

LECCION XI.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES OVÁRICOS.=Tratamiento médico.=Tratamiento quirúrgico.=Puncion.=Inyecciones.=Excision.

Señores:

Vamos á ocuparnos de uno de los puntos mas interesantes de la ginecología el que hace referencia á los medios que se han empleado para curar los quistes del ovario, enfermedad hasta hace muy poco tiempo considerada como incurable supuesto que se resistia á los medios empleados, enfermedad que, abandonada á sí misma siempre lleva á un estado caquéctico y poco á poco termina en una verdadera consuncion. Hoy se sabe ya que puede ser curada á beneficio de una de esas operaciones que tienen por objeto eliminar de la economía las nuevas formaciones, pero que este hecho es de suma gravedad, pues la operacion es peligrosa; se tiene que empezar por abrir uno de los órganos mas delicados, el peritoneo, el cual no puede sufrir ningun género de lesion sin presentarse la peritonitis, sin embargo se llegó á plantear la cuestion en el terreno de la práctica, y hoy dia ha adquirido carta de naturaleza completa dentro de las operaciones quirúrgicas. Igual que son practicables las mas favorecidas operaciones cuyo éxito no debe dejar de considerarse como el mas notable triunfo de la cirujía moderna y que viene á probar á lo que puede llegar el génio humano cuando, partiendo del conocimiento de la naturaleza, produce adelantos tanto en el terreno científico como en el terreno artístico, poniendo á

su disposicion los recursos mas valiosos, hijos del progreso de las artes y ciencias.

Antes, emperó, de entrar en el estudio de la ovariectomía, haremos algunas observaciones respecto al tratamiento en general que podemos dividir en tratamiento médico y tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico lo constituyen todas aquellas sustancias que se creía podían modificar la textura del quiste y hacerlo desaparecer, aun en los casos mas evidentes de alteracion patológica de secrecion. Esto tiene alguna vez buen éxito, como por ejemplo en aquellos quistes que se presentan en la superficie y que no alcanzan al volumen de una avellana. En tal condicion, si se aplica localmente todo lo que puede modificar la nueva formacion, tal vez se cure, pero en general suele ser ineficaz esa medicacion lo mismo interna que local; y si esto sucede en una de las primeras y mas sencillas manifestaciones de la enfermedad que estamos estudiando ¿qué ha de alcanzarse en las grandes manifestaciones?

Entre todos los quistes que se pueden presentar en todos los órganos, empezando por los pequeños quistes glandulares y siguiendo por los que representan grandes modificaciones, los mas graves, los mas grandes y mas desarrollados son los del ovario, y por eso les llaman los gigantes de la especie (1); eso aparte de la malignidad que puede resultar de su misma constitucion anatómica, puesto que no siempre son quistes de contenido seroso, sino que el contenido varía y por lo tanto la constitucion anatómica se complica con una porcion de elementos que hacen el caso mas difícil, unas veces porque predomina el estroma sobre el contenido líquido, otras veces porque está el estroma compuesto de sustancias que no deben jamás poder fundirse ó resolverse como la sustancia sarcomatosa, el tejido conectivo sumamente apretado, etc.; finalmente, por la naturaleza del contenido, que puede representar todas las variedades descritas por Cruveilhier, como por ejemplo, la sustancia coloidal, las producciones dérmicas, etc., y por lo tanto una tendencia á la descomposicion y desorganizacion. A pesar de esto se ha intentado un tratamiento médico, sobre todo antes que de ellos se apo-

(1) Spencer Wells, = Barnes.

derase la cirugía. En este concepto se han usado los mercuriales, el yodo, el oro, el plomo, reconocidos entre las sustancias enérgicas metálicas del orden de los perturbadores y alterantes, que aplicados en otras circunstancias producen un buen efecto. El yodo aplicado sobre las glándulas tiene la propiedad de atrofiarlas, el plomo tiene también la propiedad de fundir ciertos tejidos; sabemos que hay algunas sustancias que absorvidas alteran la sangre, la desfibrinan, y de estas nos valemos en muchas ocasiones para producir la fusión de productos morbosos. Pero á pesar de tales antecedentes, es tiempo perdido el que se emplea en tratar un quiste ovárico médicamente.

Por otro lado, tampoco se ha sacado resultado de los resolutivos locales por inyección hipodérmica, ya que se empleen directamente sobre el tumor, ya por el método yatra-léptico, etc., los resultados son siempre nulos y la síntesis es una completa ineficacia de los medios farmacológicos.

Debemos, pues, acudir á la cirugía y podemos presentar una especie de escalonamiento de procedimientos que cada una tiene su importancia. Mentaremos en primer lugar la *puncion*, que puede ser de evacuación lenta ó rápida, según el procedimiento que se siga y que hemos indicado ya en la lección anterior como medio de exploración y que es también un medio de curación, ó por lo menos sirve para el alivio de la dolencia como un paliativo. A este sigue la *puncion* ayudada de la *inyeccion de sustancias alterantes* que pueden producir una inflamación y la adhesión de sus paredes; después de esto la *excision* del tumor, que ha caído en desuso, y últimamente la *extirpacion* del quiste, que toma el nombre de *ovariotomía*.

Puncion. La *puncion* de los tumores quísticos del ovario debe considerarse, sino como un medio curativo completo, á lo menos como medio paliativo de bastante alcance en los casos en que por circunstancias especiales no se puede practicar la *ovariotomía*. Es entonces una manera eficaz de alargar la vida, un tratamiento oportuno para alejar algunos accidentes que comprometen la existencia de la mujer. Barnes dice que debe procurarse que la enferma no sea víctima de accidentes intercurrentes, ya que no pueda evitarse un

fin desastroso, y que se deba este á la marcha natural del quiste, y no á hechos como la compresion sobre los vasos del abdómen, la formacion de grandes edemas en las extremidades inferiores, que tal vez sean sintomáticos de una albuminuria.

En algunos casos en que se trata de una produccion simple ó monoquística de naturaleza benigna, se tiene la felicidad de que la puncion cure la enfermedad, y la cura porque se produce la inflamacion y adhesion de sus paredes, tratándose ordinariamente en tal caso de un tumor pequeño y de poca actividad secretoria. En la mayor parte de tratados se rechaza la puncion, porque desde el momento en que no puede considerarse como un medio curativo, dicen que es perder tiempo practicarla, tanto mas, cuanto que luego se llena con mas actividad y se hace ya mas difícil la operacion definitiva, ó por lo menos le quita á la ovariotomía probabilidades de éxito. Sin embargo, esto no es cierto en absoluto: en primer lugar porque es racional no practicar la ovariotomía mas que cuando el tumor es grande, y añade Spencer Wells cuando la enferma esté cansada de sufrir; en segundo lugar porque no es cierto que la puncion dificulte la ovariotomía, si se tiene el cuidado de hacer bien la puncion y tratando bien los estados consecutivos, con lo cual no se dificulta el manual operatorio. Además, probablemente se hubieran producido adherencias sin haberlo punzado, por su mismo desarrollo. Otros autores al contrario, sostienen que no solo no dificulta la ovariotomía, sino que la facilita, y citan como ejemplo los casos en que coexisten edemas y ascitis, estados que comprometen el resultado de la operacion, y que desaparecen puncionando, porque con esto queda mas libre la circulacion y desaparecen las colecciones serosas.

La puncion de los quistes ováricos se puede practicar por tres procedimientos, por la vagina, por el recto y por las paredes abdominales. La que ha empleado Kiwissch es la puncion por la vagina; tiene este método muchas dificultades, y no es la menor la de que se va á buscar el quiste por su parte sólida, dificultando el llegar á la cavidad, que se halla separada de la vagina por una base gruesa, la parte inferior que está encima mismo del mismo ovario. Tiene indudablemente algunas ventajas, como la de hacerse sin herir el pe-

ritoneo y de que el líquido no vaya á esta serosa, sino directamente fuera, y la facilidad de poner una cánula y hasta tubos de drenaje permanentes para sostener la evacuacion continua. Estas condiciones, aun teniendo en cuenta la dificultad de que primero hemos hablado, la constituyen en un medio muy oportuno. Antes de pasar á practicarla, se ha de hacer una detenida exploracion y formalizar bien el diagnóstico, sin cuyo requisito no se puede proceder á la puncion. La operada puede estar en decúbito supino, ó bien acostada sobre el lado izquierdo: Kiwissch quiere que se acueste sobre el lado en que existe el tumor; se comprende perfectamente la razon de esto, porque así es mas natural el declive para la evacuacion. El punto por donde se hace la puncion es por la parte posterior del útero ó repliegue de Douglas; teniendo en cuenta la manera como quedan dislocados los órganos en la pequeña pélvis, el útero se encuentra muy inclinado hácia delante, casi siempre inclinado hácia un lado, el recto se encuentra tambien comprimido, y entre el recto y el útero, precisamente en el repliegue de Douglas, alojado el ovario enfermo que sirve de pedículo ó base al quiste; circunstancias que se reconocen bien por medio del tacto y la palpacion. Se vacian la vejiga urinaria y el recto, se practica el cateterismo uterino, pudiendo dejarse colocada la sonda durante la operacion. Una vez seguros ya de la situacion topográfica de todos los órganos, seguros de que lo que tocamos es la porcion inferior del tumor, es necesario buscar la parte mas cerca de la cavidad quística y por consiguiente la mas delgada y fácil de ser atravesada, reconociéndolo por medio del tacto, que nos acusará la fluctuacion del líquido. Entonces se puede pasar á la operacion de la manera siguiente: un ayudante hace bajar la masa quística todo lo posible, á fin de que se presente mejor al instrumento. El operador introduce el índice de la mano izquierda, ó mejor el índice y el medio reunidos, y vá á buscar el fondo de saco posterior, fija con la yema del dedo el punto donde debe hacerse la puncion, se coje con la mano derecha el trócar que será curvo y bastante grueso. De esta manera podrá llegar hasta la parte que debe herir siguiendo el mismo eje de la pélvis, el dedo introducido sirve de conductor y cuando la punta del trócar toca el tumor se empuja bien y se hace penetrar

