

17

PRIMERA SERIE  
DE  
DIEZ OVARIOTOMÍAS



*Dr. Rosalino Rovinsky y Alvar*



A la memoria del eminente cirujano

*D. Jaime Ramón Coll y Domenech*

*Catedrático que fué de Clínica Quirúrgica  
en la Facultad de Medicina de Barcelona*

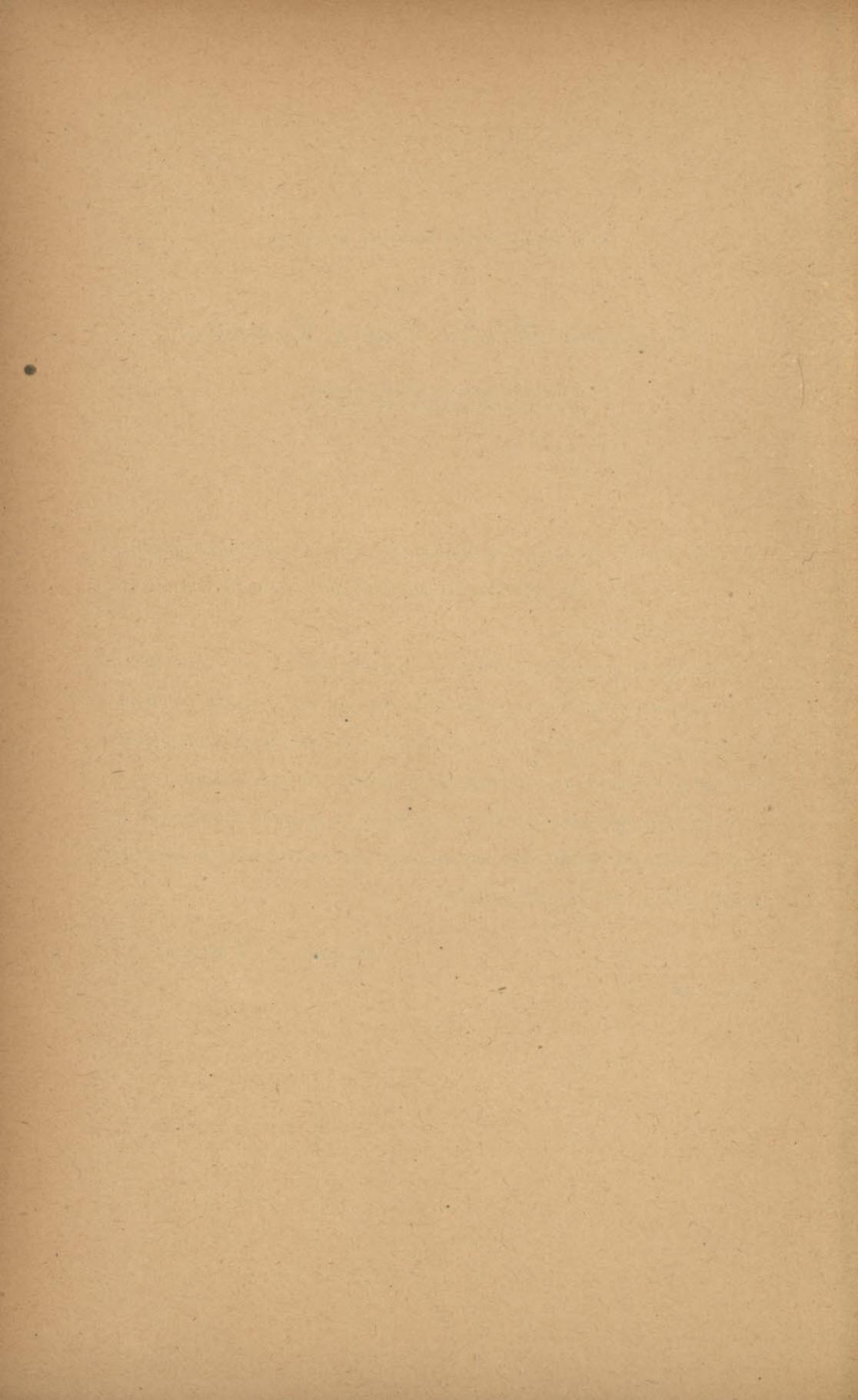
*En la sala de Disección me enseñó las primeras lecciones prácticas de Anatomía, y en las enfermerías aprendí sus excelentes enseñanzas de Clínica Quirúrgica.*

*Antes de su prematura muerte, la última operación á que asistió fué la primera ovariectomía practicada por mi, de la cual, honrándome sobrada é inmerecidamente, quiso ser el primer ayudante, comunicándome su reconocida serenidad que acrecentó con sus consejos.*

*De aquella operación emana este trabajo, y aunque el tributo es pequeño, séame permitido dar expansión á mi sentimiento de gratitud dedicándolo al que fué mi maestro.*

*Miguel A. Fargas*

Enero, 1886.



## PRIMERA SERIE DE DIEZ OVARIOTOMÍAS

---

COMPRENDIENDO con el nombre genérico de *laparotomía* toda operación que, mediante la abertura de las paredes del abdomen, penetra en la cavidad del mismo para cumplir indicaciones distintas, y circunscribiéndome para el caso presente al inmenso grupo de laparotomías cuyo objetivo es atacar enfermedades del aparato sexual de la mujer, dejando de lado las que surgen de indicaciones consecutivas á embarazos ó partos patológicos, deseo, antes de pasar á la exposición de los casos clínicos que van á ocuparme, exponer brevemente los motivos que me han inducido, por un lado, á separar de las laparotomías que llevo practicadas la clase de ovariomías, y por otro, á publicarlas en una serie de diez, reservándome las restantes hasta que tenga número suficiente para publicar una segunda serie.

Dejando por sentado que la extirpación del útero canceroso por el método de Freund, que entra en el género de las laparotomías, no es aún admitida como indiscutible, y obedeciendo á principios fijos emanados de indicaciones claras y precisas, quedan reducidas las laparotomías que tienen por objeto combatir enfermedades del aparato sexual femenino, á tres grupos bien distintos, tanto por las indicaciones que cumplen, como por las diferencias técnicas en el manual operatorio y por la gravedad que entrañan.

1.º Laparotomías cuya indicación nace de la existencia de una neoplasia en los ovarios: *ovariotomía*.

2.º Laparotomías cuyo objeto es combatir una neoplasia uterina no maligna: *miotomía*, *histerotomía* é *histerectomía*.

3.º Laparotomías que atacan los anexos uterinos, ovarios y trompas, enfermos sí, con ó sin lesión anatómica, pero no neoplásica: *la operación de Battey, de Hegar, ooforectomía ó castración, la operación de Lawson Tait*, etc. (1).

Respecto al primer grupo, es ya litigio resuelto: pasó la época de las luchas y de las controversias, y hoy la ovariectomía, es una operación aceptada, sujeta á reglas fijas, cuyos resultados son tan bien conocidos como las indicaciones precisas que cumple y el momento oportuno de practicarla; ha dejado de ser patrimonio de los que podríamos llamar *ovariotomistas*, para vulgarizarse, y entrar en la categoría de una resección, por ejemplo, ó la extirpación de una neoplasia en una región anatómica delicada y peligrosa, debiendo tener siempre en cuenta que el proceso patológico, en este caso más que en ninguno, puede acumular gran número de dificultades, y hacer surgir terribles accidentes, que salvará con mayor facilidad, el que á una buena serenidad y destreza reuna cierto número de operaciones anteriores; sin que esto autorice para los que la casualidad ha puesto algunos casos en nuestras manos, el más pequeño orgullo, ni el más insignificante privilegio.

Actualmente, el tratamiento de los tumores ováricos, si no son de naturaleza manifiestamente maligna, no admite controversia: los medios diagnósticos permiten casi siempre establecer su existencia con certeza, aun prescindiendo en muchos casos de la punción exploradora, y una vez formulado el diagnóstico, no tiene el profesor por qué apurarse, ni calentarse la cabeza acerca la conducta que debe seguir, y el plan terapéutico que ha de emplear: no caben dudas ni vacilaciones: *cuanto antes se extirpe, mejor*; esta es la sentencia que la ciencia impone al profesor en tales casos, si no existe contraindicación, y este es el eje sólidamente establecido hoy, alrededor del cual debe girar su conducta.

Ya en este punto, tampoco son posibles muchas vacilaciones acerca del manual operatorio, pues reina con relación á los detalles del mismo, unanimidad entre los operadores, rara por cierto en cuestiones médicas, y hasta las estadísticas son ya bastante numerosas y favorables para alejar todo escrúpulo, y permiten, con el estudio algo detenido de las condiciones individuales de cada enferma, hacer sin grandes esfuerzos un cálculo de probabilidades acerca del éxito de la intervención quirúrgica, obtenido el cual, no hay indudablemente en cirugía operación de más brillantes resultados consecutivos.

---

(1) Obsérvese que algunas veces sacrifico el purismo del lenguaje científico á la claridad del concepto clínico, al emplear, por ejemplo, neoplasia en concepto general, fibroma como palabra genérica, benigno en el terreno clínico, etc. Igual debo decir de la clasificación establecida, que especialmente por lo que se refiere al tercer grupo, no pretendo que sus límites y alcance estén bien delineados y completos.

