

Bosquejadas, genéricamente, las indicaciones que cumple la operacion de que nos ocupamos, vamos á exponer los puntos en que ésta puede practicarse.

Varios cirujanos han elegido la línea blanca por debajo del ombligo para penetrar en el vientre; otros, como Sanson, recomiendan la parte media de una línea que, tomando origen en la mitad de la cresta iliaca, fuese á terminar en el borde inferior de la última costilla falsa.

En algunos casos especiales en los que la hidropesía del testículo se comunica con la del vientre por el conducto inguinal, se ha aconsejado verificar la puncion en el escroto, con el fin de cumplir dos indicaciones á un tiempo: la evacuacion del hidrocele y la de la hidropesia abdominal.

Generalmente, el procedimiento más recomendable y el que de ordinario se sigue en nuestro pais, es el que consiste en ejecutar la paracétesis en la parte media de una línea que pase, desde la depresion umbilical á la espina iliaca ántero-superior.

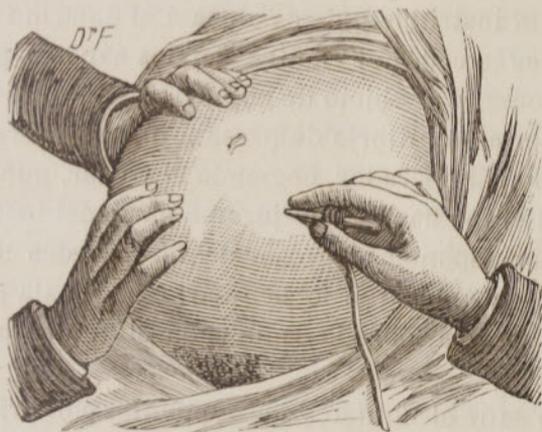


Fig. 351. Paracétesis abdominal.

La eleccion de este sitio se funda en la situacion de la arteria epigástrica, porque ésta, al ascender por la parte ántero-lateral del abdómen, queda hácia la parte interna del punto donde recae la puncion; sin embargo, no debemos tener entera confianza en este dato anatómico, porque hay que tener en cuenta que, al dilatarse el abdómen por el empuje de la hidropesía, cambian las relaciones orgánicas; habiéndose dado bastantes ejemplos en los que el

trócar ha llegado á perforar la arteria epigástrica ó uno de sus ramos colaterales de grueso calibre, dada la gran hemorragia que se ha presentado.

Para huir de este accidente, debe tomarse como punto de eleccion, en la línea ántes mencionada, la union del tercio inferior con los dos superiores, pues de este modo el instrumento no herirá ni la expresada arteria, ni los ramos más altos de la circunfleja iliaca que quedan inferiormente.

¿De qué manera debe verificarse la operacion? Aunque el liquido puede evacuarse por medio de los aspiradores, es preferible usar un trócar de tres aristas, procurando que la cánula no forme un *resalte* muy pronunciado sobre la superficie del punzon para que pueda introducirse con facilidad.

Como medio para precaver la entrada del aire en la cavidad abdominal, es conveniente fijar sobre el pabellon de la cánula el extremo de un tubo de tripa ó de goma, que obre como una válvula que, al mismo tiempo que favorezca la salida del liquido, impida la entrada de dicho fluido.

Dispuesto el instrumental se coloca á el enfermo sobre el borde de la cama y se le rodea el vientre con dos sábanas puestas en tres ó cuatro dobleces, á el objeto de comprimir las paredes abdominales y establecer el equilibrio de presion que se alteraria por la salida del liquido. El operador, cogiendo el trócar, punza con fuerza, y en un solo tiempo hasta inmerjer una parte del instrumento, cuya longitud corresponda el grosor de las paredes del vientre; y para no introducir más que lo necesario, se señala aquella de antemano con el índice sobre la cánula con el fin de que el dedo sirva de *deten*.

Empieza á salir el liquido y los ayudantes comprimen las sábanas con el objeto indicado; mas en el caso de que á el enfermo se le presentase una *lipotimia*, se le hace aspirar, por la nariz vinagre ó amoniaco, colocándole la cabeza un poco en posicion declive.

Si algun peloton de tejido adiposo impidiese la salida de liquido ó se abocase alguna víscera sobre la cánula, seria conveniente remover un poco á el enfermo, y si aún no diese resultado, entónces debe introducirse una sonda para que quedese expedita la evacuacion.

Puede ocurrir (y de ello se han podido observar algunos hechos), que la serosidad salga completamente roja, haciendo creer que

es sangre; debido á la materia colorante de ésta disuelta en el liquido que compone la *ascitis*. Un médico de Antequera nos refirió en una consulta que con él tuvimos, que habia podido hacer esta observacion algunas veces, alarmándose mucho en un principio por el temor de haber herido algun grueso vaso. Casos parecidos citan tambien varios autores, los cuales no deben confundirse con los que en realidad han existido lesiones vasculares importantes.

Cuando ya ha salido toda la cantidad de liquido que se ha podido extraer, se cubre la puncion con un pedazo de aglutinante en figura de cruz de Malta, colocando despues una torta de hilas, compresas y un vendaje de cuerpo.

En el abdómen se presentan algunos abscesos viscerales que unas veces se abren á el exterior y otras se comunican con alguno de los conductos (trompas de Falopio ó intestinos) y por ellos verifican la evacuacion.

De los primeros hay numerosos ejemplos. Con el Dr. Rodriguez Mendez pudimos observar dos de este género. Tratábase en el primero de una mujer que padecia un enorme absceso en la fosa ilíaca izquierda, á él cual dióse salida á el exterior por medio de los cáusticos, siguiendo el proceder clásico de Graves y Recamier. Esta enferma tardó bastante en reponerse, debido á la gran cantidad de pus que llegó á expulsar. El segundo hecho se refiere á una mujer, que, con motivo de su primer parto, tuvo un absceso del ovario izquierdo. Como ésta tenia grandes sufrimientos, y como por otra parte no se notaba punto de fluctuacion, introdujimos la cánula pequeña del aspirador de Dieulafoy como medio de exploracion, y pudimos extraer unos 45 ó 60 gramos de pus. Entónces aplicamos los fontículos con el fin de establecer adherencias y reunir el liquido patológico en un punto para darle salida.

Hecho lo referido, dividimos las escaras evacuándose una considerable cantidad de pus, con lo que la enferma se vió libre del absceso.

El bazo, aunque se haya creido que esta glándula estaba á cubierto de las supuraciones, tambien ha sido el asiento de ellas.

Nuestro cólega, Dr. Robert, hace algun tiempo que publicó en los *Anales de Ciencias Médicas* una historia clínica referente á este asunto; y en dicho caso el pus debió evacuarse por el codo que forma el cólon descendente con el transversal.

Sobre el hígado tambien radican abscesos y quistes serosos

é hidatídicos cuyas afecciones reclaman muchas veces la intervencion quirúrgica.

Las colecciones purulentas del hígado son muy frecuentes en ciertos países cálidos, como en la *Martinica*, en *Méjico* y *Santo-Domingo*, habiendo podido los prácticos conocer numerosas observaciones.

Dos métodos generales, con diversas variantes, se han propuesto para dar salida á las colecciones purulentas: el primero por medio de los trócares y cánulas de los aspiradores; el segundo, valiéndose de los cáusticos para establecer adherencias entre el peritóneo parietal y visceral; y una vez que éstas se hayan formado, incindir para dar salida á el pus.

Ambos métodos tienen sus inconvenientes y por estos motivos se ha pretendido modificarlos, añadiendo las ventajas de uno á el otro; en efecto, la puncion sola podrá motivar, en algunas ocasiones, que el pus se derrame en la cavidad peritoneal y se presente la difusion flegmásica y la peritonitis generalizada; por otra parte, el uso de los cáusticos es doloroso, tardío en obrar, y aún así, puede acontecer que las adherencias no se hayan establecido en el punto que se desea.

Lo más admitido en este género de operaciones consiste en lo siguiente: tantear y explorar detenidamente el punto probable de la coleccion purulenta y tener seguridad de ello mediante una puncion exploradora con una cánula pequeña, empleando despues los cáusticos, de cuyo procedimiento nos ocuparemos más adelante.

Hoy, como dice Péan, no son tan temibles las punciones como en otros tiempos lo eran. Dicho cirujano las practica ordinariamente entre el 7.<sup>o</sup> espacio intercostal y el 10.<sup>o</sup>, por ser los sitios que corresponden á los puntos del hígado en que de ordinario se forman los abscesos.

Despues de verificada la puncion se saca el punzon, dejando la cánula para impedir el derrame de pus en la cavidad peritoneal y para que provoque adherencias, las cuales deben servir de garantía para evitar los accidentes mencionados.

Esta cánula nos puede guiar para aplicar á el lado otro trócar que, al mismo tiempo que inmoviliza la viscera, produce la inflamacion adhesiva de las hojas peritoneales y evacua el pus.

