CAPÍTULO III

Tratamiento de los quistes del ovario

Tratamiento médico.—Punción á través de la pared abdominal, de la vagina y del recto.—Inyección yodada.—Desagüe.—Ovariotomía. Resumen histórico. Indicaciones generales. Degeneración maligna. Edad. Técnica operatoria. Instrumentos. Ayudantes. Diversos tiempos de la operación. Primer tiempo: abertura del abdomen. Segundo tiempo: ruptura de las adherencias, evacuación. Tercer tiempo: extracción del quiste y ligadura del pedículo. Cuarto tiempo: aseo del peritoneo y oclusión del abdomen.—Enucleación de los quistes incluídos en el ligamento ancho y retro-peritoneales.—Operaciones incompletas; marsupialización.—Cura. Cuidados consecutivos.—Accidentes. Hemorragia interna. Parálisis intestinal. Desunión secundaria de la herida. Enfisema. Abscesos superficiales. Abscesos profundos. Parotiditis. Peritonitis. Oclusión intestinal. Tétanos. Flebitis. Embolia. Uremia. Choque.—Gravedad de la operación.—Consecuencias. Recidivas. Menstruación y fecundidad post-operatorias.—Locura post-operatoria.—Quistes complicados con embarazo; ovariotomía durante el embarazo.

Tratamiento médico

No pienso insistir sobre el **tratamiento médico**: es responsable de la muerte de muchas mujeres por haberlas privado de una operación oportuna. Los pretendidos éxitos alcanzados con el uso de los diuréticos y diaforéticos, preparaciones yodadas y mercuriales, cornezuelo de centeno, etc., son debidos á que se ha ignorado que la enfermedad experimenta suspensiones temporales en su curso. El único tratamiento interno racional es el tratamiento tónico y el empleo de los estomacales y de los laxantes suaves con objeto de mantener en buen estado las funciones digestivas. La **electrolisis**, de la que se ha abusado tanto en ginecología, es aquí inútil á la vez que peligrosa. Así, pues, todo quiste ovárico cuya diagnóstico se haya comprobado, debe extirparse en lo posible.

Punción á través de la pared abdominal

También se ha empleado la **punción á través de la pared abdominal**, no como tratamiento curativo, pero sí, bien que con harta frecuencia, como paliativo, antes de haberse vulgarizado la ovariotomía. Por este medio á ciertas mujeres se les ha evacuado el quiste un número de veces que raya en lo increíble. Puede el cirujano practicar esta operación de urgencia en los casos de excesiva compresión ó cuando se trate de tumores inoperables. Para ello se introduce el trocar preferentemente en la línea alba ó en la fosa ilíaca en el punto donde por la percusión se descubre una zona de macidez.

Siempre será mal procedimiento puncionar un quiste sin absoluta necesidad de ello, y sobre todo cuando haya posibilidad de extirparlo, pues se expone á la enferma á accidentes peritoníticos graves y cuando menos se corre el riesgo de provocar adherencias. Para algunos autores, los quistes del ligamento ancho, uniloculares, de paredes delgadas, y de contenido transparente, en una palabra, los quistes parováricos hialinos (1) no debieran ser comprendidos en el anterior concepto; pero, si bien es cierto que se han logrado algunos éxitos definitivos, aun cuando no se ha averiguado el resultado durante mucho tiempo, en cambio, son numerosos los casos de recidiva. Sea de ello lo que fuere, lo positivo es que la punción resulta verdaderamente peligrosa en el concepto de favorecer la generalización metastática de los quistes del ligamento ancho, cuyo diagnóstico diferencial con los quistes puramente serosos, resulta poco menos que imposible antes de la operación. Y si por el contrario se tiene en cuenta la gran benignidad de la ovariotomía en los casos de esta naturaleza, indudablemente hay que renunciar á una doctrina que, aparte de algunos casos favorables, ha ocasionado numerosas decepciones, optando por aquella operación.

Punción á través de la vagina y del recto

La punción se ha practicado generalmente en la pared abdominal, también se ha practicado la **punción á través de la vagina** en los casos en que el tumor era de poco tamaño y se presentaba más accesible por dicho punto. Es un procedimiento peligroso, dada la facilidad con que puede acarrear la infección consecutiva y la supuración grave, especialmente si se trata de un quiste dermoide. Tavignot no teme recomendar la **punción á través del recto**: es esta una operación detestable.

