. and Journ.*, 1879, núm. 884, pág. 794.

En suma, para que la operacion esté justificada se precisan las mismas indicaciones que si se tratara de un fibroma.

Los fenómenos que en los casos de fibromioma pueden exigir la castracion son los siguientes:

Sabemos que cuando el ovario falta, el útero falta igualmente ó permanece en estado rudimentario.

Se sabe, por otra parte, que cuando se ha practicado una ovarioto-
mía doble, el útero se atrofia.

Podemos, pues, decir de una manera general que existe una relacion entre el estado de la glándula y el de su conducto excretor.

Se sabe, por otra parte, que despues de la menopausia es regla general que los tumores fibrosos suspendan su desarrollo y aún sufran metamorfosis regresivas y que disminuyan ó desaparezcan todos los fenómenos dolorosos que la enferma experimenta. Esta regla tiene, no obstante, sus excepciones.

Tales son los datos sobre los cuales deben buscarse las indicaciones de la castracion en los casos de fibroma, y la experiencia demuestra que esta operacion está perfectamente justificada.

Salvo algunos casos excepcionales, la castracion ha dado excelentes resultados; pero es preciso, sin embargo, no olvidar que existen excepciones.

Tambien debemos estudiar con sumo cuidado, hasta donde lo permita el estado actual de nuestros conocimientos, la influencia ejercida por la castracion sobre los fibromiomas.

La castracion destruye la glándula.

Con la desaparicion del órgano secretor desaparece la funcion del conducto de excrecion.

Cuando un órgano cesa de actuar, se atrofia.

Estos son los fenómenos que se observan en todos los aparatos. Se observa, en efecto, en los riñones y en los testículos, y basta extirpar uno de estos órganos para ver atrofiarse sus conductos secretores.

La castracion obra de una segunda manera.

Durante la operacion se practica la ligadura de algunas arterias, de un número generalmente considerable de venas, de donde surgen trastornos circulatorios y trombosis que no dejan de representar un cierto papel (1).

Parece que deben tenerse muy poco en cuenta las modificaciones aportadas á la circulacion arterial, y por consiguiente á la nutricion del útero, porque este órgano (y consiguientemente el tumor) contie-

(1) Hegar ha tratado ya esta cuestion. Véase: *De la castration des femmes*, pág. 94. Hofmeier tambien por su parte ha estudiado la cuestion; pero, segun él, la ligadura de las arterias espermáticas juega un gran papel.

ne todavía numerosos vasos despues de la operacion. La castracion, sin embargo, produce un trastorno muy marcado en la circulacion venosa, tanto que poco tiempo despues de la operacion se observa frecuentemente la produccion de una hemorragia muy importante. A estas modificaciones en la circulacion venosa están ligados trastornos en la circulacion linfática. Durante los primeros días que siguen á la operacion el tumor aumenta considerablemente de volúmen. Este es un punto que parece indudable si nos apoyamos en la conviccion por nosotros adquirida examinando las mujeres vivas. En un caso notable, que terminó desgraciadamente, nosotros encontramos el tumor aumentado de volúmen y en un estado notablemente edematoso. Este aumento de volúmen no es más que transitorio, porque retrograda en seguida merced á que la circulacion de retorno no tarda en establecerse por las venas colaterales. La imbibicion que se observa durante el período que acabamos de describir favorece la regresion del tumor, que se produce rápidamente. Pero éste es un fenómeno que no parece que se produce siempre en el mismo grado en todas las partes del tumor. En ciertos casos, en efecto, las venas y los vasos linfáticos no se obliteran sino en parte, quedando dilatados en ciertos puntos. Los trombus se desprenden; el tumor, cuyo volúmen había disminuido y que á veces durante largo tiempo no había dado lugar á ninguna hemorragia, aumenta de nuevo de volúmen, se hace blando, se llena de pequeñas y grandes cavidades; en una palabra, toma los caracteres de un tumor fibro quístico. Si el tumor adquiere un volúmen muy considerable, la mujer está ciertamente perdida, porque es imposible pensar en una extirpacion. Sin embargo, si el tumor fuera muy poco voluminoso, si fuese submucoso ó intraparietal, sería posible extirparle enucleándole, porque no se adhiere á la pared uterina sino por un tejido muy laxo (1).

Dados estos conocimientos que poseemos hoy, no parece que debe practicarse la castracion cuando se trata de tumores fibrosos de gran volúmen, debiendo preferirse la extirpacion del tumor cuando la intervencion quirúrgica parezca indispensable; bien entendido, que es preciso que la extirpacion sea posible. No es necesario, sin embargo, considerar la castracion como operacion que debe ser siempre rechazada. Se han obtenido, en efecto, con ella buenos resultados, y el ciru-

(1) Nosotros poseemos ejemplos de estos dos modos de terminacion. Es verosímil que en el caso de Schroeder, publicado por Hofmeier, el tumor estuviera trasformado en fibroma quístico. Parece, por otra parte, que el volúmen del tumor debe permitir *à priori* considerar la castracion como método de tratamiento de una utilidad muy contestable.

No deja de tener interes la observacion de que en todos los casos publicados hasta la fecha se ha tratado de tumores intraligamentosos.

jano se encontrará frecuentemente ante fibromas cuya extirpacion sea imposible, y, sin embargo, que el tumor crezca con tal rapidez, sean de tal suerte abundantes y frecuentes las hemorragias y existan síntomas de compresion tan violentos, que esté en inminente peligro la vida de la enferma; en cuyo caso es forzoso intervenir, quedando la castracion como la única operacion, el único recurso posible.

En cuanto á los tumores voluminosos y fibro-quísticos, es preciso fiar al porvenir el medio de obtener un buen método de tratamiento. Es indudable que llegará un día en que se operen los fibromiomas de desarrollo rápido acompañados de fenómenos peritoníticos ó que presenten nódulos de reblandecimiento. Vendrá un día en que ya no se torturará más á las enfermas con una terapéutica incierta y en que podrá dárseles otra esperanza que la lejana que pueden hoy fundar en una menopausia remota. Y desde luego no se encontrarán tan frecuentemente como hoy tumores muy adherentes de tejido degenerado y enfermas extenuadas por numerosas hemorragias.

En los casos de fibromas subperitoneales que presentan bastante pedículo deberá preferirse la extirpacion, pudiendo, sin embargo, combinar esta operacion con la castracion cuando el útero haya sufrido la degeneracion fibrosa y cuando la amputacion supravaginal parezca ofrecer muy graves peligros.

Si se trata de fibromiomas desarrollados en el espesor de la pared uterina y formando una gran prominencia en la cavidad de la matriz, la castracion es ménos útil, porque despues de esta operacion no quedan las enfermas al abrigo de las hemorragias. Además, si se recuerda bien lo que precedentemente hemos dicho, se verá que las conexiones entre el tumor y la pared uterina pueden muy frecuentemente ser muy laxas. Se deberá, pues, recurrir, finalmente, á una segunda operacion, la enucleacion del tumor por la vía vaginal. Lo más frecuentemente debe elegirse entre la amputacion supravaginal del útero y la castracion, porque se trata de tumores poco voluminosos, no quísticos y desarrollados en el espesor de las paredes uterinas, decidiéndose segun la suma más ó ménos considerable de peligros que entrañan la una y la otra operacion. A veces no será fácil decidirse sino despues de la apertura de la cavidad abdominal, y en ocasiones más tarde todavía. No obstante, en la generalidad de los casos, ántes del principio de la operacion se poseen elementos de diagnóstico suficientes para poder adoptar una de ellas con bastante conocimiento de causa.

En efecto; si el cuello del útero es largo y móvil; si los ligamentos uterinos son depresibles; si el tumor no ha contraído adherencia alguna con los órganos inmediatos; si es fácil atraer aquél fuera de la cavidad abdominal, se practicará la extirpacion de todo el órgano, sobre todo si puede fijarse el pedículo á la herida abdominal ó introducirle

en la cavidad peritoneal sin que resulte ningun inconveniente. Pero por poco corto que sea el cuello uterino; por poco que esté disminuida su movilidad; por poco difícil que sea atraerle fuera de la cavidad abdominal; si existen además extensas adherencias que por su modo de desarrollo el tumor se haya hecho en todo ó en parte intraligamentoso; si los ligamentos uterinos son duros é inextensibles; si, por último, parece difícil transformar el cuello del útero en pedículo, es á la castracion á la que deberá recurrirse.

VI. — *Inflamacion crónica de las trompas, del peritoneo pelviano y del tejido celular periuterino. — Inflamacion debida á la presencia de un proceso patológico en los ovarios ó sostenida por la ovulacion, que aumenta en intensidad.*

Citemos desde luégo la salpingítis, la piosalpingítis y la hidrosalpingítis; á veces en estas afecciones está indicada la ablacion de las trompas. En estos casos la extirpacion de los ovarios enfermos parece estar frecuentemente indicada por simples consideraciones operatorias; pero, por otra parte, no existe ninguna razon para dejar en la cavidad abdominal estos órganos, cuyo funcionamiento no puede provocar más que accidentes, y no puede ocasionar utilidad alguna.

Hecha abstraccion de estas consideraciones, existe un cierto número de objeciones que merecen ocupar nuestra atencion. Nosotros nos hemos ocupado ya de este asunto (1), así como Spiegelberg (2). Es raro, en efecto, que las lesiones se limiten á los puntos vecinos del ovario. Se encuentran tambien en puntos lejanos de este órgano los tejidos engrosados, arrugados, á veces inflamados y presentando lesiones pseudo-membranosas; la trompa adherida al útero, á la vejiga, al uréter, etc; en este caso la operacion no ejerce sino una influencia débil y á veces nula en la marcha de la enfermedad. Sin embargo, en nuestra opinion, la castracion está todavía perfectamente justificada en todos los casos de inflamacion crónica y en todos aquellos en que existen vestigios de una antigua inflamacion, siempre que se encuentren realizadas todas las condiciones de que nosotros hemos hablado.

Se puede observar frecuentemente que la congestion menstrual ejerce una influencia de las más manifiestas en la produccion de los fenómenos dolorosos. Estos, en efecto, no pueden aparecer sino durante el periodo menstrual ó durante los días que le preceden ó le siguen.

(1) Hegar. *Ueber Castration Vortrág. auf der Versammlungen Baden. Centralblat. für Gynäkolog.*, 1879, núm. 22.

(2) Spiegelberg. *Castration des Weibes, Breslauer arztl. Zeit.*, 1879, número 23.

Durante este período se observan fenómenos graves de naturaleza inflamatoria, signos de extravasacion sanguínea en el peritoneo, y durante el período intercalar todos estos síntomas se atenúan y hasta pueden desaparecer los fenómenos dolorosos. Si entónces examinamos las lesiones anatómicas, vemos que son siempre extensas, que se limitan á los puntos vecinos del ovario, y que si se han propagado más léjos son muy poco marcadas. El ovario y los puntos inmediatos son en particular sensibles á la presion, y esta sensibilidad está singularmente aumentada en el momento de las reglas. Por otra parte, las enfermas localizan muy claramente en este punto las sensaciones desagradables y dolorosas que ellas experimentan. Añadamos, en fin, que estas lesiones pueden ser el origen de una neurósis.

Al lado de estos casos existen otros en los cuales los dolores no parece que provienen del ovario ó de los puntos vecinos, siendo preciso acusar al estado del útero. Este órgano está dislocado, doblado, su estructura está modificada y se ha hecho asiento de fenómenos congestivos é irritantes debidos á la menstruacion. En este caso la castracion puede provocar una mejoría manifiesta y aún permitir obtener la curacion.

Antes, pues, de acometer una operacion que pueda poner en peligro la vida es preciso analizar con sumo cuidado cada caso en particular, estudiar sus síntomas, su patogenia y el mecanismo de su produccion. Ya sean neuralgias, ya sean trastornos nerviosos muy graves análogos á los que hemos descrito, pueden, en efecto, reconocer otro origen. Se atenderá principalmente á la presencia de tumores inflamatorios que tengan asiento en los ligamentos, á las nudosidades fuertemente adheridas á la pared pelviana y á bridas cicatriciales situadas en la vecindad de los troncos nerviosos.

Art. 4.^o — Manual operatorio.

Los preparativos de esta operacion son análogos á los que dejamos indicados cuando estudiamos la ovariectomía.

Para las reglas del método antiséptico véase lo que tambien dejamos expuesto en el art. 13 de la Segunda parte.

El momento más favorable para practicar esta operacion es la primera semana que sigue al período menstrual. Se puede, sin embargo, operar durante todo el curso del período intercalar siempre que falten al ménos ocho días para que aparezca la regla. Cuando se trata de enfermas muy anémicas, sobre todo cuando se opera á mujeres afectas de fibromas y que sufren abundantes menorragias, será conveniente dejar la operacion para el final del período intercalar, permitiendo así

á la enferma que reponga el estado de sus fuerzas. Durante la menstruacion que preceda á la operacion, se disminuirá en tanto como sea posible la intensidad de la hemorragia recurriendo á los medios apropiados: taponamiento, ergotina, etc.

Se colocará á la enferma en una posicion que variará segun el procedimiento adoptado por el cirujano para practicar la incision en la pared abdominal y segun la dificultad probable de la operacion.

Si se practica la incision sobre la pared abdominal, la paciente se tenderá sobre una mesa rectangular no muy ancha, colocándose con la parte superior ligeramente elevada y las extremidades inferiores en semiflexion á fin de favorecer la relajacion de los músculos abdominales. La mesa de operaciones de Péan es muy conveniente para este caso, pues en ella puede muy cómodamente elevar el útero y sus anejos con ayuda de la mano introducida en la cavidad abdominal.

En los casos difíciles, cuando el ovario está sólida y profundamente fijo, cuando no se puede apénas movilizar el útero y sus anejos, convendrá colocar á la enferma en el decúbito que se la hace adoptar para ejecutar la operacion de Freund. Spiegelberg, en un caso de este género, encontró grandes ventajas empleando este medio. Por otra parte, se obrará muy cuerdamente tomando las disposiciones necesarias para que sea posible hacer adoptar rápidamente esta posicion á la enferma aun en aquellos casos en que *à priori* parezca inútil.

Si se practica la *incision vaginal*, la enferma se colocará desde luego en la posicion de Sims, y una vez abierta la cavidad peritoneal, se colocará en la posicion de la talla.