Los médicos de Méjico—segun dice Péan—son atrevidos en esta

clase de punciones cuando se trata de abscesos. El procedimiento que usan (que toma el nombre de su autor: Jimenez) consiste en hacer un pliegue de la piel para formar un trayecto subcutáneo, introduciendo luego un trócar bastante grueso, para llevar por la cánula un tubo de goma que se deja fijo en aquel punto. Despues se hace la compresion del hipocondrio derecho mediante un vendage de cuerpo con el fin de poner en contacto, tanto como sea posible, la superficie del hígado con la pared abdominal.

Manifiesta Péan sus temores acerca de este procedimiento, que puede exponer á la caída del pus en la cavidad peritoneal, motivada por los movimientos del enfermo, porque no se hayan establecido las adherencias, ó bien, porque al introducir el tubo pueda ocasionar una vía falsa, debido á la poca consistencia de las membranas peritoneales.

Vamos á describir el procedimiento que generalmente emplea este profesor y que el mismo titula: *Puncion con trócar explorador que queda fijo y abertura por medio de los cáusticos.*

Lo primero que debe hacerse es un reconocimiento minucioso, señalar con el lapiz dermatográfico el punto más doloroso del hipocondrio y ver si se nota la fluctuacion. Estos dos datos tienen una gran importancia, *dentro del cálculo de probabilidades*, para fijar el asiento de la coleccion purulenta.

Cuando ya se haya determinado el lugar presumible del absceso, se introduce un pequeño trócar en dicho sitio, y, fijando perfectamente la cánula, se extrae el punzon para que el pus salga.

Verificado este tiempo operatorio se pueden seguir dos caminos distintos: uno que consiste en la aplicacion de fragmentos de potasa cáustica á lo largo de la cánula, y en el otro que se incinde la pared abdominal, hasta muy cerca del peritóneo, para poner los cáusticos que establezcan las adherencias.

El segundo proceder es mucho más ventajoso porque obra con más rapidez y seguridad.

Péan recomienda mucho la mayor inmovilidad, tanto en el operado como en los tubos de goma que se aplican para el desagüe del pus, procurando tambien que las inyecciones se hagan con todo el cuidado posible.

El cirujano francés inmoviliza el hígado rodeando la parte inferior del torax con una capa gruesa de algodón recubierta por un vendaje de cuerpo.

El tratamiento general para sostener las fuerzas del paciente consiste en una bebida cordial con ron ó aguardiente; administrando tambien la quinina, el acónito y el ópio.

Los abscesos hepáticos tienen una gran propension á fundir el tejido de la glándula, por cuyo motivo creemos muy peligroso el procedimiento que llamaremos *mejicano*, el cual, si dá resultado en varias ocasiones se debe á que la misma marcha del absceso ha provocado, por la *influencia de vecindad*, la formacion de esas neo-membranas que atan y fijan la glándula á las paredes abdominales. Pero supongamos que el absceso se ha producido en poco tiempo y no ha dado lugar á que se establezcan las adherencias, ¿seria en este caso ventajoso el penetrar en el hígado con un grueso trócar y pasar luego un tubo de goma? ¿tiene el práctico seguridad completa de que se han formado neo-membranas de consistencia? Nosotros creemos que en este punto hay que caminar con paso seguro, aunque con alguna más lentitud, que al fin no es mucha si los trozos de pasta de Viena se aplican sobre la cara profunda del peritóneo.

El proceder *mejicano* no ha ocasionado los muchos accidentes que son de temer en estos casos porque debieron haberse establecido las adherencias, que á decir verdad, no se pueden diagnosticar ni en su consistencia, ni extension, lo cual hace insegura la maniobra operatoria.

La prueba de que esto sucede, viene á ser la multitud de hechos que existen, en que las colecciones purulentas se han abierto paso hácia el cólon y hasta sobre el diafragma y pulmones, saliendo el pus por la boca. Siendo nosotros historiadores de la Clínica quirúrgica de Granada, recogimos una observacion, referente á un individuo que habia residido muchos años en la Martinica, cuyo sugeto habia padecido *una apostema del hígado*— como él decia—diagnosticada por los médicos que le vieron en aquella colonia, y cuando ya se disponian á operarle, el pus se fraguó una salida por el diafragma y base del pulmon, expulsando una considerable cantidad de dicho líquido por los bronquios, restableciéndose algunos meses despues de esta evacuacion.

El hígado viene á ser tambien el asiento de *quistes serosos é hidatídicos*: los primeros son muy raros; en cambio los segundos son bastante frecuentes, hasta el punto que hoy se cuentan numerosos ejemplos. Dejando aparte la etiología y génesis de los hidati-

des y la manera como sobre el hígado se fijan, rodeándose de una membrana quística, vamos á fijarnos tan sólo en algunos datos fundamentales que tienen gran importancia para distinguir los *quistes serosos de los hidatídicos*, y en el tratamiento quirúrgico que debe emplearse en estas ocasiones.

En los primeros no existe el *temblor hidatídico*, caracterizado por una especial sensación, que el observador puede experimentar comprimiendo con una mano el tumor y con la otra golpeando sobre la parte más culminante del quiste, sosteniendo aquella un poco tiempo despues sobre el punto del choque. Cuando esto se practica se percibe una impresión parecida á si se comprimiese un *muelle de reloj*.

Otro de los caracteres consiste en la naturaleza del contenido quístico. El líquido en el *cistoma hidatídico* es transparente y claro sin materia albuminosa reconocible por el calor y los ácidos; el de los quistes serosos es ménos transparente y contiene materias albuminosas que fácilmente pueden apreciarse mediante los reactivos usuales. A más, la materia contenida lleva en suspensión algunas veces otras sustancias que colorean el suero del quiste.

Como síntoma principal debemos tener en cuenta que en los *cistomas hidatídicos* hay señales evidentes de esta clase de parásitos en diversos periodos de su desarrollo.

Sentadas estas bases, y habiendo determinado el sitio y extensión del afecto, el cirujano debe proceder á el tratamiento quirúrgico, pues las aplicaciones terapéuticas de otra especie no dán los resultados que algunos prácticos creyeron.

El primero de estos lo divide Péan en cuatro métodos generales, 1.º Electro-puntura. 2.º Puncion simple. 3.º Abertura con los cáusticos. 4.º Puncion con gruesos trócares.

La electro-puntura preconizada por Thorarensen, Fagge y Durham se lleva á cabo del siguiente modo: en el punto más culminante del tumor se introducen dos agujas doradas, de las cuales una se comunica con el polo negativo de la pila eléctrica de Trouve ó de Daniel, debiendo penetrar aquella hasta el mismo quiste, mientras que la otra aguja queda en el espesor de las paredes abdominales.

La sesion operatoria debe durar de 10 á 25 minutos, al cabo de los cuales se oye una crepitacion especial debida á el despren-

dimiento de burbujas de hidrógeno. La reabsorción quística se verifica en poco tiempo.

Péan, cuya competencia en el asunto es indudable, por el gran número de operaciones que de este género lleva practicadas, describe el método de la punción simple, diciendo que se debe acostar á el enfermo en decúbito horizontal, y el operador, colocado á la derecha, procura que el quiste forme el mayor relieve posible, introduciendo entónces la cánula perforada de uno de los aspiradores de Potain ó Dieulafoy hasta penetrar en el interior de la cavidad quística. Empieza á salir el líquido, y cuando ya se encuentra aquella en estado de vacuidad, se separa bruscamente el trocar comprimiendo fuertemente la pared abdominal, de manera que se adose con fuerza el hígado con ella para impedir el derrame en el peritóneo.

Durante dos días se recomienda á el enfermo que no haga movimiento alguno, se le aplica un vendaje de cuerpo que le comprima el hipocondrio derecho y se le administra algún narcótico.

Si el líquido se reprodujera pasado algún tiempo, debe verificarse una nueva punción; pero si á pesar de repetirse estas evacuaciones persistiera la cavidad quística, en este caso deben emplearse algunas inyecciones de una disolución de tintura de yodo ó de alcohol.

Las punciones, á pesar del poco traumatismo que producen, ocasionan la muerte de los hidátides, y en algunas ocasiones flegmasías que terminan por la supuración. En estos últimos debemos obrar como si se tratase de abscesos hepáticos.

Sobre la vesícula biliar suelen acumularse cálculos que dan origen á terribles y dolorosos cólicos hepáticos. También por una obturación del conducto cístico suele estancarse la bilis, dilatándose enormemente el reservorio de este producto de la secreción, hasta tal punto, que algunas veces se ha tenido que recurrir, tanto en uno como en otro caso, á la intervención quirúrgica.

J. Petit publicó una Memoria acerca de los abscesos y retenciones que se forman en la vesícula biliar. Dicho autor establece un diagnóstico preciso fundado en la anatomía topográfica y en la naturaleza de estos padecimientos.

El punto preciso de la vesícula biliar corresponde al borde inferior de las costillas falsas por detrás del músculo recto anterior del abdomen.

Cuando se presenta una coleccion purulenta, el tumor no está circunscrito sino difuso, con edema en sus contornos y acompañado de escalofrío, fenómenos generales, etc.; en cambio, si se trata de cálculos biliares ó retenciones del líquido que el hígado segrega, la tumefaccion es más circunscrita, los síntomas de reaccion presentan exacerbaciones muy pronunciadas y la fluctuacion es más aparente en el punto correspondiente á la vesícula biliar.