Cabe en este punto sentar principios tan absolutos como los que dejo consignados, porque la evolución de los tumores ováricos, principalmente refiriéndome á los quistes, que son la inmensa mayoría, es hoy bien conocida, y es sabido que cuando empieza su desarrollo, siguen con más ó menos lentitud su crecimiento hasta que viene el desequilibrio entre el organismo y el tumor, aquél se afecta y sufre, y terminan con la muerte de la paciente en plazo más ó menos largo. No hay que esperar acontecimientos fisiológicos que cambien el estado de cosas: en la infancia, en la edad adulta y en la vejez, su evolución es la misma; ni el establecimiento de la menstruación, ni la menopausia, influyen en su curso en el concepto curativo, y entre contemporizar con un enemigo que á la primera ocasión y probablemente á no tardar, destruirá la vida del enfermo, ó atacarlo frente á frente, aun á trueque de poner en peligro esta misma vida, la elección no es dudosa, con mayor razón, teniendo en cuenta que el peligro es más pequeño cuanto menos se duda y más pronto se le ataca, porque el dominio adquirido sobre el organismo es menor.

Las laparotomías que tienen por objeto atacar neoplasias uterinas, han de formar grupo aparte de las anteriores, por los siguientes conceptos: 1.º las neoplasias uterinas benignas son mejor toleradas por el organismo que los quistes ováricos; 2.º hay medicaciones que pueden influir favorablemente en el desarrollo del tumor, y estados fisiológicos que pueden cambiar su curso, haciendo que no sea indispensable una operación tan cruenta y grave como la laparotomía; 3.º la indicación de la laparotomía no está sujeta á una regla absoluta como en el grupo anterior, sino que depende del estudio particular de cada caso, y del criterio del profesor; 4.º el manual operatorio no es tan expedito, ni existe unanimidad acerca de los detalles técnicos; 5.º La intervención quirúrgica es más grave que para los quistes del ovario, y da un contingente de mortalidad mucho mayor.

Un hecho clínico fundamental separa de una manera absoluta las neoplasias ováricas de las uterinas, hablando en tesis general, y ateniéndome al estado actual de los adelantos quirúrgicos en esta clase de afecciones: los primeros minan el organismo entero de una manera rápida, y son tales las perturbaciones y trastornos que determinan, que á la vida de las enfermas puede calcularse como término medio una duración de tres á cuatro años; las segundas, por el contrario, tienen un desarrollo lento, ligado tan sólo á trastornos locales, y raros son los casos en que trascienden al estado general de un modo manifiesto; muchas veces las enfermas descubren casualmente el tumor, ó tienen la primera noticia á consecuencia de un examen facultativo, y el tumor va creciendo generalmente con mucha lentitud, ó se detiene en su desarrollo, si no es que por felices circunstancias va disminuyendo hasta desaparecer por

completo. En resumidas cuentas, resulta que pocas veces un tumor uterino benigno pone en peligro la vida de la enferma, ó abrevia su duración: estas pocas veces son en aquellas en que está autorizada la laparotomía; á este propósito escribe Keith en un trabajo publicado el año último, «el número de casos de fibromas uterinos, en los cuales la intervención quirúrgica está justificada, cualquiera que ella sea, es notablemente pequeño: la proporción es poco más del 5 por 100,» esta cifra es quizás exageradamente reducida.

Cúmpleme hacer una aclaración, á fin de que lo que dejo apuntado no se entienda de una manera absoluta: entre los quistes ováricos, hay un grupo relativamente pequeño, el de los quistes para-ovarios, que por lo común se separan de la regla general, siendo perfectamente tolerados por las enfermas durante mucho tiempo y aun años, bien que exijan la punción paliativa que excepcionalmente podrá ser hasta curativa, colocándose bajo este punto de vista al lado de los tumores uterinos benignos. Al contrario, entre los fibromas uterinos, hay también cierto número relativamente corto, los fibromas císticos, algunos fibromas blandos, y uno que otro fibroma compacto, pero de rapidísimo desarrollo, que por su evolución, gran volumen y efectos consecutivos se parecen mucho á los quistes del ovario considerados clínicamente; empero, estas excepciones en nada invalidan la regla general antes establecida.

Resulta, pues, que un quiste del ovario, es una enfermedad local que invariablemente ataca el estado general hasta producir la muerte en tiempo relativamente corto, y que un fibroma uterino benigno, es bien soportado por la enferma, la economía en conjunto se resiente poco de su existencia, y únicamente en determinados casos llega á ser peligro cierto para la vida de la paciente. Esto explica sobradamente el distinto criterio que ha de guiar al médico en estos casos para la adopción de indicaciones quirúrgicas.

Además de esta diferencia, ventajosa hasta cierto punto para los fibromas, miomas ó fibro-miomas uterinos, existe la condición de que el médico no está completamente desarmado para el tratamiento de los fibromas uterinos, como le sucede ante un quiste del ovario: el yoduro potásico, la ergotina, la electricidad, algunas aguas minerales, etc., etc., desempeñan un gran papel en el tratamiento paliativo de estas neoplasias, cuando la indicación se toma oportunamente; hasta la misma paracentesis repetida, puede en algunos casos extraordinariamente raros, y que no he de discutir aquí, servir mucho para evitar una laparotomía, sin que la vida de la enferma haya de ser por ello menos duradera.

El embarazo y la menopausia, son dos fenómenos fisiológicos que en no pocos casos obran como poderoso agente terapéutico hasta el punto de producir muchas veces la curación completa de la enfermedad: no son pocos los fibromas que desaparecen ó se detienen en su curso, á consecuencia del periodo amenorréico subsiguiente al embarazo, y so-

bre todo es ya admitido como regla general, que la menopausia provoca la atrofia de los fibromas uterinos, y tan cierto es este hecho, que en él se funda la castración, siguiendo el método de Tait ó de Battey, á fin de determinar una menopausia artificial prematura, que impida el desarrollo ulterior de la neoplasia ó le imprima un movimiento atrófico perfectamente curativo.

Todos estos fenómenos deben tenerse en cuenta y son otros tantos factores que modifican la resultante del problema para cada caso particular: así como al tratar de los quistes del ovario decía sin reticencias, *cuanto antes se extirpe, mejor*; con respecto á los fibromas uterinos, no cabe sentar una regla fija acerca la conveniencia de practicar la laparotomía; las circunstancias de cada caso bien estudiadas y agrupadas, y juzgadas según el criterio del profesor, son las únicas que pueden decirle al médico si debe adoptar la laparotomía, aplazarla ó rechazarla en absoluto. La posición social, el estado, la edad, la variedad anatómica á que pertenece el tumor, el sitio donde radica, los síntomas que determina, el curso que viene siguiendo desde su comienzo y las complicaciones que ocasiona, constituyen las principales bases, que, bien estudiadas, han de darnos una solución razonable y firme. Claro está que con elementos tan diversos y tan variables para cada caso, la responsabilidad del médico es grande al emitir un fallo decisivo acerca la intervención quirúrgica, y su conciencia sólo puede permanecer tranquila después de detenido estudio y reposada meditación de todas las circunstancias y condiciones: yo puedo asegurar, que aunque no haya tenido dudas sobre el diagnóstico, nunca he emitido en los casos de fibromas uterinos mi opinión definitiva, antes de examinar detenidamente tres veces ó más á la enferma, como no se haya tratado de verdaderos casos de urgencia en que por las complicaciones surgidas, ó por el volumen del tumor, la indicación es de carácter vital. Dado un tumor voluminoso como una cabeza de adulto, por ejemplo, y libre en la cavidad abdominal, que no determina compresiones ni dolores, que no ha producido ninguna alteración general, que influye sobre cada menstruación determinando una menorragia regularmente abundante, cuyo desarrollo es lento, que obedece poco á la medicación paliativa y que recae en una mujer de 45 años, á la cual molesta tan sólo porque la imposibilita de verificar trabajos corporales de alguna fatiga y por el decaimiento que á cada periodo menstrual subsigue por algunos días, el problema clínico estará en gran parte supeditado á la condición social de la enferma: si ésta es rica y puede entregarse á una vida de holganza y buenos cuidados higiénicos, dietéticos y farmacológicos, no está indicada la histerotomía; si por el contrario, se ve obligada á sustentarse de su trabajo exclusivamente y carece de medios para disfrutar del sinnúmero de cuidados que estas afecciones exigen, entonces existe la indicación operatoria; porque la lucha por la vida que aquel organismo se ve obligado á sostener, de un

lado, con las circunstancias sociales que la rodean, y de otro, con el tumor que le asedia, es demasiado trabajosa para sus fuerzas, mientras que, interviniendo y librándola de su más próximo enemigo, aun á trueque de un gran peligro, ya que el otro enemigo común está fuera de nuestro alcance, habrá cumplido el médico con su deber.

Este criterio fué mi guía hace cosa de año y medio, en dos enfermas muy análogas bajo el punto de vista patológico, pero muy distintas por sus condiciones sociales, y que las ví casi simultáneamente, para aconsejar, en una, la histerotomía, y en otra, una temporada de espera al objeto de observar mejor el curso y convencerme de la necesidad de una intervención tan peligrosa: la primera, la operé de histerotomía supravaginal en Diciembre de 1884, y siendo su oficio pantalonera, hace ya once meses viene dedicándose al trabajo con grande ahinco y completo desembarazo; y la segunda, seguía en observación hasta hace tres meses, desde cuya fecha no he vuelto á verla, sin que en mi concepto *se haya presentado la indicación de ninguna maniobra quirúrgica*. ¿Cuántas veces la operación se impone por hemorragias profusas que amenazan la vida, causadas por tumores pequeños que, sin este síntoma, permanecerían quizás meses y meses en la economía de la enferma sin que atentarán contra su vida? Si el crecimiento del tumor es rápido y está lejana la menopausia, sin la posibilidad de que un embarazo venga á interrumpir su curso, y la medicación es ineficaz ¿está, acaso, justificada la inacción? O bien, si el crecimiento siendo bastante lento y habiendo fracasado nuestros esfuerzos, ha salvado la enferma la edad de la menopausia y el tumor no se ha detenido en su marcha invasora, ¿permaneceremos meros espectadores, mientras el organismo va perdiendo y el tumor ganando y, por ende, las buenas condiciones operatorias disminuyen? Acaso será la compresión de los uréteres por un tumor pequeño enclavado en la pelvis, ó la compresión del estómago, hígado y diafragma ocasionada por un tumor gigantesco que llena toda la cavidad abdominal, lo que nos obligue á incluir á la enferma entre aquellos pocos casos de fibroma uterino, en que la laparotomía, no sólo está justificada, sino que se impone. Los fibromas quísticos, por su parentesco con los quistes del ovario, los fibromas blandos, hemorrágicos ó no hemorrágicos, pero de crecimiento rápido, y los tumores que determinan accidentes ascíticos ó inflamatorios en la cavidad serosa del peritóneo, aumentan el contingente de laparotomías con indicación precisa.