Son necesarios cuatro ayudantes: el primero, colocado á la cabeza de la enferma, se ocupa exclusivamente de la anestesia; el segundo se coloca á uno de los lados de la mesa de operaciones y ayuda al operador; el tercero comprime las paredes abdominales é impide salir á la masa intestinal, al peritoneo y al epiploon, y el cuarto se ocupa de los instrumentos. Ademá es necesaria una enfermera para cuidarse del lavado de las esponjas. No obstante, cuando no sea posible tener más bastarán tres ayudantes.

El operador deberá tener á su disposicion los instrumentos siguientes: un bisturí convexo y uno de boton; tijeras curvas en la direccion de sus bordes; tijeras curvas en el sentido de sus caras; tijeras rectas comunes; una sonda; pinzas de diferentes modelos; un pequeño forceps ovárico (*fig. 125*); agujas de Deschamps; agujas largas; un catéter é hilos de seda de diferente calibre. Se tendrán ademá dispuestas esponjas grandes, esponjas montadas pequeñas, uata y un vendaje abdominal.

El forceps ovárico (*fig. 125*) presenta dos cucharas fenestradas, de forma oval, cuya cara externa está perfectamente redondeada. Las cu-

charas pueden estar tan aproximadas la una á la otra, que se aplique completamente ésta contra aquélla sin que ninguna víscera pueda deslizarse entre ellas. Es preciso, sin embargo, usar este instrumento lo ménos posible.

La operacion comprende tres tiempos:

- 1.º *Abertura de la pared abdominal.*
- 2.º *Ablacion del ovario.*
- 3.º *Limpieza del peritoneo. — Oclusion de la herida practicada en la pared abdominal. — Aplicacion de un vendaje abdominal.*

1.º *Apertura de la cavidad abdominal.* — Se han elegido regiones muy diferentes para practicar la incision abdominal. Ya se opera á nivel de la línea alba, ya á nivel de la region iliaca por encima de la parte

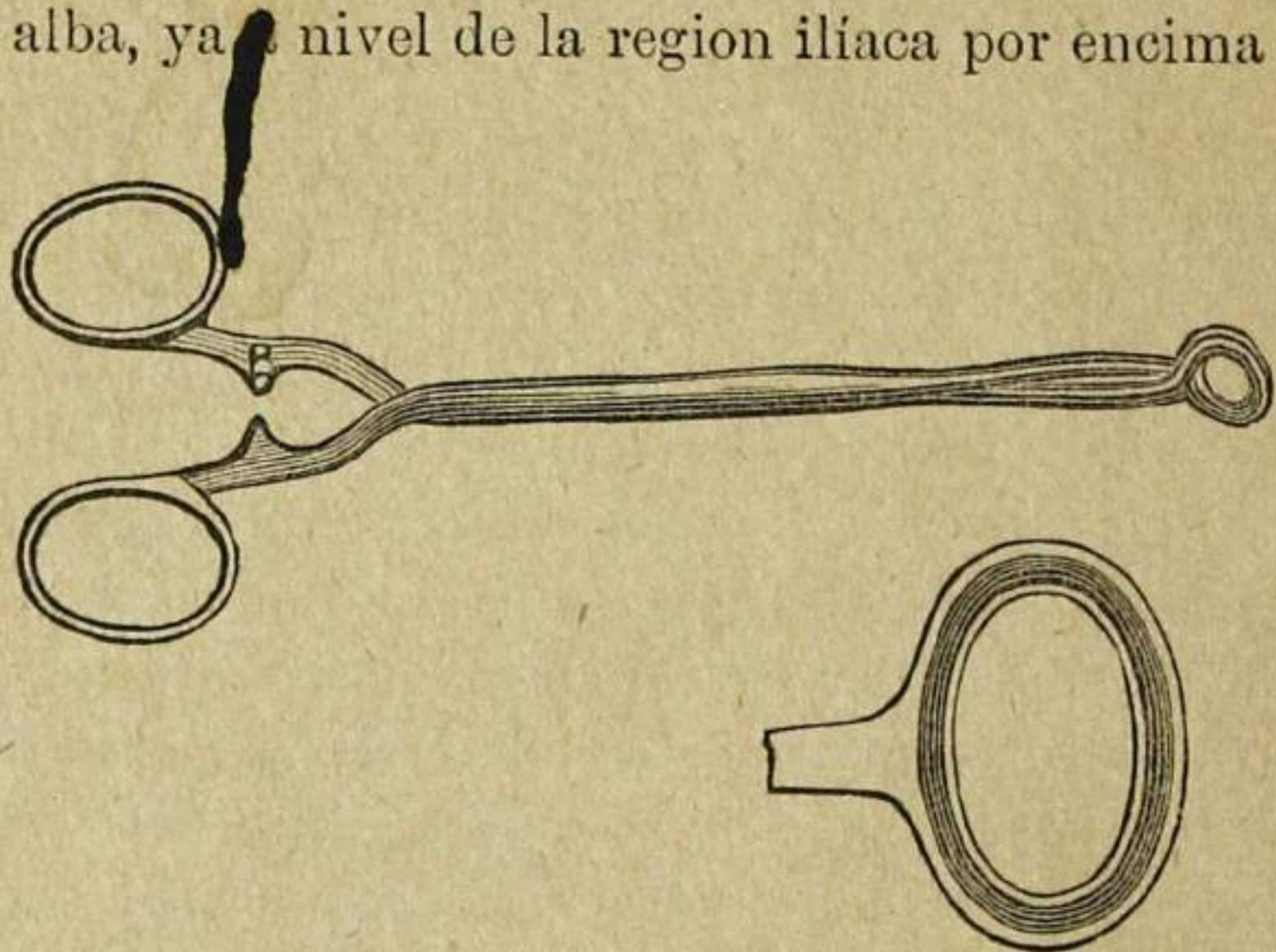


Fig. 125.

lateral del ligamento de Poupart, ya en otros puntos indicados por la situacion especial que puede ocupar el ovario dislocado. Se ha operado, en fin, á nivel del fondo de saco posterior de la vagina.

La incision hecha á nivel de la *línea alba* ofrece la gran ventaja de poder ser prolongada á voluntad cuando se crea necesario. Además, cuando la incision no corresponde exactamente á la línea blanca, ó no corresponde más que en parte, se dejan disociar las fibras musculares, siempre que se las incinda paralelamente á la direccion de aquéllas. Operando de esta suerte se encuentran muy pocos vasos; cuando sea necesario se puede hacer una muesca sobre el músculo recto, pudiendo añadir, finalmente, que esta incision ofrece además la ventaja de ser única.

Cuando todo está en situacion normal se puede, sin grandes dificultades, atraer el ovario á la línea media y aún por delante de los tegumentos abdominales. La resistencia opuesta por este órgano puede, sin embargo, ser muy notable cuando el ligamento infundíbulo-pelviano es poco extensible, cuando el ovario se encuentra profundamente

situado en la pelvis, en el repliegue de Douglas ó cuando ha contraído adherencias con los puntos inmediatos. No es raro, cuando existen fibromas, encontrar los ovarios fuertemente rechazados hácia atrás ó hácia las partes laterales. En este caso puede tropezarse con grandes dificultades al movilizar el tumor, al atraerle hácia los lados, al hacerle girar sobre su eje, y es difícil y aún imposible llevarle hácia la línea media. Después de la operación las complicaciones no son raras. Se han ejercido, en efecto, fuertes tracciones sobre un tumor que se inflama fácilmente; puede sobrevenir la timpanización; la sutura aplicada sobre la pared abdominal queda fuertemente tensa y puede romperse, siendo el peligro mucho más marcado cuando se ha practicado una incisión muy extensa sobre la pared abdominal.

Los veterinarios recurren frecuentemente á la *incision de Flanken*, incisión que hasta ahora apenas había sido empleada en la mujer sino por Hegar. Este procedimiento ofrece ciertamente una ventaja: se llega, en efecto, más rápidamente sobre el ovario, siendo ésta, no obstante, una particularidad que carece de valor, si no es en los casos en que el ovario está más íntimamente adherido que de costumbre á las paredes laterales de la pelvis. En cambio, presenta numerosos inconvenientes. La incisión debe, en efecto, ser doble cuando se trata de extirpar los dos ovarios. Los tejidos sobre los cuales se opera están más nutridos de vasos y el bisturí corta oblicuamente las fibras musculares. Añadamos, en fin, que es difícil y aún imposible agrandar la incisión tanto como podría desearse. Hemos dicho que por este procedimiento quedaban las fibras musculares cortadas trasversal ú oblicuamente; ahora bien, en estos casos la retracción de las fibras es muy marcada y cuando se realiza la curación no existe más que una cicatriz muy tenue, poco resistente. Debemos añadir aún que en los casos en los cuales los ovarios están colocados cerca de la línea media; cuando el ligamento del ovario es corto; cuando el órgano que debe extirparse ha contraído adherencias anormales con el útero; cuando la matriz misma está de tal suerte fija que es imposible desviarla suficientemente hácia las partes laterales, surge una serie de dificultades que son difíciles de dominar.

Todas las objeciones que acabamos de formular son aplicables á los procedimientos en los cuales se practica la incisión sobre otros puntos de la pared abdominal que la línea media.

La *incision vaginal* ha encontrado partidarios que la reconocen ciertas ventajas.

Con este procedimiento, en efecto, los líquidos segregados por la herida se vierten fácilmente. Cuando sea necesario puede introducirse un tubo de desagüe por la incisión, y se hace posible el lavado del repliegue de Douglas. Añadamos, además, que por este procedimiento

no se ponen en contacto sino muy poco ó nada ni el dedo, ni los instrumentos con las vísceras abdominales y notablemente con el intestino. Es preciso confesar, sin embargo, que los inconvenientes no dejan de ser muy notables. Es á veces muy difícil practicar esta incision, y sobre todo abrir la cavidad peritoneal. En algunas ocasiones el fondo de saco de Douglas está situado muy alto, principalmente cuando existe algun fibroma, en cuyo caso, en efecto, el repliegue peritoneal se encuentra á bastante elevacion. Añadamos, ademas, que el peritoneo está muy poco adherido á la pared vaginal, y que existe á veces entre estos dos órganos una espesa capa de tejido celular laxo que es preciso seccionar ántes de alcanzar la serosa. Se crea de esta suerte un conducto cuyas paredes están constituidas por un tejido que se infiltra con la mayor facilidad. La tension de los ligamentos puede ser tal, aunque todo esté en situacion normal, que sea muy difícil atraer el ovario hácia abajo, y digamos, en fin, que para extirpar este órgano y para disponer el pedículo hay necesidad de operar sin el auxilio de la vista, y que en caso de accidente, de hemorragia, de adherencias íntimas, por ejemplo, es completamente imposible agrandar la incision.

Cuando se hace ésta sobre la línea alba se opera como si se tratara de una laparatomía cualquiera, existiendo, sin embargo, algunas particularidades sobre las cuales debemos insistir. Los tegumentos abdominales no están distendidos y adelgazados, como en los casos en que existe un tumor voluminoso en la cavidad abdominal. El tejido celular-grasoso es abundante; los músculos rectos están estrechamente abrazados el uno con el otro, pudiendo ser difícil reconocer la línea blanca. El tejido celular subperitoneal se encuentra frecuentemente en gran cantidad, y en cambio el peritoneo no está por lo comun modificado ni engrosado, siendo normales su espesor y su coloracion.

Los vasos sanguíneos son abundantes en la pared abdominal, pudiendo añadir que el espacio que separa el ombligo del borde superior del pubis no se encuentra aumentado, puesto que merece ocupar la atencion del operador cuando se trata de hacer una ancha incision para introducir toda la mano en la cavidad abdominal. En este caso la incision va del borde superior del pubis al ombligo, que aún puede traspasar.

Cuando *à priori* parece que la operacion debe ser fácil, nos contentamos con hacer una incision que mida de 6 á 8 centímetros, comenzando de 2 á 3 centímetros por encima del borde superior del pubis, longitud suficiente para introducir tres dedos (1).

(1) Nosotros no hemos recomendado jamás hacer una incision de 2,50 centímetros tal como la practica Lusk. Este procedimiento ha provocado grandes dificultades á su autor, que, por un error sin duda, nos la ha atribuido á nosotros.

Una vez incindidos rápidamente la piel y el tejido celulo-adiposo subcutáneo, se ligan cuidadosamente todos los vasos que den sangre. Hecho esto, se busca la línea alba, que se incinde guiándose preferentemente por la sonda acanalada. Si el cirujano se equivoca, si se ha incindido sobre el músculo, se atrae cuidadosamente hacia afuera con la extremidad de los dedos el borde del músculo, ó bien, sirviéndose siempre de los dedos, se separan los manojos musculares unos de otros en una longitud igual á la que se haya dado á la herida hecha sobre la piel. De esta suerte se llega á la pared posterior de la vaina del músculo recto que se incinde. Si el tejido celulo-adiposo es poco abundante, se le secciona; pero si, como frecuentemente se observa, es muy grueso y viene á formar hernia en la herida, entonces se le escinde.

Terminado este tiempo de la operacion, se contiene la hemorragia.

Falta incindir el peritoneo, y esto merece la mayor atencion. Se le coge al efecto con unas pinzas muy finas y se eleva el punto cogido por éstas formando un pliegue de esta serosa. A nivel de este pliegue se incinde con un bisturí practicando un pequeño agujero, por donde se introduce la sonda acanalada, merced á cuya maniobra será posible, en los casos dudosos, saber dónde se encuentra el instrumento; pues, en efecto, si es difícil mover la extremidad introducida, es prueba de que aún no se encuentra en la cavidad de la serosa. Pero si realmente se ha abierto esta cavidad, se introduce el dedo, tanto como sea posible, á lo largo de la sonda acanalada, y protegiendo de esta suerte las vísceras abdominales, se incinde el peritoneo con el bisturí de boton ó con las tijeras acodadas. Es preciso siempre practicar este tiempo de la operacion con grandes precauciones. En efecto; no es raro ver el epiploon y aún el intestino tan íntimamente adheridos á los dedos y al peritoneo parietal, que es muy fácil herirlos. Se operará con el mayor cuidado, y ántes de dar cada corte de bisturí ó de tijera es preciso asegurarse que no es de temer este accidente.

Abierta ya la cavidad de la serosa, se introducen inmediatamente una ó dos esponjas que alejen las vísceras de la incision, y se aplicarán suturas provisionales destinadas á unir la serosa peritoneal con los tegumentos abdominales, colocando un hilo en el ángulo inferior de la herida, otro en el ángulo superior y uno á cada lado.

Nosotros encontramos una gran ventaja en aplicar esta sutura, que pone al abrigo de un derrame de sangre en la cavidad abdominal y se resguarda durante la operacion el tejido celular, así como las fibras musculares.