Petit tenia noticias de dos observaciones de puncion sobre el reservorio de la bilis, que habian sido seguidas de muerte; y á pesar de ello, dicho cirujano verificó la operacion de la manera siguiente: incindió la piel frente a la vesícula biliar, y ántes de llegar sobre dicho reservorio notó que éste se iba aplanando, por lo cual vino en conocimiento de que el acúmulo de bilis se habia abierto paso por los conductos naturales, deteniéndose el operador en este tiempo operatorio, impulsado por este cambio; en efecto, algunos dias despues el enfermo hizo abundantes deposiciones de líquidos verdes, que vinieron á confirmar las sospechas del práctico francés.

Este habia propuesto, en los casos de cálculos, la talla de la vesícula biliar, que toma el nombre de *colecistotomia*; pero cuya operacion no sabemos si llegó á efectuarla.

Pean refiere, que el dia 30 de Marzo de 1878, Sims practicó una puncion sobre la vejiga de la bilis, por medio del aspirador, en una enferma, que desde algun tiempo venia padeciendo de un gran acúmulo bilioso en dicho punto, creyéndose unos prácticos que se trataba de un quiste.

Por la puncion aspirada extrajo Sims 950 gramos de un líquido amarillento oscuro, que desde luego se creyó bilioso. Con esto tuvo la enferma algun alivio; pero como se reprodujera la estancacion, siendo graves los síntomas, dicho cirujano—prévia consulta—se decidió por la *colecistotomia*, cuya operacion fué ejecutada poco tiempo despues de la puncion.

Incindió paralelamente á la línea blanca en el punto más culminante del tumor, que estaba á 9 centímetros á la derecha del ombligo. El corte media unos 7 centímetros próximamente. Como la herida sangrase mucho, hubo necesidad de recurrir á la hemostasia por medio de las pinzas. Abierto el peritóneo, salió de esta cavidad una considerable cantidad de serosidad rojiza.

Puesto á descubierto el tumor, introdujo uno de los trócares

más voluminosos del aspirador de Dieulafoy, que dió salida á 720 gramos de un líquido negruzco.

Vaciado el quiste y fijo hácia la parte exterior, verificó Sims sobre las paredes de aquel una incision de unos seis centímetros, y limpió las paredes quísticas por medio de esponjas, pudiendo extraer otros 60 gramos más del mismo líquido y 60 cálculos biliares.

Suturó despues una parte del quiste á los bordes de la herida abdominal aplicando la cura fenicada.

La operacion, segun dice Péan—que asistia á ella—duró una hora y diez y seis minutos. Algunos dias despues se le presentaron á la enferma intensos fenómenos febriles, *hematemesis abundantes*, muriendo al cabo de poco tiempo. En la autopsia no se encontraron señales de peritonitis, y en cambio, los bordes de la herida estaban cicatrizados.

No ha escapado tampoco el bazo á la intervencion quirúrgica: lo que ántes eran terrorificas operaciones, muchas de ellas producto de equivocaciones diagnósticas, hoy se han instituido en métodos y procedimientos que han tomado *carta de naturaleza*, practicándose con muchísima frecuencia.

Las punciones, los cáusticos y el procedimiento de Begin, tienen ya un empleo bastante generalizado en el tratamiento de los *quistes hidatídicos del bazo*. El proceder de este último consiste en poner al descubierto el tumor, mediante las correspondientes incisiones en el abdómen, suturar la pared de aquél á la del vientre, del mismo modo que se lleva á cabo esta maniobra quirúrgica con el intestino para establecer el ano artificial.

Cuando ya está fija la cubierta quística, se abre, dando salida á el contenido y usando despues inyecciones antisépticas.

Holstein ha hecho muchas punciones simultáneas sobre el quiste para establecer adherencias entre las hojas peritoneales. Péan emplea el mismo proceder que para los abscesos hepáticos.

Tambien se ha extraido el bazo por causas de hernias, hipertrofias leucémicas, palúdicas, quistes y otra clase de neoplasia. Los accidentes más terribles de la operacion son las hemorragias y peritonitis, porque la pérdida del bazo en nada afecta á la salud general del individuo, segun ha podido observarse en los *esplenotomizados* y los diversos experimentos que los fisiólogos han verificado en animales.

La mortalidad hasta el presente es considerable, pues de una estadística que Péan presenta, compuesta de 24 operaciones, no se cuenta sino una curación por Zacarelli—el primero que en 1549 la practicó—dos de Péan, otra de Martin, y la última de Czerny, que la llevó á cabo con motivo de una hipertrofia del órgano.

## SECCION VII.

OPERACIONES QUE SE VERIFICAN EN LOS ÓRGANOS  
DEL APARATO GENITO-URINARIO DE AMBOS SEXOS Y EN LAS MAMAS.

---

### LECCION C.

Temores de los cirujanos franceses á la ovariectomía.—Modo como se fué generalizando la operacion.—La ovariectomía en España.—Cuadro estadístico del Dr. Pulido Fernandez, comprendiendo las operaciones de este género, llevadas á cabo, desde la primera que se practicó hasta la verificada en el mes de Mayo de 1880.—Operaciones posteriores ejecutadas hasta nuestros dias.

Pocas operaciones habrán causado tanto horror como la ovariectomía, cuando esta maniobra quirúrgica no habia llegado al grado de perfeccion con que hoy se ejecuta.

Una operacion que consiste en abrir el abdómen, poner el descubierto vísceras importantes, separar adherencias, incindir vasos, cohibir hemorragias, causando con todo esto multiplicados traumatismos, habia de retraer necesariamente á los cirujanos del empleo de dicho medio quirúrgico, que más que una operacion parecia una *autopsia* practicada en el vivo: solamente de este modo puede comprenderse la gran oposicion de los operadores franceses á dicha operacion.

Cuando se discutia en la *Academia francesa* la ovariectomía, todos los profesores excepto uno, el célebre Cazeaux, la rechazaban, sin consentir siquiera el examinarla en sus fundamentos ni en los resultados hasta entónces obtenidos: tanto en Inglaterra como en los Estados-Unidos.

El célebre Malgaigne, decia, refiriéndose á la operacion, en la sesion de la Academia, verificada en 4 de Octubre de 1856: *que la ovariectomía era un método demasiado radical, y que ponía desde luego á las operadas al abrigo de la recidiva*: no era posible más ironía en ménos palabras.

Moreau, dejándose llevar de un apasionamiento que no era el más adecuado en las discusiones serias y templadas de una Aca-

demia, decia refiriéndose á la misma operacion: *que debia de ser clasificada en las atribuciones del ejecutor de las justicias.* Solamente Cazeux (enemigo en épocas anteriores de esta maniobra quirúrgica), habia tenido el valor de protestar contra las exageraciones y anatemas de los académicos antedichos; este tocólogo decia lo siguiente: «Yo creo, que *antes de proscribir, es necesario examinar, y hasta ahora no se ha examinado lo suficiente.*»

Mucho tiempo costó en Francia el que la ovariectomía llegara á generalizarse, y hasta que Nélaton pudo estudiarla en Inglaterra, no llegó á aconsejarla en Francia, practicándola en varias ocasiones con éxito variable (1). Desde esa época fué ganando terreno entre los operadores franceses, algunos de los cuales, como Kæberlé y Péan, la llevaron á cabo con el mayor grado de perfeccion, obteniendo numerosos éxitos. Entre los cirujanos ingleses, Spencer Wells ha practicado un considerable número de ovariectomías obteniendo felices resultados, hasta el punto que el número de casos desgraciados ha sido menor en la última série de operaciones que en las amputaciones del antebrazo: segun las observaciones recogidas en ambas clases de operaciones quirúrgicas. Tambien los cirujanos alemanes han verificado multitud de veces este método.

Con el objeto de dar una idea de las ovariectomías que en España se han practicado vamos á transcribir un cuadro que el doctor Pulido Fernandez publicó en los *Anales de Obstetricia*, periódico que dirige nuestro amigo Dr. Ulecia, añadiéndole nosotros algunos hechos referentes á una época posterior.

---

(1) En Francia, Maisonneuve—segun dice Rochard—habia extraido un quiste ovárico á una religiosa en el año 1849, y la operada murió á las pocas horas. Rigaud y Hergott perdieron tambien dos enfermas al verificar la ovariectomía. Igual éxito tuvieron que lamentar Boinet y Richard.

Estos fracasos habian amenguado el ánimo de los cirujanos franceses, hasta el punto que se consideraba temeraria cualquier tentativa que se hiciese en este concepto.

Cuando Nélaton volvió de Inglaterra y vió operar á los prácticos ingleses, de vuelta á París, se propuso emplear la ovariectomía en el primer caso que se presentase, é instigó á sus cólegas animándolos á proseguir en esta vía. Demarquay fué el primer cirujano que encontró la ocasion de hacer la ovariectomía. Tratábase de una jóven de 19 años de edad que padecia un quiste multilocular. Esta enferma fué á la consulta de este último cirujano, y en union de Nélaton se practicó la operacion en el convento de las Agustinas—fuera de París—por ser un punto higiénico. La ovariectomía se llevó á cabo en Febrero de 1862 segun el método inglés; pero la enferma murió á el tercer dia con motivo de una violenta peritonitis.