Inyección yodada

La **inyección yodada**, recomendada con excesivo entusiasmo por Boinet (2) apenas tiene hoy día partidarios, pues sólo la aplican aún contados cirujanos cuando se trata de quistes uniloculares de paredes finas. Resulta, sin embargo, mucho más grave en estos tumores que la misma ovariotomía, y sólo ha podido prestar servicios en el tiempo en que esta última era considerada como una operación temeraria.

Desagüe

En la misma época, previa punción é incisión (3) se practicaba

(1) Panas. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 18 marzo 1876.

(2) Boinet. *Bull. de Thérap.*, agosto 1852, t. XLIII, p. 161.—*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1852, p. 165.—*Iodothérapie*, 2.ª edición, 1865.—*Discuss. à l'Acad. de Méd. (Bull.*, 1856, t. XXII, p. 20 y siguientes).

(3) La primera incisión de quiste ovárico se debe á Houston (*Philos. Transact.*, 1724, t. XXXIII).—Le Dran practicó en 1737 también esta arriesgada operación, erigiéndola en método (*Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. III, p. 431).

BIBLIOTECA FAC. DE MED. UNAM

también el **desagüe** de ciertos quistes, que fácilmente se habrían podido extirpar por completo; entre algunos éxitos escasos, hay que lamentar numerosos casos de muerte debida á hecticidad ó á infección. En el presente no debe aplicarse el desagüe más que á los restos de quistes cuya completa extirpación no sea posible, según diré más adelante, ó bien á los casos de quistes supurados inoperables, que espontáneamente se hayan abierto al exterior.

Ovariotomía Resumen histórico

Ovariotomía.—Resumen histórico.—Ephraïm Mac Dowell (del Kentucky), discípulo de Jonh Bell (de Edimburgo) practicó la primera ovariotomía como tratamiento de un quiste del ovario en 1809 (1). Retiró el pedículo en el abdomen; curación. El segundo ovariotomista, americano también, fué Nathan Smith (de New-Hawen, Connecticut). Alban Smith aparece en tercer lugar. Sus éxitos primeros datan de 1827 (2).

Pero todos estos hechos no eran más que atrevimientos aislados y sin eco.

J. L. Atlee (3) practicó, en 1843, la primera ovariotomía doble, cuando en el año siguiente, Washington L. Atlee (4) que no debe confundirse con él, dió principio á la notable serie de operaciones de esta clase, que en octubre de 1871, llegaba ya á la respetable cifra de 246. La ovariotomía quedó completamente aclimatada en América á partir de 1865 (Peaslee).

En Inglaterra, Lizars (de Edimburgo), inspirándose en los casos de Mac Dowell, practicó la abertura del vientre, en 1824, á causa de un error de diagnóstico, y en el año siguiente volvió á ejecutarla con motivo de quistes del ovario, cuyas enfermas curaron en la proporción de 1 por 3. Granville (de Londres) tuvo dos casos desgraciados que le descorazonaron, y hasta 1842 la operación cayó en descrédito, del que la sacaron Walsh y Clay, gracias á una notable serie de éxitos. Luego siguen los casos

(1) No falta quien atribuye á Abraham Cyprianus la primera operación de ovariotomía, lo cual es inexacto. Lo que hizo este cirujano fué abrir simplemente un quiste fetal supurado, que procedía de un embarazo extra-uterino. El relato de este caso se halla en Ab. Cyprianus. *Epistola en que se refiere la historia de un feto humano de 21 meses*, etc., Amsterdam, 1707.—Ladouce *(Contribution à l'étude du Sarcome de l'ovaire.* Tesis de París, 1890), que toma dicha observación por el primer caso publicado de ovariotomía, parece haber sido inducido á este error por la alusión que de ella hace J.-B. Morgagni. *De sedibus et causis morborum,* etc., 1761, epístola XVIII^a (trad. al francés por Desormeaux y Destouet, París, 1820-1824, t. VI, p. 195), al tratar de los quistes del ovario y de las adherencias que pueden contraer.

(2) E. Mac Dowell. *Eclectic Repository and analyt. Review*, Filadelfia, abril 1817, p. 242.—Nathan Smith. *Amer. med. Record,* junio 1822, t. V, p. 124.—Alban Smith. *North Amer. med.-surg. Journ.,* enero 1826, t. I, p. 30.