Lo dicho basta para demostrar la inmensa diferencia que existe entre los tumores ováricos y uterinos, bajo todos conceptos, y lo difícil y variado que se presentará el problema clínico para estos últimos, si nuestra conducta ha de ponerse á salvo de todo reproche.

Aún sentada la necesidad de una intervención quirúrgica, queda la duda de si debe recurrirse á la extirpación del tumor ó á la castración:

como quiera que esta es menos grave, el asunto tiene mucha trascendencia. Estoy convencido, que actualmente, no cabe sobre esto sentar principios absolutos, y que, dado el estado actual de la ciencia, la castración ha de disminuir mucho el número de hysterotomías, produciendo tan buenos efectos como éstas y siendo menor su peligro: con todo, la elección depende de una serie de circunstancias inherentes á cada caso, y que no pretendo dilucidar aquí, porque me separaría por completo de mi objeto. Lo que sí diré, que la castración es una operación cuyos alcances aun no conocemos bien, seguramente de gran porvenir en la cirugía ginecológica y que ofrece recursos sorprendentes, pues en el poco tiempo que lleva de su introducción en la cirugía, ha producido y está produciendo grandes cambios, y cuenta que me refiero tan sólo al caso particular de los fibromas uterinos, lo cual, unido á los progresos que la técnica operatoria realiza, hará que yo no olvide estampar la fecha al pie de estas líneas, que si hoy, según mis convicciones, son expresión exacta de nuestros conocimientos, puede que dentro diez años las escriba con un sentido completamente distinto, tanto por lo que toca á la castración como á la hysterotomía. Recuérdese que hasta 1843, cuando el cirujano al abrir el abdomen se encontraba con un tumor uterino, no acababa la operación; desde esta fecha, hasta 1863, ya el atrevimiento fué mayor, y si por error de diagnóstico tropezaban los operadores con un fibroma ó cistoma uterino, no abandonaban la lucha é improvisaban la hysterotomía con más ó menos éxito: desde 1863, Kœberlé, y después de él otros muchos, emprendieron deliberadamente la hysterotomía, y desde 1873 hasta la fecha, y cada día en progresión creciente, la hysterotomía ha sido con frecuencia sustituida por la castración.

Ya sentada la necesidad de la extirpación de un fibroma uterino, no existe uniformidad entre los autores acerca del manual operatorio que debe emplearse, y como mi objeto no es discutir aquí este asunto, sino marcar la diferencia que separa las laparo-ovariotomías de las laparohisteromías, me contentaré con citar las palabras que sobre este asunto estampa Schrœder en su prólogo á la excelente obra de Hoffmeier: «aparte de algunos detalles, la ovariotomía puede considerarse como un capítulo completo y cerrado, mientras que para la hysterotomía la situación es exactamente la inversa.» Spencer Wells está tan conforme con este modo de ver, que, á propósito de la extirpación de tumores uterinos, dice en la última edición de su obra (1886), al hablar del manual operatorio: «no daré aquí ninguna regla propiamente dicha, y me contentaré con citar cierto número de casos, destinados á hacer comprender, por medio de ejemplos, los principales procedimientos operatorios.»

En lo concerniente al éxito operatorio, resulta que la mortalidad de la hysterotomía, con relación á la de la ovariotomía, es mucho mayor bajo cualquier punto de vista que se examine, y para no ser prolijo, citaré tan sólo algún dato referente á estadísticas de conjunto y á estadís-

ticas individuales. Actualmente, es fácil reunir estadísticas de conjunto sobre ovariectomía, tanto por nacionalidades como por grupos de operadores, en que la mortalidad no pasa de un 18 por 100: en cambio, para la histerotomía, recorriendo las estadísticas de Bigelow, encontramos, que hasta 1882, en algunas naciones el número de fallecidas sobrepasa al de salvadas ó le iguala, y en un cuadro en que se encuentran reunidos operadores que en la ovariectomía brillan por sus incomparables estadísticas, como Tait, Pean, Olshausen, Wells, Schröder, Kœberlé, Bantock, Thornton, etc., etc. de 344 laparotomías, por tumores uterinos, hay 214 salvadas y 130 fallecidas, ó sea más de un 30 por 100. Si miramos la estadística individual, para que exista más analogía, vemos que Lawson Tait, que ha llegado á presentar estadísticas de ovariectomía con un 10 por 100 de defunciones, de 30 operadas de histerotomía, perdió 10, ó sea más de un 30 por 100; y cito tan sólo éste, porque en ambos conceptos es el operador que presenta series más felices. Resulta, pues, compulsando las estadísticas, que la histerotomía es á la ovariectomía, bajo el punto de vista de la mortalidad, como 3 es á 1, según cálculo aproximado. No cabe duda que los adelantos quirúrgicos hacen mejorar incesantemente la suerte de la histerotomía, y quizás algún día podremos colocarla al nivel de la ovariectomía, cuyos éxitos son hoy en realidad sorprendentes.

Véase si sobran motivos, con lo que dejo apuntado, para separar de un modo radical las laparotomías que atacan tumores ováricos, de las que combaten fibromas uterinos, bajo todos los puntos de vista que se examine la cuestión: menos analogía hay entre la laparo-ovariectomía y la laparo-histerotomía, que entre la amputación del muslo y la del antebrazo.

Por lo que se refiere al tercer grupo, es actualmente difícilísimo decir nada concreto, á pesar de que con toda probabilidad en días no lejanos ha de dar mayor contingente que ninguno de los otros, de los cuales se distingue esencialmente por la heterogeneidad que presenta en las múltiples indicaciones que cumple.

Ha pasado poco más de un decenio desde que Battey dió publicidad á su primer caso de castración, y asombra ver el desarrollo que ha tomado y las distintas aplicaciones que ha recibido: es verdad que el terreno estaba bien preparado por los espléndidos progresos de la cirugía abdominal y únicamente de este modo se comprende la iniciativa de los ginecólogos en practicar la laparotomía por afectos diversos anexos á los órganos genitales de la mujer. Si mirase esta cuestión bajo el punto de vista patológico, tendría que establecer una serie de subgrupos según la variedad de males que reclaman la operación, pero como mi único objeto es señalar las diferencias que bajo el punto de vista operatorio separa este grupo de los dos anteriores y dejar sentada la necesidad de presentarlas en series estadísticas distintas, para que no se formen juicios equivocados

dos, me bastará enumerar los casos en que puede recurrirse á la laparotomía, obedeciendo á indicaciones muy diversas.

1.º Extirpación de los ovarios para combatir neurosis reflejas graves que se suponen ligadas á la existencia de estos órganos;

2.º Dismenorreas de todo punto intolerables, absolutamente rebeldes á cualquiera tratamiento y que por su intensidad atacan la integridad del organismo.

3.º Ausencia ó atrofia muy pronunciada del útero y algunas atresias genitales congénitas ó adquiridas, permaneciendo los ovarios en toda su integridad y actividad fisiológicas y ocasionando, por tanto, disturbios de importancia en cada periodo menstrual, por la imposibilidad de verificarse, por las vías genitales, la hemorragia catamenial.

4.º Provocar la menopausia artificial con el fin de combatir fibromas uterinos, que por sus condiciones especiales son susceptibles de atrofia consecutiva á la extirpación de los ovarios ó de estos y las trompas según opinión de algunos ginecólogos.

5.º Menorragias catameniales copiosas que amenazan la vida, de causa desconocida ó debidas á una enfermedad uterina inasequible á otros medios.

6.º Ovaritis crónica insoportable y abscesos de los ovarios cuya curación no puede obtenerse de otra manera.

7.º Hidropesía de una ó ambas trompas de Falopio revistiendo cierta gravedad.

8.º Pío-salpingitis de uno ó de los dos lados que influye en el resto del organismo y se muestra rebelde á todo tratamiento.

9.º En algunos casos de pelvi-peritonitis y aun de pelvi-celulitis agudas ó crónicas que hacen temer un desenlace funesto y quizás alguna retroversión uterina que, no cediendo á ningún otro agente, es, por los fenómenos que determina, una amenaza para la vida.

Si bien en cada uno de los enumerados anteriores he procurado indicar que la laparotomía está justificada cuando un marcado sello de gravedad es la característica de dichas dolencias, no estará de más repetir una vez para todas, que debe recurrirse á la intervención quirúrgica como *ultima ratio*, después de agotado todo recurso que pudiera ser eficaz para combatir una dolencia que amenaza la vida ó que por los sufrimientos que determina la hace insoportable para la enferma, únicos casos en que el médico está autorizado para recurrir á un medio que, si bien es heróico y de resultados decisivos casi siempre, en algunos casos, aunque pocos pero ineludibles en el estado actual de la ciencia, acabará con la vida de la enferma. Juzgo de importancia capital dejar bien sentado el anterior concepto, para aquellos espíritus demasiado circunspectos, quizás pusilánimes ó por acaso excesivamente confiados en el efecto de las múltiples y variadas medicaciones que pueden plantearse, á quienes sin duda sorprenderá y con toda probabilidad rechaza-

rán algunas de las proposiciones que para la indicación de la laparotomía dejo apuntadas.