# CUADRO

DE LAS

## OVARIOTOMIAS PRACTICADAS EN ESPAÑA HASTA EL MES DE MAYO DE 1880.

(Discurso del Dr. Pulido Fernandez en la Sociedad Ginecológica, publicado por los Anales de Obstetricia.)

Número.....	OPERADORES y fecha de la operación.	EDAD y estado.	NATURALEZA y disposición del tumor y su contenido.	ADHERENCIAS.	OTROS DATOS HISTÓRICOS.	Terminación.	OBSERVACIONES particulares.
1	Rubio, — 1863 — Sevilla, . . . . . Soltera,	27 años.	Quistes voluminosos y en gran número en el lado derecho; coexistencia de tumores fibrosos; contenido variable, con una materia cerebriiforme reblandecida; lado derecho. . . . .	Multiples. . . . .	Aspecto demacrado. Varias punciones dieron salida á líquidos de diferente naturaleza ya parecido al jarabe de goma, ya al chocolate, y en grande cantidad. Sintomas de peritonitis consecutiva á las punciones. Cuando se operó á la enferma estaba anasárquica, muy demacrada, imposibilitada de andar, etc.; no se logró cloroformizarla, sufriendo en perfecto conocimiento la operación que fué laboriosa anómala, y circunstancial. . . . .	Murió al 15 <sup>o</sup> día. . . . .	Tuvo grandes frios, que hacen presumir una reabsorción purulenta.
2	Rubio, — 1864 — Sevilla, . . . . .	30 años.	Quiste unilocular: lado derecho. . . . .	Ligeras adherencias, que se pudieron deshacer con el borde cubital de la mano en el sitio de las punciones, y adherencias en el fondo y cara posterior del quiste. . . . .	Empezó á sentir trastornos gástricos en 1859, y despues hinchazon del vientre. Demarquay le diagnosticó de quiste del ovario derecho, y le punzó y le puso inyecciones iodadas. Despues se repitieron muchas veces las punciones, hasta el extremo de hacerla mensualmente. Pediculo grueso y vascular, constituido por la raíz del ovario izquierdo, la trompa y vasos. El pediculo se fijó á la mitad de . . . . .	Curó los 21 días. . . . .	Este caso ofreció grandes dudas en su diagnóstico, y la operación comenzó con la histerectomía, y la operación comenzó con incision exploradora.

<p>3 { Rubio, — 1864 — } 22 años. Sevilla, . . . } Soltera.</p>	<p>Quiste multilocular del lado derecho, con líquido mucilaginoso, y dorado en un punto y achocolatado en otro. Los quistes grandes eran 16 y de ellos dos quisto-sarcomas.</p>	<p>Múltiples y de difícil desprendimiento, . . .</p>	<p>menzó á crecerla el vientre, sin causa conocida; las menstruaciones persistieron, aunque cortas; la disnea, los dolores y la excesiva tension del vientre obligaron á punzar el quiste, del que salió un líquido dorado y mucilaginoso. Al operarla se vió el peritoneo con una degeneracion de textura por la continuada presion del quiste; se extrajo con mucha dificultad el tumor por sus adherencias; se ligó el pedículo con un cordón metálico, pero en seguida se cortó en un vómito, presentándose una hemorrágia que se dominó con ligaduras parciales. Se suturó con un procedimiento especial la herida, para un caso de hemorrágia poder abrirla pronto. Se dejó el pedículo en el peritoneo. . . . .</p>	<p>Murió á los cinco dias.</p>	<p>El síntoma predominante fué una timpanitis exagerada de gases fetidísimos, que, en concepto del Sr. Rubio, causaron una intoxicacion gaseosa.</p>
<p>4 { Rubio — 1865 — } 25 años. Sevilla, . . . } Casada.</p>	<p>Quisto-sarcoma del lado derecho; líquido acetado. El tumor era irregular, de 12 á 13 pulgadas en su diámetro mayor y 9 en el menor; de 3 y 1/2 libras de peso, esciriforme, paredes de 1 pulgada de espesor y en algunos puntos lardáceas y cartilaginosas. . . . .</p>	<p>Adherencias íntimas al mesenterio, en cuya cara posterior parecia implantado. . . . .</p>	<p>A los pocos dias de un aborto notó, á los 22 años de su edad, la existencia de un tumor doloroso en el vientre, que fué inútilmente tratado por la farmacología, y que en una consulta fué diagnosticado por exclusion de embarazo tubario. Abierto el abdómen, se rectificó el diagnóstico, al ver un enorme tumor, del que se extrajeron dos libras de un líquido acafetado. . . . .</p>	<p>Murió á los ocho dias.</p>	<p>Se presentó desde el segundo dia una diarrea incorregible á toda medicacion.</p>
<p>5 { Rubio, — 1867 — } 56 años. Sevilla, . . . }</p>	<p>Degeneracion quística multilocular de ambos ovarios, con tumores sólidos de la magnitud de un puño unidos á la pared de los grandes sacos. Degeneracion quisto-sarcomaosa del útero; líquido gelatiniforme</p>	<p>Múltiples é íntimas del omento al peritoneo; bridas fuertes entre los tumores y el peritoneo. . . . .</p>	<p>Alta, demacrada, fibrosa. Salió de la menopausia sin novedad y hacia nueve años que comenzó á notar el abultamiento de su vientre. Se la hicieron varias punciones durante el curso de su mal. En el ovario derecho no existía pedículo, y por la degeneracion del útero hubo que amputarle. Quedaron muchas ligaduras en el vientre. La operacion fué laboriosísima. . . . .</p>	<p>Murió al 4.º dia. . . . .</p>	<p>Hubo síntomas ligeros de peritonitis y post-traction evidente.</p>

Número.....	OPERADORES y fecha de la operación.	EDAD y estado.	NATURALEZA y disposición del tumor y su contenido.	ADHERENCIAS.	OTROS DATOS HISTÓRICOS.	Terminación.	OBSERVACIONES particulares.
6	Rabio.—1868— Sevilla, . . . . .	31 años. Viuda.	Bilobular del lado derecho líquido gomoso y verdoso. . . . .	Sin adherencias. . . . .	A los 25 años notó el abultamiento de su vientre en la parte inferior derecha, y supone la enferma que empezó poco después de un aborto de ocho meses, habiendo tenido ántes otro aborto y ningún hijo. Al operarla estaba demacrada y con grandes molestias que la impedían dormir. La operación se verificó con toda facilidad, porque el quiste carecía de adherencias; ligadura parcial de los vasos del pedículo y cauterización de éste. Se limpió el peritoneo pelviano. . . . .	Curó á los 18 días. . . . .	
7	Gomez Torres— 1872.—Granada, . . . . .	21 años. Soltera.	Quiste irregular, de 22 centímetros de ancho, y con una superficie interior anfractuosa, una capa ósea, porciones de piel, mechones de pelo, más de 400 dientes de todas clases, y el mayor número encajado en verdaderos alveolos; huesos múltiples y de insólitas formas: lado izquierdo. . . . .	Ligeras entre el tumor y el peritoneo, y otras un poco más íntimas con la pared abdominal. . . . .	Sanguinea, vigorosa y de buena salud; mentruó bien desde los 15 años hasta los 20, en que un susto la hizo caer al suelo con un síncope, suspendiéndose la menstruación, que reapareció á los cuatro meses. Pasados ya otros cuatro, y ocho del susto, sintió dolores pungitivos en la fosa iliaca izquierda, y explorándola se notó un tumor movable del tamaño de un huevo de gallina, que, creciendo luego, llegó hasta la region umbilical. El médico del pueblo, al notar la fluctuación, la incindió y evacuó una gran cantidad de líquido espeso, fistulándose la abertura y saliendo por allí parte del tumor, que presentaba multitud de dientes inarrancables y un apéndice parecido á un dedo. Síntomas físicos de virginidad. La operación no ofreció grandes dificultades. La falta de pedículo y la imposibilidad de hacerle . . . . .	Retrasaron su curación la supuración de la herida y las peritonitis locales que se presentaron	Curó á los 73 días. . . . .