Cuando de antemano parece que la operacion ha de ser complicada; cuando, por ejemplo, existen adherencias íntimas, es preferible practicar desde luego una gran incision. Se puede incindir hasta un punto próximo al borde superior del pubis, siempre que se haya in-

troducido un catéter en la vejiga y que se tenga seguridad de no poder herir este órgano. Por arriba puede prolongarse la incision hasta el ombligo y aún más allá todavía. Es probable que convenga hacer inmediatamente una muesca sobre el músculo recto, lo cual debe practicarse, por ejemplo, cuando los tegumentos abdominales son poco extensibles, como se observa en las nulíparas, y cuando, habiendo de extirparse tumores provistos de un ancho pedículo ú ovarios fuertemente adheridos y situados profundamente, parezca útil desde el principio poder examinar bien la cavidad pelviana.

Cuando se quiere practicar la incision de Flanken se coloca la enferma en el mismo decúbito que si se tratara de incindir sobre la línea alba. Para evitar que sea herida la arteria epigástrica basta medir sobre la línea media una distancia de 3 á 4 centímetros por encima del borde superior del pubis, y á una distancia de 5 centímetros de este punto que acabamos de señalar es preciso comenzar la incision, empleando cuya prevencion se evita herir la arteria cuando todos los órganos ocupan su posicion normal, porque este vaso se encuentra á 5 centímetros por fuera de la línea media. La incision se hace paralela al ligamento de Poupert, encima del cual estará situada, dirigiéndola hácia la espina iliaca anterior y superior, y debe medir 6 centímetros próximamente. Se divide sucesivamente la piel, el tejido celulo-adiposo subcutáneo, y despues de haber ligado algunos pequeños vasos arteriales (las subcutáneas abdominales), se llega sobre la aponeurósis del gran oblicuo y más allá sobre las fibras del pequeño oblicuo y del trasverso. Aquí existe una ventaja cuando es posible: la de crearse un camino separando las fibras musculares unas de otras, disociando con el dedo el tejido muscular. De esta suerte se llega al tejido celular preperitoneal y se ve si está surcado por algun vaso grueso, que se ligará ántes de cortarle. Es preciso no olvidar que en ciertos fibromas que forman prominencia á nivel de la línea media las arterias epigástricas pueden estar alejadas de ésta más que en los casos completamente normales. En todo caso se tendrá sumo cuidado en no abrir el peritoneo sino despues de haber obtenido una hemostasia perfecta. Para abrir la serosa se eleva un pliegue con las pinzas, se practica una pequeña abertura, que se agranda con un bisturí de boton ó con las tijeras acodadas por el procedimiento que anteriormente dejamos indicado.

Si se practica la incision sobre otro punto de la pared abdominal se procede de la misma manera, pero observando con el mayor cuidado la direccion de las fibras musculares y la disposicion de los vasos.

Si se practica la castracion por la vía vaginal, se opera segun el procedimiento de Battey, colocando la enferma en el decúbito latero-abdominal, introduciendo despues un espéculo corto y ancho que tenga la forma de pico de pato, pudiendo así con él empujar el peritoneo hácia

atras. Ciertos autores, Goodell por ejemplo, recomiendan colocar en seguida á la mujer en decúbito dorsal. Se deprime la porcion vaginal del cuello, que se coge con una pinza. Se incinde el fondo de saco vaginal posterior, haciendo sobre la pared vaginal, en la línea media, una incision de 4 centímetros de largo, empleando para ello unas tijeras. No se incinde la serosa has'a haber obtenido una hemostasia completa.

En general, debe preferirse la incision sobre la línea media. Sin embargo, hay excepciones en las que podrá recurrirse con ventaja á los demas procedimientos. Se podrá, por ejemplo, adoptar la incision por el procedimiento de Flanken cuando los ovarios estén fuertemente dislocados hácia las paredes laterales y cuando, poco cercanos del útero, lo estén mucho de las paredes pelvianas, disposicion que, por otra parte, hemos ya señalado estudiando los fibromas. Se practicará la incision en otros puntos de la pared abdominal cuando se haya observado que los ovarios están colocados inmediatamente detras de la pared abdominal en aquellos puntos. Si existe un fibroma que empuja hácia adelante la pared abdominal en la línea media, será preferible la incision lateral.

Se apelará á la incision vaginal cuando los ovarios estén situados muy profundamente y cuando sea posible por el tacto vaginal percibirlos; cuando, en una palabra, baste una incision para alcanzar estos órganos. Pueden observarse pequeños tumores que deprimen con fuerza el fondo de saco posterior, que se encuentra por esta causa adelgazado, y en estas circunstancias debe apelarse á la incision vaginal. Tal es la disposicion que yo observé en un caso de prolapso de la pared posterior de la vagina, en el cual la incision hecha en la pared posterior de este órgano fué coronada de éxito.

II. — *Buscar, coger y atraer hácia afuera el ovario. — Hacer el pedículo*

Este tiempo de la operacion ofrece muy grandes variedades. No nos ocuparemos desde luégo de los casos en que la disposicion topográfica es normal. Si se ha hecho la incision á lo largo de la línea alba, se introducen dos dedos de una mano en la cavidad abdominal, siguiendo la pared anterior del abdómen dirigiéndolos hácia la pelvis. Se trata de impulsar ligeramente hácia arriba al epiploon y á los intestinos. Se obtiene, por lo comun, este resultado introduciendo una esponja, á beneficio de lo cual se mantienen los dos órganos citados últimamente. Este es un procedimiento respecto al cual no debemos olvidarnos de recurrir cuando el epiploon es muy largo y descende notablemente. Una vez que la extremidad de los dedos ha llegado á nivel del estrecho superior, el operador los lleva ligeramente hácia

atrás, tratando de buscar el fondo del útero. Se sigue este último, y por el tacto se dirigen hacia las partes laterales, hacia donde debe encontrarse el ovario. Se engancha, por decirlo así, este órgano y se trata de atraerlo á la herida abdominal, pudiendo, para ejecutar mejor este tiempo de la operacion, introducir el dedo pulgar lo que es posible desde el principio de la operacion. De esta suerte el ovario viene á colocarse delante de la pared abdominal, y aparece seguido de un fragmento de trompa. Si las asas intestinales y el epiploon tienen cierta tendencia á seguir al ovario, empujándole por medio de una pequeña esponja montada, maniobra que es posible porque la mano izquierda del operador está libre y puede ser al efecto utilizada. Cuando el ovario está fijo por delante de los tegumentos abdominales, el operador le coge fuertemente con dos dedos, mientras que un ayudante aproxima por debajo de este órgano los dos labios de la herida. Cuando se quiere ligar el ovario, se confía este cargo á un ayudante, que le coge con los dedos ó con una pinza.

En cuanto á los cuidados que exige el tratamiento del pedículo, se trata de saber si estará solamente constituido por el ligamento del ovario, ó bien comprende, además, un segmento más ó menos largo de la trompa.

Cuando todos los órganos están en su posición normal, el meso-ovario es muy corto y se puede temer dejar en la cavidad abdominal un fragmento glandular más ó menos considerable; es preciso, pues, comprender en el pedículo una parte de la trompa y una porción del ligamento ancho. Mas ¿á qué procedimiento debe recurrirse para formar el pedículo? Battey emplea el magullador. Hasta ahora los operadores han recurrido casi exclusivamente á la ligadura, para lo cual emplean hilo de seda desinfectado ó catgut. Nosotros no hemos empleado nunca más que la ligadura, sirviéndonos casi siempre de la seda. Basta hacer una ligadura en masa cuando el pedículo, es decir, el ligamento ancho, presenta una gran longitud y es muy extensible. Cuando se presume que sobrevendrá una retracción muy marcada, se aplica una doble ligadura valiéndose de una aguja de Deschamps muy fina, á fin de proteger los grandes vasos, y se anudan los hilos de cada lado. Es bastante frecuente ver derramarse la sangre por los agujeros de las punturas. Al hacer los nudos es menester cuidarse de no desgarrar los tejidos, y principalmente el peritoneo, cerca de los puntos por donde se pasa la aguja. Puede adoptarse un procedimiento mixto y aplicar una ligadura en masa por debajo de la ligadura doble. Es más prudente aplicar desde luego la ligadura en masa y cuando parece insuficiente practicar por encima la ligadura doble. Es preciso no emplear la seda sino de mediano calibre, y cuando se hacen los nudos apretar con fuerza, sobre todo cuando se coge al mismo tiempo la trompa, porque

este órgano contiene arterias gruesas y ofrece una gran tendencia á escaparse de la ligadura.

Después de haber dispuesto así el pedículo, se puede simplemente seccionarle. Nosotros preferimos aplicar por encima de la ligadura un pequeño cauterio-clamp y seccionar el pedículo con el termo-cauterio de Paquelin. Obrando así, no solamente aseguramos mejor la hemostasia, sino que obtenemos también una desinfección más completa y podemos destruir las bridas de tejido ovárico que pueden no haber sido extirpadas durante la operación.

Es preciso, por otra parte, no olvidarse de examinar el muñón después de haber seccionado y cauterizado el pedículo. Para esto se le coge con dos dedos, asegurándose que por ningún punto da sangre y cuidando de comprimirle á fin de exprimir toda la sangre que pueda contener. Nosotros hemos observado muchas veces que la sangre que queda en los vasos puede ser el punto de partida de una inflamación parcial.

Examinando el muñón del pedículo y el punto sobre el cual se ha aplicado la ligadura, es preciso cuidar de asegurarse que no se ha cogido el epiploon, ni bridas, ni adherencias, ni ningún apéndice epiploico.

Acaso fuera preferible emplear un procedimiento que ofrece la ventaja de dejar en la cavidad abdominal menos cuerpos extraños. Puede ser que por regla general bastara cauterizar simplemente el pedículo y, cuando fuere necesario, practicar ligaduras aisladas sobre los vasos ó hacer simplemente una pequeña ligadura sobre la trompa cuando se comprende este órgano en el pedículo.

Algunos operadores han propuesto recurrir á un procedimiento que difiere un poco de los anteriores, cuando existe una retroversión ó una retroflexión del útero, proponiéndose con él corregir definitivamente la dislocación de este órgano. Con este objeto, cogen el pedículo en la sutura aplicada sobre la herida de la pared abdominal. Stahl ha propuesto fijar el pedículo á la pared del abdomen haciendo una sutura de colchonero. Los resultados obtenidos por él fueron por lo común satisfactorios; sin embargo, fracasó en algunos casos este procedimiento, fracaso que él atribuyó sin duda alguna al relajamiento gradual de las adherencias. Cuando se extirpan los dos ovarios, esta modificación del manual operatorio no nos parece absolutamente necesaria, porque por el solo hecho de la operación los ligamentos anchos se hacen más cortos, sobre todo cuando se extirpa un gran segmento de la trompa. Merced á este mecanismo se observa que la retroversión uterina se corrige, á veces de una manera definitiva en cuanto podemos nosotros asegurarlo. Si la situación anormal del útero persiste, se observa que en este órgano se producen fenómenos de involución que hacen desaparecer los accidentes á que daba lugar la retroversión. Sin embargo, cuando

no se ha practicado más que la castración unilateral, es preciso no fiarse mucho de los resultados, y puede convenir corregir esta anomalía de posición del útero, siendo recomendable en este caso el procedimiento que acabamos de describir cuando es practicable, porque puede ser, en efecto, impracticable ó peligroso cuando el ligamento es duro é inextensible.

Si se ha recurrido á la incision segun el método de Flanken, se operará absolutamente como acabamos de decir.

Si se practica la incision vaginal, debe colocarse á la enferma en el decúbito dorsal (después de haber sido practicada la incision en el decúbito lateral), impidiendo así que el aire penetre en la cavidad abdominal. En este momento la mano que descansa sobre la pared del abdomen empuja con fuerza hácia abajo al útero, en tanto que el índice de la otra mano, introducido en la vagina, penetra en la cavidad abdominal por la herida hecha en el fondo de saco posterior; este dedo, encorvado, engancha, por decirlo así, el ovario, le coge fuertemente y le atrae hácia la vagina, pudiendo entónces ocuparse de formar el pedículo.

El segundo tiempo de la castración puede ofrecer un cierto número de dificultades y accidentes. Insistiremos más adelante sobre las particularidades que se observan en los casos de fibroma. Nos contentaremos con hacer notar aquí que es ante todo extremadamente útil disponer de un campo operatorio bien accesible. Es preciso prolongar la incision tanto como sea preciso, cuidando de inclinarse hácia los músculos rectos. Si el epiploon y el intestino persisten en venir á obstruir la herida, se hará descender la cabeza y la espalda de la enferma como se practica en la operacion de Freund. Si se opera en un cuarto que no recibe nada de luz cenital, se vuelve la cabeza de la enferma hácia la ventana haciendo girar la mesa de operaciones.

Es á veces muy difícil alcanzar y coger bien los ovarios, ya porque estos órganos estén situados muy profundamente, ya porque las asas intestinales ó los fragmentos del epiploon vengán á deslizarse por delante de ellos; entónces se empleará el dedo introducido en la vagina para elevar el útero y, sobre todo, el ligamento ancho situado en el lado del ovario que se ha de extirpar. El taponamiento de la vagina y del recto, recomendado por Alberts, podrá también prestar muy útiles servicios; sin embargo, no nos parece tan útil como el precedente, porque éste permite aumentar y disminuir á voluntad la elevación obtenida.

Es difícil confundir el ovario con otros órganos. Sin embargo, puede confundirse con un apéndice epiploico, con un segmento del intestino ó con un cuerpo extraño contenido en un asa intestinal. El error es más fácil cuando se trata de un pequeño fibroma pediculado. Sin em-

bargo, será posible evitar toda causa de error si se recuerda bien la forma regular de los fibromas, la regularidad de su superficie, su consistencia tan compacta y tan uniforme, su asiento y las adherencias que contraen con el útero. Por otra parte, no hay inconveniente alguno en extirpar estos tumores si alguno se encuentra.

Pueden experimentarse grandes dificultades al atraer el ovario hácia afuera, aunque no exista nada de anormal. Este órgano puede, en efecto, estar íntimamente unido á los ligamentos anchos, que por sí mismos son poco extensibles. Obrando con lentitud y ejerciendo tracciones más ó ménos fuertes, se triunfa generalmente de todos los obstáculos sin hacer correr á la paciente el menor peligro. Cuando sea necesario apelar á esta maniobra convendrá elevar el ovario que se trata de extirpar, introduciendo un dedo en el conducto vaginal.