Esta sencilla enumeración, basta para demostrar que en muchos de los casos antedichos el principal escollo consiste en el establecimiento de un diagnóstico seguro, para precisar la indicación de la laparotomía: un gran número de casos pueden hoy ya reunirse de éxito variable bajo el punto de vista de la curación radical de la enfermedad que se quiso combatir practicando la laparotomía, lo cual demuestra las grandes dificultades que para algunos de los afectos antes citados existen con relación al diagnóstico y la inseguridad que de esto resulta para fijar la indicación de un modo seguro y preciso, y la contraprueba de este razonamiento nos la dan los infinitos casos de brillante curación obtenida por medio de la laparotomía en afectos tan diversos y que diez años atrás se habrían calificado de incurables. Indudablemente que la facilidad con que se generalizan hoy operaciones de este género y el deseo que se trasluce en muchos ginecólogos de borrar por medio del bisturí el calificativo de incurable que forma la coetilla de algunas enfermedades propias de la mujer, se presta al abuso, tratándose de operaciones que pueden comprometer la vida, pero esto tendrá su término natural y quedarán bien deslindadas las aplicaciones que deben hacerse de los adelantos de la cirugía moderna á esta clase de enfermedades. En este periodo de transición por que atravesamos, la responsabilidad del cirujano que aconseja y practica una castración es inmensa, tanto por la facilidad con que puede incurrir en un error de diagnóstico, cuanto porque no en todos los casos, aun supuesto un juicio acertado y un éxito operatorio lisonjero, puede asegurar una curación radical y definitiva de la enfermedad que se propuso combatir. De aquí los abusos que indudablemente se han cometido al menudear con exceso esta clase de operaciones; empero esta crítica, que tendrá su razón de ser para determinados casos, en nada disminuye el valor de una operación que tan brillantes y numerosos éxitos ha proporcionado y está produciendo.

Existe otra condición que da al problema clínico suma importancia y cuya resolución no incumbe al cirujano: supóngase que después de un maduro examen, de larga y detenida observación y de un periodo de ensayos terapéuticos adecuados, se convence el médico de la inutilidad de todo recurso y formula un diagnóstico preciso que le hace augurar buen resultado de la laparotomía y en consecuencia propone á la enferma la castración; ésta trae consigo la destrucción absoluta de la reproducción á cambio de borrar una enfermedad que quizás nó sea un peligro inmediato para la vida, ni un obstáculo insuperable para la fecundación, porque pocas veces podrá el ginecólogo asegurar bajo su responsabilidad que la concepción es imposible, y entonces el fallo incumbe á la interesada en vista de todas las razones que en pro y en contra tiene el médico el deber de exponerle. Se comprende que ante un

quiste del ovario ó un fibroma uterino en las condiciones que antes decía, el médico está autorizado para hacer vibrar tan sólo el instinto de conservación en la enferma y ésta olvide sus funciones propias para atender á su vida amenazada de muerte, aparte de que, sobre todo en el primer caso, no es frecuente que después de la intervención quirúrgica quede inhabilitada la mujer para la procreación de la especie. Por el contrario, en el mayor número de casos en que el cirujano recurre á una de las laparotomías que he colocado en el tercer grupo, tiene la seguridad de inutilizar por completo el funcionalismo del aparato sexual femenino, y bien fácil es comprender lo difícil de su situación en estos casos, como quiera que la resolución depende de una persona que no siempre estará libre de preocupaciones y raras veces tendrá bastante discernimiento para discurrir acertadamente sobre el problema que el médico le plantea, y aún puede darse el caso de que la voluntad de ésta se halle supeditada á la de tercera persona. Y cuenta que, algunas veces, en la mujer, el instinto de reproducción se sobrepone al de propia conservación, y entonces, toda la sutil observación del ginecólogo y sus devaneos y cavilaciones predecesores de una proposición definitiva, se estrellan contra la firme voluntad de la paciente: á este propósito recuerdo el diálogo que la víspera de la operación tuve que sostener con una de mis operadas, que va incluida en las historias clínicas de esta primera serie y á quien practiqué la ovariectomía; es persona ilustrada, y habiendo yo practicado una castración algunos días antes, procuró avistarse con la enferma, convaleciente ya, para cerciorarse personalmente del buen resultado de estas operaciones que ella creía perfectamente idénticas, y por referencias de la misma enferma, supo las reflexiones que yo le hiciera antes con respecto á sus funciones generadoras, y, temiendo para ella consecuencias análogas, me entabló el siguiente diálogo, revistiéndose de una seriedad imponente y haciendo antes retirar á todos los presentes:

P.—¿Qué operación va á practicarle usted?

R.—Creo habérselo explicado á usted suficientemente: sacarle este tumor que tanto la molesta y que es para usted un verdadero y próximo peligro.

P.—No es esta la respuesta que deseo. ¿Dónde tengo yo este tumor?

R.—En un órgano llamado ovario.

P.—¿Y qué me sucederá después?

R.—Que si sale con bien de la operación, como yo espero, se pondrá completamente buena y se rejuvenecerá usted.

P.—Usted no quiere comprenderme y veo que no puedo sorprender sus intenciones. Para terminar de una vez: bajo su palabra le pregunto á usted si podré ser madre después de la operación; en caso afirmativo opéreme usted cuando quiera, y en caso negativo, me opongo resueltamente á la operación y estoy muy resignada con mi muerte, que veo próxima.

En vista de esto, como tuviera yo duda sobre si el tumor era de un solo lado ó de los dos, le expuse una lección de anatomía, fisiología y patología de los ovarios, para convencerla de la rareza con que son atacados ambos ovarios á la vez y alejar al mismo tiempo mi responsabilidad, y entonces consintió, pero encargándome que si una vez empezada la operación me veía obligado á extirpar los dos ovarios, la dejase sin terminar, porque prefería la muerte á verse imposibilitada para la maternidad: afortunadamente uno de los ovarios estaba sano. El éxito fué magnífico (véase observación 3.<sup>a</sup>), pero su desconfianza y mal humor no desapareció hasta dos meses después que tuvo otra vez la menstruación.

Bien claro se ve que todas estas cuestiones las resuelve el médico fácilmente cuando se trata, por ejemplo, de una falta del útero, de una atresia genital, de la extirpación de los apéndices uterinos de un solo lado, etc.

Véase, pues, cómo la conducta del médico en estos casos se aparta mucho de la sencillez que presenta en los quistes del ovario y aún en los fibromas uterinos, tanto por lo que se refiere á las dificultades diagnósticas como al planteamiento de una indicación operatoria. Para el primer caso la cuestión puede resolverse muchas veces á la primera visita; para el segundo es necesario un estudio más detenido, no precisamente para el diagnóstico, sino para apreciar las condiciones peculiares á cada caso que han de influir en su resolución, y para el tercero se requiere casi siempre una excesiva delicadeza de examen, una precisión de diagnóstico muy difícil de alcanzar y una larga y minuciosa observación, para apreciar debidamente el resultado que podemos prometernos de nuestra intervención: procediendo así, creo que no veríamos con triste frecuencia al dar á conocer el resultado de algunas de estas operaciones, *ningún resultado, alivio, gran alivio*. Hasta hoy, en los pocos casos en que me he decidido á practicar la castración, nunca lo he hecho antes de cuatro meses de tener á la enferma en continua observación.

No hay comparación posible entre el acto operatorio referente á una ovariectomía ó histerotomía y el de una de las laparotomías del último grupo: en aquéllas existe siempre una gran masa que debemos extirpar y que nos proporciona campo operatorio suficiente según sea la magnitud del tumor; en éstas, se trata de cuerpos pequeños que, ó deberemos buscarlos en el fondo de la pelvis entre las asas intestinales y pediculizarlas, muchas veces con gran dificultad, ó los encontraremos á los lados de un fibroma de volumen y forma variables y fuera completamente de su sitio. Tales son las dificultades que en este último caso podemos encontrar, que sea imposible hallar los ovarios y de consiguiente terminar la operación.

No existe divergencia entre los operadores acerca los detalles técnicos en estos casos, pero el solo hecho de no extirpar un tumor voluminoso, sino órganos que raras veces tienen mayor tamaño del normal, hacen

que estas laparotomías formen grupo aparte, completamente distinto de las otras. A simple vista, parece que las que me ocupan han de presentar menos dificultades y escollos que la extirpación de un quiste del ovario ó de un fibroma uterino; pero prácticamente no es así, y para no hablar sólo por mi experiencia, que es escasa, citaré la opinión de una autoridad irrecusable, copiando las siguientes palabras del eminente cirujano inglés Lawson Tait, pronunciadas en el Congreso médico internacional de Lóndres en 1882: «Los que hablan de la ovariectomía *normal* y tienen la convicción que en estos casos pueden extirparse los ovarios de una mujer con la misma facilidad que un castrador arranca dichos órganos á una lechona, sufren una ilusión y evidentemente carecen de toda noción práctica relativa á esta empresa. Casi siempre es una operación difícil y á veces difícilísima.»