(3) J. L. Atlee. *Amer. Journ. of med. Sciences,* 1844, t. VII, p. 48.

(4) W.-L. Atlee. *Amer. Journ. of med. Sciences*, 1855, t. XXIX, p. 387.

de Bird y de Baker-Brown, y por último los de Spencer Wells (1858) (1).

En Alemania, Chrysmann hizo, en 1820, una tentativa desgraciada. Algunos operadores aislados, entre los que hay que mencionar Stilling, se arriesgaron luego, pero sin lograr aclimatarla (2).

En Francia, parece que fué Woyerskowsky (1844) quien practicó la primera ovariotomía. La Academia condenó en 1856 la operación, con la protesta única de Cazeaux. En 1862 Nélaton fué á ver á Spencer Wells y á la vuelta practicó la ovariotomía sin éxito. Pero Kœberlé, en 1864, publicó 9 curaciones por 12 casos; Péan demostró luego de una manera brillante que la operación podía practicarse con éxito en París. A estos dos autores se debe la vulgarización de la ovariotomía en Francia (3).

En esta época, la aparición del método antiséptico impulsó la operación por nuevas vías, haciendo que pasara de manos de algunos especialistas á las de todos los cirujanos.

En resumen la ovariotomía ha pasado por tres fases sucesivas: 1.° Una fase de tanteos que acaba primeramente en América con W. L. Atlee; en Inglaterra con Baker-Brown y Spencer Wells; en Francia con Kœberlé y Péan. 2.° Una cortísima fase de especialización excesiva, á la cual van unidos los nombres de los iniciadores que acabo de citar. 3.° Una fase de vulgarización, gracias al potente impulso de la antisepsis.

Indicaciones generales

Indicaciones generales.—Hoy día podemos abreviar considerablemente este capítulo, pues muchos puntos que hasta hace poco eran objeto de discusión (4) están ya en el presente resueltos. Algunos cirujanos, fundándose en que los quistes parováricos hialinos pueden curarse por la simple punción, curación que según los datos, acaso algo optimistas, de Terrillon (5), se ha logrado 1 vez cada 3, aconsejan que se practique primeramente la punción en

(1) Lizars. *Observ. on the Extraction of diseased ovaria,* Edimburgo, 1825.—Ch. Clay. *Med. Times*, 1843, t. VII, p. 43, etc.—*Result of all the operations for Extirpation of diseased ovaria by large incision,* Londres, 1848.—Sp. Wells. *History and progress of Ovariotomy in Great Britain (Med chir. Transact.,* 1863, t. XLVI, p. 33).

(2) Paul Grenser. *Die Ovariotomie in Deutschland, historisch und kritisch dargestellt,* Leipzig, 1870.

(3) Olshausen. *Loc. cit.*—Kœberlé. *Gaz. hebd.,* 13 julio 1866, p. 436.—Péan. *L'Ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès? (Union méd.,* 1868, n.os 125-145, y *Bull. Acad. de Méd.,* 1868, t. XXXIII, p. 413).

(4) S. Duplay. *Des indications et des contre-indications de l'Ovariotomie (Annal. de Gyn.,* 1879, t. XI, p. 208).—Para formarse una idea clara de la rapidez con que se ha progresado en este sentido, es muy interesante hacer un parangón entre las conclusiones de esta Memoria y las que expuso Chazan á la Soc. gin. de Dresden *(Centralbl. f. Gyn.,* 1887, p. 454).

(5) O. Terrillon. *Annal. de Gyn.,* 1885, p. 426.

BIBLIOTECA FAC. DE MED. U.A.N.L.

casos de esta índole, y creen que sólo cuando haya recidiva debe apelarse á la ablación. Ciertamente que esta línea de conducta sería concienzuda, si tuviésemos la seguridad de no confundir nunca los quistes hialinos con los quistes papilares; pero como muchas veces no es posible establecer, antes de la punción, el diagnóstico diferencial, y como por otra parte la punción es muy peligrosa en el segundo caso, de ahí que considere preferible en todos los casos practicar de frente la ovariotomía, que, no me cansaré de repetirlo, en los casos sencillos es una operación benigna.