Pero estas dificultades pueden ser debidas á la presencia de lesiones patológicas de diversa naturaleza. En efecto; la consecuencia de lesiones inflamatorias puede quedar el ovario sólidamente fijado, ya en su situacion normal, ya en una posicion anómala, contra la pared posterior del útero, en el repliegue de Douglas, contra la pared pelviana por ejemplo, y áun se ha visto á aquel órgano pasar por encima del ligamento ancho y estar situado en la fosa vesico-uterina.

En ciertos casos el obstáculo es debido á una causa totalmente diferente. Puede estar dislocado el útero, estar en retroversion por ejemplo, y contraer adherencias en su nueva situacion. En este caso puede ser difícil y áun imposible atraer hácia afuera el ovario. En fin, y este es un hecho que se observa frecuentemente, puede encontrarse en un ligamento ancho, y á veces en los dos, lesiones que le han hecho engrosar, arrugarse, haciéndose completamente inextensible y ofreciendo una resistencia muy marcada á las tracciones, no siendo infrecuente que se combinen todos estos diferentes estados que dejamos descritos.

Las adherencias que mantienen en una situacion más ó ménos fija al ovario no se extienden sino muy poco sobre los puntos vecinos de este órgano. Se ve, en efecto, que esta glándula se adhiere lo más frecuentemente á la trompa y á las partes laterales del útero; no obstante, á veces se extienden estas adherencias al intestino, al epiploon y al mesenterio. En estos casos ya queda el ovario en situacion normal, ya queda más ó ménos dislocado, y en algunos casos raros su pedículo puede encontrarse estirado, adelgazado y á veces roto.

Las adherencias son de forma y extension variables, ya sean filamentos ó ya membranas; á veces el órgano se encuentra englobado en una masa de exudados fuertes y duros que se adhieren íntimamente á los ligamentos. Cuando las adherencias son extensas, la trompa y todo el ligamento ancho están generalmente afectos. Aquélla está profundamente alterada en su estructura y presenta una ó muchas dila-

taciones quísticas, el pabellon está obstruido y por sus franjas está aplicado contra el ovario. El ligamento ancho está engrosado, indurado y presentando numerosos quistes (paraováricos). Cuando el ovario se encuentra dislocado, lo más frecuentemente las adherencias se extienden en una ancha superficie.

La estrechez de las adherencias y su riqueza en vasos sanguíneos son muy variables. Notemos sobre todo que con suma frecuencia los vasos ováricos y los vasos venosos que tienen asiento en la porcion de los ligamentos vecinos de este órgano están muy dilatados y aun varicosos, punto que ya anteriormente dejamos indicado.

Cuando se trata de pequeños tumores ováricos desarrollados en el espesor de los ligamentos, la situacion es muy variable. Algunas veces estos tumores no son más que muy poco adherentes y puede aislarse los fácilmente sin provocar hemorragia importante. En otros casos las conexiones son muy íntimas y es preciso obrar con cierta fuerza y aun servirse del bisturí para destruirlas, en cuyo caso la hemorragia puede ser muy abundante.

Es muy difícil dar aquí reglas absolutas porque las circunstancias son extremadamente variables.

A veces el ovario está muy adherente, pero los órganos á los cuales está íntimamente unido son de tal modo extensibles, que es posible atraer el ovario fuera de la pared abdominal, haciéndose así accesible á la vista. Una traccion lenta y sostenida puede, sin peligro, triunfar de la resistencia opuesta por los ligamentos.

Pero si las circunstancias no son tan favorables, si la resistencia es muy marcada, ó bien si se teme romper los vasos practicando fuertes tracciones, como es de temer, por ejemplo, cuando aquéllos presentan dilataciones varicosas, es preciso agrandar la incision, practicar una muesca en el músculo recto, hacer tomar á la enferma la posicion de Freund y rechazar las vísceras, porque hay necesidad de operar en la profundidad de la cavidad abdominal. Estos son los principales procedimientos á los cuales es preciso siempre recurrir cuando se trata de pequeños tumores desarrollados entre las hojas de los ligamentos.

Nosotros creemos que es preciso no romper las adherencias sin apreciar si son ó no poco extensas, filiformes ó bastante laxas para que puedan romperse sin la menor violencia.

Cuando se opera á la vista se destruyen las adherencias absolutamente como si se tratara de una ovariectomía. En este caso, las adherencias con el epiploon, el mesenterio, el intestino y los apéndices epiploicos no dan lugar á ninguna consideracion especial. Se deberán practicar frecuentemente ligaduras preventivas de los vasos y ligaduras en masa más ó menos considerables. No deberán omitirse estas precauciones sino en los casos en que se trate de adherencias muy

poco vasculares. Es preciso romper las bridas que van del ligamento, de la trompa y de los órganos pelvianos á las paredes de la pelvis ó á la pared abdominal, aunque no sean un verdadero obstáculo á la ablacion del ovario. El intestino puede, en efecto, estrangularse despues de la operacion. Tan es así, que cuando durante esta última se encuentra una brida, es preciso romperla cerca de cada una de sus extremidades á fin de evitar que quede un colgajo flotante capaz de producir fenómenos de estrangulacion. Hé aquí por qué nosotros ligamos y escindimos las franjas epiploicas que encontramos frecuentemente operando.

Cuando la trompa ha adquirido adherencias extensas con el ovario, pueden adoptarse dos maneras de proceder. Se puede, en efecto, coger con el ovario y ligar toda la parte adherida de la trompa, ya esté normal ó ya dilatada. De esta suerte hay necesidad de hacer una ligadura muy extensa, y por poco indurado que esté el ligamento ancho, como se observa generalmente, no basta aplicar una ligadura simple ó doble; es preciso en estos casos multiplicarlas, hacer tres ó seis, medio el más adecuado para oponerse á la retraccion del pedículo y al deslizamiento de los hilos. En fin, en los casos de rigidez del ligamento existe todavía otro peligro. Cuando se anudan los hilos se desgarran los tejidos á nivel de los puntos por los cuales ha penetrado la aguja de Deschamps aun cuando se haya tenido cuidado de elegir una fina y redonda, produciéndose así una hemorragia que, por otra parte, no es generalmente muy intensa. En este caso una ligadura en masa no podría quedar tan suficientemente apretada que quedara asegurada la hemostasia, y es preciso ponerse al abrigo de las hemorragias practicando durante algun tiempo la compresion.

A veces las adherencias no son muy íntimas y se ve á la trompa rodear al ovario formando un círculo ó un semicírculo. En estos casos es preferible romper estas adherencias, pudiendo así verse mejor la region donde se opera, no habiendo necesidad de aplicar tan profundamente las ligaduras, pueden ligarse los puntos que den sangre, y, en fin, viéndose mejor las partes susceptibles de retraerse, es más fácil remediar este inconveniente.

Cuando los ligamentos están muy indurados es á veces imposible obtener pedículo; si no se quiere abandonar la operacion, es preciso pasar hilos á traves de los tejidos de manera que se limite un espacio de forma triangular con el vértice hácia abajo, escindiéndose en seguida todos los tejidos situados entre los hilos y el ovario.

Cuando las adherencias que unen al ovario con el útero, con la pared abdominal y con el repliegue de Douglas se extienden en una ancha superficie, es preciso romperlas por traccion ó por diseccion, teniendo cuidado de suturar los puntos que dan sangre, porque la

parte del útero que confina con las adherencias es frecuentemente muy rica en vasos y se ve á veces sobrevenir hemorragias muy molestas ó por lo ménos un rezumamiento muy marcado; viéndose sobrevenir principalmente este accidente cuando la serosa ha sido disecada en los esfuerzos de traccion, tanto que es preferible en estos casos recurrir al bisturí. Estas hemorragias son frecuentemente muy rebeldes, de las cuales sólo se triunfa en general pasando hilos á traves de los tejidos á cierta distancia de los puntos que dan sangre; pero este procedimiento sólo es bueno á condicion de que se empleen agujas de muy pequeño diámetro y bien redondas.

Debe obrarse de la misma manera cuando estrechas adherencias unen á estos órganos con las paredes pelvianas ó con el repliegue de Douglas, siendo preciso sobre todo obrar con gran prudencia cuando el ovario se encuentra situado en la vecindad de los grandes vasos.

En todos estos casos dificiles es forzoso ante todo operar á la vista, porque querer hacerlo á la ventura es exponerse á los más graves accidentes.

Cuando se trata de pequeños tumores desarrollados en el interior de los ligamentos, la situacion varía mucho segun los casos y segun hemos tenido ocasion de demostrarlo ya. Algunas veces, no obstante, es posible disecarlos sin gran dificultad y sin riesgo de herir los vasos. Pero generalmente se tropieza con grandes dificultades que son tanto más marcadas cuanto más abajo descende el tumor, hácia la base de los ligamentos, ó cuanto más se extiende hácia la pared pelviana: los quistes pequeños revientan. En estos casos es preciso destruir las adherencias, pudiendo presentarse una hemorragia interna. Cuando nos encontramos en presencia de estas circunstancias, que pueden por lo comun diagnosticarse ántes, nosotros consideramos contraindicada la operacion, y si no pueden apreciarse hasta que se lleva á cabo, es preciso abandonarla cuando está es posible; pero es muy tarde para obrar de esta suerte, debiendo extirpar el tumor aislándole con instrumentos romos y debiendo asegurar la hemostasia con ligaduras.

En los casos de fibroma la situacion es en extremo difícil, y frecuentemente se observan accidentes. Puede, por ejemplo, no encontrarse el uno ó el otro ovario, no pudiendo nosotros aconsejar en este caso que se tire hácia afuera de la cavidad abdominal del tumor, cuya presencia exige la castracion. Esta conducta, en efecto, vendría á ser el origen de violentos trastornos circulatorios, el tumor tomaría un color amarillento ó rojizo, la serosidad se rezumaría por su superficie, y aumentando rápidamente su volúmen, sería imposible introducirle en la cavidad abdominal sin aumentar las dimensiones de la incision. Todas estas particularidades aumentarían mucho los peligros de la operacion.

Cuando no se ha podido encontrar el ovario, puede tambien observarse cuando existen fibromas una resistencia muy marcada que se opone á las tracciones ejercidas sobre la glándula ovárica. Este órgano, en efecto, está muy alejado de la incision abdominal, y se encuentra, ya situado en las partes laterales, ya en las superiores ó ya en las inferiores de la cavidad abdominal. El meso-ovario es tan corto, que este órgano descansa inmediatamente sobre el tumor, con el cual ha contraído adherencias anormales. Entónces debe ensayarse levantar el tumor introduciendo la mano en la vagina, y empujar así el ovario hácia arriba á fin de hacerle más accesible. Si se hubiera recurrido á la incision de Flanken sería preciso dirigir el ovario hácia el lado sobre el cual se hubiese practicado la incision. Algunas veces se obtienen ventajas de hacer girar el tumor alrededor de su eje, maniobra de la que se obtienen resultados tanto mejores, cuanto más fácilmente es movable el tumor. No podemos aconsejar en este caso que se atraiga éste completamente fuera de la cavidad; por el contrario, conviene prolongar la incision, incindir el músculo recto, y áun, cuando es absolutamente necesario, practicar una segunda incision en un punto más conveniente. Es preciso en los casos de fibroma no ejercer fuertes tracciones para extraer el ovario que ha sido cogido.

Existen, en efecto, en estos casos grandes dilataciones venosas y manojos varicosos que fácilmente podrían romperse.

Es frecuentemente muy difícil en los casos de fibroma disponer el pedículo, porque el meso-ovario es muy corto y las hojas del ligamento ancho pueden estar completamente disociadas la una de la otra; en este caso es necesario aplicar numerosas ligaduras, teniendo cuidado de observar si existen vasos importantes cuando se pasan las agujas. Puede ser útil suturar los dos labios de la superficie escindida, con seda muy fina. Si se produce una hemorragia por los puntos por donde han penetrado las agujas, se tratará de contenerla por la compresion si la superficie sobre la cual se inserta el tumor es de tal suerte ancha que no puede apelarse á la ligadura en masa.

En un caso nos fué imposible contener la hemorragia que se produjo en el momento de pasar las agujas. Existían numerosas varices á nivel de los ovarios y de los puntos vecinos, habiéndonos visto obligados á practicar la amputacion supravaginal del útero, que practicamos con feliz éxito para la enferma, que curó. Cuando se emprenda una castracion por la existencia de un fibroma, deberán hacerse todos los preparativos necesarios para practicar la amputacion supravaginal.

En cierto número de casos en los cuales se había practicado la castracion se han observado hemorragias durante ó inmediatamente despues del segundo tiempo de la operacion, siendo preciso atribuir este accidente al rezumamiento de la sangre que se verifica por la superfi-

cie de las adherencias rotas, ó al deslizamiento de los hilos de las ligaduras.

En el primer caso puede ser bastante débil para que pueda esperarse una hemostasia espontánea, sobre todo despues de la oclusion de la herida de la pared abdominal y de la aplicacion de un vendaje apretado. En este caso no debe temerse la aparicion de fenómenos graves debidos á la pérdida de sangre; pero la situacion no es ménos peligrosa, porque la sangre así derramada constituye un elemento de nutricion para los gérmenes. Segun nuestra experiencia, todos los medios antisépticos no nos parecen suficientes para ponernos seguramente al abrigo de la septicemia; por lo tanto, si no nos es posible asegurar la hemostasia por los medios apropiados, es preciso recurrir al desagüe.

No queremos insistir más sobre la influencia de las tracciones ejercidas sobre un hilo de ligadura ya anudado con objeto de fijar el muñon á la herida de la pared abdominal. Hemos visto ya que era peligroso aplicar pinzas por encima de la ligadura con objeto de fijar el pedículo, porque al retirar el instrumento se ejercen siempre algunas tracciones sobre los hilos de seda.

Este accidente (el desprendimiento de la ligadura) puede todavía reconocer otra causa: puede, en efecto, ser debido á no haber apretado el nudo suficientemente.

En fin, el hilo puede caerse tambien cuando el pedículo ó el ligamento son muy gruesos y sobre todo muy duros. El ligamento, en efecto, puede, despues de haber sido estirado, retraerse fuertemente; la ligadura no se desliza, propiamente hablando, pero el ligamento se sale fuera de la ligadura. Es, pues, más seguro aplicar en este caso muchas ligaduras bien apretadas. Si á pesar de todas estas precauciones se produce este accidente, sería preciso poner la herida al descubierto, coger el ligamento con los dedos, atraerle hácia afuera y aplicar nuevas ligaduras. Excusado nos parece añadir que es necesario extraer con el mayor cuidado la sangre que se haya derramado.

