siguió de una manera general el **tratamiento extra-peritoneal** próximamente hasta 1880, en cuya época volvió á generalizarse el método intra-peritoneal. En 1841 Stilling (1) restauró el tratamiento extra-peritoneal en Alemania. Por otra parte Duffin (2) en 1850, lo restableció en Inglaterra, pero Spencer Wells (3) fué el que realmente lo vulgarizó. Antes se suturaba simplemente el pedículo á la herida abdominal con puntos de sutura ó con alfileres. En 1858, Hatchinson inventó un nuevo instrumento, especie de tornillo-compresor ó **clamp**, destinado á comprimir la extremidad del pedículo con objeto de asegurar firmemente la hemostasia, cuyo instrumento fué muy pronto adoptado con cierto entusiasmo. Spencer Wells, Atlee, Wilde, Kœberlé, Hegar y Kaltenbach inventaron respectivamente diversos modelos. Clay y Baker-Brown mandaron construir un *cautery-clamp*, destinado á combinar la compresión con la cauterización. En París, los cirujanos se limitaron á atravesar el pedículo con dos largos y fuertes alfileres dispuestos en cruz, transfixión crucial, añadiendo la constricción con el aprietanudos de Cintrat.

Los principales inconvenientes del tratamiento extra-peritoneal del pedículo son: la mortificación de éste, que en ocasiones se extiende mucho y predispone á la infección de la herida; poca consistencia de la cicatriz abdominal, la cual expone á hernias consecutivas. Sin embargo vale la pena de conservar este procedimiento en los casos que, además del quiste del ovario, es preciso tratar ya un prolapso, ya una retroflexión pronunciada en la matriz; pues así se practica de una vez la gastro-histeropexia.

Es muy raro encontrar un pedículo tan delgado que para ligarlo baste rodearlo con un hilo de seda, que luego se anuda. Resulta siempre mucho más segura la transfixión pasando un hilo por la mitad del pedículo y luego hacer el nudo de L.-Tait ó el de Bantock, que pueden apretarse muy sólidamente. Si la longitud del pedículo lo exigiera, se practicará la ligadura de cadena (t. I, p. 63 á 66). Cuando el pedículo es corto, conviene colocar todos los hilos antes de quitar el tumor, y la incisión del pedículo, que deberá verificarse á un centímetro, por lo menos, por encima de los hilos, deberá hacerse gradualmente abarcando pequeños fragmentos de pedículo que después se ligan y se van cortando. De esta manera

(1) B. Stilling. Holscher's *Hannov. Annal.*, 1841, p. 251 y 393.
(2) E. W. Duffin. *Med.-chir. Transact.*, 1850, t. XXXIV, p. 1.
(3) Sp. Wells. *History and progress of Ovariotomy in Great Britain (Ibid.*, 1863, t. XLVI, p. 33).

puede evitarse que el pedículo quede retraído en el fondo de la pelvis, lo cual con dificultad se evita seccionándolo prematuramente y en un solo tiempo. Cuando el pedículo es muy duro y muy suculento, de suerte que con dificultad se diferencia de la masa del tumor, es muy útil imprimir en él una huella bien marcada por medio de una fuerte compresión con grandes pinzas de las empleadas para la forcipresión de adherencias (fig. 45, pág. 77, tomo I), ó todavía mejor con las pinzas de Billroth (fig. 44, pág. 76, tomo I). Con el uso de estas pinzas se obtiene en breve tiempo una depresión ó surco, que servirá para asegurar mejor la ligadura y que por otro lado, magullando los tejidos, contribuirá no poco al establecimiento de la hemostasia.

Cuando ya se ha desprendido el tumor, hay que cortar todos los hilos á 1/2 centímetro por encima del nudo. Antes, empero, se debe haber buscado en la superficie de la sección la luz de los grandes vasos, que hay que ligar uno por uno con seda fina ó con catgut, después de lo cual se toca la superficie del corte con una solución fuerte. Siempre que el pedículo se presente extraordinariamente carnoso y fofo, ó cuando la superficie de sección parezca contener tejidos sospechosos, ó cuando por último, la trompa acuse signos de inflamación, habrá necesidad de recurrir á la práctica inaugurada por Clay y sistematizada por Baker-Brown, es decir, á la cauterización de la herida pedicular con el hierro candente, para cuya práctica es preciso no olvidar que debemos proteger debidamente las partes contiguas con una compresa-esponja húmeda. Para evitar que más adelante se formen adherencias con el intestino y para que no se produzca estrangulación interna, algunos autores (1) aconsejan que se verifique la sutura de los dos labios de la herida peritoneal por encima del pedículo; creo que este procedimiento constituye una complicación inútil, porque el pedículo muy pronto queda encapsulado por falsas membranas.