dentro en una extension determinada que suele ser de tres á cuatro centímetros. La regla mejor es dejar de empujar cuando se percibe la sensacion de líquido, y cámbio en la resistencia, entonces se puede retirar la mano que hay dentro de la vagina, se retira tambien el punzon y se puede aplicar al pabellon del trócar un tubo de caoutchouc que va desde el saco quístico al exterior, por cuyo medio se impide la entrada del aire comprimiendo suavemente por las paredes del quiste, Si es unilocular y la puncion está bien hecha, se vacía rápidamente hasta quedar del todo libre en la cavidad abdominal formando una especie de tumor sólido algo pastoso, en el sitio que antes ocupaba el quiste. Si no es simple, la reduccion no es completa porque no llega á vaciarse del todo, es esta una circunstancia que hace inútil la operacion si no se sigue el procedimiento de evacuacion lenta. Es esta una modificacion del procedimiento y consiste en sustituir la cánula por tubos de drenaje, así va saliendo poco á poco el contenido del tumor hasta que queda completamente vacío. Esto es aplicable á los de contenido líquido y filamentosos, pero no á los de sustancia coloidea, los cuales por otra parte como no están contenidos en una sola cavidad si no en muchas, tal vez vaciarán algunas, pero no todas, y de ordinario despues de un trascurso mas ó menos largo se vuelve á presentar el quiste y se encuentra en la necesidad de puncionar otra vez.

En lugar de hacer la puncion por la vagina se ha tratado de hacerla por el recto. Es indudablemente mas fácil de conseguir el ir á herir el saco por la parte superior, pero tiene este dos grandes inconvenientes: 1.º, que por la apertura pueden pasar sustancias fecales que produzcan una inflamacion séptica, y 2.º, que separándose del recto se vacía el tumor dentro la cavidad de la pélvis lo cual puede dar lugar á inflamaciones. La facilidad de la operacion no es tampoco mucho mayor; la introduccion de la mano y del trócar es mucho mas difícil por el recto gracias á la contractura espasmódica de su esfínter que no deja operar con holgura ninguna de las manos. Finalmente, el tercer procedimiento, es por las paredes abdominales; mas fácil y mas sencillo, es el que se usa cuando se hace la puncion simple-

mente para diagnosticar, en cuyo caso se practica con un trócar pequeño casi capilar, provisto de una bomba aspirante para poder sacar el contenido del quiste, pero cuando se trata de usarlo como curativo, se hace mejor con un trócar grueso. Tiene muchos inconvenientes la puncion por las paredes abdominales. 1.º, las hemorragias de las paredes del peritoneo y del tumor: las primeras se pueden evitar fácilmente practicándola por la línea alba, las del peritoneo son tambien sorteables si se elige una region en que no haya grandes vasos; pero lo mas dificil y casi imposible de salvar es la hemorragia del tumor, pues no tenemos nocion alguna prévia de su vascularidad. El segundo peligro que tiene es que, al retirarse el tumor despues de vaciarlo, se separa de las paredes abdominales y queda abierto, y por aquel agujero sale el contenido del quiste que se derrama en el peritoneo. Esto no es grande inconveniente cuando es simplemente seroso; produce á veces una ligera inflamacion sin consecuencias, supuesto que es poco diferente del líquido peritoneal. Pero no sucede así por poco que esté alterado el contenido del quiste; entonces contiene sustancias extrañas que van á inflamar el peritoneo de una manera harto grave. Para evitar esto se han inventado trócares muy especiales y que están construidos de manera que una vez introducido el trócar venga á mantenerse pegado á las paredes abdominales el saco del quiste, unas veces por medio de una especie de vejiga de caoutchouc que una vez introducida se infla, se dilata y comprime de dentro á fuera; ó bien como el trócar de Spencer Wells provisto de una pequeña pinza que una vez introducido el trócar se abre como un paraguas y sujeta el quiste á las paredes. Una vez ha penetrado el trócar y retirado el punzon á fin de evitar que el aire penetre en la cavidad quística, se une al pabellon del trócar un conducto de goma que lo convierte en sifon, se llena de agua tibia, y se pone en comunicacion con una cubeta llena tambien de agua, y una vez abierta la válvula se mezclan en virtud de una ley de hidrostática, de suerte que rápidamente se evacua, aun cuando sea sustancia coloidea, viéndose esto arrastrado por la corriente líquida. Se tiene que estar muy á la vista para comprimir el tubo en cuanto termine la evacuacion á fin de impedir la entrada de aire dentro del saco,

porque es una via por donde se produce la inflamacion ó mas bien la alteracion séptica ó pútrida de las paredes que es la complicacion mas grave. Una vez ya salido todo el líquido, se retira el trócar y se aplica enseguida un pedazo de tafetan dejándolo abandonado asimismo. Este procedimiento tiene tambien sus ventajas y sus inconvenientes en cuanto al manual operatorio, aunque siempre es mas fácil de practicar que la puncion por la vagina. Sus resultados clínicos son los que ya he indicado, puramente paliativos, puesto que por cada caso que ha dado una verdadera curacion, ciento han sido ineficaces.

Se ha dicho, y lo comprueba algunas veces la experiencia, que las punciones repetidas cambian los caractéres del contenido, así al practicarse la segunda se encuentra con la serosidad un poco de sangre; á la tercera pus, y así hasta comprobar un contenido de muy mala índole, por ser producto trasformado de inflamaciones parciales. Sin embargo de esto, tenemos muchas veces que practicarla como indicacion vital, cuando lo grande de la coleccion produce la difnea, ó bien si se trata de enfermas en quienes la ovariectomía no es posible, como en las tuberculosas, y entonces conseguimos con la puncion un efecto paliativo que permite á la paciente alargar algun tiempo su vida.

La puncion se completa y se intenta darle el carácter de curativa, haciéndola seguir de la inyeccion en el quiste de una sustancia irritante á fin de producir una inflamacion adhesiva, como se hace en el tratamiento del hidrocele vaginal. Sin embargo, no se ha tenido en cuenta que no es lo mismo un saco quístico que el saco del hidrocele; fijémonos, por ejemplo, en el monoquístico simple y de contenido seroso que tiene cierta analogía con el hidrocele. Pues bien, á pesar de esa sencillez, las condiciones anatómicas son muy diferentes; en el hidrocele es una serosa normal que ha sufrido el proceso flogístico exudativo, con tendencia á eliminarse quedando sano el tejido, pero aquí se trata de una actividad patológica del ovario á beneficio de la cual es como se segrega el líquido contenido, manifestando una irritacion secretoria que supone á su vez una gran fuerza nutritiva desarrollada á expensas de todo el organismo, y así es como

ha sucedido muchas veces producirse una inflamacion que se ha propagado al peritoneo y causado la muerte. Sin embargo de esto se practica algunas veces la inyeccion en los quistes uniloculares. Para proceder á esto despues de puncionado el tumor y por la misma cánula, se inyecta un líquido compuesto de la mitad de agua tibia á la temperatura 32 ó 34° y mitad de tintura de yodo. Una vez inyectado ese líquido se sacude el tumor, se hace que cambie de postura la enferma, y despues de cuatro ú ocho minutos de permanencia en el quiste se aplica una bomba aspirante y se vacía el líquido. Algunos aconsejan que se lave luego con agua tibia para que no quede nada de yodo. Enseguida se pone un vendaje para mantener cerrada la abertura y comprimir el abdómen.

El contacto del yodo con las paredes del quiste produce su inflamacion, la exudacion plástica y consecutiva adhesion y oclusion de la cavidad. Cuando esto puede conseguirse despues de una ó varias inyecciones, se obtiene una cura completa y radical. Es posible tambien que la inflamacion resulte excesiva, se propague al peritoneo y termine fatalmente. Pero el resultado mas frecuente es la ineficacia, reproduciéndose el contenido despues de un tiempo mas ó menos corto de hecha la operacion. Los observadores ingleses no tienen reparo en este caso en repetir muchas veces la puncion seguida de inyeccion, citando Barnes casos de hasta doce punciones sucesivas, llegando á producir síntomas de yodismo, pero sin ningun mal resultado ulterior.

Finalmente, como medio curativo de los quistes se ha ideado la excision, queriendo imitar con ello la curacion espontánea del quiste por ruptura de la cápsula y evacuacion del contenido en la cavidad del peritoneo. Por supuesto que este procedimiento tampoco es aplicable mas que á los quistes simples y de contenido seroso. Cuando se reunen estas condiciones se excinde la cápsula por medio de incisiones sub-cutáneas y por diferentes puntos, aplicando enseguida un vendaje compresivo bastante apretado, para que el líquido se derrame y se adhieran las paredes.

Este procedimiento se encuentra hoy casi totalmente abandonado por las dificultades de la ejecucion, los peligros y la infidelidad de sus resultados.

APÉNDICE

Á LA LECCION UNDÉCIMA.