8	Manrique de Lara. — Febrero 1873.—Madrid.	26 años, Casada.	Quiste multilocular, dermoidal y purulento; lado izquierdo. . . . .	Adherencias extensas é intimas del tumor con el peritoneo pelviano, órganos inmediatos, y sobre todo el útero. . . . .	desde los 16 años un tumor en el lado izquierdo y bajo el abdómen, y dolores que la llevaron á un estado semi-caquético; fluctuacion oscura, tumor cuatrodedos por encima del ombligo. La operacion fué larga y laboriosísima; copiosas hemorragias, que reclamaron los cauterios y toques con proto-cloruro de hierro, además de la multitud de ligaduras. Fijación del pedículo á los lábios de la herida, sujetando los cabos de la ligadura á un pedacito de madera que se dejó atravesado en el ángulo inferior de la incision. Duró la operacion siete cuartos de hora.	Murió á las 56 horas. . . . .	Se presentaron síntomas mortales de pos-tracion, despues de una reaccion franca.
9	Creus. — 4 Diciembre 1874. — Granada. . . . .	20 años, Soltera.	Unilocular y voluminoso; líquido espeso y oscuro. . . . .	Adherencias filamentosas. . . . .	La enferma se encontraba muy extenuada, y aún cuando la operacion fué sencilla y poco laboriosa, no resistió al choque traumático. . . . .	Murió á las 30 horas. . . . .	Se presentó un colapso del que no salió la enferma.
10	Losa. — Diciembre 1874. — Madrid. . . . .	30 años, Casada.	Sarcomatoso, de 47 centímetros en su diámetro y 9 en el menor; lado derecho. . . . .	Ninguna. . . . .	Casada y con tres hijos, nerviosa, buena salud habitual y menstruando regularmente desde la edad de quince años. Tuvo sus dos últimos hijos padeciendo ya del tumor. Al operarla, sus condiciones eran excelentes; el tumor, ovoideo é indolente, ocupaba el vacío derecho. Se incindió el abdómen en unos 10 centímetros; se hizo aparecer el tumor por un extremo; el pedículo estaba cerca del extremo mayor y se pudo ligar perfectamente	Curó en 30 dias. . . . .	A los quince dias la herida estaba cicatrizada. Al año y medio de la operacion la enferma concibió y parió felicemente.
11	Rubio. — 43 de Mayo de 1875. — Madrid. . . . .	3	Quisto-fibroma del ovario derecho. . . . .	Adherencias extensas é intensas. . . . .	Extenuadísima: la disnea le impedía guardar cama; edema en las extremidades inferiores. El quiste se punzó tres veces con intervalo de ocho á doce dias, para evitar la asfixia; el quiste habia ocasionado una hidropezia ascitis. . . . .	Murió en el mismo dia. . . . .	No hubo reaccion.

Numero.....	OPERADORES y fecha de la ope- racion.	EDAD y estado.	NATURALEZA y disposicion del tumor y su contenido.	ADHERENCIAS.	OTROS DATOS HISTÓRICOS.	Terminacion.	OBSERVACIONES particulares.
12	Rubio. — 26 de Mayo de 1875.— —Madrid, . . .	30 años. Casada.	Quiste multicelular muy grande del lado de- recho. . . . .	Adherencias internas á la matriz y al fondo de la pélvis. . . . .	Se halla muy avanzado el padecimiento, pero las condiciones de la enferma no eran muy malas. La operacion se hizo laboriosa por las adherencias y por la carencia absoluta de pediculo. . . . .	Murió al si- guiente dia.	Acometida de un vómi- to clorofórmico y en estado de delirio, fué á levantarse y se ca- yó al suelo, de don- de la levantaron ca- daver. Peritonitis.
13	Remuñitas Mon- tiel.—1875.— Jerez, . . . . .	34 años. Casada.	Unilocular de superficie oscura y muy vascular. Se vacaron seis litros de un líquido oscuro y denso como un jarabe: lado izquierdo. . . . .	Extensas adherencias en ambos lados, que re- clamaron á veces una verdadera diseccion y ligaduras: hubo pre- cision de dejar porcio- nes de quistes adhiri- dos á los intestinos. . .	Nulipara, á pesar de diez años de matri- monio; buena salud; menstruaciones re- gulares. Hacia tres años (á los 31) que comenzó á sentir dolores y abultamiento en el vientre, que la produjeron luego trastornos digestivos. Se le pusieron mo- xas y sedales; se le hizo la primera pun- cion á los dos años de su mal, y luego se repetieron hasta el número de 21. Su vientre parecia el de una embarazada de siete meses, la operacion fué laboriosa y duró siete cuartos de hora, por las adhe- rencias que eran estrechísimas en el sitio de los sedales. Se ligó el pediculo con hilo fuerte y se aplicó el <i>clamp</i> . Una capa de colodion y vejigas llenas de nieve al vientre, que luégo se reemplazaron por dos metros de intestino de vaca llenos de hielo, que se enroscaron al vientre.	Curó en 28 dias..	El pediculo se despren- dió á los diez dias.

La muerte fué determinada por una perforación intestinal de origen no averiguado por la autopsia.

Murió á los 46 dias.

La temperatura, sin embargo, arrojó en diferentes exámenes 38 3/5, 39 1/5 y 39. No se encontraron lesiones á que achacar la muerte.

Murió á las 32 horas por sideración nerviosa.

quisite al operarla, dejando intacto el pedículo circular adherido á la S iliaca. Todo iba bien, cuando á los diez ó doce dias de la operacion ascendió el término hasta los 40 grados, y buscando la causa, se introdujo un dedo por la parte inferior de la herida junto al pedículo, ya desprendido, y se notó un foco profundo y fétilo, que se evacuó con el mismo dedo y despues de canalizado se agotó. Tres dias ántes de la muerte, y encontrándose la enferma tan bien que ya iba á levantarse, apareció en un punto de la herida, que aún supuraba algo, tres ó cuatro centímetros por debajo del ombligo, un poquito de pus oscuro, que olia á heces. Al dia siguiente habia en aquel sitio una placa de gangrena como una peseta y salia más líquido excrementicio, y en el tercero las fuerzas se agotaron rápidamente, la gangrena se extendió y murió la enferma.

De buena salud habitual, casada y sin hijos. Tuvo un susto estando menstruando, á los 33 años, por el cual se le suspendió el flujo, que reapareció tres meses despues; pero observando ya desde esta época un pequeño tumor hácia la fosa iliaca izquierda. Se la hicieron tres punciones sin dar salida á líquidos. Cuando ingresó en la clínica la enferma estaba demacrada. La operacion fué laboriosa y lenta por las adherencias; no hubo hemorragias. El pedículo se fijo en la parte inferior de la herida. Apósito sencillo.

Adherencias parietales y viscerales: una circular del diámetro de una peseta, muy íntima y situada en la parte inferior de la S iliaca.

Lateralmente á la altura de los hipocóndrios, al recodo izquierdo del intestino grueso, á todo el colon descendiente. Sifíca, ciegos, intestinos delgados, parte alta y lateral de la matriz, etc.

Multilocular y muy voluminoso; líquido espeso y de diferentes aspectos.

Quieste unilocular; líquido seroso y trasparente: lado izquierdo.

14 { *Cruis*, — 1875, — 42 años, Casada, Granada, . . . }

15 { *G. Encinas*, — 42 años, Casada, 1877, — Madrid, . . . }

Numero.....	OPERADORES y fecha de la ope- racion.	EDAD y estado.	NATURALEZA y disposicion del tumor y su contenido.	ADHERENCIAS.	OTROS DATOS HISTÓRICOS.	Terminacion.	OBSERVACIONES particulares.
16	{ Craus. — Febrero } 35 años. { 1878. — Madrid. } Viuda. {	{ Quisto-sarcoma del ova- rio izquierdo. . . . .	{ Sin adherencias el tu- mor; pero sí el omen- to para el peritoneo parietal. . . . .	Nulipara, regularmente constituida, ner- viosa, histérica desde los 12 años; mens- tracion al principio deficiente, pero despues natural. Atribuye el principio de su mal á disgustos y sufrimientos morales ocurridos hace dos años y me- dio; estando cuatro meses sin mens- tracion al principio del mal, y ocho dias ántes de reaparecer, sintió intensos dolores en el tumor, que le duraron hasta otros dos despues de haber termi- nado el flujo; desde entónces todos los meses sentia idénticos dolores, advir- tiendo que despues de terminados los dolores y la menstruacion, el tumor apa- recia aumentado en su volúmen. <i>Se la operó en la atmósfera antiséptica.</i> Se disecó en dos y medio centímetros por los lados y hacia abajo hasta la vejiga el peritoneo del omento; se vació una cavidad quística; se extrajo el tumor por una abertura necesaria de 16 centí- metros. Apósito antiséptico. . . . . Se ignoran detalles. <i>Antiséptica.</i> . . . . . Linfático-nerviosa, tuvo dos partos ante- riores y sufría habitualmente de mala salud. Se creyó embarazada en el año anterior; pero viendo que pasaba el tiempo de su embarazo, se llamó un profesor, quien diagnosticó un quiste ovárico; se la hizo una puncion. La operacion se hizo en atmósfera antiséptica. . . . .	Curó y fué curada al ta á los 28 dias. . . . .	Presentó sin omias lige- ros de peritonitis circunscritas.	
17	{ G. Encinas. — Ma- yo de 1878. — Madrid. . . . .	3	Adherencias. . . . .	Se ignoran detalles. <i>Antiséptica.</i> . . . . . Linfático-nerviosa, tuvo dos partos ante- riores y sufría habitualmente de mala salud. Se creyó embarazada en el año anterior; pero viendo que pasaba el tiempo de su embarazo, se llamó un profesor, quien diagnosticó un quiste ovárico; se la hizo una puncion. La operacion se hizo en atmósfera antiséptica. . . . .	Murió. . . . .	3	
18	{ Rubio. — Marzo } 30 años. 1879. — Madrid. } Casada.	{ Quiste multilocular y de paredes espesas. Líquido amarillento, verdoso y trasparen- te, doce artillos.	{ Ligeras á la cara cóncava del bígado, pero fuertes á la pared ab- dominal y al mesen- terio. Exigieron el	Se ignoran detalles. <i>Antiséptica.</i> . . . . . Linfático-nerviosa, tuvo dos partos ante- riores y sufría habitualmente de mala salud. Se creyó embarazada en el año anterior; pero viendo que pasaba el tiempo de su embarazo, se llamó un profesor, quien diagnosticó un quiste ovárico; se la hizo una puncion. La operacion se hizo en atmósfera antiséptica. . . . .	Curó al mes.	El pedículo se desprecen- dió á los entorece dias. Ha concebido y partido la mujer á los tres meses.	