Actualmente, pues, no vale decir que no debe practicarse la laparotomía más que cuando el quiste ha adquirido tal tamaño que resulta causa de excesivas molestias, ó cuando constituye un peligro inmediato para la vida de las enfermas. Desde el momento que el cirujano diagnostica un quiste incipiente del ovario, debe extirparlo; primero porque la operación implica en estas circunstancias menor gravedad, pues basta practicar una pequeña incisión y no hay que desprender adherencias notables; y en segundo lugar, porque se evita que la enferma pase por los peligros ulteriores de inflamación, ruptura ó torsión del pedículo del quiste; y por último y principalmente porque los quistes del ovario son, si vale la frase, neoplasmas en equilibrio inestable entre la benignidad y la malignidad. Cohn (1), en 658 quistes extirpados por Schrœder encontró 100 que habían experimentado la degeneración maligna, ó sea 15,1 por 100. Leopold (2) la ha encontrado 26 veces en 116 casos (ó sea 22,4 por 100). Schultze (3), en una corta serie de 33 casos, encontró 9 tumores malignos, esto es, 21 por 100. Es muy posible que esta proporción resulte un tanto elevada, porque los casos más graves y más difíciles son los que han ido á parar más especialmente á estos grandes cirujanos. Sin embargo, no hay duda que en esta proporción se ha de reconocer un signo de la frecuencia con que se observa la **degeneración maligna** de los quistes. Poupinel (4) en su trabajo llega á las mismas conclusiones. Tenemos, pues, que operar un quiste ya degenerado, es agravar la operación (Cohn) y dar á la enferma una moratoria en lugar de la curación definitiva.

Degeneración maligna

Siempre que el tumor por largo tiempo estacionario, adquiere en pocos meses rápido é inesperado crecimiento, hay que sospechar que

(1) E. Cohn. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1883, Bd. XII, Heft 1, p. 14.
(2) Leopold. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1887, n.º 4, p. 62.
(3) B. S. Schultze. *Correspondenzbl. des allg. œrztl. Vereins von Thueringen*, 1887, n.º 3.
(4) Poupinel. *De la généralisation des Kystes et Tumeurs épithéliales de l'ovaire* Tesis de París, 1886.

haya experimentado dicha transformación neoplásica, pero aun cuando se haya podido formular el diagnóstico, no por esto está contraindicada la operación. Cohn ha encontrado que de 86 enfermas operadas en estas condiciones había un 19,5 por 100, que seguían curadas al cabo del año, y en 5 casos la curación contaba ya de 3 á 4 y 1/2 años. En vista de estos resultados no hay que mostrar vacilación alguna. Freund (1) piensa de la misma manera. Runge (2) publicó una observación de las más notables de metástasis peritoneal en un caso de quiste glandular, cuya enferma curó gracias á la laparotomía. Tenía ésta 40 años, el tumor se desarrolló en cinco meses, la cavidad peritoneal contenía masas gelatinosas, esparcidas por todas partes, que también llenaban la bolsa quística. La curación de este tumor, evidentemente maligno, continuaba, sin embargo, á los seis meses.

No obstante, conviene saber que el cirujano puede tener decepciones crueles, pues puede sobrevenir una recidiva de curso galopante y acabar con la operada en pocos días. Hofmeier (3) cita dos casos que él observó en los que las enfermas sucumbieron de esta manera, la una 17 días y la otra 25 días después de la ovariotomía. En el primer caso, no se encontró en el peritoneo, durante la operación, ningún indicio de generalización y, sin embargo, en la autopsia se halló que la totalidad de la serosa estaba revestida por una capa de carcinoma del grueso de un dedo, el epiploón estaba totalmente convertido en una masa gruesa y dura, de manera que parecía imposible que pocos días antes se le hubiera encontrado sano. En el segundo caso había ya un principio de metástasis peritoneal cuando se practicó la operación.

Es imposible, según ya lo he manifestado, separar los tumores sólidos, llamados erróneamente papilomas y que en realidad no suelen ser más que quistes papilares abiertos en el peritoneo, de los quistes papilares del ovario. Dichos quistes en su última fase evolutiva, reducidos á su parte sólida, complicados con ascitis determinada por la irritación del peritoneo en donde vierten su caduco epitelio, sembrando á su alrededor restos que quedan ingertados al acaso en la serosa, acaparan verdaderamente el peritoneo para transformarlo en cavidad quística. Hasta en este período hay posibilidad de lograr por la laparotomía la curación duradera de estos tumores,

(1) H. W. Freund. *Ueber die Behandlung bœsartiger Eierstocksgeschwuelste (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1889, Bd. XVII, Heft 1, p. 150.
(2) Runge. *Fall von glandulæren Ovarialcystomen mit gelatinœsem Inhalt und peritonealen Metastasen (Centralbl. f. Gyn.*, 1887, n.º 15, p. 233).
(3) M. Hofmeier. *Gundriss der gynœk. Operationen*, 1888, p. 285.