Sobre las inyecciones yodadas para el tratamiento de los quistes ováricos.—El Doctor Barth propuso á la Academia de Medicina de Paris un procedimiento especial para las inyecciones de yodo, y que en resúmen consistia en lo siguiente: puncionar el quiste por la línea media del abdómen á tres dedos por encima del púbis, y por medio de un trócar curvo; este vuelve á puncionar enseguida de dentro á fuera, saliendo por la misma línea encima del púbis. Al retirar el punzon se sustituye por un tubo de caoutchouc flexible, provisto de dos agujeros ó ventanas en su parte media, que se corre á lo largo de la cánula, y al retirar esta queda colocado un verdadero tubo de drenage por el cual puede salir el contenido del quiste de una manera lenta y continúa. A los ocho dias de la puncion, sin haber tocado el tubo hizo una inyeccion de agua tibia, y á los diez y ocho dias la primera inyeccion yodada, que se repitió el dia veintiuno. El resultado inmediato fué satisfactorio, pero parece que mas tarde sucumbió la operada por peritonitis puerperal, encontrándose en la autopsia los vestigios del quiste, y prueba de que el contenido de este habia pasado al peritoneo, rompiéndose la cápsula por los esfuerzos del parto,

Este hecho, aun antes de conocerse el último resultado, promovió una interesante discusion en el seno de la Academia. La combatió desde luego M. Boinet, que puede considerarse como el apóstol mas entusiasta de las inyecciones yodadas. Son dignas de conocerse las conclusiones que surgieron de aquella polémica.

M. Boinet dice (1) que no se deben provocar las adherencias que perjudican siempre, y no favorecen la curación radical de los quistes, y en este concepto son mucho menos peligrosas las punciones repetidas, que nunca dan lugar á supuración y se cicatrizan en pocas horas, que las dos punciones que establecen una comunicación permanente con el exterior.

(1) *Traitement curatif des quistes de l'ovaire.*—Memoire lu á l'Academie de Médecine, =1856.

Segun el procedimiento ordinario de las punciones é inyecciones, hechas con todas las precauciones recomendadas no se corre el riesgo de una peritonitis rápidamente mortal, pues el líquido yodado no pasa á la cavidad de la serosa, lo cual puede suceder con el procedimiento de Barth. En vez de este, si se quiere la evacuacion lenta por medio del tubo de drenage, cree preferible practicarlo de la manera siguiente: con un trócar fuerte, ó con la sonda de dardo que se usa para la talla supra-pública, hacer una pequeña puncion por encima del ligamento de Poupart; una vez vaciado el quiste se sustituye el punzon ordinario de la cáñula por otro redondeado en la punta, se dirige el instrumento armado hácia el fondo de la pélvis á buscar el fondo de saco recto vaginal, en cuya direccion lo encuentra el índice introducido en la vagina. Fijado este encima de la vagina ó del recto, segun la direccion que quiera dársele, se retira el punzon romo para introducir uno agudo con el cual se atraviesa la pared que tiene delante, sirviéndole de guia y de apoyo el dedo introducido en la vagina. Retírase luego el punzon y es sustituido por un tubo de drenage, por el cual sale el líquido contenido, y pueden hacerse las inyecciones yodadas. La extremidad superior ó abdominal del tubo se hace penetrar en el quiste, con lo cual la abertura se cierra sin supurar, quedando en las condiciones de las punciones simples.

Como complemento de esto establece M. Boinet las conclusiones siguientes: 1.^a La inyeccion yodada puede practicarse en un quiste por grande y dilatada que sea la cápsula, sin miedo ninguno de ver desarrollarse una intoxicacion yódica.—2.^a La curacion de los quistes se debe á la *retraccion* de sus paredes, y no á la *inflamacion adhesiva*; esto se demuestra especialmente en los quistes de contenido purulento, el cual cambia rápidamente de naturaleza bajo la accion modificadora del yodo. Si hay adhesion incompleta, cree que debe atribuirse á inflamaciones anteriores.—3.^a La curacion definitiva de los quistes no puede obtenerse por las punciones simples ó paliativas. Los ejemplos de esto son excepcionales, y debe admitirse que tan solo es posible la curacion por el método de inyecciones repetidas.

M. Huguier, persona muy competente tambien en la materia, dedujo las conclusiones siguientes: 1.^a Los quistes del ovario no son afecciones tan benignas como algunos pudieran creer, y en la mayoría de casos son sumamente graves.

2.^a Es un error creer que en el mayor número de enfermas, puede prolongarse la vida hasta una edad muy avanzada; cuanto mas jóven es la mujer que los padece, mas pronto sucumbe.

3.^a Los quistes cuya curacion se obtiene con mas facilidad, son los uniloculares sin alteracion orgánica de sus paredes, de contenido seroso, ó sero-albuminoso, los que proceden de una preñez extra-uterina y los purulentos.

4.^a Deben respetarse siempre los quistes areolares y multiloculares, á menos que, siendo aun muy poco voluminosos, produzcan ya incomodidades y sufrimientos. Puncionándolos entonces, es posible tal vez evitar las malas consecuencias de las operaciones hechas cuando ya han adquirido mayor volúmen.

5.^a El momento oportuno de operar es aquel en que el quiste, sin haber aumentado mucho, empieza á hacer sufrir á la enferma ó á ejercer mala influencia sobre sus funciones.

6.^a Casi siempre es preciso combinar diversos métodos de tratamiento.

7.^a Entre todas las sustancias que pueden inyectarse, el yodo es la mas ventajosa, porque suele dar buen resultado, no produce accidentes y pone á cubierto de la infeccion purulenta.

8.^a Es preferible puncionar el quiste por la vagina que por el abdómen.

Mr. Cruveilhier, sentó:

1.^o Que los quistes ováricos son afecciones puramente locales, y solo admiten un tratamiento quirúrgico. La terapéutica médica no ejerce ninguna influencia sobre su marcha progresiva.

2.^o Hay quistes absolutamente incurables que no toleran ningun tratamiento curativo ni paliativo. Tales son los quistes areolares, los vesiculares, multiloculares y multiplicados sin comunicacion.

3.^o Vice-versa, hay quistes susceptibles de un tratamiento paliativo y hasta curativo, como los uniloculares serosos, albuminosos, cuyo contenido puede ser evacuado por la puncion, y los multiloculares de celdillas comunicantes.

4.^o Son susceptibles solo de un tratamiento paliativo los quistes compuestos en parte uniloculares, y en parte multiloculares, areolares ó vesiculares.

5.^o El tratamiento paliativo no tiene mas objeto que la evacuacion pura y simple del quiste por medio de la puncion; el curativo se propone determinar la retraccion y sucesivamente la inflamacion adhesiva de las paredes del quiste.

6.^o En un quiste de contenido gelatiniforme ó viscoso, como quiera que la evacuacion es difieil, aun á beneficio de un trócar muy grueso, deberá sustituirse la puncion por la incision de Ledran, prévias las precauciones oportunas para prevenir el derrame de líquido en el peritoneo.

7.º No debe proibirse toda tentativa de cura radical en los quistes, si no tomar en cuenta los medios preciosos de curacion que propone la cirujía moderna.

8.º En el estado actual de la ciencia el tratamiento curativo de los quistes no debe intentarse mas que con una gran prudencia, y en las condiciones mas favorables. (1)

9.º El gran peligro del tratamiento curativo de los quistes, y tambien del paliativo, está en la inflamacion supurativa ó gangrenosa.

10.º El momento oportuno para operar radicalmente un quiste se presenta cuando empieza á turbar el recto ejercicio funcional.

Mr. Cazeaux:

1.º Los quistes del ovario constituyen una enfermedad de las mas graves y rápidamente mortal.

2.º La puncion paliativa no cura mas que excepcionalmente, no alivia mas que por corto tiempo, y expone á la enferma á sérios peligros sin ofrecerle probabilidades de éxito mediano.

3.º La puncion seguida de inyecciones yódicas es, en el estado actual de la ciencia, el medio mas seguro y menos peligroso de curar esta enfermedad.

4.º Es racional acudir á este medio en los casos de quistes serosos, hidatídicos y uniloculares.

5.º Si los quistes sero-purulentos ó sero-sanguinolentos ofrecen menos probabilidades de curacion, los resultados obtenidos por Mr. Boinet, autorizan sin embargo á intentar la cura radical.

6.º Los quistes de muchas cavidades, como los de contenido espeso ó jelatinoso, no parece se curan por este método.

Mr. Jules Guérin sentó, que para obtener la curacion radical que se buscaba, era preciso:

1.º Vaciar los quistes lo mas completamente posible, evitar la penetracion del aire en su interior durante la operacion, y caso de que penetrara extraerlo.

2.º Prevenir los derrames en el peritoneo.

3.º Practicar la inyeccion y extraer el líquido inyectado sin abandonar la cánula y evitando á la vez la entrada del aire y los derrames.

4.º Provocar la retraccion del quiste y aproximacion de sus paredes, y modificar la índole de la secrecion de la superficie interna con el fin de favorecer la aglutinacion.

(1) Téngase en cuenta que esto se decia hace 25 años (1857), y no es en rigor aplicable al estado actual de la Cirujía.

A este objeto aplicó Guerin su ingenioso aparato inventado para la puncion é Inyeccion subcutánea de los abscesos frios.

Mr. Velpeau sentó estas proposiciones:

1.^a Los quistes del ovario tienen una duracion variable que ordinariamente es de seis, diez y doce años.