En cuanto se refiere á los resultados es preciso hacer una distinción, según se trate de los resultados inmediatos ó consecutivos. Mientras en las estadísticas de ovariectomía é hysterotomía hay una casilla en donde se estampa sencillamente *muerta* ó *curada*, para la extirpación de los anexos uterinos, como quiera que con la operación se crea un estado fisiológico distinto, el cual á su vez ha de servir de agente terapéutico, hemos de tener en cuenta los resultados de la operación y los efectos de la misma sobre la enfermedad contra la cual se dirige indirectamente; de aquí la necesidad de dos casillas en las estadísticas de esta clase de operaciones, una para los resultados inmediatos y otro para los consecutivos: quizás llegue un día en que podamos precisar las indicaciones con tanta certeza, que á la enferma que se salve de la operación, podremos considerarla como curada definitivamente. Así acontece ya por lo que se refiere á la gran mayoría de casos correspondientes á los cuatro últimos sub-grupos que antes he apuntado, pues en estos casos la operación ataca directamente la enfermedad que ha originado la indicación.

Por lo referente á los éxitos operatorios, deben, por regla general, colocarse en mejor puesto que la ovariectomía, pues la mortalidad no alcanza cifra tan elevada: un 14 por 100 de defunciones es lo que arroja la estadística general, siendo el parecer de muchos autores que quedará reducida á un 8 ó 10 por 100, y estos son ya los resultados que se encuentran en las estadísticas de distintos operadores.

Tocante á los resultados consecutivos, desgraciadamente no siempre son tan favorables como fuera de desear, á consecuencia, según dejo apuntado, de las dificultades en precisar la indicación. Hay que esperar algún tiempo después de la operación para ver si desaparece ó mejora la enfermedad que motiva la laparotomía, pues es difícil que el médico tenga tanta seguridad en los fundamentos de la indicación que ha tomado, que, una vez curada la enferma del traumatismo, pueda considerarla libre de su enfermedad, particular, y casi únicamente, por lo que se refiere á las castraciones por neurosis y por fibromas uterinos: estas

últimas no pueden agravarse por el solo hecho de la intervención quirúrgica, pero aquéllas pueden empeorar muchísimo si la indicación ha surgido de un razonamiento equivocado.

Al presentar un cuadro estadístico de esta clase de laparotomías, no deben confundirse y mezclarse teniendo únicamente en cuenta el éxito operatorio, sino que es preciso clasificarlas en diferentes órdenes según sea la indicación que se ha cumplido, con el fin de que aparezcan claros los resultados y de evitar confusiones y analogías, que sólo existen mirando la cuestión bajo un punto de vista operatorio general.

Para reasumir, diré, que estas laparotomías se distinguen de las dos primeras clases:

- 1.º Por la escasez de síntomas característicos y oscuridad en el diagnóstico de muchas de las afecciones que originan la operación.
- 2.º Grandes dificultades para precisar la indicación como única, exclusiva y necesaria.
- 3.º Diferencias técnicas en el manual operatorio y en las condiciones anatomo-patológicas.
- 4.º Resultados que proporcionan, próximos y lejanos, y estado fisiológico distinto creado por la abolición de una función en la mayoría de veces.

Indudablemente, España es la nación de Europa donde con mayor lentitud ha tomado carta de naturaleza la ovariectomía: para demostrar la exactitud de este hecho, me bastará apuntar los siguientes datos que patentizan con triste evidencia la gran dificultad con que va abriéndose brecha un adelanto quirúrgico de tanta trascendencia.

En Suiza se practicó la primera ovariectomía en 1864.

En Bélgica en 1865.

En Italia en 1859.

En España en 1863.

Hasta 1882, ó sea en 18 años, se habían hecho en Suiza más de 231 ovariectomías, en una masa de población de 2.700,000 almas.

De Bélgica no encuentro datos suficientes para una estadística general, pero me bastará con decir que un solo operador, Boddaert, había operado 96 veces á fines de 1884, contando dicha nación con 4.836,566 habitantes.

En Italia, durante el año 1884, completaron una estadística de 500 casos, habiéndose pasado 25 años desde que se practicó la primera y contando con 26.900,000 almas.

En España, á pesar de haberse verificado la primera ovariectomía antes que en Bélgica y en Suiza, y con todo haber obtenido su introductor, el eminente cirujano D. Federico Rubio, el primer caso de curación (1864) cuatro años antes que en Italia (1868), y de contar España con 16.731,570

habitantes, no podían reunirse en 1884 más de 50 operaciones de ovariomía.

Hago referencia solamente á los países citados, porque se encuentran en condiciones análogas á las nuestras y no puede invocarse en ellos la influencia decisiva de uno ó más operadores afortunados, que reúnan numerosas y casi incomprensibles estadísticas, como acontece en Alemania, Inglaterra, Francia, etc. Un hecho queda demostrado con lo que dejo expuesto, y es, que en España no hemos sido más reacios que otros países en la adopción de la ovariomía, gracias á la valiente iniciativa de nuestros más eminentes cirujanos: á pesar de esto, única causa lógica que podría explicarnos la escasez de ovariomías practicadas en nuestro país durante este interregno, hallamos una diferencia enorme, pues de haber encontrado la adopción de esta operación camino tan llano como en las naciones antes citadas, tendríamos ya una estadística de más de 400 casos.

Esta diferencia sólo puede explicarse admitiendo que en España los resultados han sido tan desgraciados que han obligado á permanecer en expectativa á la clase médica en general, ó bien que carecemos de buenos operadores, ó quizá que esta enfermedad es menos frecuente en nuestro país que en el resto de Europa: paréceme que ninguna de estas causas está bastante comprobada para explicar nuestro relativo atraso en este punto.

Con relación al éxito operatorio, yo no puedo decir si la clase médica española se asustó al ver que en las primeras tentativas eran en mayor número los fracasos que las curaciones, lo que supondría una prevención que no quiero admitir; però me será fácil demostrar que hemos sido muy afortunados, y que nuestros resultados son brillantes comparados con los de los países antes citados, en los cuales la ovariomía se ha generalizado con bastante rapidez. En Suiza, la mortalidad de las ovariomías practicadas durante los siete años que siguieron á su introducción, fué de 80 por 100, ya que de 20 operadas sólo se salvaron 4, lo cual no fué obstáculo para que pronto se generalizara la operación y hoy posean estadísticas bastante numerosas y excelentes. En Italia tardaron 18 años en hacer las primeras 100 ovariomías, de las cuales murieron 63, y á pesar de esta estadística poco satisfactoria, han llegado en poco tiempo á 500. En cambio en España, para reunir 50 hemos necesitado 20 años, habiéndose salvado 23, equivalente á una mortalidad de 54 por 100, resultado mucho más halagüeño, como se ve, que el obtenido en Suiza é Italia en los comienzos de dicha operación, lo cual enseña que no puede atribuirse nuestro atraso á los malos éxitos obtenidos en las primeras empresas, y manifiesta también no ser cierta la apreciación que Spencer Wells stampa en la última edición de su obra, al decir que, «es bastante difícil obtener datos sobre el número y los resultados de las ovariomías hechas en España, pero es probable que bajo todos

conceptos los resultados operatorios han sido menos felices que en Italia.» Adviértase que para este estudio comparativo, hago uso tan sólo de datos publicados y que en su mayor parte pueden verse en los números de los *Archivos de Ginecología*, correspondientes á 1884.

Siempre hemos tenido en España cirujanos eminentes y emprendedores, y aunque así no fuese, con relación á la ovariectomía me bastará decir que las 50 primeras operaciones han sido practicadas por 20 operadores distintos y en diferentes poblaciones de la península: á pesar de ser muchos operadores para pocas enfermas, lo cual influye mucho en que las estadísticas sean menos brillantes, los resultados obtenidos no son de despreciar, como antes he demostrado, patentizando este sólo hecho el acierto y el esmero con que procedieron á la operación. Con todo y ser muchos los que se han demostrado competentes para hacer en España lo que se hace en el extranjero, el número de operadas queda aún hoy muy reducido y no podemos parangonar nuestras estadísticas con las que ven la luz en otros países. Sin duda, que si los médicos españoles que han practicado la ovariectomía no presentan una serie numerosa de casos, no se debe á que rehusaran operar las enfermas que lo solicitaron ó que sin solicitarlo aceptaron el consejo, sino á la falta de ocasión.

Todas estas consideraciones no me hacen creer, sin embargo, que en España sean menos frecuentes los tumores ováricos que en otros países, como opina un distinguido cirujano, el Dr. Manuel Mariani, á propósito de una ovariectomía practicada por él y publicada en 1884 en la *Revista de Medicina y Cirujía prácticas*, sino por el contrario, estoy convencido que han muerto en nuestro país gran número de mujeres que podrían haberse salvado, desde que la ovariectomía es aceptada como operación corriente y un adelanto valioso de la cirujía moderna. Tampoco opino como dicho señor y algunos otros, que la ovariectomía sea más grave en España que en otros países, por condiciones de clima ni de higiene, pues lo que á nosotros nos acontece ha sucedido en todas partes durante el periodo de aprendizaje, si se me admite la frase, y podemos convencernos de lo dicho con los datos que antes he apuntado, añadiendo: que en Francia fracasaron sucesivamente en sus primeras operaciones Bach, Maisonneuve, Hergott y Michel, Jobert, Boined, Richard, Demarquay y Sedillot, tanto que quedó condenada hasta que la rehabilitaron Nela ton, Kœberle y Pean; en Alemania, de las 50 primeras ovariectomías sólo se salvaron 13, muriendo las otras 37, lo cual hace esperar que en España no tardaremos en poder colocar nuestras estadísticas al lado de las mejores extranjeras.