BIBLIOTECA FAC. DE MED. UNAM

que los ovariotomistas consideraban, poco tiempo ha, como verdaderos *noli me tangere;* podría establecerse una relación entre estos efectos inesperados y los resultados de la laparotomía en ciertas peritonitis tuberculosas. Knowsley Thornton (1) ha citado un caso curado, que databa de 9 años; Leopold (2), uno de 2 años; Cohn (3), un caso de Schrœder de 2 y 1/2 años de fecha. Freund (4) también ha observado curaciones duraderas. Lomer (5) ha publicado un caso excesivamente notable: en el epiploón había pequeñas excrecencias papilomatosas que fué posible extirpar, también las había en el intestino y en el peritoneo parietal, de cuyos puntos no fué posible extraerlas; la curación duraba cinco años después de la operación. Yo mismo (6) operé hace ya doce años un caso completamente análogo con la asistencia de Terrier, y la enferma goza actualmente de perfecta salud. Por lo tanto no debemos considerar estas lesiones por encima de los recursos de la cirugía, por más que el pronóstico burle toda previsión y dependa de factores hasta el presente desconocidos.

Edad

La **edad** no puede considerarse como contraindicación. Se ha operado con éxito á niñas de muy poca edad; Rœhmer (7) extirpó un quiste dermoide á una niña de 20 meses; Schwartz (8) otro á una de 4 años. Mears y Barker (9) han operado á niñas de 6 años y 6 años y medio por tumores del ovario; Thornton, Lucas, Hamaker (10), Cupples, Chenoweth (11), á niñas de 7 años y de 7 años y medio. Spencer-Wells, Mackenzie y Duchamp (12)

(1) Knowsley Thornton. *Trans. obstetr. Soc. of London*, 1886 (Schmidt's *Jahrb.*, 1887, Bd. CCXV, p. 257).

(2) Leopold. *Loc. cit.*, p. 61.

(3) E. Cohn. *Loc. cit*, p. 14.

(4) W. Freund. *Loc. cit.*

(5) Lomer. *Doppelseitiges Papillom des Ovarium mit Ascitis und ausgedehnter Infection des Peritoneum; dauernde Heilung durch Laparotomie (Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 52, p. 906).

(6) S. Pozzi. *Quatre Ovariotomies, etc. (Gaz. méd. de Paris*, 1879, p. 130).

(7) Rœhmer (de Berlín). *Ovariotomie bei einem 1 Jahr 8 Monate alten Kinde. Heilung (Deutsche med. Wochenschr.*, 1883, n.º 52, p. 762).—Chiene *(Edinb. med. Journ.*, 1883, t. XXIX, p. 1132) operó con éxito, según se asegura, á una niña de 3 meses. Pero parece que en este caso no se trataría de un tumor ovárico, sino más bien de una *hernia del ovario.*

(8) Sckwartz. *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 475.

(9) J. E. Mears. *Philad. med. Times*, 1871, t. II, p. 44.—W. B. Barker, citado por Chenoweth. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1882, t. XV, p. 628.

(10) J. K. Thornton. *Brit. med. Journ.*, 1881, t. II, p. 933.—R. C. Lucas. *Med. Press and Circ.*, 2 mayo 1888, t. XCVI, p. 459.—W. D. Hamaker. *A case of ovarian Tumor in a girl seven years old; Ovariotomy, recovery (New-York med. Journ.*, 14 set. 1889, p. 288).

(11) G. Cupples. *Excision of an ovarian Cyst from a child seven and half years old (Richmond and Louisville med. Journ.*, 1874, p. 658).—W. J. Chenoweth. *Loc. cit.*, p. 625.