III. — *Limpieza del peritoneo. — Oclusion de la herida abdominal.* *Tratamiento consecutivo.*

En la generalidad de los casos la limpieza del peritoneo se hace muy rápidamente. Cuando la castracion es simple, la hemorragia es, en efecto, muy poco considerable; sin embargo, no debe jamás omitirse la introduccion de esponjas, á fin de asegurarse que el peritoneo queda bien seco. Es bastante frecuente ver romperse un folículo mientras se atrae el ovario hácia afuera, accidente que tambien puede ocasionarse cuando se trata de un quiste pequeño lleno de sangre ó de

suero. Es preciso en este caso extraer el líquido derramado con esponjas, siendo innecesario advertir que es necesario además practicar con sumo cuidado la limpieza del peritoneo y que hay necesidad de redoblar la atención cuando se hayan extirpado pequeños tumores cuyo contenido se haya derramado en la serosa peritoneal.

¿Cuándo debe apelarse al desagüe? Es imposible en el estado actual de la Ciencia precisar este punto de la práctica. Parece que es conveniente no recurrir á este procedimiento cuando existe solamente una simple trasudación serosa debida á una irritación ligera y crónica del peritoneo, ó á trastornos circulatorios. Por el contrario, el desagüe parece estar indicado cuando existe una inflamación reciente é intensa del peritoneo, ó cuando el líquido exudado está fuertemente teñido en sangre ó cuando ha habido necesidad de operar sobre tejidos que dan mucha sangre. Nosotros no nos hemos encontrado jamás en presencia de casos de esta naturaleza, si se exceptúa uno en que se trataba de una mujer afectada de una hiperplasia del tejido celular de los dos ovarios y de peritonitis crónica (tuberculosa), habiéndose presentado un exudado sero-sanguinolento en cantidad de tres cuartos de litro próximamente. Apelamos al desagüe y la enferma quedó perfectamente curada. En cambio, nosotros hemos encontrado frecuentemente pequeñas cantidades de exudado seroso en los casos de fibroma, de peri-ovaritis y de piosalpingitis.

Está principalmente indicado que se proceda con el mayor cuidado á la limpieza del peritoneo cuando durante la operación ha habido necesidad de romper adherencias recientes ó antiguas. Es preciso introducir muchas veces las esponjas á fin de asegurarse de que no existe ningún derrame sanguíneo.

Se cierra la herida de la pared abdominal por medio de una sutura que se practica como si se tratara de una ovariectomía. Sin embargo, aquí es preciso no olvidar que la pared abdominal no estaba distendida ántes de la operación por un tumor. Dicha pared es generalmente gruesa, rica en vasos y contiene una cierta cantidad de tejido grasoso. Además, la incisión no es jamás muy larga, no ocurriendo tan frecuentemente que los labios de la herida sean maltratados y que el peritoneo se encuentre separado de las otras capas de la pared. Si se ha tenido cuidado, durante el primer tiempo de la operación, de practicar las suturas provisionales de que hemos hablado, se puede generalmente evitar en gran parte todos los inconvenientes.

Se resecarán con cuidado todos los tejidos que hayan sido magullados, así como las masas grasosas que vengán á formar hernia en la superficie de la herida. Se tendrá cuidado de anudar sólidamente los hilos, sobre todo á nivel del ángulo inferior de la herida, donde los tejidos son generalmente muy ricos en vasos sanguíneos, siendo éste el

mejor medio de obtener una hemostasia completa y una reunion por primera intencion, porque se opone á toda acumulacion de sangre, etcétera, entre los labios de la herida. Una vez terminada la sutura, se oprimen el uno contra el otro los labios de la herida á fin de asegurarse una vez más que la sangre no se acumula en ningun punto. Cuando sea necesario deberá aplicarse en estos puntos una segunda sutura abrazando una gran cantidad de tejidos. Una vez bien seco todo, se aplica una capa de uata sobre la herida, recubriéndole con una tela impermeable, aplicando por último un vendaje abdominal uatado ordinario. En cuanto á la compresion, es preciso observar todas las precauciones que hemos indicado al ocuparnos de la ovariectomía.

Cuidados consecutivos y accidentes que se producen despues de la operacion. — Muy poco de particular tenemos que decir aquí respecto á los cuidados consecutivos. Remitimos al lector á lo que dejamos dicho en el art. 3.º de la Segunda parte y á lo que hemos consignado al tratar de los cuidados que deben dispensarse á las operadas de ovariectomía.

Por lo general, se ve inmediatamente ó poco tiempo despues de la operacion aparecer metrorragias que es preciso atribuir á trastornos circulatorios y que no dejan de ser útiles porque disminuyen la presion intravascular. Estas hemorragias no deben inquietarnos sino en ciertos casos de fibromas. Generalmente no podemos hacer nada contra ellas: en casos extremos podríamos recurrir á las inyecciones de agua caliente, pudiendo tambien colocar á la enferma con el tronco y la pelvis elevados y la cabeza baja.

No hemos observado jamás el tétanos despues de la castracion.

En cierto número de casos se han observado despues de la operacion síntomas de oclusion intestinal. Parece que en este caso debe acusarse á la existencia de adherencias entre las asas intestinales y el pedículo, á una ligadura que haya cogido un apéndice epiploico, á la aparicion de adherencias entre los tegumentos abdominales y los apéndices epiploicos ó antiguas bridas que atraviesen toda la pequeña pelvis. Deberá cuidarse de evitar todas estas causas de complicacion durante el acto operatorio. Si se encuentra un apéndice epiploico, se le escindirá despues de haber aplicado sobre él una ligadura. Cuando se aprieten los hilos aplicados sobre el pedículo, se cuidará de examinar muy bien si se ha cogido en la ligadura algun otro órgano que pueda ser estrangulado. En fin, se observa si existe alguna brida que atraviese la pelvis, en cuyo caso se escinde ó se corta entre dos ligaduras.

Creemos, ademas, que una fuerte compresion del abdómen puede dar lugar á un estreñimiento tan prolongado que dé origen á síntomas de oclusion intestinal. Si así fuera, se debería recurrir á los medios apropiados: se haria descender parte del tronco de la enferma elevando la pelvis; se recurriría á las duchas de aire ó de agua al conducto

intestinal; en fin, se debería, en último término, abrir de nuevo la cavidad abdominal; si bien, desgraciadamente, este último procedimiento no ha dado hasta ahora buenos resultados.

Si se produce una peritonitis séptica, es preciso, si no se ha apelado al desagüe, abrir de nuevo la cavidad abdominal, aunque esta nueva operación ofrezca muy pocas probabilidades de éxito. En los casos de peritonitis circunscrita se recurre á los medios habituales de tratamiento: opio, hielo, etc.

Después de la operación puede observarse un cierto número de accidentes que modifican singularmente los resultados. En efecto; las cicatrices y las adherencias pueden provocar la aparición de fenómenos dolorosos y desagradables ó molestos. No obstante, es cierto que por lo común hemos podido nosotros, después de un tratamiento prolongado, hacer desaparecer del todo ó disminuir al menos estos fenómenos dolorosos. Lo más frecuentemente en los hechos de que hablamos, es menester atribuir los fenómenos observados á la existencia de una pelvi-peritonitis adhesiva, anterior á la operación; al empleo de hilos de seda que no habían sufrido una desinfección completa; á la presencia de un pedículo ingurgitado de sangre y que había experimentado los efectos de la acción de los gérmenes, ó bien á la producción de pequeñas hemorragias en las inmediaciones del muñon.

Art. 5.º—Resultados de la castración doble.

MORTALIDAD Y MORBICIDAD.—PRONÓSTICO.—RESULTADOS FUNCIONALES

Nos será posible fijar rápidamente la mortalidad y sus causas estudiando el cuadro siguiente:

- 1.º Hegar: 50 operaciones, 7 casos de muerte = 14 por 100.
4 peritonitis sépticas.
3 oclusiones intestinales.

- 2.º Otros operadores: 76 operaciones, 17 casos de muerte = 22,37 por 100 (1).

(1) En 76 operaciones hubo 12 en las cuales no se ha encontrado ni notado ninguna modificación anatómica de los órganos sexuales y especialmente del ovario. Desgraciadamente no existen los documentos necesarios para poder interpretar bien estas dos frases: «no se ha encontrado» y «no se ha notado», lo que sería muy conveniente para poder formular una interpretación seria. Nosotros hemos utilizado estos 12 casos bajo el punto de vista de la mortalidad y de la morbilidad, y aún bajo el aspecto de las modificaciones aportadas á las funciones menstruales.

Véanse:

Transaction of the American Gynecol. Soc., 1876, vol. I, pág. 104, obs. 3. *Ibid.*, pág. 105, cas. 5 y 6.

- 1 por inanición (?)
- 2 — agotamiento (?)
- 8 — peritonitis séptica.
- 2 — peritonitis secundaria pihémica.
- 3 — hemorragias internas por caída de ligaduras.
- 2 — causas no precisadas.

Véase la estadística de la morbilidad:

1.º — Hegar ha practicado 50 operaciones.

Morbilidad: 15 casos, ó sea el 30 por 100.

- 6 por abscesos intraperitoneales.
- 4 — peritonitis circunscritas de mediana intensidad.
- 1 — absceso perivaginal despues de una tentativa de incision vaginal.
- 2 — trombosis.
- 2 — catarros de la vejiga.

2.º — 76 operaciones. — Otros operadores: 9 enfermas.

- 4 por abscesos intraperitoneales.
- 1 — septicemia.
- 1 — enfermedad de naturaleza dudosa con escalofrío.
- 1 — trombosis de la iliaca derecha.
- 1 — neumonía.
- 1 — catarro de la vejiga.

Es muy cierto que en esta segunda serie la morbilidad no siempre ha sido observada.

Si examinamos la estadística dada por Tait, la encontramos muy favorable, porque de 28 castraciones hubo solamente dos casos de muerte. (*Brit. Med. Journ.*, 1880, núm. 1.019, pág. 48.)

En cuanto á las complicaciones susceptibles de ocasionar la muerte, es preciso colocar en primera línea la *septicemia* y la *peritonitis séptica*. Si no se tienen en cuenta ninguno de los cuatro casos en que la causa de la muerte no ha sido precisada, ni aquellos en los cuales se acusa á la inanición y al agotamiento, se observa que es preciso atribuir á esta causa los dos tercios de la mortalidad. Dos veces la *peritonitis fué secundaria*. Entre las demas causas de muerte es preciso citar la *oclusion intestinal* (estrangulacion por una adherencia situada entre el epiploon y el peritoneo parietal por bridas situadas en la pelvis). En ciertos casos este accidente se produce porque se ha cogido un apéndice.

Batley. *Brit. Med Journ.*, 1880 núm. 1.005, obs. 10, 13, 14 y 15.

Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, t. XI, pág. 114, obs. 4.

Goodell. *Obst. J. of Gr. Brit.*, 1879, núm. 77, pág. 340, obs. 3.

Schucking. *C. f. G.*, 1879, núm. 20.

ce epiploico en la ligadura ó por una flexion del tubo intestinal. En segunda línea colocaremos las *hemorragias internas* debidas al deslizamiento de los hilos de ligadura.

La cifra de la mortalidad varía segun la naturaleza de las afecciones por las cuales se ha practicado la castracion. Es muy baja cuando se trata de pequeños tumores, degeneraciones foliculares con pequeños quistes y afecciones uterinas (excepcion hecha de los fibromas). La mortalidad no es muy elevada en los casos de lesiones inflamatorias que tienen su asiento alrededor del ovario; sin embargo, en bastantes de los casos publicados no ha podido terminarse la operacion, siendo, pues, muy difícil formar un juicio serio sobre esta cuestion. La mortalidad es, sobre todo, muy elevada en los casos de fibromioma.

La proporcion de éxitos obtenidos por la castracion crece de día en día, y puede afirmarse que esta operacion no es hoy tan mortal como inducía á creer antiguamente. La antisepsia se hace mejor, el manual operatorio es más perfecto y la cifra de mortalidad desciende notablemente.

Es preciso, ante todo, otorgar la mayor importancia al tratamiento del pedículo. Es tambien evidente que es necesario atribuir una parte de las peritonítis generalizadas y de las inflamaciones circunscritas observadas despues de esta operacion á una hemostasia incompleta, al rezumamiento de sangre, que no por ser poco marcado es ménos peligroso, siendo ésta igualmente la causa que nos permite explicar la gran mortalidad y el gran número de hemorragias mortales que se observan en los casos de fibroma. Nosotros hemos dicho ya cuán difícil es en estos casos ocuparse del pedículo ovárico. En fin, disminuirá mucho la mortalidad haciendo una eleccion racional de los casos en que la operacion parece indicada.

El pronóstico es muy variable, dependiendo de las circunstancias especiales de cada caso. Si, en efecto, el ovario es poco ó nada adherente, si los tejidos que unen á este órgano con los ligamentos anchos son muy laxos y se prestan á la distension, el peligro es casi nulo, siempre que puedan alejarse todos los peligros de infeccion.

La situacion se hace muy grave:

Si existe un pequeño tumor disecando las hojas del ligamento ancho y viniendo á implantarse cerca de su base.

Si el ovario ha contraido adherencias vasculares con la pared pelviana, el útero ó la profundidad del repliegue de Douglas.

Si existe una torsion del pedículo de estos tumores con disgregacion de la pared del quiste é inflamacion secundaria adhesiva.

Si el ovario está inmediatamente aplicado sobre fibromas desarrollados en el interior de los ligamentos.

Cuando existen numerosos vasos varicosos en los tejidos donde debe practicarse la ligadura.

Añadamos, finalmente, que la situación no es favorable cuando las enfermas han llegado al último grado de la anemia y presentan una pared abdominal gruesa y mucho tejido adiposo, como frecuentemente se observa en estos casos.

Hoy podemos hacer nuestro diagnóstico con precisión bastante para que nos sea posible hacer el pronóstico de una operación mejor de lo que podríamos hacerle apoyándonos sólo sobre la estadística (1).

La influencia sobre la función menstrual de la castración y, de una manera general, sobre las hemorragias uterinas, puede establecerse fácilmente según el cuadro que abajo insertamos. En los primeros días que siguen á la operación se observa generalmente la producción de una hemorragia que dura generalmente algunos días, pero cuya duración puede ser más larga, sobre todo si se trata de fibromas; pero en este caso suele ser poco abundante. Nosotros no tenemos en cuenta esta hemorragia, que sin duda alguna es debida á la ligadura de los vasos y á modificaciones en la circulación.