<p>19 { <i>Jeremias Devesa</i>—Junio de 1879—Santiago</p>	<p>que ocupó gran parte de la cavidad abdominal. El contenido consistía en grandes masas caseosas, que envolvían mechones de pelo, huesos de diversas figuras, multitud de dientes; el líquido era sero-colóideo purulento, y en algunas células colóideo: lado izquierdo. . . . .</p>	<p>Íntimas del tumor con la pared abdominal, y ligeras con el mesenterio y el mesocolon izquierdo. . . . .</p>	<p>Murió al tercer día. . . . .</p>	<p>Colapso: la herida se había reunido casi por completo, y no hubo síntoma alguno de peritonitis. . . . .</p>
<p>20 { <i>Rubio</i>.—Diciembre 1879. — Madrid. . . . .</p>	<p>Unilocular; líquido trasparente, aunque espeso, de consistencia siruposa. lado derecho.</p>	<p>Ligerísimas adherencias en la parte superior y derecha del tumor. . . . .</p>	<p>Curó á los 31 días. . . . .</p>	<p>El pedículo se desprendió á los veintidos días. . . . .</p>
<p>21 { <i>Ferreras</i>.—1880 Barcelona. . . . .</p>	<p>Multilocular. . . . .</p>	<p>Muchas adherencias. . . . .</p>	<p>Curó. . . . .</p>	<p>Se presentó un desallicimiento á las catorce horas, vómitos, pequenez del pulso; debido, en concepto de los profesores que la vieron, á la falta de reaccion. . . . .</p>
<p>22 { <i>Perez</i>.—Mayo de 1880.—Albacete</p>	<p>Multilocular; componíanse los cuatro lóbulos: uno quístico, que contenía 16 cuartillos de un líquido albuminoso oscuro; y tres sólidos: uno de seis libras con materia cerebraliforme, otro sarcomatoso, y el otro lleno de acefalocistos. Peso total del tumor, 32 libras: lado derecho. . . . .</p>	<p>La presentaba en cuatro puntos distintos, y además dos bridas vasculares. . . . .</p>	<p>Murió á las 30 horas. . . . .</p>	<p>Se presentó un desallicimiento á las catorce horas, vómitos, pequenez del pulso; debido, en concepto de los profesores que la vieron, á la falta de reaccion. . . . .</p>

leucorrea. Tuvo tres partos buenos, y despues del último (dos años ántes de su operacion) sintió ligero dolor y abultamiento en el lado izquierdo, que fueron en aumento. Se le hicieron tres punciones é inyeccion de tintura de iodo diluida, sin dar otro resultado que una leve peritonitis. *Operacion de Lister*, y durante los dos primeros dias la temperatura se elevó por la tarde de 39°, 8 hasta 40,9, bajando ya el tercero, y entrando en un colapso, del que murió á las once de la noche.

Regularmente constituida, histérica, excitable, remonta á tres años el origen del tumor. Los tratamientos farmacológicos han sido reconstituyentes. Ninguna puncion. *Operacion de Lister*; se extrajeron ocho cuartillos de liquido. El pedículo se fajó segun el procedimiento del Dr. Rubio y se fijó con alfileres cruzados en la herida.

*Operacion larga y laboriosa. Mét.º Lister.*

Linfática-nerviosa; menstruó á los 16 años y siguió bien reglada hasta el dia de la operacion. Casó á los 22 años, abortó á los cuatro meses y tuvo luego tres buenos embarazos y partos. Hace año y medio sintió punzadas en la fosa iliaca derecha y un abultamiento; que inútilmente se trato de curar; se la practicó una puncion, con la que extrajeron seis cuartillos de un líquido albuminoso achocolatado. Se operó sin atmósfera fenicada, pero usando el agua fenicada; no hubo hemorragia, fué poco laboriosa; la enferma quedó en buen estado, pasando bien las primeras horas. . . . .

En el mes de Noviembre de 1880—segun refiere en una nota el Dr. Pulido—se verificaron en Madrid dos ovariomas: una por el Dr. Gonzalez Encinas, falleciendo la operada algunos dias despues, y la otra por el Dr. Rubio, el cual no pudo extirpar por completo el quiste ovárico por su tamaño y adherencias, muriendo la enferma al poco tiempo.

El 14 de Mayo de 1881 verificó el Dr. Vidal Solares una ovariectomia, no pudiendo extraer el tumor por la forma, naturaleza y adherencias que esta neoplasia tenia, por lo cual hubo de dejar aplicados dos constrictores con el fin de estrangular una parte de los tegidos que componian aquella.

La enferma murió el dia 16 por la mañana, atribuyendo el doctor Vidal Solares la causa de la defuncion á el *choque nervioso* ó *peritonismo*.

En 10 de Octubre del año 1881 el Dr. Rodriguez Fernandez hizo una ovariectomia doble en una muger de 36 años de edad, natural de Algarrobo, provincia de Málaga, llamada María Alcoba Ramos. Esta habia menstruado por vez primera á los 13 años y casado á los 19, habia tenido ocho partos, ocurriendo el último año y medio ántes de la operacion.

El quiste ovárico venia notándolo desde que tuvo el último hijo, aumentando la neoplasia hasta adquirir un enorme volúmen. Dicho tumor fué diagnosticado de un *cistoma ovárico multilocular*.

La operacion la describe el Dr. Rodriguez Fernandez del modo que vamos á exponer:

«Colocada la enferma, vestida con un traje de franela, sobre la mesa de operaciones y distribuidos los ayudantes, se desocupó la vejiga urinaria por medio del cateterismo (el recto ya lo estaba á beneficio de un enema) y á las 11 y 50 minutos de la mañana dió principio la clariformizacion. Llevada ésta á cabo rápidamente hasta el período quirúrgico, y lavadas previamente las manos, los instrumentos y las esponjas en disoluciones fénicas al 2 y 3 por 100 respectivamente, purificada la atmósfera por medio del pulverizador de Richardsson que no cesó de funcionar durante toda la operacion, procedí al primer tiempo de ella.

Hice una incision con un bisturí recto, extendida desde tres centímetros por debajo del ombligo hasta cuatro centímetros por encima del púbis, siguiendo la direccion de la linea blanca, y que comprendió la piel y el tejido celular subcutáneo; hecha la he-

mostasis de los vasillos divididos, continué incindiendo capa por capa, hasta que puesto al descubierto el peritóneo, se procedió por los ayudantes á cohibir con la escrupulosidad que convenia las ligeras hemorragias que eran consiguientes. Obtenido esto levanté con una pinza el peritóneo parietal, hice un ojal en él, por donde introduje una sonda canalada, y guiado por ella lo incindí en toda la extension de la herida.

Terminado el corte peritoneal salió de su interior una serosidad limpia y ambarina. Inmediatamente despues y lavadas de nuevo las manos, busqué las adherencias superficiales que no existian, siendo imposible penetrar más profundamente, por impedirlo la tension enorme del tumor y las paredes abdominales. En vista de esto decidí punzar la primera cavidad quística que se presentó á mi vista y que tenia una pared gruesa y muy vascular. Con el trócar de Spencer Wells se hizo esta puncion, dando salida á un líquido espeso y cetrino mezclado con bastante cantidad de sangre. Vaciada su cavidad y ántes de quitar el trócar se cogieron los bordes de la herida quística con una fuerte pinza de Péan, á fin de evitar el derrame de este líquido en la cavidad del peritóneo. Trás de esto se punzaron siete más, unas veces con el mismo trócar que el primero, y otras con el del aspirador neumático de Dieulafoy, extrayendo 7,300 gramos de líquido de diferentes especies.

Procedí de nuevo á la exploracion de adherencias y cavidades quísticas profundas, comenzando á desprender con la mano las primeras, con el fin de poner al descubierto las segundas, pues no creí prudente introducir el trócar en ellas sin tenerlas á la vista; pero no pudiendo llevarlas al exterior por el excesivo volúmen que tenian, me decidí á agrandar la incision de la pared abdominal; y en efecto, guiada por dos dedos de mi mano izquierda, introduje una tijera recta, y desviándome á la izquierda del ombligo, me extendí hasta dos centímetros por encima de este anillo; cohibida la hemorragia, incindí por el mismo mecanismo el peritóneo hasta el nivel de la herida exterior.