2.^a En casos sumamente raros pueden curarse espontáneamente ó á beneficio de ciertos medios terapéuticos.

3.^a La curacion puede tener lugar á consecuencia de una rotura, aunque mas á menudo este accidente sea funesto.

4.^a La puncion paliativa de los quistes del ovario no es una operacion peligrosa; puede en ciertos casos, muy raros á la verdad, producir la curacion definitiva, pero tiene el grave inconveniente de producir ó acelerar el decaimiento de la economía por la sus-traccion de una cantidad considerable de liquido.

5.^a La extirpacion de los ovarios es una operacion horrorosa, y debe proibirse, aun siendo verdad las curaciones anunciadas.

6.^a Las únicas inyecciones irritantes útiles, y por lo tanto aplicables, son las yodadas, que sirven para todos los quistes serosos del abdomen ya ováricos, ya de fuera de este órgano. En cuanto á los quistes múltiples, areolares, complicados y degenerativos, conviene no tocarlos.

7.^a Para los demás quistes viscosos, gelatinosos, hemáticos etc., debe utilizarse la puncion como medio explorador, y con la esperanza de no modificarse la naturaleza del contenido con sucesivas punciones. De esta manera podrán curarse la mitad ó un tercio de esta clase de quistes.

Las punciones é inyecciones como tratamiento definitivo han sido rechazadas por varios patólogos, y muy especialmente por Velpeau y Stilling, pero la defensa de esos procedimientos ha sido brillantemente hecha por el gran ovariomotista M. Spencer Wells. (1) Uno de los cargos que con mas insistencia se ha hecho á las punciones, ha sido el de que dificultaban y hacian mas peligrosa luego la ovariotomía, si venia la necesidad de practicarla. Pues bien; de la estadística de trescientas ovariotomías practicadas por el mismo Spencer Wells, resulta que las punciones no han modificado sensiblemente el resultado final de la operacion, pues el tanto por ciento de mortalidad apenas es de uno mas en los casos precedidos de puncion. Si á esto se añade que en un buen número de

(1) Memoria dirigida á la Real Sociedad médica y quirúrgica de Lóndres y publicada en el vol. LII de *Medico-Chirurgical Transactions*.

enfermas puncionadas muchas veces, no existia por esto ninguna adherencia, al paso que estas se encontraban en quistes no puncionados, resulta desvanecida la principal objecion.

En cuanto al argumento fundado en la gravedad que de por sí produce la puncion, descansa en un cálculo falseado, pues no es lo mismo decir que la puncion casi nunca cura, que decir que es grave y se mueren las enfermas, pues la muerte no es efecto de la puncion, sino de la enfermedad misma, contra la cual es impotente esta operacion. Vale mas decir que esta no es suficiente, pero en cámbio, si no cura, tampoco lleva á la muerte, al paso que la ovariectomía si bien cura radicalmente la enfermedad algunas veces, puede tambien ocasionar la muerte.

Del resultado total de punciones practicadas deduce el citado autor las siguientes conclusiones:

1.^a Una ó varias punciones anteriores no aumenta notablemente la mortalidad consecutiva á la ovariectomía.

2.^a La puncion puede ser un prelude feliz para la ovariectomía, ya sea dando tiempo á la enferma para reponer el estado general de su salud, ya sea disminuyendo por medio de la evacuacion del líquido quístico hecha algunas horas ó algunos dias antes de la extirpacion, la sacudida que puede resultar de la operacion.

3.^a Cuando se emplea con precaucion el sifon-trócar, presentado por Spencer Wells á la Sociedad en 1860, de suerte que se impide al líquido ovárico el derrame en el peritoneo, y al aire el penetrar en el quiste, el peligro que resulta de la puncion es insignificante. (1)

(1) Consúltese la memoria titulada: *Third series of one hundred cases of ovariectomy, with remarks on tapping cysts.*

LECCION XII.

Continuacion de la leccion anterior. = OVARIOTOMIA. = Historia. = Preparativos. = Manual operatorio. = Tratamiento consecutivo. = Accidentes y complicaciones. = Contra-indicaciones de la operacion.

Señores:

Todos los procedimientos de que hemos hablado hasta ahora representan las primeras tentativas para el tratamiento quirúrgico de los quistes ováricos, pero por lo que se ha dicho se puede comprender que la mayor parte de ellos son insuficientes; que si alguna vez la puncion seguida de inyeccion y la excision tienen éxito, se debe tomar mas bien como un hecho excepcional y afortunado: no se estrañará, pues, que de algunos años á esta parte hayan trabajado los cirujanos y los patólogos para buscar los medios oportunos de curar esta enfermedad, que en algunos puntos de Europa es bastante frecuente, para que se presenten en los hospitales y en la práctica civil ejemplares repetidos de quistes ováricos. Hace muchos años, por lo menos cerca de un siglo, que se habia visto que la extirpacion del ovario era posible. La primera extirpacion que se hizo fué en un ovario herniado; esta circunstancia le quitaba mucha importancia de la que realmente tiene, supuesto que estaba dislocado de sus relaciones peritoneales; pero en la ciencia lo difícil es el primer paso, y ese estaba dado. Se habia creido que la extirpacion del ovario era incompatible con la vida; sin embargo, existian algunos pueblos fanáticos, por ejemplo, el Egipto, en donde sufrían esa especie de mutilacion las mujeres llama-

das á reemplazar á los eunucos, sin que pudiesen como consecuencia de esta operacion en mayor proporcion que los hombres castrados. Pero la primera ovariectomía realmente tal, se hizo en los Estados-Unidos de América (Kentucky) por Mac-Dowal, con éxito feliz (1809). Posteriormente la practicaron Smith, Atlée, etc. En Inglaterra, por fin, la introdujo C. Clay y principalmente Baker Brown. A los cirujanos ingleses y norte-americanos, pues, se debe el que sea admitida esta operacion y el haber perfeccionado los procedimientos, hasta el punto de que la mortalidad no excede en número á otras operaciones tenidas por menos importantes, entre ellas la amputacion de un muslo, que es sabido se practica sin pensarlo mucho; y aun en los resultados finales la ovariectomía resulta favorecida si se compara con la amputacion del brazo por la contiguidad, y la del muslo por la articulacion coxo-femoral. Aunque muy combatida, sobre todo en Francia, poco á poco se fué generalizando, siendo sus adversarios mas bien los médicos que los cirujanos, á pesar de que muchos de estos vacilaban tambien.

Los primeros ensayos que se hicieron en el continente europeo dieron mal resultado, pues hubo tantas muertes como operadas, y prácticos tan concienzudos como Nelaton se desentendieron completamente de practicarla. En Alemania tuvo ya buen éxito la operacion; se practicó despues con un cambio notable en la mortalidad en Francia por Kœberlé, modificando los procedimientos, y fué tal la reaccion que estos hechos produjeron, que el mismo Nelaton ya no tenia dificultad en admitirla y hasta en practicarla, puesto que habia cambiado su resultado (1). En nuestros dias se practica en todas partes; bien es verdad que las estadísticas no son completamente iguales si se comparan las de Spencer Wells de West y de Kœberlé, con las estadísticas de los hospitales de Paris en operaciones practicadas por Pean y otros operadores. Mas esto puede depender de condiciones climatéricas, pues la diferencia es aun mas marcada si se comparan los resultados obtenidos en paises mas hácia el Norte, en Suecia, en Bélgica y aun en Strasburgo con las practicadas en España

(1) Para la historia de la ovariectomía léase el tratado de enfermedades de mujeres de Fleewood Churchill, trat. por Wieland y Dubrissay=pág. 631 y siguientes.

y Portugal; aquí crece la mortalidad, aun siguiendo los métodos y procedimientos mas favorecidos. Esto puede depender de muchas circunstancias: una de ellas es que se tarda demasiado en hacerla, esperando por lo regular cuando la mujer se halla en estado caquético y por consiguiente no tiene suficientes fuerzas, y muere del choque ó del colapso que produce esta operacion, ó bien á consecuencia de la caquexia, al paso que cuando se practica oportunamente, la naturaleza entera puede sobreponerse á esta sacudida y entonces dan mejores resultados. Tambien la influencia climatológica influye muchísimo. Esas operaciones, que bien podemos llamar magistrales, tienen siempre mejor resultado en los países frios, como que á consecuencia de esta observacion se ha hecho otra, y es que en invierno suele ser mejor el éxito. Por esto cuando se puede elegir la época de operar se hace en invierno ú otoño, y no en primavera ni en verano. Spencer Wells dice tambien, que reinando ciertos vientos, por ejemplo, el Levante, no debe operarse. El sitio en donde se practica influye tambien no poco. Se ha sentado como axioma que estas operaciones en los hospitales tienen malos resultados, esto es indudable aunque no exclusivo de esta operacion, pues es un hecho que puede comprobarse en la mayor parte de operaciones. Los enfermos que sufren uno de estos traumatismos se encuentran muy abocados á todas las formas de septicemia y pyohemia y mucho mas cuando se trata de heridas tan grandes como la de la ovariomía, y sabido es que á ello predispone la atmósfera de los hospitales. Para obviar este inconveniente dejó Kœberlé de operar en los hospitales y tenia una casa de campo donde practicaba las ovariomías y así es como empezó á quitar de por medio las malas condiciones higiénicas. En segundo lugar, para cuando venga el caso de practicar esta operacion debe sujetarse á reglas que garanticen el resultado de aquella, y son las principales las de los diferentes medios antisépticos, pues es indudable que la mayor parte de hechos desgraciados son debidos á la septicemia ó al colapso. Algunas enfermas fallecen durante la operacion misma, mas fuera de esto, y de la muerte por el *choque*, si se puede aplicar un procedimiento eficazmente antiséptico se quitan casi la mayor parte de causas de mal éxito. Esto es lo que se ha conseguido con los

métodos antisépticos, principalmente con el método de Lister que se ha aplicado recientemente en Madrid y que hoy día se usa en casi todas las clínicas, consiguiéndose de este modo hacer bien las operaciones, aun dentro de los hospitales.