En 50 casos de operaciones de Hegar hubo 7 muertes, de 2 no hubo noticia alguna. Quedan 41 casos que pueden servir para una estadística:

1.º — Menopausia inmediata.	31
2.º — Menopausia despues de hemorragias regulares ó irregulares.	5
3.º — Menopausia despues de la enucleacion ulterior de un fibroma.	1
4.º — Derrame de sangre irregular, débil, que dure todavía.	1
5.º — Flujo sanguíneo irregular, débil, despues de una menopausia que duró cuatro meses.	1
6.º — Reglas regulares que más tarde se suspendieron.	1
7.º — Hemorragia con menopausia de cinco meses, proliferacion y degeneracion linfática de un fibroma.	1
TOTAL.	40

(1) La Memoria de Tait apenas puede ser utilizada, porque los datos sobre la indicación, la marcha y el resultado final de las operaciones dejan mucho que desear.

En una serie de 76 operaciones practicadas por otros autores se cuentan 17 casos de muerte. En las mujeres que han sobrevivido, 6 sufrían antes de la operacion amenorrea, á consecuencia de deformacion ó de atrofia del útero; en 4 casos no se indica la causa de la amenorrea preexistente; en 4 casos se expresa claramente que la extirpacion fué incompleta; 8 observaciones no van acompañadas de noticia alguna, y 7 casos son muy recientes para que podamos tenerlos en cuenta. No quedan, pues, más que 30 casos, á saber:

1.º — Menopausia.	18
2.º — Menopausia despues de dos ó tres hemorragias de apariencia menstrual ó irregular (se trataba de fibroma).	2
3.º — Una hemorragia cinco meses despues de la operacion, durante los cuales estuvo suspendida la menstruacion.. . . .	1
4.º — Hemorragias intestinales durante los seis meses y medio que siguieron á la operacion practicada en casos de fibromas. . . .	4
5.º — Debilidad de las reglas.	1
6.º — Reglas regulares.	2
7.º — Hemorragias continuas en casos de fibroma. En uno de estos casos cesó la hemorragia algunos meses despues de la operacion. Se trataba de un tumor enorme.. . .	2
	<hr/>
TOTAL.	30
	<hr/>

Si examinamos la primera de estas estadísticas, vemos que en 87,8 por 100 de los casos sobrevino la menopausia inmediatamente despues de la operacion ó despues de hemorragias de tipo irregular. No teniendo en cuenta más que la segunda estadística, este resultado no se obtuvo más que en el 67 por 100. Pero la diferencia es mucho ménos marcada si consideramos las operaciones núms. 3 y 4 de la segunda serie como habiendo provocado ulteriormente la menopausia. Las cifras son entónces 87,8 por 100 para la primera serie, y 83,3 por 100 en la segunda. Esto parece cierto para el caso núm. 3, en el cual hubo una pausa de cinco meses despues de la operacion, y en el que la causa ocasional de la hemorragia era evidente. Es tambien verosímil para el caso núm. 4, porque ya se menciona la atrofia del fibroma que existía. La diferencia que existe entre las cifras de una y de otra serie bien puede ser debida á que las enfermas comprendidas en la primera estuvieron mucho más tiempo en observacion.

En cuanto á las otras consecuencias fisiológicas de la castracion, tales como la atrofia del útero, las modificaciones sobrevenidas por parte de la vagina y los síntomas penosos de la menopausia, fenómenos todos ellos de que ya hemos hablado anteriormente (véase el artículo 2.º de este capítulo), no nos inducen á hacer ninguna consideracion especial. Notemos, sin embargo, que los fenómenos penosos que se observan despues de la castracion y que son debidos á la menopausia pueden revestir una intensidad extremadamente marcada y enmascarar durante los primeros tiempos los ventajosos resultados de la operacion. Se pueden observar tambien algunos síntomas que deben atribuirse á la enfermedad por la cual se ha ejecutado la castracion, y que subsisten, ó bien algunos fenómenos dolorosos debidos á una peritonitis adhesiva. El médico y la enferma pueden dudar de los resultados de la castracion.

Sin embargo, en la generalidad de los casos la curacion ha tenido lugar, y estos accidentes penosos no deben temerse sino cuando la operacion parecía indicada por fenómenos inflamatorios crónicos.

Los resultados de la operacion bajo el punto de vista de la curacion de la enfermedad preexistente son completamente favorables. Es muy difícil demostrar esta proposicion colocándose bajo un punto de vista exclusivamente general.

Nos es, pues, necesario precisar los diferentes casos en los cuales se ha practicado la operacion.

I. — PEQUEÑOS TUMORES

1.º 13 operaciones hechas por Hegar.

Caractéres del tumor: grandes quistes foliculares, dermoides, glandulares, paraováricos, tubo-ováricos; combinacion de varios tumores: quiste dermoide de un lado y glandular del otro, paraovárico de un lado y tubo-ovárico del otro, quiste glandular contorneando el eje del órgano en uno de ellos y quiste tubo-ovárico en el otro.

Mortalidad: 2 casos.

1 de peritonitis séptica.

1 de encarcelacion.

Morbicidad: 5 casos.

2 abscesos intraperitoneales perforantes.

2 peritonitis circunscritas.

1 trombosis del lado izquierdo.

Resultados obtenidos en lo que respecta á las hemorragias menstruales:

9 menopausias.

1 hemorragia irregular, reproducida cuatro veces, despues de las cuales sobrevino la menopausia.

1 hemorragia débil é irregular.

Resultado final: desaparicion completa ó casi completa de los dolores, 10.

Fenómenos dolorosos manifiestamente debidos á un estado congestivo y á adherencias peritoneales. Los dolores no desaparecieron sino al cabo de un año en un caso.

2.º Otros operadores: 5 casos.

Hegwood Smith, Engelmann, Sthal, Svensen, Coates. — Carácter de los tumores: quiste alveolar con folículos esparcidos en el estroma; quiste del paraovárico con el ovario aumentado de volúmen; quiste dermoideo; carcinoma.

Mortalidad: 1 por peritonitis séptica.

Morbicidad: no precisada.

Estado de la funcion menstrual: no observado.

Resultado final: cuatro veces afortunado.

II. — DEGENERACION DEL ESTROMA Y DE LOS FOLÍCULOS

1.º Hegar: 3 casos.

Mortalidad: 0.

Morbicidad: 1 catarro vesical.

Estado de la funcion menstrual: 3.

Resultado final: muy bueno en 2 casos.

El dolor fijo curó; los síntomas nerviosos subsisten en un caso.

2.º Otros operadores: 11 casos.

Pallen, Simpson, Thomas, Sims, Tait, Martini, Buchner-Berns, Tauffer, Malins, Kaltenbach, Lusk.

Mortalidad: 3 casos.

Peritonitis séptica. 1

Inanicion. 1

No precisada. 1

Mortalidad: no se ha observado nada.

Estado de la menstruacion:

Menopausia. 3

Amenorrea. 1

Una sola hemotragia menstrual. 1

Hemorragias menstruales no dolorosas. 1

Observacion muy corta. 1

Resultado final:

Bueno. 5

Bueno, pero con observacion muy corta.	1 (1)
Observacion muy corta.	1
Sin resultado..	1 (2)

NOTAS.— Es cierto que colocando los casos en las categorías en que acabamos de hacerlo, no estamos completamente al abrigo de todo error; frecuentemente el estado anatómico es mal precisado, existiendo igualmente algunas incertidumbres bajo el punto de vista de las complicaciones. Es desde luego muy difícil distinguir claramente la degeneracion del ovario y las lesiones inflamatorias de este órgano de las lesiones del útero, ó de precisar la existencia de un quiste tubo-ovárico y la ausencia de toda inflamacion. Dia llegará en que, pudiendo apreciar mejor los hechos, tendremos mucha más confianza en los resultado de la castración.

La enferma fué observada por espacio de dos meses, durante los cuales no se observó ningun acceso.

III.— AFECCIONES UTERINAS QUE SE Oponen Á LA SECRECION MENSTRUAL

Otros operadores: 7 casos.

Mortalidad:

Peritonitis séptica. 1

Morbicidad:

Absceso intraperitoneal abierto á traves de los tegumentos. 1

Resultado final:

Muy bueno. 3

Caso incierto á consecuencia de la falta de indicios 1 (3)

Casos observados durante corto tiempo. 2

NOTAS.— En 5 casos se trataba de anomalías congénitas, tales como estado rudimentario del útero, útero unicorne, ausencia de vagina. En un solo caso se trataba de atrofia uterina; una sola vez ocurrió una deformidad.

(1) Tait. Accesos epilépticos, amenorrea.

(2) Thomas. Pequeño mal. Se habian encontrado en los ovarios corpúsculos de Paccini,

(3) Langenbeck.

IV. — FIBROMIOMAS DEL ÚTERO

1.º Hegar: 13 casos.

Mortalidad:

Peritonitis séptica. 3

Morbicidad: 5 casos.

Abscesos intraperitoneales perforando los tegu-
mentos abdominales. 2

Peritonitis circunscrita de intensidad media. 2

Absceso del tejido peri-vaginal sucediendo á una
tentativa de incision sobre la pared vaginal. 1Hemorragia menstrual, repitiéndose nueve ve-
ces despues de la operacion; menopausia
luégo. 1Hemorragia despues de una menopausia de tres
meses de duracion. Enucleacion. 1Reglas suspendidas durante cinco meses, más tar-
de hemorragias, el tumor toma de nuevo un
gran desarrollo y sufrido una degeneracion
linfangiectásica. 1

Resultado final:

Curacion radical con disminucion del volúmen
del tumor y menopausia. 7Curacion completa despues de que las reglas se
repitieron durante nueve meses. Meno-
pausia. 1Curacion completa con menopausia despues de
una enucleacion hecha más tarde. 1 (1)Mejoría temporal con disminucion del volúmen
del tumor y menopausia. Más tarde el vo-
lúmen del tumor aumentó de nuevo, sufrió
la degeneracion linfangiectásica y la muer-
te sobrevino nueve meses despues de la ope-
racion. 1 (2)

OBSERVACIONES (1). — Se trataba de un fibromioma desarrollado en el ligamento del lado derecho, que presentaba un volúmen bastante considerable. El ovario derecho estaba íntima y fuertemente adherido al tumor y situado al lado izquierdo de la línea media. Tres meses despues de la operacion sobrevinieron violentas hemorragias, el cuello estaba abierto, y el tumor, por su segmento inferior, se enclava-

ba en el orificio uterino. La enucleacion, difícil de practicar, fué llevada á cabo por nuestro colega Fehling, de Stuttgart, con feliz éxito.

(2) Tumor intraligamentoso que presentaba un volúmen colosal: la enferma estaba muy débil.

2.º Otros operadores: 21 casos.

Trenholme, Kaltenbach, 3; Goodell, Freund, 5; Martin, 2; Martini, Hofmeier-Schrøder, Stahl. Tauffer, 2; Richter, Spiegelberg, 2; Netzel.

Mortalidad: 5.

Peritonitis séptica.	2
Peritonitis secundaria y pihemia.	1
Hemorragia interna por caída del hilo de ligadura.	1
Causa no precisada.	1

Morbicidad: 3.

Absceso intraperitoneal abierto en diferentes puntos.	1
Trombosis en el lado derecho.	1
Afeccion de naturaleza dudosa acompañada de escalofríos.	1

Estado de la funcion menstrual:

Menopausia.	8
Hemorragias irregulares durante los tres primeros meses. Menopausia.	1
Hemorragias irregulares producidas en los tres ó seis primeros meses despues de la operacion.	4
Hemorragia presentando dos veces el carácter de flujo menstrual, no teniendo una vez carácter preciso. Menopausia.	1
Suspension de toda hemorragia durante tres meses; despues nuevas hemorragias como ántes.	1
Hemorragias como ántes.	1

Resultado final: desaparicion del tumor.

Menopausia.	6
Disminucion del tumor despues de una ó de dos hemorragias.	3
Disminucion no apreciada. Menopausia observada.	2
Disminucion no apreciada. Hubo dos hemorragias menstruales en el curso de cuatro meses.	1
Observado expresamente que el tumor no se ha-	

bía modificado. Las reglas y las hemorragias desaparecieron por espacio de nueve meses.	1
Desaparicion no apreciada. Hemorragias como antes.	1
Aumento de volúmen del tumor y hemorragias.	1

OBSERVACIONES. — Estos casos se refieren á tumores que tenían un volúmen colosal. Si se considera como habiendo sido seguidos de curacion todos los casos en los cuales se ha observado la disminucion de volúmen del tumor con produccion de una menopausia más ó ménos tardía, ó aquellos en los cuales no se ha observado nada respecto al estado del tumor, pero que se ha obtenido la menopausia, puede formularse el cuadro siguiente:

Castracion en los casos de fibroma: 34.

Curacion.	21
Curacion dudosa.	2
Alivio temporal.	1
Ningun resultado.	2
Mortalidad: 23,5 por 100.	8

V. — HIPERTROFIA. — VERSION Y FLEXION DEL ÚTERO

1.º Hegar: 11 casos.

Mortalidad: 2.

Encarcelacion é ileo.	2
-------------------------------	---

Morbicidad: 1.

Cistítis.	1
-------------------	---

Estado de la funcion menstrual:

Menopausia.	7
---------------------	---

Menstruacion débil una vez, y despues menopausia.	1
---	---

Menopausia durante cinco meses, despues hemorragias ligeras, presentándose de una manera irregular.	1
---	---

Resultado final:

Muy bueno.	6
--------------------	---

Desaparicion de los fenómenos dolorosos, subsistiendo los nerviosos.	2
--	---

Ninguna mejoría á pesar de la menopausia. Subsisten los dolores hipogástricos.	1
--	---

2.º Otros operadores: 4 casos.

Engelmann, Langer, Welponer-Braun, Battey.

Agotamiento de fuerzas (?).
Morbicid: no apreciada.

Estado de la funcion menstrual:

Amenorrea ántes y despues de la operacion. . .	2
No apreciado.	1

Resultado final:

Bueno.	2
Alivio.	1

OBSERVACIONES. — En un caso se realizó la curacion de la epilepsia, curacion comprobada durante cuatro meses (Welponer-Braun). Antes de la operacion existía una amenorrea, nada de ovulacion (?). El ovario contenía algunos folículos quísticos, el útero era pequeño y existía una gran retroflexion.