Lavadas perfectamente las manos y redoblando sus esfuerzos, los ayudantes encargados de impedir la salida de los intestinos y el epiplon, con las compresas de franela húmedas y templadas, empecé á enuclear el quiste de arriba abajo; usando unas veces la mano sola y comprendiendo otras entre dos ligaduras con el cat-

gut, é incindiendo en medio la brida que impedia este trabajo, conseguí, no sin grandes esfuerzos y mucho tiempo, volcar el tumor hácia las extremidades inferiores, á fin de examinar el pedículo, que se puede decir que no existia pues que el quiste se adheria fuertemente al útero que habia desviado hácia atrás y á la derecha al recto y la vejiga, contentándonos con romper estas adherencias, préviamente ligadas con fuerza por el catgut. Eucleado—pues, no debe emplearse otra palabra—el ovario izquierdo con su quiste, examiné el derecho el cual se encontraba igualmente enfermo, con el volúmen de una naranja y cavidades patológicas en su interior, en vista de lo cual decidí extraerlo tambien. En atencion á que éste tenia un pedículo largo, coloqué por debajo del ovario el *clamps* de Spencer Wells, y lo seccioné mediante el cuchillo del termo-cauterio de Paquelin. Hecho esto fué necesario dar un poco de vino á la enferma, pues el pulso era filiforme y las fuerzas decaian mucho.

Con la urgencia que el caso reclamaba, por las condiciones especiales en que la enferma se encontraba, empezamos la limpieza de la cavidad peritoneal. Cerciorados de que ningun vaso daba sangre y quitados con esponjas los restos de este líquido, procedimos á la union de la herida empezando por la parte superior; pusimos doce puntos de sutura profunda con hilo de seda, comprendiendo el peritóneo, y dejando el *clamps* colocado en la pared abdominal, hicimos la superficial con alfileres, y pusimos el apósito que consistia: en vendoteles untados en aceite fenicado, en una compresa fenicada, en algodón preparado en esta misma forma y un vendaje de franela. Fué la enferma trasportada á su cama, en un estado de postracion completa á las 3 y 30 minutos de la tarde, habiendo durado por lo tanto la operacion 3 horas y cuarenta minutos.»

Despues de varias alternativas murió la operada en la madrugada del tercer dia á consecuencia de un *colapso* profundo.

En la *Revista Médico-Farmacéutica* de Castellon se refiere otra ovariectomia verificada el 11 de Noviembre de 1881, en el pueblo de San Jorge de la provincia de Castellon de la Plana; y con el objeto de dar una idea de esta operacion que tuvo feliz éxito, pues la operada fué dada de alta á los 20 dias, vamos á describir la manera como la llevó á cabo el Dr. José M. Navarro.

Hecha en la línea blanca una incision desde el ombligo á dos

dedos por encima del púbis, y divididos capa por capa los tejidos subyacentes, hasta llegar al peritóneo, se cogió esta membrana con unas pinzas abriendo un ojal, que con la sonda y el bisturí desbridó en la extension de unos tres centímetros: abertura que sirvió de guia para dilatar con un bisturí de boton dicha membrana hasta los ángulos de la herida. Introducida la mano, excepto el pulgar, por la herida, se pasó entre el tumor y la pared abdominal, desprendiendo las adherencias numerosas, aunque poco resistentes, que existian. Puncionado el tumor, se extrajo todo el líquido posible, introduciendo toda la mano derecha para destruir todas las adherencias débiles que habia en diferentes puntos, pudiendo asegurarse el Sr. Navarro de que el tumor, aunque llegaba á el epigastrio, estaba libre de conexiones con los órganos en él colocados. En la parte izquierda existian tres adherencias, que sin dificultad fueron vencidas. Reconocido el lado derecho, tambien habia algunas bridas que cedieron con facilidad, y una parte resistente, que reclamó para su rotura la prolongacion de la herida en la extension de unos 3 centímetros, que tambien hacia preciso el excesivo volúmen del tumor.

Libre el quiste, se le sujetó con unas pinzas, y tirando con suavidad, se le fué sacando al exterior; ligado el pedículo con cuerda de tripa, se le cortó al nivel de la ligadura, abandonándolo en la cavidad del abdómen; se limpió esta cavidad con esponjas finas, se reunieron los labios de la herida con una sutura profunda emplumada y una superficial entrecortada, se introdujo por el ángulo inferior de la herida un tubo de goma y se colocó la cura de Lister. La operacion duró 2 horas.

El quiste era multilocular; en la celda mayor estaban abocados los siete cuartillos que extrajo la primera paracentesis: constituian la otra numerosas celdillas, sin comunicacion entre sí, y de capacidad de uno á cuarenta gramos, conteniendo un líquido fuertemente albuminoso. El peso de la parte sólida era de 2,000 gramos y la figura del tumor oblonga; más abultado en una que en otra extremidad, era el del tronco y cabeza de un feto ordinario.

En el mes de Noviembre del año anterior el Dr. Bonet verificó una ovariotomia, con motivo de un *quiste multilocular* que padecia una enferma de la Clinica de Obstetricia; falleciendo la paciente algun tiempo despues.

Como no pudimos presenciar la operacion, ni tenemos noticias

de ella más que por lo dicho en algunos periódicos políticos, los cuales por sus circunstancias no son los más idóneos para referir esta clase de maniobras quirúrgicas, nos abstenemos de dar más datos por temor de incurrir en algun error (1).

En un «*Remitido*» dirigido á un periódico político y de noticias, que se publica en esta capital, titulado «*Diario de Barcelona*» hemos leído el día 6 de Abril, que el Dr. Cardenal habia verificado dos ovariectomias con buen éxito. Como no tenemos otros datos que los leídos en dicho *Remitido*, suscrito por una señora, no podemos dar más detalles á nuestros lectores.

Finalmente, hemos visto hace pocos dias en el *Boletín de Medicina y Cirugía practicas* que el Dr. Castillo Piñeiro, ginecólogo de Madrid, habia practicado la operacion de que nos ocupamos el día 12 de Marzo del presente año. Tratábase en este caso de un quiste multilocular con algunas adherencias. Doce dias despues esta enferma marchaba hácia la curacion, segun se desprende por lo dicho en el citado periódico.

## LECCION CI.

Las inyecciones yódicas como tratamiento de los quistes ováricos.—Curacion espontánea.—Preparacion de la enferma, del local y de los aparatos.—Anestesia y tiempos operatorios.—Modalidades operatorias que se emplean segun la naturaleza, volúmen y adherencias del quiste.—Ligadura intra-peritoneal del pedículo.—Modo de suturar la herida.—Aplicacion del apósito y cuidados consecutivos.

Como la abertura extensa del vientre,\* para extraer los tumores que en dicha cavidad se implantan, era maniobra quirúrgica temible para nuestros antecesores, tanto por lo insólito de la operacion como por las numerosas imperfecciones con que el Arte contaba, se habia procurado ensayar otros medios que no fuesen tan cruentos como los que posteriormente se han practicado; así es, que cuando las inyecciones de tintura de yodo estuvieron muy en boga no habia quiste ni cavidad en la cual no se intentara el mencionado proceder. Velpeau indicó, en 1839, la posibilidad de

---

(1) Con motivo de la citada operacion hubo una gran polémica periodística acerca de la *prioridad* de esta operacion en Barcelona.

curar los quistes ováricos usando las inyecciones de tintura de yodo.

Varios prácticos, como Churchill, Williams y Boinet, habían patrocinado dicho método, y con él se obtuvieron algunos resultados cuando el quiste era unilocular. El último de estos profesores publicó en su «*Tratado práctico*» de las enfermedades del ovario, que se publicó en 1867, una observación referente á veinte años más atrás, concerniente á una enferma en la cual verificó la punción del quiste extrayendo 22 litros de un líquido seroso é inyectando 80 gramos de una solución yódica, al 25 por 100, obteniendo un éxito completo.

Nueve años después de la fecha á que nos hemos referido, Boinet había podido reunir 45 historias clínicas de las que contaba 31 éxitos favorables, 12 enfermas que no se curaron, y dos muertes.

Es indudable que en aquellos casos en que el quiste ovárico no alcanza grandes dimensiones, el yodo puede dar resultado si se trata de una cavidad quística unilocular; pero en la generalidad de veces este método será ineficaz. Es más, nosotros creemos que tanto la primera operación de Boinet como muchas otras que se cuentan, referentes á quistes que expulsaron un líquido seroso, no eran otra cosa que peritonitis enquistadas: porque las neoplasias ováricas, de las cuales nos ocupamos, cuando tienen la forma cistoidea, generalmente su contenido es un líquido espeso, casi de la consistencia del mucilago y que está muy distante de asemejarse á el líquido propio que segregan las serosas; tanto es así, que muchas veces este dato puede servir para establecer el diagnóstico diferencial, además de los muchos que se conocen.

El confundir la naturaleza y alcance de estos síntomas, ha producido notables errores de diagnóstico entre los tumores ováricos y las hidropesías enquistadas del peritонеo.

Aunque raras, se cuentan algunas curaciones verificadas por la rotura espontánea del quiste, dando salida á el líquido por la trompa de Falopio ó por las paredes del vientre. Respecto á el primer caso, cita Hugues Bennet la historia de una mujer en la cual salió el líquido contenido en la cavidad cistoidea, obteniendo la curación espontáneamente. Referente á la segunda forma, podemos nosotros exponer un hecho bastante curioso, del que vamos á referir algunos detalles.