Y vamos ya á ocuparnos del manual operatorio. 1.º *Preparativos ó preludios de la operacion.* ¿Qué época es la mas oportuna para practicar la ablacion de un tumor de esta índole? West dice que cuando la mujer está cansada de sufrir y el quiste tiene bastante desarrollo, á lo que se debe añadir una observacion: con tal de que no haya producido un estado caquético ni esté muy adelantada en edad la paciente, porque entonces tenemos la seguridad de que no vamos á conseguir nada. Con esto se comprende ya que no se trata de quistes insignificantes, sino de regular desarrollo. Admitido el precepto de que cuando está cansada la mujer de sufrir y tiene bastante desarrollo el quiste, puede operarse, si podemos escojer la época del año, elegiremos los meses de Diciembre á Febrero, antes de que empiece el movimiento expansivo de la primavera á mitad del invierno y evitando el practicarla en pleno verano.

La enferma debe prepararse primero moralmente, y lo que hay que procurar es que consienta buenamente en ello, pues no debe practicarse sin enterarla de los peligros que corre, aun cuando esto se hace para librarla de una muerte segura. Deberá ella estar convencida de que va á correr un albur que tendrá tantas mas probabilidades de salir bien cuanta mayor sea su tranquilidad. Despues de esto y ya próxima la operacion, es necesaria una limpieza total del cuerpo, detalle de mucha importancia, para lo cual se le darán durante algunos dias baños generales jabonosos, y últimamente con agua fenicada; se administrarán purgantes, lavativas laxantes, y se la sujetará á una dieta severa á fin de que todo el tubo digestivo esté vacío y solo ocupado por los alimentos líquidos que se le dan la víspera y el día de la operacion.

Advertido esto se dispone el local para la operacion. Si fuere posible se hará en el campo, en una casa bien dispuesta, con exposicion á los vientos del Norte y del Sur mas que á los de Levante y Poniente, y sobre todo que esté separada

de sitios pantanosos, exenta de la infeccion palúdica y rodeada de bosques naturales. Se dispone para la operacion una sala bastante grande, con facilidad de airear á beneficio de corrientes que no sean sensibles para la enferma, ya sea por uno de los procedimientos mecánicos de los que hoy se usan, ya por medio de una chimenea, lo cual tiene la ventaja de que en invierno facilita la calefaccion. Se exige hasta por algunos el que haya una temperatura fija de 18° á 20° Mas esta parece demasiado elevada aun para los paises del Norte y no quieren algunos mas que la temperatura de 12° á 15° porque la temperatura media del año no llega casi nunca á esta. En nuestros paises, esta temperatura no tendrá nada de elevada, y quizás sea mas favorable la primera que he indicado de 18° á 20° que se conforma mas á los tipos medios. En la práctica civil se consigue esta fácilmente, pero no en los hospitales clínicos, en donde es menester calentar para colocar á esta temperatura los anfiteatros donde se practica la ovariectomía.

Esta debe practicarse sobre una mesa de operaciones donde se coloca á la enferma; se aconseja se la ate como á los que se les practica la operacion de la talla; es decir, sujetando los pies, las piernas y los brazos. Como para esto se necesitan por lo menos cuatro personas, si se la ata se evita aglomerar gente y se consigue la quietud completa. Los practicantes necesarios son pocos si se quiere; uno encargado de la anestesia, circunstancia de la cual no se puede prescindir; otro ayudante para servir al operador, y otro encargado de sostener las visceras abdominales, que desde antes esté práctico en esta operacion. No se necesitan en rigor mas que estos, y luego los sirvientes ó enfermeros. Cuando se pueda disponer de mas personal, habrá un ayudante que se encargue de todos los detalles de la desinfeccion, si se usa el método de Lister, otro para entregar los instrumentos á medida que vayan necesitándose; en fin, uno que esté á la mira de los incidentes para administrar los medicamentos, supuesto que es muy fácil que venga un síncope, ó bien para ayudar á darle aire si la anestesia se exagerase, etc., pero todo esto es mas secundario y se puede en rigor prescindir de alguno de ellos. Mucha gente estorba, poca gente hace falta; procúrese, pues, ordenar acertadamente los asistentes.

Los instrumentos necesarios para esta operacion, son: tres ó cuatro bisturís rectos y convexos, pinzas de ligar vasos, pinzas de presion del tumor, segun modelo de Nelaton, construidas á manera del cráneo-clasto de Simpson, con cucharas estriadas oblicuas, por medio de las cuales se coje el tumor, y una vez cojido, no se escapa ya ni se desgarrá, lo cual seria una gran contrariedad; un conductor para proteger el quiste, despues de la incision abdominal, diferentes agujas de sutura, varios Clamps para fijar el pedículo. De estos hay varios modelos, pero como no podemos saber *á priori* cuál será menester, si uno de gran fuerza ú otro ligero, ó bien el que se ha llamado Clamps-cauterio y con el que se cauteriza el pedículo al propio tiempo que se sujeta, es conveniente tener dos ó tres de diferente clase. Casi puede decirse que nada mas que esto se necesita, y en rigor no habrá necesidad mas que de bisturís, pinzas de ligar vasos, Clamps y agujas. Pero como todo debe preverse, es menester tambien tener á mano pinzas compresoras, agujas varias de diferentes formas, pinzas de presion continua, diferentes clases de tijeras por si es menester llevarlas á algun punto en que existen adherencias, el termo-cauterio de Pacquelin, extrangulador de cadenilla y de hilo metálico, tubos de desagüe, etc.

2.^o *Operacion*.—Podemos tomar como tipo, la de Spencer Wells. Colocada la enferma en la cama, medio vestida, se la cubre la pared abdominal con una pieza de caoutchouc, abierta en el sitio correspondiente, justo á la incision. Esto tiene un doble objeto: 1.^o que no esté desabrigado el abdomen y 2.^o para evitar el que se ensucie de sangre ó del líquido quístico y por consiguiente para alejar la infeccion. Enseguida se pasa á practicar la anestesia, por medio del cloroformo ó del éter. Algunos operadores prefieren esta última sustancia porque expone menos á los vómitos que el cloroformo, despues de cuyas inhalaciones son casi constantes. Una vez anestesiada, y estando al cuidado de este detalle una persona perita, se pasa á la operacion.

1.^{er} TIEMPO.—*Division de las paredes abdominales*.—El operador se coloca generalmente á la izquierda de la enferma. La incision se hace mas ó menos grande, segun la magnitud del tumor, por lo regular se empieza á dos ó tres cen-

timetros por encima del pubis, hasta dos ó tres por debajo del ombligo; si luego resultase corta para extraerlo aun despues de vaciado el quiste, se pasa la sonda acanalada y se prolonga la incision; pero por lo regular es suficiente; si el tumor no llega al ombligo se puede quedar algunos centímetros por bajo de este punto. La incision se practica en la línea alba, y de abajo arriba segun las reglas ordinarias, disecando capa por capa hasta llegar á las mismas fibras de la fascia transversal; si en esta incision aparecen vasos grandes se ligan; si no son grandes se ponen pinzas de presion y no se pasa á abrir la aponeurósisis hasta que no salga nada de sangre. La hemostasia no es difícil. Mientras se practica esta, el practicante sujeta el tumor de modo que esté apretado contra las paredes abdominales, lo cual evita la salida de las asas intestinales. Abierta la última aponeurósisis se llega al peritoneo, el cual se conoce perfectamente por la gran cantidad de vasos que tiene sobre su superficie lisa y brillante: entonces todas las incisiones se hacen sobre la sonda acanalada, dividiendo poco á poco el peritoneo por encima de la sonda hasta que se llega al tumor. Si este es unilocular, se ve liso, terso y regular, cuyo aspecto esferoidal, parece que deja adivinar la presencia de un líquido en su interior. En este tiempo puede presentarse el omento, el cual no debe cortarse, sino que se lleva hácia arriba, sujetándolo encima del quiste. A medida que se encuentran vasos en la línea de seccion del peritoneo, se van ligando, cauterizando, ó mejor aun, aplicando pinzas de presion continua, quedando entonces ya descubierto el quiste.

2.º TIEMPO.—*Puncion del quiste.*—Se lavan bien las manos con agua fenicada y al pasar la mano por la herida para rodear el tumor, si se encuentran adherencias las destruye con la misma. Generalmente estas adherencias se deshacen con suma facilidad; de esta manera se limita el tumor y queda dispuesto para las maniobras ulteriores. Se quitan los coágulos que pudieran existir entre el tumor y la pared abdominal, y manteniendo siempre el ayudante apretado el quiste contra la abertura para evitar que salgan las asas intestinales, se pasa á la puncion del tumor. Si este fuese más pequeño que la herida saldrá por la misma, y entonces se coge el trócar, que puede ser el mismo que sirve para la

puncion abdominal, y se introduce por la parte que forma hénria; se retira el punzon, y se aplica á la cánula un tubo de caoutchouc que pone en comunicacion la cavidad con un recipiente, y por él se evacua el liquido. A medida que se vacía, se va acompañando con la mano, primero para que no se introduzca líquido en el peritoneo, y segundo para que no salgan los intestiuos. Esta evacuacion, que reduce rápidamente el volúmen del abdómen, las mas veces produce un síncope, lo cual evitamos con la compresion hecha por medio de una faja fuertemente apretada que substituye la tension que el líquido producía.