Es muy difícil dilucidar los casos de amenorrea acompañada de fenómenos nerviosos importantes. Es preciso sobre todo observar el estado del útero y del ovario; lo más comunmente no se posee una idea bien clara sobre el estado del uno ó del otro de estos órganos. Es generalmente imposible reconocer si los síntomas patológicos son debidos al estado del ovario ó al del útero.

VI. — PERIMETRÍTIS. — PARAMETRÍTIS. — PERIOVARÍTIS. — SALPINGÍTIS

1.º Hegar: 10 casos.

Mortalidad: 0.

Morbicid: 3.

Absceso intraperitoneal abierto en el intestino. . .	2
Trombosis del lado izquierdo.	1

Estado de la funcion menstrual:

Menopausia.	6
Menopausia que duró cuatro meses; despues hemorragias irregulares acompañadas de dolores abdominales.	1
Reglas regulares al principio, despues con intervalos mayores.	1
Sin resultado conocido.	2

Resultado final:

Muy bueno.	4
Alivio con la menopausia; sin embargo, dolores de vez en cuando.	1 (1)
Dolores al lado izquierdo debidos á la produccion de hemorragias irregulares, aparecien-	

do despues de una menopausia y una salud perfecta durante cuatro meses.	1
Dolores abdominales, flujo blanco, tuberculósisis del peritoneo.	1
Ningun resultado. Continúan las reglas.	1 (2)
Sin novedad.	2 (3)

OBSERVACIONES.—(1) Salpingítis intensa y numerosas adherencias. Existía muy verosimilmente una flexion ó estenosis del uréter, de donde se originaban accesos de cólicos nefríticos preexistentes á la operacion.

(2) Tuberculósisis descubierta durante la operacion. El estroma ovárico estaba notablemente hiperplasiado y en la cara superficial del ovario existían numerosos y pequeños nódulos fibrosos. La cavidad peritoneal contenía medio litro próximamente de serosidad sanguinolenta. El útero estaba notablemente engrosado y afecto de endometritis. La convalecencia no fué interrumpida por ningun accidente; no hubo casi fiebre; las reglas, que ántes eran muy violentas, no se reprodujeron, al ménos durante los seis meses que la enferma permaneció en observacion.

(3) La ablacion de los ovarios, que estaban fuertemente adheridos al ligamento ancho, en el cual estaban enclavados, no pudo ser completa, existiendo ademas nódulos inflamatorios comunicando por un trayecto fistuloso (orificio de desagüe) con la vagina.

2.º Otros operadores: 16 casos.

Batley, 3; Alberts, Sims, Engelmann, Freund, Stahl, Kleinwachter, Spiegelberg, Malins, Savage, 2; Kaltenbach, 2; Baumgartner.

Mortalidad: 3.

Peritonítis séptica.	1
Hemorragia secundaria.	2 (1)

Morbicidad: 4.

Septicemia.	1
Absceso de la pelvis.	1
Catarro vesical.	1
Neumonía.	1

Operacion no terminada: 4.

Fragmentos del ovario retenidos en el pedículo.	1
Fragmentos de folículos escindidos más tarde sobre el pedículo.	1

Estado de la menstruacion:

Menopausia.	3
Amenorrea ántes de la operacion. Despues de la	

operacion hemorragias irregulares cada tres y siete meses.	1
Reglas regulares.	1
Reglas regulares en casos en que la operacion fué incompleta.. . . .	1
Casos muy recientes para que sea posible obtener conclusiones.	5
Resultado final:	
Bueno.. . . .	2 (2)
Bueno (existía una amenorrea ántes de la operacion y hubo hemorragias irregulares despues de ella).	1
Casos dudosos, colocados entre los afortunados porque la menstruacion no ha dejado de ser regular.	1
Sin resultado bajo el punto de vista de la menstruacion (operaciones incompletas).	4
Menopausia sin efecto.	1 (3)
Casos muy recientes.	4

OBSERVACIONES. — (1) Es preciso notar aquí cuán frecuentes son las hemorragias secundarias por caída ó relajacion de los hilos de ligadura. Es preciso tener sumo cuidado cuando se colocan las ligaduras en masa, y cuando el ligamento es rígido ó grueso. Hegar ha observado muchas veces en estas circunstancias aflojarse las ligaduras más sólidas en apariencia. En esta estadística es digno de notarse el gran número de operaciones incompletas.

(2) En este número es preciso contar un caso en el cual hubo desaparicion de accesos epileptiformes.

(3) Es preciso no atribuir en este caso el mal resultado obtenido á la presencia de restos ováricos abandonados durante la operacion, no siendo dudoso que los accidentes eran debidos á los residuos inflamatorios que existían alrededor del ovario.

Art. 6.º — De la castracion unilateral.

En la mayor parte de los casos en que la castracion está indicada, el propósito que se abriga al practicar esta operacion es el de abolir las funciones del aparato genital, siendo preciso obtener la menopausia, á cuyo precio solamente pueden obtenerse serios y positivos resultados. Es preciso, pues, naturalmente en estos casos extirpar los dos ovarios, no debiendo contarse como efecto seguro con la atrofia del segundo, como lo ha observado Pernice en un caso. Hay, sin embargo,

estados patológicos que parecen depender directa ó indirectamente de una afección que está localizada en uno de los dos órganos, pudiendo entónces admitirse la probabilidad de obtener la curación no extirpando más que uno de ellos, el enfermo. Se puede, por ejemplo, extirpar con éxito un solo ovario aumentado de volúmen, situado detras de un útero en retroversion. La castración unilateral está tambien justificada cuando los síntomas reconocen un origen mixto; cuando, por ejemplo, es preciso acusar el padecimiento, no solamente al ovario, sino tambien á la trompa y al útero. Puede entónces operarse de tal suerte que el ovario enfermo sea extirpado y que pueda obrarse sobre las lesiones de la trompa y del útero. ¿Se trata de una retroflexion, por ejemplo? Se extirpa el ovario y al propio tiempo se corrige aquella anomalía.

Sin embargo, las indicaciones de la castración unilateral son muy limitadas. Es raro, en efecto, observar degeneraciones foliculares y fenómenos inflamatorios localizados alrededor del ovario que no existan más que en un solo lado. Se sabe muy bien, por otra parte, que los fenómenos patológicos localizados en un ovario ó en su vecindad se propagan con facilidad suma al ovario del otro lado.

No se han obtenido buenos resultados sino en los casos en que un ovario está inflamado y situado profundamente en el repliegue de Douglas, en tanto que el otro, completamente sano, ocupa su situación normal.

Lo más frecuentemente, esta operación no está indicada más que en los casos de tumores (quiste glandular, dermoide, fibroma). Pero es preciso no olvidar que aún en estos casos están generalmente afectados los dos ovarios, sobre todo cuando se trata de papilomas ó de tumores malignos.

Es raro observar pequeños quistes paraováricos que indiquen por sí solos la extirpación.

En resúmen, lo más comunmente, los síntomas que exigen necesariamente la operación son debidos á una enfermedad del ovario ó de sus inmediaciones, siendo muy raro que sólo esté afectado uno de estos órganos, pudiendo hacerse la misma observación aun á propósito de los quistes foliculares.

La castración unilateral no está, pues, indicada más que en un número muy limitado de casos y los resultados que ha dado están léjos de ser demostrativos. Existe, sin embargo, un cierto número de hechos en los cuales parece lógico correr los riesgos de la operación.

Véase, por ejemplo: una mujer jóven que desea vivamente tener hijos. El estado de los ligamentos y de la trompa es tal que no es posible e embarazo. Parece que una castración unilateral podrá hacer más fácil la concepción, extirpando un órgano que se encuentra dislocado y que arrastra tras él ó empuja al útero ó destruyendo una ano-

malia de posicion de este último (retroversion). Es cierto que el ovario abandonado en la cavidad abdominal está enfermo, pero no parece estarlo hasta un punto tal que sea imposible la ovulacion ni que parezca necesario extirparle. Los fenómenos son tales, en una palabra, que la ablacion de un solo ovario basta para obtener una curacion completa ó por lo ménos una mejoría notable. En este caso puede estar indicada la castracion unilateral.

Se ha practicado frecuentemente la extirpacion de pequeños tumores unilaterales. Tales son los casos de Spencer Wells, que en uno de tumor adenóide sólido hizo la laparotomía. La operada sucumbió. (Véase *Diseases of the Ovar.*, t. I, pág. 154) Este mismo autor, en un caso de embarazo complicado con ascítis y fibroma del ovario, practicó la laparotomía con éxito. (Idem, t. II, pág. 51.)

Berry operó en un caso de quiste del ovario izquierdo, quiste que fué atraído hácia afuera á través de una rasgadura hecha en la pared vaginal durante un parto artificial. Buen éxito. (*Transact. of the Obst. Soc. of London*, t. VII, 1866, pág. 261.)

Thomas operó en un caso de quiste multilocular del ovario derecho. Incision sobre la pared vaginal, curacion despues de una complicacion de parametrítis. (*Diseases of women*, 4.^a edicion, pág. 732. *Transact. of the Am. Gynecol. Soc.*, 1876, pág. 351.)

Gilmore. *Folikularcyste des linken Ovariums* Incision hecha sobre la pared vaginal. Curacion. (*New-Orleans Med. and. Surg. Journ.*, 1873, pagina 341.)

Stockes. *Folikularcyste einem Prolaps der untern Scheidenwand*. Incision sobre la pared vaginal. Curacion. (*Brit. Med. Journ.*, 1875, pág. 487)

Batley. *Gestielte Dermoidcyste des linken Ovariums*. Incision hecha sobre la pared vaginal. Curacion. (*Brit. Med. Journ.*, 1874, pág. 146.)

Girsztowt. Quiste dermoide pasando á través de una pequeña perforacion de la pared posterior de la vagina, perforacion que fué producida durante el puerperio. Incision en la pared vaginal. Curacion. (*Gaceta Cesarea*, 1876.)

Thomas. Pequeño tumor del ovario; fracasó la incision hecha sobre la pared vaginal, y se hizo la laparotomía. Muerte por peritonítis. (*Transact. of the Americ. Gynecol. Soc.*, 1876, pág. 352.)

Wing. *Einfache Ovarial cyste*. Incision hecha sobre la pared vaginal. Curacion. (*Boston Med. and. Surg. Journ.*, Noviembre 1876, pág. 516.)

Schroeder. *Enteneigrosser tumor des rechten Ovariums Retroflexio uteri*. Laparotomía Curacion. La retroflexion uterina curó. El pedículo fué fijado á la herida de la pared abdominal. (*Berliner Klin. Woch.*, 1879, núm. 1.)

Conozco 10 casos de extirpacion unilateral del ovario.

Sabin. *Engelmann, Batley's opérations*. *Am. Journ. of Obst.*, t. XI, Julio 1878.

Batley. *Transact. of the Gyn. Soc.*, 1876, t. I, págs. 103 y 104, cas. 2 y 4. Trenholme. *Ibid.*, pág. 703.

Sims. *Brit. Med. Journ.*, 1877, núms. 884 y 886, cas. 2, 3 y 4.

Pernice. *Arch. f. Gynaek.*, t. XIV, págs. 452 y 453.

Yo no conozco ningun caso de muerte. Tres veces, sin embargo, se han observado fenómenos inflamatorios de alguna gravedad. Una vez la convalecencia fué muy lenta. En cuanto á los resultados obtenidos, son generalmente buenos. En 5 casos no se observó mejoría alguna, y aún se agravaron los fenómenos dolorosos; dos veces el resultado fué favorable; se trataba de una retroversion, y en uno de ellos se fijó el pedículo en la herida abdominal. No fué posible en el otro caso recurrir á este procedimiento; el útero quedó despues de la operacion en su situacion normal. Reconocemos, sin embargo, que en ninguno de estos dos casos estuvieron las enfermas sometidas á observacion durante un espacio de tiempo suficiente.

En un caso de fibroma el resultado fué favorable: el ovario no extirpado estaba rodeado por todas partes de adherencias, y no era posible extirparle. Despues de la operacion se observaron todavía dos hemorragias, pero muy ligeras; la duracion de la operacion fué tambien aqui muy corta.

Es de notar que en estos dos casos el estado general de la enferma mejoró notablemente.

APÉNDICE

Artículo único.—Puncion de los quistes tubarios.—Salpingotomía

L I T E R A T U R A

Froriep *Notizen aus dem Gebiete der Naturheilkunde*, Bd. X, XI.

Tyler-Smith. *Lancet*, 1849, I, pág. 529.

Peaslee. *Ovarian tumors: their pathology, diagnosis and treatment*, páginas 104 y 105.

A. Haussmann. *Ueber Retentionsgeschwülste schleimigen Inhalts*, etc., Zurich, 1876.

Lawson Tait. *Brit. Med. Journ.*, 1878, 11/5.

V. Mosetig-Moorhof. *Wien. Med. Wochenschrift*, núm. 20, 18/5, 1878.

Baumgartner *Sitzungsbericht d. Kdsseler Naturforscherversammlung*.

Kocks. *Centralblatt f. Gyn.*, 21/22, 1878, núm. 26.

Martin. *Berliner Gesellsch. f. Gebh. u. Gyn.* Sesión de 25/11, 1879, y 9/12, 1879.

Feldmann. *Extirpat. einer doppelseitigen Pyosalpinx*. Diss. inaug., Göttingen, 1879.

Bandl. *Krankheiten der Tuben, der Ligamente*, etc. *Billroth'sches Handbuch der Frauenkrankheiten*, fasc. 5.

En la mayor parte de las histerotomías y de las ovariectomías, así como en la castración, se extirpa un fragmento más ó ménos considerable de una de las dos trompas. Obrando así se obedece solamente á consideraciones de orden operatorio: la trompa, en efecto, se adhiere á veces de una manera muy íntima á la cara superficial del tumor ó constituye un fragmento del pedículo.

Entre las afecciones propiamente dichas de la trompa que pueden exigir una intervencion quirúrgica, señalaremos:

1.º La hematosalpingitis, tal como se la encuentra en los casos de atresia del útero y de la vagina. (Véase el tomo II.)

2.º Los quistes tubo-ováricos, cuyo tratamiento es idéntico al que debe seguirse en los casos de quistes del ovario.

3.º La hidropesía de las trompas y la piosalpingítis.

Cuando existe hidrosalpingítis, las trompas se asemejan á asas intestinales, en la superficie de las cuales hubiera una serie de pliegues y de depresiones. Es raro observar que las trompas adquieran, distendiéndose, el volúmen de la cabeza de un niño. En cuanto á los casos en los cuales se han encontrado en su interior 100 libras de líquido, parece que se les ha confundido con quistes ováricos.