Lo que entre nosotros sucede, no es porque desgraciadamente falten en España enfermas con tumores ováricos, sino que es exactamente lo que ha ocurrido en todas partes, sólo que por causas especiales progresamos con más lentitud, teniendo en cuenta que lo hacemos en un pe-

riodo en que la ovariectomía ha llegado casi á la perfección. En Alemania, practicó Chrystmar la primera ovariectomía en 1819, y en los 50 años subsiguientes, ó sea hasta fines de 1869, sólo habían hecho 129; con todo, desde entonces hasta la fecha, las han verificado á miles. Italia empleó 18 años para reunir 100 ovariectomías y el quinto centenar lo computaron en 13 meses. En Inglaterra, Spencer-Wells hizo su primer centenar de ovariectomías en 6 años, y en cambio el tercero lo completó en menos de 2 años. En España mismo, aunque me es imposible demostrarlo con números exactos, porque no tengo datos suficientes para una estadística completa, me atrevo á asegurar que se han practicado muchas más ovariectomías en los tres últimos años que, en los 19 que precedieron, desde que Rubio llevó á cabo la primera en 1863. En Barcelona, Farreras hizo la primera ovariectomía en 1880, y se pasó más de un año hasta que á últimos de 1881 hizo Bonet la segunda, habiendo hecho también Vidal Solares, durante el intermedio, una laparotomía incompleta; pero ya en 1882 operó Cardenal algunos casos cuyo notable resultado le coloca en primera fila entre los que han puesto la ovariectomía en España á buena altura; á últimos del mismo año practiqué yo la primera, y posteriormente han seguido menudeando, habiendo también intervenido en la lid A. Esquerdo y G. Batlle.

Esta diferencia progresiva que, así en España como en el extranjero, se observa en el número de ovariectomías llevadas á cabo entre gente cuyas costumbres y condiciones climatológicas é higiénicas no cambian, demuestra palpablemente que la raza española no es privilegiada en este concepto, sino por el contrario, más desgraciada que las otras, porque no acertó á llegar tan presurosamente á la vulgarización de un adelanto, que es un gran bien para la humanidad y una de las más bellas conquistas de la cirugía de nuestro siglo: estoy firmemente convencido que en nuestro suelo, donde tan pocas ovariectomías se practican, existe aproximadamente la misma proporción de mujeres afectas de tumores ováricos que en otros países en que estas operaciones alcanzan una proporción que asombra; creo que no se pasarán diez años sin ver plenamente confirmada esta creencia.

Las principales causas que en mi concepto influyen en que no se generalice entre nosotros la ovariectomía son: por un lado, la falta de hospitales especiales para enfermedades propias de la mujer, y por otro, la conducta seguida por una gran parte de la clase media española contemporánea. No me extenderé en consideraciones sobre este punto, porque me separaría de mi objeto, pero es fácil demostrar la influencia que dichos establecimientos benéficos han tenido en los progresos de la ginecología: en los Estados Unidos é Inglaterra, donde abundan los hospitales ginecológicos, han nacido y se han vulgarizado con mucha rapidez los principales adelantos de la cirugía ginecológica, y no cuesta gran trabajo comprender de qué manera las clínicas especiales han de influir poderosamente.

samente en los adelantos de una especialidad y en la adopción de los progresos realizados en otros países.

Ha influido también en gran manera un tanto de retraimiento por parte de muchos médicos, que les ha costado romper con las doctrinas tradicionales (1); algunos casos que habrán pasado inadvertidos por falta ó error de diagnóstico, á consecuencia de carecer de clínicas numerosas, donde los jóvenes puedan estudiar los problemas diagnósticos en todas sus variedades, y los viejos convencerse por testimonio propio de la realidad de los progresos de la cirugía contemporánea; y otros que se habrán considerado impropios para la ovariectomía á consecuencia de alguna contraindicación que la experiencia demuestra no ser obstáculo serio, é indudablemente, y por muy poderoso motivo, ver que mientras en España fallecían la mitad de las operadas, en Inglaterra, Alemania y Francia se salvaban las cuatro quintas partes, sin tener en cuenta que en estos países, al igual que nosotros, tuvieron su época de fracasos en los primeros tiempos que aceptaron la operación. Un reproche debemos dirigirnos los españoles en esta cuestión; pues mientras la mayor parte de los países civilizados aceptaron y practicaron la ovariectomía en el período en que los cirujanos de todos los países se afanaban para perfeccionar su técnica y mejorar los resultados, nosotros hemos permanecido casi inactivos, á pesar del esfuerzo de animosos y hábiles cirujanos, y hoy nos encontramos con el trabajo hecho, por cuyo motivo debieran ser más rápidos nuestros progresos, ya que las estadísticas extranjeras demuestran palpablemente los buenos efectos que produce. No sé si el período de vulgarización lento y laborioso que también han tenido algunos otros países, ha sido debido á las mismas causas que dejo apuntadas, ó si además concurre entre nosotros alguna otra circunstancia propia del carácter de nuestro país, ó inherente á la clase médica en general, aunque se me figura que en todas partes existe bastante analogía bajo este punto de vista.

Si quiere establecerse una comparación entre los resultados obtenidos en España y en el extranjero, además de las condiciones expuestas, importa no olvidar otra muy interesante y que puede influir muchísimo en las proporciones estadísticas: muchas enfermas se operan *in extremis*, cuando ya la afección cuenta larga fecha y han agotado todos los recursos, incluso las punciones, para convencerse por propia observación del curso fatal de su dolencia, haciendo caso omiso y desconfiando de los pronósticos del médico, pues nunca les falta para escudarse, la historia de alguna mujer afecta de lesión cardíaca ú otra, que habiendo sufrido

---

(1) «Aun hoy por hoy son los menos, entre los prácticos de nuestro país, los que miren las favorables estadísticas modernas como la consecuencia lógica y natural de los principios fundamentales de la cirugía contemporánea.» Rull y Artós, *El miedo al peritóneo*, REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS, 1885, n.º 13.

una ascitis muy desarrollada, se ha *curado* sin operación de ninguna clase. Y es que la ovariectomía, como muchos adelantos médicos y quirúrgicos, ha sufrido su evolución en dos periodos: uno en que algunos espíritus esforzados é innovadores no perdonan medio para vulgarizarlos entre la clase médica, y otro en que esta última hace partícipe al vulgo de las conquistas de la ciencia, para que en su día no ponga obstáculos á que el médico plantee en su organismo enfermo lo que el arte de curar le enseña cómo más útil y beneficioso. Por este camino nos falta aún mucho que andar y se comprende la influencia que esto pueda tener en los progresos de la ovariectomía.

Si comparásemos nuestros resultados con los de Lawson Tait, por ejemplo, que ha llegado á verificar más de 100 operaciones sucesivas todas con éxito, sin tener en cuenta lo que dejo apuntado, indudablemente sería para desanimarnos; empero, aparte de que una serie tan feliz es una rara excepción, á medida que vayan desapareciendo las dificultades que hoy existen, España podrá colocarse al lado de los demás países por los resultados que obtenga, que no carecen los operadores españoles de destreza, ni el suelo de condiciones, ni, desgraciadamente, muchas mujeres de tumores ováricos.

Termino aquí este orden de consideraciones, que, desarrollándolas debidamente, podrían convertirse en historia de la ovariectomía en los diferentes países, porque para mi objeto abrazan ya demasiada extensión, y concluiré diciendo, que cuando practiqué la primera ovariectomía, estas mismas reflexiones me hicieron abstener de publicarla, proponiéndome ya entonces no dar publicidad ninguna á mis operaciones, hasta que llegase á diez, si sucediese que algún día lo lograse, fuese cualquiera el resultado obtenido, con objeto de que no se juzgase por hechos aislados, así de la frecuencia de los casos, como de los resultados obtenidos; por este motivo publico hoy mi primera serie de diez ovariectomías, por riguroso orden cronológico, y, consecuente con mi idea primera, aunque podría mejorar los resultados, añadiendo las que posteriormente he practicado, las reservo para una segunda serie, que bien podría ser resultase peor que la primera, á pesar de mis votos, para que se hagan tan sólo juicios de conjunto, únicos que considero pueden conducir á conclusiones lógicas y convincentes.

No quiero hacer comentarios sobre la operación, ni sobre las complicaciones que pueden sobrevenir: de lo primero, porque la técnica operatoria para la ovariectomía se encuentra á la perfección en muchas obras, y de lo segundo, porque reina aún mucha oscuridad sobre la génesis de las mismas y la manera de combatirlas. La lectura de algunos autores deja el ánimo satisfecho é impone un criterio determinado: la de muchos, induce á perplejidad y hace zozobrar el criterio más decidido; y la observación detenida de hechos clínicos, hace que uno permanezca en expectativa y aguardando nuevos datos que vengan á esclarecer las múl-

tiples cuestiones que entraña la variedad de accidentes que pueden sobrevenir después del acto operatorio. Si en algún punto debiera admitirse hoy por hoy una creencia firme, es en lo referente á los accidentes sépticos, y si algo quisiera escribir sobre este punto, me haría eco de lo dicho en un magnífico artículo que, sobre *el miedo al peritóneo*, publicó el año último en los números 13 y 14 de la REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS mi amigo Rull y Artós: allí se encuentra expuesto con perfecta claridad, con frase convincente y gran acopio de datos, el estado actual de la ciencia en este punto, y de la doctrina allí expuesta dimanada directamente la imposición al cirujano de la más rigurosa antisepsis, si quiere tener su conciencia tranquila; con todo, algunos célebres operadores claman uno y otro día contra la inutilidad de dichas medidas en la cirugía abdominal; otros emplean la palabra *hospitalismo* para designar complicaciones que la mayoría llaman sépticas, con objeto de no prejuzgar la cuestión, y últimamente veo que, en la sesión celebrada el 18 de Setiembre último por la Sociedad Ginecológica de Chicago, á propósito de una comunicación de Dudley sobre un viaje á Inglaterra, Escocia y Heidelberg, con objeto de estudiar la influencia de los distintos métodos aplicados á la laparotomía por los más célebres operadores, Christian Fenger sostiene resueltamente la tesis de que, *las precauciones antisépticas son más importantes en la cirugía general que en la cirugía abdominal, en la que, los más perfectos métodos de operar sin antisepsis, dan tan buenos resultados como con ella*, fundándose en la práctica de distintos operadores y tratando de explicar el fenómeno por las propiedades anatómicas, condiciones fisiológicas y reacciones patológicas inherentes á la serosa peritoneal; y cuenta que no es dicho cirujano enemigo de la antisepsis, pues en otro periodo dice que, *por lo referente á la cuestión general de si los más perfectos métodos de operar sin antisepsis mejoran los resultados, ó, más bien, previenen la inflamación y la septicemia, debe contestarse, dejando aparte el peritóneo, de una manera negativa*. Únicamente diré, que en todas mis laparotomías me esfuerzo lo posible para extremar las medidas que pueden conducirme á una perfecta antisepsis, á cuyos preceptos me acomodo, tanto por lo que toca á la operación en sí, como á la enferma, lo mismo que á la habitación, ropas, ayudantes, etc. Si algún día me convengo de que estas precauciones son inútiles, las suprimiré en seguida, pues si no tienen otro inconveniente, ofrecen el de ser sumamente molestas.