(12) Sp. Wells. *Ovariotomy succesfull in a girl eight years old (Brit. med. Journ.*, 1874, t. I, p. 432).—W. G. Mackenzie. *Dublin Journ. of med. Science*, oct. 1888, t. LXXXVI, p. 302 (en este caso se trataba de un quiste dermoide del ovario).—V. Duchamp. *Ovariotomie chez une enfant de 8 ans et demi; guérison (Arch. de Tocol.*, 1884, t. XI, p. 23).

han practicado la ovariotomía á niñas de 8 años y de 8 años y medio; Polotebnoff á una niña de 9 años y Wagner (1) á otra de 10. Las operadas de Barlow y Marsh (2), de Jouon (3) de Heinricius (4) y de Mac-Graw (5) tenían 12 años; las de Bolling, de Carafy, de Bell y de Cameron (6) 13 años. Bryant (7), publicó hace tiempo un caso de ovariotomía en una muchacha de 14 años.

Por otra parte también han curado por la ovariotomía mujeres de avanzada edad; sin embargo, hay que ponerse en guardia, en este caso, contra los perniciosos efectos del decúbito prolongado (congestión pulmonar hipostática, escaras en el sacro), recomendando á las enfermas que se levanten y estén sentadas al poco tiempo de operadas, según aconseja F. Barnes. Johnson (8) curó una operada de 64 años. Davis (9) ha publicado un caso operado con éxito á la edad de 65 años, Pinnock (10) á la de 67 años, Sp. Wells (11) á los 73 años, Josephson (12) á 76 años, Terrier (13) á 77 años, Owen (14) á los 80 años y Homans (15) á los 82 años y 4 meses.

Técnica operatoria

Técnica operatoria de la ovariotomía.—Quistes pediculados.— En lo referente á las **precauciones preliminares** remito al lector á lo que ya dejo dicho (p. 22 y siguientes del tomo I) (16).

(1) S. M. Polotebnoff. *Ejened klin. Gaz.* San Petersburgo, 1887, p. 209.—P. Wagner. *Arch. f. klin. Chir.*, 1884, t. XXX, p. 506.

(2) T. Barlow y H. Marsh. *A case of Ovariotomy in a child aged 12 years (Brit. med. Journ.*, 1878, p. 773).

(3) Jouon, de Nantes (citado en *Dict. encycl.*, artíc. Ovariotomie, p. 304).

(4) G. Heinricius. *Finska læk. sælsk. Handl.*, Helsingfors, 1888, t. XXX, p. 492.—Se trataba de un quiste de contenido coloide.

(5) T. A. Mac-Graw, citado por Chenoweth. *Loc. cit.*, p. 627.

(6) Bolling. *Hygiea*, 1887, t. XLIX, p. 788.—Carafy. *Lancet*, 1886, t. I, p. 920.—Bell. *Unilocular ovarian Cyst in a girl aged thirteen; Ovariotomy (Ibid.*, 1887, t. I, p. 418).—Cameron. *Glasgow med. Journ.*, 1888, t. XXXI, p. 1.

(7) Th. Bryant. *A case of ovarian Disease in a child (Guy's Hosp. Reports*, 1869, t. XIV, p. 216).

(8) Johnson. *Virginia med. Monthly*. Richmond, 1888, t. XV, p. 644.—El tumor pesaba 63 libras.

(9) Davis. *Brit. med. Journ.*, 1887, t. II, p. 1050.

(10) Pinnok. *Austral. med. Gaz.*, Sydney, 1887, t. VII, p. 158.

(11) Sp. Wells. *Traité des Tumeurs de l'ovaire*, trad. al franc., 1888, p. 267.

(12) Josephson. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 47, p. 824.

(13) F. Terrier. *Progrès méd.*, 1888, n.º 24, p. 466; en este caso no se trataba de quistes, sino de fibromas de los ovarios.

(14) E. M. Owen. *Brit. gyn. Journ.*, Londres, 1888, t. IV, p. 38.

(15) J. Homans. *Med. Record*, Nueva-York, 5 mayo 1888, t. XXXIII, p. 496.—El tumor era un quiste multilocular con vegetaciones papilares; peso del líquido, 13 libras; peso de las partes sólidas, 1 libra 3/4. Grandes dolores que sobrevinieron fueron la indicación de la operación.

(16) Creo que con el uso de laxantes frecuentes propinados antes y después de la operación queda suficientemente asegurada la antisepsia del tubo digestivo, que con tanta insistencia recomienda Terrier; únicamente en casos excepcionales, particularmente cuando por el recto ha tenido lugar la evacuación de una colección purulenta, administro el naftol β y el salicilato de bismuto como desinfectantes enérgicos del intestino.