Cuando el saco es voluminoso impulsa al útero hácia las partes laterales ó viene á colocarse detras de la cara posterior de este órgano para descansar en el repliegue de Douglas. Se observa con bastante frecuencia que el tumor contrae adherencias en este punto con la serosa peritoneal. Si su volúmen aumenta, entónces uno de los fondos de saco laterales de la vagina desciende notablemente y el tumor puede elevarse en la cavidad abdominal como si se tratara de un tumor ovárico.

En la piosalpingítis el tumor es generalmente mucho ménos voluminoso, y se observan casi siempre en su vecindad signos manifiestos de una inflamacion más ó ménos antigua.

Cuando la trompa forma un saco voluminoso distendido por un líquido puede dar lugar á fenómenos dolorosos, lo mismo que si fuera un tumor ovárico.

Pero es preciso entónces temer la rotura del saco, que es un hecho muy frecuente.

Una simple puncion, en los casos de que nos ocupamos, puede ofrecer muchas más probabilidades de éxito que en los casos de tumor ovárico. No se trata, en efecto, aquí más que de tumores por retencion, sin que exista en la pared la menor modificacion de estructura capaz de producir líquido.

Se ha pensado si sería posible alcanzar el saco tubario practicando el cateterismo uterino, pero se ha tenido presente que no ha sido hasta ahora sancionado por la práctica este procedimiento, aunque, sin embargo, esté fuera de duda que en casos excepcionales el catéter uterino puede avanzar hasta la trompa.

En cuanto á la opinion emitida muchas veces por Frankenhauser y Bandl de magullar entre las dos manos la trompa enferma, no ha tenido buena acogida. Es, en efecto, una práctica que parece demasiado peligrosa, porque el quiste puede romperse en la cavidad abdominal y se sabe que no es siempre posible afirmar que el quiste no contiene nada de pus. En estos casos se multiplican los peligros á los cuales está expuesta la enferma.

Cuando el saco se encuentra situado en el espacio de Douglas, es preciso desde luégo intentar la puncion por la vía vaginal.

Hasta ahora no poseemos sino muy pocos materiales con ayuda de los cuales nos sea posible poder juzgar esta operacion, y por las observaciones que han sido publicadas parece que los autores han distinguido siempre con cuidado los pequeños quistes del ovario, los exudados enquistados en el peritoneo y los tumores de que estamos ocupándonos.

Simpson ha tratado de esta manera gran número de casos, y en ocho de ellos una simple puncion ha bastado para obtener la curacion. La reaccion quedó siempre limitada al espacio de Douglas, en ningun caso fué importante y tampoco en ninguno hubo recidiva.

Si se recurre á este procedimiento, convendrá operar segun todas las reglas que hemos dado al estudiar la puncion de los quistes del ovario por la vía vaginal. Convendrá sobre todo cuidar de no tener que recurrir á trócares muy finos; ésta es una precaucion importante cuando se trata de un tumor que pueda contener pus y cuando las adherencias de este tumor con el plano pelviano no sean muy evidentes.

Si despues de la puncion simple se llena el quiste de nuevo, si se observa la supuracion, ó bien si desde el principio se ha podido comprobar la existencia de masas purulentas en el tumor, es preciso mantener abierto el saco, y á este fin, ó se prolonga el orificio de la puncion, ó se coloca un tubo de desagüe, etc.

En un caso en el que hubo recidiva, Frankenhauser hizo una nueva puncion con un trócar de 5 milímetros de diámetro, y durante diecisiete días dejó colocado un catéter de doble corriente, por el cual practicó inyecciones antisépticas de permanganato de potasa.

El saco se rellenó muchas veces, pero los líquidos segregados se vertían fácilmente hácia afuera, y siete meses despues de la primera puncion la enferma estaba en buen estado.

Cuando el tumor forma una prominencia considerable en la cavidad abdominal es preciso recurrir á la *extirpacion*. En este caso, en efecto, ciertas partes del tumor no podrían ser accesibles por la vía vaginal.

Cuando la hidropesía de la trompa es considerable, es raro que pueda establecerse el diagnóstico de una manera precisa ántes de la operacion. Lo más comunmente es que en estos casos se crea que se trata de quistes del ovario. Tan es así, que, por ejemplo, Peaslee vió en una autopsia que un tumor puncionado tres veces, y habiéndose extraído cada vez 18 litros de líquido, no era otra cosa que una hidrosalpingitis, á pesar de que durante la vida se habia calificado de quiste ovárico. Lawson Tait hizo la laparotomía en un caso de peritonitis subaguda, y en lugar de un tumor del ovario que él creía encontrar, vió una trompa inflamada, fuertemente distendida por el líquido, del cual extrajo por la puncion 6 litros, siendo de naturaleza hemorrágica (no

existía ninguna atresia del útero ni de la vagina). Lavó el saco con una disolucion fenicada, colocó un tubo de desagüe en la herida y suturó la pared abdominal. Al cabo de cuatro meses la enferma estaba curada.

El 18 de Noviembre de 1877, Hegar extirpó una trompa afecta de hidropesía y extrajo próximamente un litro de líquido, habiendo podido antes de la operacion establecer con cierto grado de certidumbre el diagnóstico, teniendo en cuenta las depresiones lineales que presentaba el tumor. Martin y Schwartz han extirpado tambien trompas llenas de líquido seroso ó purulento. En otros casos la hidro y la piosalpingitis han sido consideradas como complicaciones accidentales de la ovariectomía, y han tenido que resolverse á extirpar estos tumores (Martin, Mosetig-Moorhof).

En ciertos casos, mucho más frecuentes, ha sido necesario, haciendo la castracion, practicar la extirpacion de una trompa llena de un líquido seroso ó purulento, y muy comunmente la salpingitis, sola ó complicada con cierto número de accidentes, ha exigido la operacion (Hegar, Martin y Baumgartner). Kaltenbach se ha visto obligado á practicar la extirpacion de una trompa en un caso de ovariectomía. Por el lado sano la trompa se adhería á la pared de un saco herniario situado en la region inguinal. Existía tambien entre esta brida y el fondo de la pelvis una especie de ventana que demostraba hallarse todo dispuesto favorablemente para una estrangulacion intestinal.

El manual operatorio de la *salpingotomía*, es decir, de la extirpacion de una trompa distendida por líquido, es absolutamente el mismo que el de la ovariectomía. Notemos especialmente que en los casos en que el tumor ha contraido adherencias extensas con el ligamento ancho es preciso aplicar una gran cantidad de ligaduras en masa, y que para impedir el deslizamiento de los hilos es preciso recurrir de una manera casi exclusiva á la seda.

APÉNDICE

Se ha propuesto recientemente un cierto número de operaciones en los casos de lesiones funcionales de la trompa. Citemos particularmente el cateterismo, propuesto en 1849 por Tyler Smith á fin de luchar contra la esterilidad.

En un órden inverso de ideas, Froriep y Kocks han propuesto obliterar las trompas y obtener de esta suerte una *esterilidad artificial* en mujeres en las cuales el embarazo ó el parto podría poner su vida en inminente peligro. Proponiendo una operacion parecida, Froriep se había fijado solamente en los casos de estrechez pélvica en los cuales únicamente la operacion cesárea podía terminar un embarazo de todo tiempo. Kocks, por el contrario, consideraba la *esterilizacion* como indicada en ciertas afecciones generales, como, por ejemplo, las enfermedades del corazon, de los pulmones, del hígado, etc.

Froriep ha intentado obtener la obliteracion de la trompa practicando la cauterizacion con el nitrato de plata, á cuyo efecto inventó un instrumento en 1850. Kocks, con el mismo objeto, ideó una sonda uterina galvano-cáustica. Dirigía el instrumento hácia el punto que debía llevar la cauterizacion y recurrió á él en 1878 en un caso de «afeccion crónica del pulmon derecho».

Es dudoso que la cauterizacion produzca los resultados que se tratan de obtener; en todo caso, es ésta una operacion cuyo valor no puede ser fácilmente comprobado y que tampoco puede apelarse á ella sin vacilaciones por una parte y sin exponer á la enferma á serios peligros por otra.

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO PRIMERO

	<u>Páginas.</u>
PRÓLOGO DEL TRADUCTOR.	v

INTRODUCCION

Consideraciones generales.	11
------------------------------------	----

PARTE PRIMERA

CAPÍTULO PRIMERO

DEL DIAGNÓSTICO EN GINECOLOGÍA

Art. 1.º — Manera de proceder al exámen de la enferma. — Anam- nesia.	17
Art. 2.º — Cama de exploracion. — Mesa de operaciones.	20
Art. 3.º — Posicion del cuerpo. — Estacion.	23
Art. 4.º — Posicion del cuerpo. — Décúbito dorsal.	26
Art. 5.º — Décúbito abdominal.	32
Art. 6.º — Décúbito lateral y latero-abdominal.	36
Art. 7.º — De la anestesia.	38
Art. 8.º — Métodos de exámen. — Division.	43

CAPÍTULO II

EXÁMEN CLÍNICO SIN INSTRUMENTOS

Art. 1.º — Inspeccion.	44
Art. 2.º — Medicion.	45
Art. 3.º — Percusion y auscultacion.	46
Art. 4.º — Exploracion manual del abdómen y de la pelvis en ge- neral.	48

	Páginas.
Art. 5.º — Palpacion abdominal.	51
Art. 6.º — Del tacto vaginal y del tacto rectal.	53
Art. 7.º — Exámen combinado. — Palpacion del abdómen combinada con la exploracion del canal genital.	55
Art. 8.º — Exámen combinado. — Palpacion abdominal con exploracion simultánea por el recto, ó por el recto y la vagina.	59
Art. 9.º — Exámen combinado. — Exploracion de la vejiga y canal de la uretra.	64

CAPÍTULO III

DE LA EXPLORACION INSTRUMENTAL

Art. 1.º — Exámen de la vejiga y de la uretra. — Cateterismo. . . .	68
Art. 2.º — Exámen de la vagina, de los fondos de saco vaginales y de la porcion vaginal. — Exámen con el espéculo. . . .	72
Art. 3.º — Exámen del útero. — Sonda uterina.	84
Art. 4.º — Dilatacion incruenta del conducto cervical. — Exploracion de la cavidad uterina.	93
Art. 5.º — De los métodos que permiten descubrir y examinar la mucosa rectal.	105

PARTE SEGUNDA

CAPÍTULO ÚNICO

OPERACIONES ELEMENTALES EN GINECOLOGÍA

Art. 1.º — Inyecciones vaginales. — Aplicacion de tópicos á la mucosa vaginal y á la porcion vaginal del cuello.	109
Art. 2.º — De las inyecciones intrauterinas. — De la aplicacion de materias medicamentosas al canal cervical y á la cavidad del cuerpo uterino.	120
Art. 2.º bis. — De los pesarios y otros aparatos análogos.	132
Art. 3.º — Pesario intrauterino.	148
Art. 4.º — Taponamiento de la vagina.	156
Art. 5.º — Del hierro al rojo y de los cáusticos.	158
Art. 7.º — De la sangría local.	163
Art. 8.º — Del vendaje abdominal.	167
Art. 9.º — De la fecundacion artificial.	171
Art. 10. — De las inyecciones submucosas é intersticiales.	176
Art. 11. — Del masaje.	178
Art. 12. — De las suturas. — De la hemostasia.	181
Art. 13. — Tratamiento de las enfermedades que pueden complicar las heridas. — Influencias estacionales y locales. — Aislamiento de las enfermas. — Instrumentos. — De la	

ATENCIÓN!
ESTE LIBRO ESTA PROTEGIDO
EVITESE MOLESTIAS

mujer que ha de ser operada. — Del operador y sus ayu- dantes. — Pulverizacion é irrigacion. — Tratamiento consecutivo.	197
---	-----

PARTE TERCERA

OPERACIONES

Operaciones sobre los ovarios

CAPÍTULO PRIMERO

EXTIRPACION DE LOS TUMORES DEL OVARIO. — OVARIOTOMÍA

Art. 1.º — Historia de la ovariectomía. — Estadísticas.	220
Art. 2.º — Anatomía patológica.	226
Art. 3.º — Indicaciones y contraindicaciones de la ovariectomía. . .	231
Art. 4.º — Preparativos de la operacion. — Instrumentos.	239
Art. 5.º — Apertura de la cavidad abdominal.	246
Art. 6.º — Puncion. — Disminucion de volúmen del tumor. — Rup- tura de las adherencias. — Extraccion del tumor.	249
Art. 7.º — Tratamiento del pedículo.	255
Art. 8.º — ¿Cómo deberá examinarse el ovario del lado opuesto y el útero?	275
Art. 9.º — Limpieza del peritoneo. — Desagüe.	276
Art. 10. — Oclusion de la herida. — Apósito.	290
Art. 11. — Tratamiento consecutivo.	293
Art. 12. — Accidentes que pueden preceder ó seguir á la operacion.	298
Art. 13. — Pronóstico de la ovariectomía.	312
Art. 14. — Consecuencias de la ovariectomía.	313
Art. 15. — Ovariectomía por la vía vaginal.	316
Art. 16. — Puncion de los quistes del ovario.	318

CAPÍTULO II

OTROS MÉTODOS OPERATORIOS EN LOS CASOS DE QUISTES DEL OVARIO

Art. 1.º — Incision y desagüe.	328
Art. 2.º — Inyecciones iodadas.	332
Art. 3.º — Métodos por los cuales se trata de vaciar el quiste en la cavidad abdominal.	336
Art. 4.º — Ligadura de los vasos del pedículo.	337

APÉNDICE

Artículo único. — Operacion de las hernias del ovario.	339
--	-----

ATENCION!
ESTE LIBRO ESTA PROTEGIDO.
EVITELAS MOLESTIAS

CAPÍTULO III

DE LA CASTRACION

Art. 1.º — Historia y literatura.	343
Art. 2.º — Importancia de la castracion bilateral.	347
Art. 3.º — Indicaciones.	354
Art. 4.º — Manual operatorio.	372
Art. 5.º — Resultado de la castracion doble. — Mortalidad. — Mor- bicidad. — Pronóstico.	391
Art. 6.º — Sobre la castracion unilateral.	404

● APÉNDICE

Artículo único. — Puncion de los quistes tubarios. — Salpingotomía. .	408
---	-----

FIN DEL ÍNDICE DEL TOMO PRIMERO