Nada diré de la patogenia ni del tratamiento de otras complicaciones en que interviene como principal agente el sistema nervioso, pues de aquella apenas sabemos nada y de éste muy poco: á propósito, veo en la obra del célebre operador Lawson Tait, que á una de sus operadas la sobrevino el tétanos, y que ignorando cuál era la causa y la patogenia de dicha afección, no quiso emplear tratamiento ninguno, á pesar de ser muchos los preconizados; la enferma se salvó y á la espectación atribuye tan rara como feliz contingencia.

Por estos motivos prefiero exponer sencillamente las observaciones con algún detalle, para que quien las lea pueda comentarlas á su gusto.

No terminaré sin manifestar mi más profunda gratitud á mis amigos y ayudantes, constantes y asiduos, los Dres. L. Formiguera, S. Rull, J. Estrany, P. Torras y F. Fábregas, á quienes debo gran parte de la gloria que haya podido conquistar con el éxito obtenido en esta clase de operaciones: á su acertada cooperación debo el haber triunfado felizmente de algunas laparotomías azarosas y accidentadas, y á su constancia y desvelo en vigilar muy de cerca las consecuencias inmediatas de la operación, con tan grande interés como alta competencia, debo el que, si no estoy al lado de la enferma, sea combatida toda complicación que se inicie, con las más oportunas indicaciones, aprovechando los primeros momentos del peligro, de lo cual puede depender en algunos casos la vida de la enferma. No debo dejar de consignar tampoco el valioso concurso del alumno de medicina y distinguido interno de la Facultad D. J. Soler, que si bien en otra esfera hoy, reúne raras cualidades para acudir con presteza á toda clase de eventualidad. Todos somos jóvenes y animosos, y unidos por estrecho lazo de amistad, desempeña cada uno su papel, que es invariablemente el mismo en todos los casos, y, nuestra común aspiración es la de salvar nuestras operadas.

---

LAPAROTOMÍA I.<sup>a</sup>—Observación I.<sup>a</sup> *Antonia Fernández de Clavillé.*—*Quiste unilocular, fibrinoso, del ovario izquierdo, con adherencias á la fosa iliaca del mismo lado y á la S iliaca del colon.*—*Ovariotomía el 23 de Noviembre de 1882.*—*En su domicilio.*—*Curación.*—Ví por primera vez á esta enferma en Julio de 1882 y tenía á la sazón 43 años, viuda, había parido un hijo hacía 16 años, resultado del único embarazo que tuvo y presentaba el más halagüeño aspecto de buena salud. No me refirió antecedentes morbosos de importancia, diciéndome que comenzó á menstruar á los diez y seis años, habiéndolo hecho con toda regularidad hasta la época actual en que hace dos meses desapareció sin dar lugar á trastorno alguno. Llamábale la atención el abultamiento de su vientre, objeto de la consulta, por parecerle á ella que sería alguna enfermedad de importancia, pues desde dos años, que empezó á notar la eminencia del abdomen, no había dejado de aumentar hasta entonces, en que presentaba el volumen aproximado de un embarazo á los siete meses, pero sin que le impidiese ninguna ocupación, ni le ocasionase otra molestia que la preocupación constante de lo que aquello podría ser. Después de un examen anamnésico prolijo, en que no pude descubrir ningún antecedente patológico, y de un reconocimiento muy superficial, lo suficiente tan sólo para emitir mi parecer diagnóstico con algún viso de probabilidad, indiqué á

la enferma que mi opinión era que se trataba de un quiste del ovario, explicándole en términos á su alcance cuál era su porvenir y el único tratamiento que, á pesar de sus peligros, le ofrecía probabilidades de librarla de su estado, todo lo que la sorprendió no poco por la discordancia de mi opinión con la que equivocadamente le habían inculcado.

No ví otra vez á la enferma hasta primeros de Octubre: el vientre había aumentado en gran manera, presentaba al nivel del ombligo un metro de circunferencia y la distensión del abdomen la molestaba ya demasiado para dedicarse á sus ocupaciones; había enflaquecido bastante y las funciones digestivas eran perezosas. Practiqué una punción exploradora, extrayendo dos litros de líquido que me confirmó en el diagnóstico por su color oscuro y el depósito abundante de fibrina que se formó en el fondo. Insistí en la necesidad de una intervención quirúrgica, que, aunque aceptada por la enferma, no pudo ponerse en práctica hasta el 23 del próximo Noviembre, habiéndose tenido que emplear ese tiempo en vencer la oposición de la familia, apoyada por el parecer de casi todos los colegas que la vieron en consulta, lo que sirvió también para que se agravase de un modo notable el estado general y local de la enferma, pues que á últimos de Octubre se le presentaron unas intermitentes tercianas intensísimas, que la extenuaban y ponían anémica rápidamente por la intensidad de la fiebre y la abundancia de los sudores: no cedieron á ninguno de los tratamientos empleados y la enferma vióse obligada á guardar cama, completamente extenuada, desde el 10 de Noviembre hasta que fué operada.

No se me ocultaba la gravedad que esta complicación añadía al acto operatorio; pero teniendo en cuenta que una punción paliativa no obraría como tal, dado el estado de la enferma y la concomitancia de la pirexia periódica, me decidí á operar tan pronto lo consintiera la familia, no sin alguna zozobra, tanto por los antecedentes que acabo de apuntar, como por la atmósfera contraria á dicho acto que el distinto parecer de varios colegas había contribuído á crear, y como también, por muy poderoso motivo, el que lo mismo yo que mis ayudantes éramos completamente bisoños en esta maniobra quirúrgica, pues, el que más, había presenciado tan sólo una ovariectomía que un año antes se practicara en esta capital; pero que, por lo accidentada y por el mal éxito obtenido, no era para dar aliento ni servir de guía en casos parecidos.

*Operación.*—El día anterior, por la mañana, tomó la enferma un purgante, y por la noche 4 gramos de subnitrito de bismuto en dos papeles, un vaso de leche á las doce de la noche y ya nada más hasta que llegó el momento operatorio, que fué á las once de la mañana.

Cloroformizada la enferma, practiqué una incisión de 18 centímetros en la línea media, entre el pubis y el ombligo, cortando todos los tejidos hasta llegar al peritoneo y aplicando pinzas de Pean en los puntos que daban hemorragia. Cohibida ésta, practiqué una abertura en el peritoneo,

del cual salió una pequeña cantidad de líquido ascítico, y lo corté sobre la sonda acanalada en toda la longitud de la incisión. Al reconocer si había adherencias encontré el tumor libre en toda la extensión que alcanzó mi mano, procediendo en seguida á la punción del tumor con el trócar de Spencer-Wells; salieron 10 litros de líquido y entonces empezó á obstruirse el trócar por coágulos fibrinosos, conservando aun el tumor un volumen bastante regular y siendo imposible su extracción. Saqué el trócar é incidí la pared del quiste, que tenía 1 centímetro de grosor, en la longitud de 10 centímetros, colocando dos pinzas de Nelaton á cada lado, con las cuales se tiró del quiste de modo que sus paredes saliesen por sobre la herida para impedir la entrada en el peritoneo del contenido del tumor: introduje la mano dentro y encontré toda su cavidad como llena de espeso musgo, formado por filamentos y coágulos fibrinosos, que podía romper con facilidad, empezando á sacar grandes masas de esta sustancia, mezclada con líquido del tumor. De esta manera fué disminuyendo el volumen del quiste, y como al mismo tiempo los ayudantes verificaban una tracción moderada, pero continua, sobre las paredes del mismo, éste empezó á salir por la herida hasta que se encontró todo el saco fuera, asomando los intestinos por el ángulo superior de la herida y saliendo pegada al mismo una asa intestinal, que era la S iliaca del colon. Reconocí un tumor del ovario izquierdo: desprendí por desgarro la adherencia de la S iliaca que interné otra vez en el abdomen, y al querer circunscribir el pedículo encontré una parte del quiste adherida á la fosa iliaca izquierda y pude desprenderlo, obrando con los dedos á manera de espátula, con escasísima hemorragia.