3.º TIEMPO.—*Extraccion y division del pedículo.*—Una vez ya vaciado completamente el quiste, que se presenta como marchito, entonces se pasa á llevarlo fuera del abdómen pasando la mano por detrás del tumor, con lo cual se rompen las adherencias profundas, y va quedando libre el pedículo que se sujeta por medio de las pinzas de Nelaton, pero sin tirar de él. Al propio tiempo se van comprimiendo los vasos que dieran sangre, con las pinzas de presion, y se sujetan las paredes y el mismo tumor por medio de franelas empapadas en agua tibia. Si el quiste fuese multilobular, se repiten las punciones en diferentes puntos para vaciarlo del todo, y si ni aun de esta manera pudiese salir, se agrandará la incision.

Ya fuera el pedículo se sujeta con el clamps y se fija en el ángulo inferior. Este método es el llamado *extra-peritoneal*, en oposicion al que consiste en ligar el pedículo, separarlo de la cápsula y abandonarlo para que vuelva á entrar en el abdómen, cerrando por encima la abertura de las paredes. Creo preferible el primer método, pues la fijacion del pedículo fuera del abdómen tiene la ventaja de mantener á la vista el muñon, que puede dar sangre, puede supurar, puede esfacelarse, todo lo cual, que perjudicaria mucho en el interior, puede fácilmente tratarse y modificarse al exterior. La experiencia ha confirmado la bondad de este procedimiento. El pedículo, pues, debe ligarse sólidamente y fijarlo al exterior, siempre y cuando sea bastante largo para que esto se pueda hacer sin producir una traccion violenta. Cuando el pedículo es corto, Wells lo coje con una pinza aventanada, pasa por la ventana un hilo fuerte y

lo liga; uno de los cabos del hilo debe quedar fuera. Puede tambien cauterizarse.

4.º TIEMPO.—*Limpieza de la cavidad abdominal.*—Por medio de esponjas previamente templadas en agua fenicada, se limpia el sitio que ocupaba el quiste, de todo lo que haya podido quedar en él, hasta dejarlo no solo limpio, sino seco, y luego se retiran las pinzas de presion de los vasos para sustituirlas con ligaduras definitivas, que podrán hacerse con el *catgout* que sirve para las curas de Lister. Si el otro ovario estuviese enfermo, se le liga tambien ó se extirpa. Finalmente, colócanse los intestinos en su sitio, y se extiende delante de ellos el epiploon, con lo cual quedan completamente en un estado normal. El aire no puede penetrar en la cavidad, y no hay mas salida para los líquidos que el punto en que se halla fijo el pedículo.

5.º TIEMPO.—*Oclusion de la cavidad abdominal.*—La reunion se hace segun el método americano por medio de una sutura profunda enclavijada, y otra superficial ensortijada. El número de puntos varía segun la extension de la abertura. Para la primera sirve una aguja de acero con punta triangular, de quince centímetros de largo, que lleva un doble hilo de seda, á cuyo extremo va fijo un pedazo de sonda. Se atraviesa por un lado de fuera á dentro, comprendiendo el peritoneo, y sale por el opuesto de dentro á fuera á igual distancia del borde libre: los dos cabos del hilo se sujetan sobre otro pedazo de sonda, despues de aproximados los bordes: las suturas se colocan á la distancia de tres centímetros una de otra. (Kœberlé no comprende en ella el peritoneo). Las suturas superficiales que suelen ser en doble número que las profundas, se hacen con agujas finas, sobre las cuales se cruza el hilo, cuidando de coaptar exactamente los dos bordes libres del dermis. Estas agujas pueden retirarse á las veinticuatro horas, dejando los hilos. La última sutura debe estar encima del pedículo, pero dejando espacio suficiente para la salida de los hilos, si se han puesto ligaduras profundas.

Hecha de esta manera la sutura, la reunion es muy rápida. El peritoneo se adhiere á veces dentro las veinticuatro horas primeras, la piel tambien lo realiza pronto, y rarisimas veces se observan hérnias intestinales.

Cura.—El clamps se separa de la piel por medio de un ca-

bezalito empapado en aceite fenicado, y la superficie del muñon se expolvorea con percloruro de hierro seco. La herida se cubre con una compresa engrasada, se sujeta con tiras de diaquilon, y el todo se protege con algodón y una cintura de franela que sujete las partes y las abrigue sin comprimir las.

Se cambian los vestidos de la enferma previamente preparados, y se la coloca en su cama, bajo la impresion de una atmósfera seca y tibia, guardando la mayor quietud y tranquilidad posibles. Se la obligará á que guarde el decúbito supino, con los miembros ligeramente doblados.

Tal es, señores, en resúmen, el método de practicar la ovariotomía, segun Spencer Wells y Kæberlé.

El éxito de la operacion depende, tanto de la manera como se verifica cuanto de algunos detalles que me permitiréis recuerde. Diré antes, que no existe variedad de procedimientos, á lo menos importantes, pues como operacion reciente que hemos visto nacer y viven todavía los que empezaron á practicarla en Europa, no ha dado lugar á notables modificaciones, de modo que mas bien que un cambio radical en ellas se ha ido perfeccionando el manual operatorio. Estas pequeñas modificaciones, pues, son las que hacen feliz y cada dia mas lisonjero el éxito. Una de las mas notables ha sido la que se ha llamado limpieza ó toilette del peritoneo, que consiste en limpiarlo de las sustancias extrañas, coágulos, etc., y desecacion de esta misma membrana á beneficio de la frotacion, lo cual evita sean mas frecuentes los casos de inflamacion consecutiva. Esto ha dado importancia real al procedimiento americano, que es el que dá mas garantías. Ultimamente la gran aceptacion que han alcanzado las medidas antisépticas han concluido por alejar un gran número de causas de infeccion. El procedimiento de Lister mas ó menos modificado, y que consiste, en resúmen, en mantener esa especie de atmósfera de ácido fénico alrededor de la operada, es aplicado casi todos los dias, y gracias á él se pueden ver operadas de ovariotomía que á los quince ó veinte dias andan ya por la sala del hospital, no quedando mas que una pequeña fístula que corresponde al pedículo, y que fácilmente se cura con los medios ordinarios. Si á esto se

añade una anestesia bien hecha y una perfecta cohibicion de las hemorragias, tendremos consignados los principales puntos á que debe atender el operador.

Tratamiento consecutivo.—La enferma operada de ovariotomía se encuentra en un estado sumamente delicado; ha sufrido un traumatismo intenso, se ha herido el peritoneo en una extension bastante grande, se han dividido vasos; no es además operacion que pueda concluirse en pocos minutos, pues los operadores mas listos y mas diligentes no la hacen en menos de treinta minutos cuando es muy sencilla y fácil, siendo este el tipo mínimo, puesto que siempre se tarda una hora ó mas. Los sufrimientos, pues, han sido largos y el colapso de la anestesia profundo, por lo cual peligra si no se la rodea de toda série de cuidados, sobre un todo los que tienden á evitar complicaciones que puedan sobrevenir con el carácter de consecutivos, siendo muy posible que, aun habiendo cumplido con todos los preceptos de la operacion, nos encontremos que se nos va de las manos por uno de esos accidentes siempre fatales. Causas que parecen insignificantes producen la inflamacion ú otra complicacion; por esto los cuidados consecutivos son tan importantes. En primer lugar debe procurarse que nada falte para proteger la region operada; debe colocarse la enferma en una habitacion á propósito, y seria muy conveniente que se quedara en la misma sala en que se operó para evitar el traqueteo de la traslacion: la temperatura debe ser ni muy caliente ni fria, sino estar en relacion con la temperatura media del pais en que se encuentra. En el nuestro, una temperatura de quince á veinte grados es suficiente, pudiendo elevarla á discrecion si fuese necesario. Ha de procurarse que sea fácil renovar la atmósfera todos los dias por la mañana, con medios para calentarla, si descendiese mucho con la ventilacion; evitar que haya en el suelo esteras y alfombras, ni ninguna clase de moviliario, que son ordinariamente accesorios precisos, pero que tratándose de una enferma quirúrgica no deben existir, á fin de evitar que se impregnen de miasmas que en gran cantidad pueden desprenderse de la misma cama de la operada, y serian siempre una causa de infeccion. Debe ser,

pues, el piso liso y dispuesto de manera que se pueda lavar con facilidad. Se puede consentir una alfombra pequeña al pié de la cama para evitar el ruido, pero movable, para que se pueda limpiar todos los dias. La luz debe ser casi nula para evitar todas las impresiones nerviosas, lo mismo que la conversacion, que se evitará con esmero.

La cama bien hecha, se dispondrá de suerte que sea fácil el cambio de lienzos y ropas, para lo cual es muy buena una cama ortopédica, ó una cama ordinaria, con colchones duros, y debajo de estos *sommier* elástico de cualquier sistema, que sea, bien limpio, recubierto todo con una tela impermeable, la cual garantiza la limpieza y al propio tiempo evita la humedad, porque se puede retirar cuando se moja por cualquier causa. El abrigo debe ser proporcionado al país, á la estacion y á las costumbres que tiene la enferma: hay algunos sujetos que si no tienen mucho abrigo en la cama sienten frio, y aquí conviene conservar la piel caliente y sudorosa, debiendo tener siempre á mano medios á propósito para producir calor, como son las cajas ó botellas llenas de agua muy caliente.