Tratábase de una mujer que padecía un enorme quiste unilocu-

lar, el cual habia sido diagnosticado de hidropesia ascitis. Cuando esta enferma estaba dispuesta á operarse, su familia, *instigada por ciertos temores comunicados*, se opuso tenazmente á que llevásemos á cabo la operacion, y algunos meses despues, el quiste, que debia haber contraido adherencias con las paredes abdominales, supimos que se habia abierto paso al través de ellas, dando salida á todo su contenido, quedando el vientre de su volúmen normal, con una fístula, por la que se expulsaba en un principio el liquido propio de esta clase de cistomas, que más tarde se convirtió en purulento, provocando sucesivamente la septicemia y la muerte: posiblemente, por no haber verificado un desagüe lo bastante ámplio para que los liquidos no se estancasen. En esta enferma no llegó á emplearse el método antiséptico ni medios que obrasen con la energía suficiente para obtener la desinfeccion completa.

En la mayoría de casos, el cirujano ha de recurrir á la abertura del vientre para dar salida á dicha clase de tumores; y con el objeto de metodizar nuestro estudio, vamos á ocuparnos de los preparativos que son necesarios para ántes de efectuar la maniobra quirúrgica, la manera como ésta debe hacerse, segun la forma y el aspecto que presente la neoplasia, el modo como debe ponerse el apósito de cura, los cuidados consecutivos, y los accidentes que pueden presentarse.

Ciñéndonos á este programa, expondremos todo lo referente á el primer punto.

Es indudable que las condiciones que rodean á la operada deben influir sobre el éxito operatorio, como lo prueban los resultados obtenidos por algunos cirujanos, que cuentan un gran número de ovariotomias, verificadas ántes y despues de que se hubiesen generalizado las curas antisépticas, y de que la *Higiene quirúrgica* tuviese el incremento que hoy ha tomado.

Baker-Brown estableció en el sitio más sano de Lóndres una *casa de operaciones* con las condiciones indispensables para llevar á cabo esta clase de maniobras quirúrgicas; Demarquay trasladó á su primera operada á un *convento* próximo á Paris; y hoy, la mayoría de los cirujanos extranjeros, que especialmente se dedican á las ovariotomias, tienen una *casa de salud*—como generalmente se las llama—para asegurar en lo posible el éxito curativo.

Mas no siempre es posible operar en estas circunstancias, y entónces el cirujano debe procurar desinfectar el local y todos los

medios que más ó ménos directamente han de tener relacion con la enferma. Hennig, cirujano aleman, dice, refiriéndose á este asunto: «que no deberá permitirse la entrada á persona alguna que, *durante 15 dias por lo ménos*, no se hubiese mantenido libre de todo contacto con individuos atacados de *escarlatina y difteria*, y que no se hubiese desinfectado rigurosamente *desde la cabeza hasta los piés.*»

Tambien recomienda, que los que hayan de manipular sobre el abdómen de la operada no deben haber practicado autopsias ni ejercicios de diseccion algun tiempo ántes—que el cirujano aleman marca en 15 dias—para evitar los fenómenos infecciosos.

El local donde la operacion se verifique debe ser ancho y ventilado, manteniendo una temperatura constante de 20 á 24° C.; y si el aire es muy seco debe evaporarse alguna cantidad de agua para que tenga las condiciones de humedad consiguientes.

En cuanto á la desinfeccion del local, hay unos cirujanos que la verifican con los vapores rutilantes de ácido hiponítrico; otros con disoluciones de cloruro cálcico; y los más, con las de ácido fénico.

El instrumental que se emplea en la operacion debe tambien desinfectarse, como llevamos dicho al tratar de la cirugía antiséptica.

La cama donde ha de verificarse la operacion ha de ser estrecha, siendo muy recomendable la que Péan mandó construir, porque ésta, una vez que se haya practicado la maniobra operatoria puede servir para trasladar la enferma á su cama, sin molestias de ninguna especie, y manteniendo, sobre todo, la inmovilidad de las paredes abdominales, cuya circunstancia no debe olvidar en ningun caso el operador.

¿De qué manera debe prepararse la enferma? Algunos cirujanos emplean la administracion de un purgante de aceite de ricino, con el objeto de evacuar el tubo digestivo, y Kæberle aconseja el subnitrate de bismuto, con el fin de absorber algunos gases intestinales para que la operacion se lleve á cabo con más facilidad.

El vientre de la paciente debe lavarse cuidadosamente, con jabon fenicado, ó bien con una disolucion alcohólica; siendo muy conveniente el vestir á aquella con unos pantalones y una camiseta de franela, rodeando las piernas con una capa de algodón para que no disminuya el calor en las extremidades inferiores.

Los instrumentos que son necesarios para la ovariectomía son los siguientes: varios bisturíes rectos, convexos y de botón, pinzas hemostáticas de diferentes tamaños y figura, sondas canaladas, espátulas, tijeras rectas y curvas, pinzas de ligaduras, constrictores metálicos, porta-agujas, una pinza ancha para aprisionar la abertura del quiste, una vez que se haya verificado la punción con el trocar. Este ha venido usándose de distintos modelos, pero el que ofrece mayores ventajas, en nuestra opinión, es el que tiene una espiral cortante en las paredes de la cánula, porque de este modo impide la salida del líquido quístico y su derrame en la cavidad del peritoneo; teniendo además dicho instrumento, un tubo oblicuo soldado en las paredes de la cánula, el cual debe ajustarse á otro tubo de goma que sirve para evacuar el contenido de la cavidad quística en una vasija, que estará colocada en una de las partes laterales de la cama operatoria.

Como hoy predomina la tendencia—á nuestro modo de ver muy ventajosa—de dejar el pedículo del tumor ligado con catgut dentro del abdomen, están excluidos por este procedimiento los *clamps*, *cepos* y otra clase de instrumentos, que tenían por objeto fijar aquél en la parte inferior de la herida abdominal.

Además de lo expuesto, debe prevenirse una gran colección de esponjas antisépticas sumamente finas, montadas sobre mangos de madera ó de ballena, siendo mucho mejor los metálicos por su fácil desinfección; así como también deben prevenirse cuerdas de catgut, seda antiséptica, y todos los demás medios que están recomendados en las grandes operaciones, y de los cuales nos hemos ocupado con la debida detención en el principio de la Obra.

¿Con qué agente y de qué manera debe verificarse la anestesia para practicar la ovariectomía? Hasta ahora, el mayor número de operaciones se han llevado á cabo mediante el cloroformo; pero se le acusa á éste, de que produce el vómito, cuyo accidente perturbaba de una manera notoria la buena coaptación de los labios de la herida abdominal, sustituyéndolo con el cloruro de *metileno* y el *nitrito de amilo*, que algunos *ovariotomistas* han ensayado en la época moderna. Spencer-Wells era muy partidario del primero de estos últimos agentes anestésicos.

Aunque nosotros no podemos tener en este punto ideas concluyentes basadas en la experiencia propia, debemos manifestar que si las inhalaciones clorofórmicas se administran con las precau-

ciones necesarias, se puede evitar este accidente en la ovariotomía, como lo hemos podido comprobar en dos operaciones de este género, practicadas en el Hospital de la Princesa y en las cuales servimos de ayudante.

Cloroformizada la enferma, se vacía la vejiga urinaria por medio del cateterismo, con el objeto de que dicho órgano ocupe muy poco volúmen en el abdómen y no sea herido en el curso de la maniobra quirúrgica; lo cual verificado, se dá principio á la operacion colocándose el cirujano lateralmente ó entre las piernas de la enferma, como hace Péan, y se practica una incision desde la parte inferior del ombligo que termine á cuatro ó cinco centímetros por encima de la sinfisis pubiana, siguiendo la línea blanca.

La separacion de las paredes abdominales debe hacerse mediante diversos cortes, cohibiendo con escrupulosidad las hemorragias, aprisionando la boquilla de los vasos con las pinzas de Péan, y nunca debe penetrarse en el abdómen hasta tanto que esté dominada por completo la pérdida sanguínea. Obtenido esto, y una vez que se haya llegado sobre la capa peritoneal, se forma un ojal en la misma, con las precauciones necesarias para no herir las asas intestinales, é introduciendo despues el dedo índice ó la sonda canalada por la abertura, se termina la dilatacion de la serosa en toda la longitud que anteriormente hemos marcado.

Despues de este primer tiempo, puede encontrarse el operador con diferentes circunstancias á las cuales tiene que subordinar el camino que ha de seguir. Unas veces, hay un derrame ascítico, que se evacua desde el momento en que encuentra el paso libre, y el cirujano debe favorecerlo; pero encargando á los ayudantes que se encontrarán situados á las partes laterales de la paciente—que no dejen escapar las asas intestinales hácia el exterior. En otras ocasiones, aparece parte del epiplon por delante del quiste, y entónces hay que separar con cuidado esta membrana serosa; mas si ella tiene extensas adherencias con el quiste ó hay que verificar sobre aquél tracciones que lo lesionen, aconsejan algunos prácticos el ligar dicha parte serosa, fijándola (para que se expulse despues de mortificada) sobre el ángulo superior de la herida.

Puesta al descubierto la parte anterior del quiste, se examina si tiene ó no adherencias, se separan las que se puedan, sin introducir mucho las manos, cuyas maniobras deben economizarse en lo posible.