Al circunscribir el pedículo, lo encontré corto de dos centímetros y medio y grueso como la muñeca, con un plexo venoso, formado de cuatro venas gruesas como el índice, hacia un lado, junto con un tronco arterial de regular calibre. Apliqué un clamp de Spencer-Wells y una ligadura aparte en el plexo vascular, y al cortar el tumor, tuve que dejar, formando el muñón del pedículo, una porción de la pared del quiste, á pesar de lo cual el clamp comprimía mucho las paredes del abdomen. Apliqué en seguida seis puntos de sutura profundos y otros tantos superficiales alternando con los primeros, procurando que el punto de sutura inmediato al pedículo comprendiese el revestimiento peritoneal de éste, á fin de que quedase bien cerrado el saco peritoneal, á los productos del esfacelo que debía sobrevenir en el pedículo.

Antes de proceder á la sutura, y una vez fijado el pedículo al clamp, limpié el peritoneo con esponjas desinfectadas y muy limpias, hasta que salieron secas de la cavidad abdominal.

Apliqué en seguida el apósito de Lister, una gran capa de yute salicilado y un vendaje abdominal. Durò la operación cinco cuartos de hora.

La noche del mismo día llegó á la temperatura de 39 grados y 100 pulsaciones; el segundo día descendió á 38 con 96 y el tercero 37'5 y 84.

Se presentaron, pasado una hora de la operación, vómitos pertinaces que duraron hasta el final del tercer día y que sólo cedieron á una posición de bromuro potásico con agua de laurel. Hubo bastante dolor durante el primero y segundo día, con escaso meteorismo y escresción urinaria normal.

Todo parecía normalizado al finalizar el tercer día, pues la enferma había descansado bien, habían cedido los vómitos y el dolor, el pulso y la temperatura eran normales, sentía apetito y lo único que la molestaba era la compresión de clamp sobre las paredes del vientre, cuando hacia las seis de la tarde del cuarto día, sobrevino un escalofrío intenso, la temperatura se elevó á 40'2 y así se sostuvo durante ocho horas, terminando por un sudor profuso y bienestar de la paciente. Todo el quinto día lo pasó bien y el sexto lo mismo, habiendo comido con apetito, hasta las seis de la tarde del séptimo día que se repitió el escalofrío la fiebre y el sudor. Creí entonces que á pesar de la operación seguían las intermitentes su curso y temiendo la mala influencia que esto podía ejercer en una convalecencia que necesita toda suerte de cuidados y viendo que la enferma perdía en vez de ganar, decidí usar la quinina, hasta producir síntomas de envenenamiento, para ver si dominaba los accesos: efectivamente, tomaba cada día gramo y medio de bisulfato de quinina y además á las doce del día que correspondía el ataque, 20 centigramos de la misma sal en inyección hipodérmica; se presentaron muchos síntomas de envenenamiento quínico, que sostuve durante siete días, y los accesos quedaron reducidos á un ligero recargo: la enferma entre tanto comía bien y se nutría.

A los quince días cayó el clamp dejando un hueco bastante profundo que se llenó pronto á beneficio de una granulación exuberante. A los ocho días quité la mitad de puntos de sutura y á los doce el resto, no habiéndolo hecho antes porque los esfuerzos del vómito habían desgarrado algo los tegumentos y separado un poco los labios de la herida, lo cual por otra parte no tuvo consecuencia.

Al día siguiente de desprenderse el clamp se levantó la enferma y suspendí el uso de la quinina, pero reaparecieron en seguida las intermitentes con mayor intensidad y por accesos diarios, obligándola á ella otra vez á guardar cama y á mí á someterla nuevamente á un verdadero envenenamiento quínico, que duró otros seis días, durante los cuales se repuso algo, pero que al cesar el tratamiento reaparecieron las intermitentes, y temiendo seguir por más tiempo tan altas dosis de quinina, aunque las toleraba bien, decidí emplear como antitépico un cambio de localidad, lo que verificó á los treinta y tres días de operada, trasladándose al vecino pueblo de Las Corts, en donde sin ningún tratamiento no se repitió el acceso y la enferma siguió una convalecencia rápida y completa.

En esta fecha disfruta una salud envidiable y desde entonces ha ve-

nido dedicándose sin interrupción á sus obligaciones. La menstruación no ha reaparecido.

El quiste contenía 41 litros de líquido. Las paredes del tumor pesaban siete libras.

LAPAROTOMÍA 4.<sup>a</sup>— Observación 2.<sup>a</sup> *Teresa Creus y Prats.*— *Quiste multilocular del ovario izquierdo.*— *Adherencias parietales.*— *Ovariectomía el 8 de Setiembre de 1883.*— *En la casa de salud de la calle de Balmes.*— *Curación.*— De 57 años de edad, casada, comenzó y siguió su vida menstrual con toda regularidad, siendo interrumpida por dos embarazos normales con partos felices y habiendo dejado de menstruar á los 47 años. No ha tenido enfermedades de importancia, ni refiere antecedentes patológicos dignos de mención. A los 48 años empezó á abultarse el vientre, sin ocasionarle ninguna molestia, pero fué tal su crecimiento durante tres años, teniendo ella 51, que privándole de sus ocupaciones (lavandera), pidió auxilio facultativo y le practicaron la primera paracentesis, extrayendo 27 litros de líquido. Se puso bien y volvió á sus faenas pero, aunque lentamente, el tumor fué creciendo y á los 53 años practicáronle nueva punción. Reprodujose el mismo hecho á los 55 y otra vez á los 56, pero en esta última no se vació por completo el abdomen. Hacía medio año de la última punción, cuando la ví con el vientre abultadísimo, haciendo el diagnóstico de quiste del ovario, y como se resistiese de una manera absoluta á la ovariectomía, le practiqué una nueva punción, extrayendo 16 litros de líquido acafetado y quedando el abdomen algo abultado; se repuso pronto y volvió á su trabajo. A todo esto su estado general parecía no resentirse de nada.

Transcurridos cuatro meses después de esta última punción, se me presentó pretendiendo que la practicara otra vez la paracentesis, á lo que me negué, ofreciéndole la ovariectomía como único recurso, que fué aceptada. Conservaba á la sazón buena salud, estaba enjuta de carnes, si bien hay que tener en cuenta que esta es su constitución, y comía bien, en una palabra, el quiste en nada había influido, á pesar de su larga fecha, en el estado general.

*Operación.*— Incisión de catorce centímetros hasta penetrar en el peritoneo que no dejó salir líquido ascítico. Al reconocer si había adherencias, le encontré pegado con la pared anterior del abdomen hacia el lado izquierdo en el sitio en que se verificaron las distintas punciones, pero pude separarlo sin gran dificultad ni esfuerzo, pasando la mano entre el tumor y la pared del vientre. El resto estaba libre de adherencias y procedí á la punción con el trócar de Kœberle, que lo creo preferible al de Spencer-Wells cuando el quiste es multilocular, y yo lo había sospechado en este caso por el resultado de la paracentesis: salió gran cantidad de líquido, pero hacia el lado izquierdo quedó un gran abultamiento que no sólo no podía salir por la herida, sino que por su volumen movíase con dificultad dentro del abdomen; abrí la primera cavidad, su-

jetando sus paredes con pinzas de Nelaton, introduje la mano dentro y con ella guié el trocar para puncionar la segunda cavidad, que dió salida á un líquido claro, así como el de la primera era oscuro; tuve que repetir la punción con una tercera, vaciada la cual pudo extraerse el quiste que en las partes inmediatas al pedículo tenía 25 ó 30 pequeños quistes ó cavidades secundarias de distinto tamaño, desde el de una castaña al de una naranja.

El pedículo era largo de 12 centímetros y delgado: lo sujeté con el clamp de Spencer-Wells y corté el tumor. Apliqué la sutura de igual modo que en el caso anterior después de haber verificado la limpieza del peritoneo, el correspondiente apósito y vendaje y la enferma fué trasladada á la cama. Había durado la operación tres cuartos de hora.

La mayor temperatura fué de 38 grados. La convalecencia fué rápida y no interrumpida. El clamp se desprendió á los ocho días. A los diez y ocho, fué dada de alta. Hasta la fecha ha gozado perfecta salud dedicándose continuamente al trabajo.

LAPAROTOMÍA 5.<sup>a</sup>—Observación 3.<sup>a</sup> *Adelaida Nogués.*—*Cisto-sarcoma hemorrágico del ovario derecho, con adherencias epiploicas.*—*Ovariotomía el 22 Setiembre de 1883.*—*En su domicilio.*—*Curación.*—Vi esta enferma cuando tenía 25 años, soltera, sin vicios constitucionales, pero en un grado extremo de demacración y enflaquecimiento. Había empezado á menstruar á los 14 años y había seguido con regularidad hasta los 20 en que principió la afección actual, con dismenorrea é irregularidades menstruales, comenzando á abultarse el vientre y creciendo rápidamente, ocasionándole fuertes dolores abdominales y enflaquecimiento rápido.

El abdomen era muy saliente y presentaba tres abultamientos distintos: uno hacia la fosa iliaca derecha, otro en el mismo sitio del lado izquierdo y el último en el epigastrio, que lo ocupaba por completo, poniéndose en contacto con el hígado y levantando el diafragma hacia arriba, lo cual dificultaba la respiración. A consecuencia del crecimiento del tumor, la columna vertebral estaba desviada hacia la izquierda, lo cual, junto á la demacración y anemia de la enferma le comunicaban un aspecto nada halagüeño. La circunferencia del vientre era de 130 centímetros al nivel del ombligo y como la fluctuación era apenas perceptible, practiqué una punción exploradora con la cual extraje medio litro de líquido negruzco y siruposo.

Aunque el estado general de la enferma no era propicio para una operación como la ovariectomía, como quiera que no podía esperarse una mejora porque su alimentación se hallaba reducida á dos vasos de leche, dos huevos y algunas tomas de caldo por día, de la cual algunas veces vomitaba la parte mayor por la compresión que el tumor ejercía sobre los órganos abdominales, decidí operarla lo más pronto posible para que no empeorase la situación.