Generalmente despues de operada se encuentra la mujer desazonada, y esto depende de dos causas; del traumatismo sufrido y de la accion del cloroformo. Esta sustancia produce, al disiparse la anestesia, un malestar grande y mucha ansiedad. Cuando se anestesia con el éter no suele suceder eso; hay desazon, pero sin náuseas, sin tendencia al vómito, sin agitacion nerviosa, de modo que seria preferible usar el éter cuando se tiene confianza en él. Para conseguir esta tranquilidad se administran pequeñas cantidades de bebidas anti-espasmódicas, sustancias aromáticas y tónicas, un vino seco mezclado con agua, de modo que no repugne ni incomode: esto solo en el período de colapso, que puede durar doce ó veinticuatro horas. Tambien se administran bebidas difusivas, debiendo dar la preferencia al thé y al agua de flor de tilo: esto tiene dos objetos: primero, tranquilizar el estómago, y segundo, al propio tiempo mantener algo de diaforesis que facilite la reaccion natural y evitar el *choque* ó colapso especial de las grandes operaciones. Segun veamos el pulso mas ó menos contraido, se le pueden dar pequeñas cantidades de caldo desgrasado, bastante bien hecho para que llene la ne-

cesidad de reponer las pérdidas, pero sin excitar demasiado; esto se entiende cuando no haya tendencia al vómito, porque en este caso no será conveniente dar las bebidas calientes, sino mas bien heladas durante las primeras veinticuatro horas hasta que viene la reaccion, que se dá á conocer por un movimiento febril muy marcado, frecuencia de la respiración y á veces síntomas de congestion cerebral, como por ejemplo, sopor ó subdelirio, pero sin síntomas abdominales. Entonces se le van acortando los alimentos y se dejan solo las bebidas, sobre todo los atemperantes, limonadas cítricas, gaseosas ó tartáricas. Durante ese período de reaccion franca no hay necesidad de dar alimento alguno, habiendo, por lo regular, si la pérdida sanguínea ha sido poco considerable, bastantes fuerzas intrínsecas para sostener este estado.

Esta reaccion bien llevada, tratada racionalmente, no suele durar mas allá de veinticuatro ó treinta y seis horas y entonces se puede empezar otra vez la alimentacion dando pequeñas cantidades de caldo que sea bastante succulento para que en poca cantidad preste alimento. Por espacio de tres ó cuatro dias se debe estar en ese estado de expectacion, no debe permitirse nada que físicamente interrumpa la tranquilidad, ni emociones morales que puedan afectar el espíritu, para dar lugar á que se realice la cicatrizacion, y trascurren los dias mas peligrosos para la presentacion de accidentes consecutivos graves.

Por lo regular si la operacion ha sido bien hecha y no ha aparecido ningun accidente, déjase como único apósito, la capa de algodón en rama, de que queda hecho mérito, y el vendaje de franela, no levantándolo en los primeros dias. Pero si por desgracia supurara el pedículo cojido por el clamps, tendrian que hacerse pronto las curas del mismo para evitar la infeccion. De ordinario no sucede esto, sino que se va secando hasta desprenderse naturalmente de la ligadura y entonces se retira al fondo de la pélvis; la porcion que queda unida al clamps se retira con este. Cuando las cosas han marchado bien, el pedículo se ha mantenido sin supurar y no es fácil se produzcan hemorragias, ni es posible tampoco la putrefaccion. Pero esto no sucede siempre y algunos accidentes se deben á alteraciones del pedículo que se ha entrado en el abdómen antes de secarse.

A los cinco ó seis dias se empiezan á quitar las agujas de sutura profunda (las superficiales se retirarán desde el segundo), alternando una sí y otra no, de suerte que á los ocho ó diez dias queda ya la herida desembarazada de ellas, pero permaneciendo los hilos sujetos por capas de colodion, con cuya sustancia se va barnizando toda la superficie ó zona de la operacion. Esta capa de colodion viene á formar una superficie de cubierta ó coraza que protege los tejidos, mantiene reunidos los bordes y conserva una temperatura regular y tibia en la piel, que favorece la cicatrizacion. A los doce dias solo queda la parte inferior por cicatrizar; se lava con agua fénica, y en otros doce ó quince se completa su cicatrizacion. Antes de esta época, cuando solo queda una pequeña fístula, puede la mujer dejar la cama llevando una faja que sostenga el abdómen. Esto es lo que podemos presentar como tipo de regularidad cuando todo marche bien.

Complicaciones.—Estas pueden ser muchas. La primera que se presenta es el choque ó sacudida especial de colapso rápido y por lo comun mortal, debido á un aplastamiento del sistema nervioso, aumentado por los agentes anestésicos. Puede presentarse de dos maneras: una en que aparece instantánea, rápida y puede llamarse con toda propiedad por *sideracion*: de esta suerte mueren inesperadamente algunos heridos por los grandes traumatismos: he visto un sugeto herido en el muslo por una masa grande que se le vino encima, un martinete, y que se presentó en la clínica, valiente, animoso y dispuesto á sufrir la amputacion, quedando cadáver al ir á empezarla, sin haber habido hemorragia, y sin aparecer señales de muerte próxima, á parte de una gran concentracion de pulso. Debo aquí decir que, despues de las grandes operaciones como la amputacion del muslo, la desarticulacion del brazo, etc., se produce ese colapso profundo, y no mueren los pacientes por hemorragia ni por exceso de dolor, porque se ha suprimido por medio de los anestésicos y no puede atribuirse por lo tanto la muerte mas que á la sacudida nerviosa. A esto mismo, pues, debe referirse lo que sucede en la ovariectomía en que mueren apenas acaba de hacerse la operacion. La segunda forma de

choque es mas lenta, parece que paulatinamente va desvaneciéndose la fuerza y rindiéndose el organismo á las seis, ocho, veinte horas despues de la operacion y fallecen poco á poco como las personas atacadas por un largo síncope. Pues bien: de cualquiera de estas dos maneras puede presentarse y esto no está en las manos del operador evitarlo, porque no podemos suponer que una mujer nerviosa sea mas susceptible de sufrir el choque que una mujer de temperamento sanguíneo: es una disposicion individual, y hay sugetos que resisten impunemente el dolor del traumatismo. En parte tal vez dependa de la duracion de la operacion, siendo indudable que cuando dure poco será menos fácil que sobrevenga lo mismo que alejará su posibilidad, el hacer bien la anestesia, de suerte que se suprima el dolor y la impresion moral. Todo esto, empero, solo son circunstancias que nos hacen preveer la posibilidad, pero no la seguridad del choque. Teniendo en cuenta esto, importa evitar las pérdidas sanguíneas y los síncope que son la vanguardia del choque. Cuando este es lento, deben figurar para combatirlo, los anti-espasmódicos, sobre todo el vino y demás sustancias alcohólicas y difusivas, sirviendo tambien los revulsivos á las extremidades, cuando procede ese estado de colapso de una especie de congestion cerebral, por retropulsion de la corriente sanguínea hácia las cavidades. Si su retroceso se hace al corazon, la muerte es casi instantánea; para evitar esto, lo que hemos de hacer es calentar bien las extremidades que se enfriaron durante la operacion, por medio de botellas de agua caliente, á fin de provocar una reaccion general, que aunque levante un movimiento febril y tal vez tienda á favorecer las inflamaciones, debemos no obstante preferirla á la concentracion contra la que tenemos pocos medios para luchar cuando se hace muy profunda.

La complicacion mas frecuente, y muy grave, y que hace mas víctimas es la *peritonitis*. El peritoneo no necesita mucho para inflamarse, y se comprende que despues de todo lo que se hace con él debe quedar con una gran tendencia á la inflamacion, hecho precisamente que el arte lo aprovecha haciendo que este proceso orgánico se haga adhesivo y contribuya á terminar pronto los peligros. Esto es lo que se consigue á menudo con el procedimiento de Spencer Wells,

pero como siempre hay algo de imprevisto, de aquí que muchas veces esa inflamacion exudativa en vez de ir por buen camino tome un carácter maligno, grave, y venga una peritonitis que termine la existencia. Este cambio fatal se manifiesta por síntomas muy característicos; concentracion del semblante, mareos, tendencia al vómito, y luego vómitos biliosos, pulso pequeño, frecuente, muy contraído y desigual, escalofrios bastante intensos, á los que no tarda en seguir un meteorismo muy acentuado, acompañado muy pronto de derrame seroso en el peritoneo. Cuando así marchan los sucesos y no obedecen á una medicacion enérgica no dá muchas treguas, bastando seis ú ocho horas para terminar fatalmente. Pocas veces se consigue llegar á un buen resultado, pero ya no sucede así cuando se presenta con cierta lentitud acompañada de síntomas adinámicos poco marcados, y con señales de llevar ligera malignidad: entonces hay mas seguridad en el tratamiento, para el cual se han aconsejado medios que parecen completamente opuestos; cubrir el vientre con grandes cataplasmas calientes para mantener en el abdómen un calor húmedo constante ó aplicar agua de hielo, y vejigas con nieve, que tan eficaz remedio es para muchas inflamaciones del abdómen. Al propio tiempo se administran como acompañante ó concomitante de este tratamiento local las bebidas heladas, ó trocitos de hielo que se tragan enteros para que lleguen al estómago sin detenerse. Ambos procedimientos dan buen resultado. Algunos ovariotomistas empiezan desde luego por la aplicacion del hielo; otros empiezan por agua tibia, en seguida agua fria, luego agua helada, y últimamente hielo al mismo tiempo que dan al interior algun sustancia ligeramente calmante, algunas gotas de espíritu de Minderero, éter, algunas gotas de láudano alternadas con los pedacitos de hielo, y alguna cantidad de caldo; pero todo se dá frio. Atendida la naturaleza de esa peritonitis, creo que es mas á propósito y tendria mas confianza en emplear el método refrigerante que la aplicacion del calor húmedo.

Hay, empero, un peligro, y es que por falta de vitalidad se gangrene la piel que corresponde á la incision abdominal; es menester para la cicatrizacion un acúmulo de vida, que se segregue la linfa plástica, y esto si hay mucho frio puede

dejar de suceder. Se han usado tambien como tratamiento los mercuriales, administrando pequeñas dosis de calomelanos por el método de Law: es un buen medio desde el momento en que se inicia la inflamacion, y sobre todo cuando tiene los caracteres de supuratoria. Otros operadores han aconsejado los purgantes para corregir el acúmulo de gases que estiran el peritoneo y dificultan la cicatrizacion, violentando mucho los puntos en donde están las suturas.

Otra complicacion es la hemorragia. La de las paredes no es frecuente, porque los vasos que se han cortado se han ligado ó quedan comprimidos por las mismas suturas. No sucede lo mismo con el peritoneo, en donde hay vasos de mayor calibre. Los que se hayan ligado no ofrecerán peligro, pero los que quedaron rasgados, aunque por de pronto no dieran sangre, pueden ya desprenderla en cuanto ha venido la reaccion. Todos los autores, sin embargo, están contestes en que esto es poco frecuente, pero cuando sucede no hay mas remedio que deshacer las suturas y buscar el vaso para ligarlo. Es mas frecuente la hemorragia del pedículo, ya porque se afloja la ligadura, ya que se produzca por debajo del clamps. El pedículo se rompe á veces y se retira y desaparece de la superficie. Si entonces viene un movimiento de reaccion súbita, despréndese la especie de tapon que se habia formado en los vasos y dan abundante sangre que se derrama en la cavidad abdominal. Esto acontece cuando viene el periodo menstrual, en cuyo caso, si el pedículo está á nuestro alcance, se cauteriza á fin de hacerse dueño de la hemorragia; si esta fuere poco abundante podrá acudirse á otro procedimiento hemostático, pero tendrá ya mas dificultades si el pedículo se ha introducido en el abdómen; entonces la hemorragia no suele ser inmediata, pero sí consecutiva al verificarse el movimiento de reaccion menstrual. Kœberlé en sus últimas estadísticas de ovariectomía dice que no se muere ninguna operada por hemorragia, y él no ha titubeado en abrir otra vez la cavidad abdominal cuando se han presentado aquellas, logrando así cohibirlas. Sin embargo, esto es algo entretenido y arriesgado, por lo que solo debe hacerse como último recurso.

Algunos autores han hablado de la operacion de tumores despues de abiertos espontáneamente. Sucede algunas veces

que el tumor revienta en la cavidad abdominal, en cuyo caso algunos sostienen que no debe operarse, porque el líquido es absorbido por el peritoneo, pero otros opinan que entonces es cuando debe operarse, porque si no se hace viene la peritonitis. En este caso debe seguirse el mismo método, pero con la diferencia de que no hay puncion: se procura extraer tambien el líquido de la cavidad abdominal con el contenido y cápsula, se liga el pedículo de esta, se limpia el peritoneo al mismo tiempo y se hace la sutura. Entonces no es operacion de eleccion sino de necesidad, por cuanto los síntomas graves de peritonitis indican que no hay mas recurso para contener su marcha que extraer los restos del quiste.

Una complicacion grave tambien es la pyohemia, que casi siempre tiene su partida en un punto profundo de supuracion, y por lo tanto arguye el precedente de la peritonitis. Kœberlé usa contra ella preferentemente el sulfato de quina. Esta medicacion es de buen resultado antes de la absorcion, pero despues que esta se ha realizado todo suele ser inútil, por lo cual lo que conviene es prevenirla, agotando y destruyendo desde el principio los focos productores.

Lo mismo diremos de la septicemia, producto de la descomposicion gangrenosa del pedículo.

Contraindicaciones.—Dos palabras sobre las contraindicaciones de la ovariectomía. Esta operacion no debe intentarse, cuando existe una enfermedad bien caracterizada del corazon, ó una tisis pulmonal, á cualquier grado de su desarrollo.

La albuminuria no constituye por sí sola una contraindicacion, pero, si la encontramos en una enferma de quiste, nos obliga á examinar bien la orina para descubrir en ella los signos de una dolencia grave de los riñones. Así si se descubren en ella cilindros fibrinosos, glóbulos de pus ó de sangre, es decir, los caracteres distintivos de la enfermedad de Bright, deberemos abstenernos de operar, porque hay pocas garantías de éxito.

Si en el ovario ó en otro punto del abdómen, existe un tumor maligno, la regla es de no operar, á menos que exista la indicacion apremiante de hacerlo, que surge de la abertura del quiste en el peritoneo.

Finalmente, si existiese en la época de la operación un estado patológico cualquiera, deberá corregirse y hacerlo desaparecer antes de practicarla, porque mientras subsista perjudicará siempre al buen resultado, por mas que se atiendan todas las demás condiciones.



APÉNDICE

A LA LECCION DUODÉCIMA.

—o—o—o—

Estadística de la ovariectomía.—Como complemento de lo dicho en la lección que precede acerca esta notable operación, creo de notable utilidad continuar algunos datos estadísticos acerca el resultado de las mismas obtenido por diferentes operadores, algunos de los cuales en sus últimas series han obtenido ya muchos más éxitos felices.

Operador.	Nacionalidad.	Núm. de casos.	Curados.	Muertos.
Spencer Wells.	Inglaterra.	400	293	107
Clay.	“	210	138	72
Baker Brown.	”	120	84	36
Keith.	”	100	81	19
Bryant.	”	28	17	11
Willet.	”	12	4	8
Thyler Smith.	”	17	14	3
Nussbaum.	Alemania.	34	18	16
Spiegelberg.	”	16	10	8
Stilling.	”	17	8	9
Stoldberg.	Suecia.	21	17	4
W. Atlee.	Estados- Unidos.	242	162	80
Kimball.	”	130	86	44
Dunlap.	”	60	48	12
Bradford.	”	31	28	3
Peaslee.	”	26	17	9
White.	”	25	17	8
Marion Sims.	”	12	10	2
Emmet.	”	17	8	9
Kammera.	”	5	1	4
Mac Ruer.	”	22	16	5
Axford.	”	7	5	2
Allen Smith.	”	5	2	3
Nøggerath.	”	6	1	5
Turner.	”	9	4	5
Crosby.	”	5	2	3
Green.	”	8	5	3
Beebe.	”	8	6	2
Tewkbrory.	”	7	3	4
Will.	”	6	3	3
Gaillard Thomas.	”	27	18	9
Tracy.	Australia.	13	10	3
Kæberlé.	Francia.	120	84	36
Boinet.	”	24	16	8

Las circunstancias que favorecen el buen éxito de la operacion son, segun la mayoría de autores:

- Claridad y certeza del diagnóstico.
- Buen estado constitucional de la enferma.
- Deseo de la enferma de ser operada.
- Condicion unilocular ó *paucilocular* del quiste,
- Poca masa sólida en el pedículo.
- Poco espesor de las paredes.
- Falta de adherencias.

Por el contrario, hay circunstancias desfavorables, y con cuya concurrencia es mas frecuente la mala terminacion de la operacion.

Estas son:

- Oscuridad del diagnóstico.
- Debilidad constitucional extremada.
- Desórdenes gástricos é intestinales.
- Depresion moral.
- Predominio de los elementos sólidos en el quiste.
- Coexistencia de otros estados morbosos.
- Espesor considerable de las paredes abdominales.

Sin embargo de esto, resulta de las observaciones de Clay que la emaciacion de la enferma influye poco en el resultado de la operacion. Hé aquí el notable cuadro que sobre esta particular publica y que comprende 229 casos.

Terminacion.	Salud buena.	Salud alterada	Gran emaciacion.	Complicacion con otras enfermedades.	Complicacion con embarazo.
Éxito feliz. . . .	21	17	47	21	2
Mal éxito. . . .	21	25	46	27	2
TOTAL. . . .	42	42	93	48	4

Los resultados diferentes á que dá lugar la naturaleza del tumor vienen expresados en el siguiente cuadro, debido tambien á Clay.

Terminacion.	Tumor monocístico.	Tumor policístico.	Tumor sólido	Tumor mediano.	Tumor pequeño.	Tumor voluminoso.
Éxito feliz. . . .	19	66	8	14	4	30
Mal éxito. . . .	25	106	13	17	3	18
	44	172	21	31	7	48

En España se han practicado hasta ahora pocas ovariectomías normales para poder formar estadísticas. Los primeros ensayos fueron muy fatales, pero al fin se han modificado, y hoy por hoy se cuentan ya algunos éxitos felices. Los mas notables ovariectomistas españoles son los Doctores Creus, Gonzalez Encinas y Rubio, cuyo afán por los adelantos de la Cirujía, es bien conocido de todos sus contemporáneos.