Una vez se ha terminado este tiempo de la operación, procede el cirujano al examen del ovario del lado opuesto: si la mujer raya ya á la menopausia, deberá también extirparlo, por poco sospechoso que le parezca. Pero si la mujer es todavía joven y el otro ovario ofrece una lesión muy limitada, se podrá seguir la arriesgada conducta de Schrœder (2), quien, en un caso de esta naturaleza, prac-

(1) B. S. Schultze. *Bericht ueber die von* 1884-85 *und* 1886 *ausgefuehrten Laparotomien. (Correspondenzbl. des allg. œrztl. Vereins von Thueringen*, 1887, n.º 3).
(2) Schrœder. *Gesellsch. f. Geburtsh. und Gyn. zu Berlin*, julio 1884 *(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 360).

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

ticó una reseccion en el ovario, no escindiendo de él más que un pequeño tumor dermoide que en él se alojaba, y reunió luego la herida del ovario. La mujer en cuestión se hizo luego embarazada y tuvo un parto feliz. En cuatro casos diferentes ha hecho SCHRŒDER esta **resección del ovario** en mujeres jóvenes. Después de él su conducta ha sido imitada por A. MARTIN (1). También es preciso no descuidar de examinar atentamente el útero, y si se halla que contiene nucleos fibrosos, se procederá á su enucleación con tal que que se trate de una mujer joven y que el asiento de los tumores hable en favor de la facilidad de llevarla á cabo; pero, si se trata de una mujer rayana á la menopausia ó si presenta dificultad la ejecución de la miotomía, será mejor elegir la castración, por ablación del segundo ovario.

Cuarto tiempo Aseo del peritoneo y oclusión del abdomen

Cuarto tiempo. Aseo del peritoneo y oclusión del abdomen.— Cuando la ejecución de la operación no ha ofrecido dificultades y no ha habido efusión de líquido irritante, es superfluo retardar su terminación, queriendo recoger con una esponja la pequeña cantidad de sangre que pueda haber en la pelvis, toda vez que se irá reabsorbiendo fácilmente (2); además, el frote con las compresas-esponjas reune siempre el inconveniente de despojar de su epitelio la superficie del peritoneo y de arrancar algunos coágulos pequeños que obturaban los orificios vasculares, pudiendo de esta manera dar lugar á que se insinúe un nuevo rezumo sanguíneo. Por el contrario, el cirujano deberá seguir una conducta muy diferente, siempre que la superficie del campo operatorio se haya contaminado con líquido quístico ó sobre todo con pus. Para el primer caso, bastará que se sirva de compresas-esponjas: todos los puntos declives se limpian pasando por ellos el dedo envuelto en dichas compresas, mientras que para el fondo de saco de DOUGLAS se coge una compresa por su extremo con una larga pinza curva y se arrolla alrededor de ésta, y en esta disposición se la conduce hasta detrás del útero para absorber la serosidad extravasada. En el otro caso de efusión de pus ó de materia quística que sea muy pegajosa é irritante, habrá que hacer el lavado del peritoneo (págs. 28 y 29 del tomo I). He precisado ya anteriormente las condiciones en que

(1) A. MARTIN. *Samml. klin. Vortræge*, 1889, n.º 343.

(2) GLUGE y THIERNESSE demostraron ya en 1845, que se pueden hacer impunemente inyecciones de sangre en la cavidad abdominal. Los ensayos de *transfusión intra-peritoneal* que en los últimos años se han practicado, han incitado á hacer nuevas pruebas de estos experimentos en el hombre. EDLER. *Die traumatischen Verletzungen der parench. Unterleibsorgane (Arch. f. klin. Chir.*, 1886, t. XXXIV, p. 198).—STEPHANESCO *(Considérations sur le Péritoine.* Tesis de Estrasburgo, 1871) ha verificado sin accidentes inyecciones de aire químicamente puro y de algunas sustancias coloides.

debe practicarse el desagüe ó el taponamiento (págs. 79 á 88 del tomo I).

Ya no le queda más al cirujano que cerrar el vientre, y como en otro lugar (págs. 59 á 62 del tomo I) he expuesto ampliamente la manera de proceder, no me detendré en repetirla ahora. Mi procedimiento de sutura mixta (1) (sutura continua en 2 planos superpuestos para el peritoneo y las aponeurosis, sutura de puntos separados para los tegumentos) evita las hernias y las eventraciones, que son tan frecuentes cuando se emplea la sutura *en masa*, que es la generalmente usada (2). Si á consecuencia de haber tenido que desprender amplias adherencias, nos encontrásemos con abundante transudación sanguínea en una gran extensión de la superficie interna de las paredes abdominales, y temiéramos que, una vez ocluída la herida, va á continuar dicha transudación capilar, se podría colocar al nivel de los puntos de la pared, donde la serosa ha debido ser *desollada*, una serie de suturas enclavijadas afirmadas con rollitos de gasa yodofórmica, cuyas suturas, levantando la serosa en forma de caballete, servirían para mantener aplicadas una contra otra las superficies cruentas. Estas suturas no deben quitarse hasta los 2 ó 3 días (3).

Acabo de describir la operación, por decirlo así, típica, y tal como se practica cuando se trata de quistes. Ahora he de dedicar algunas líneas á dos condiciones operatorias importantes que pueden presentarse y que se refieren, una á la ausencia de pedículo, y la otra á la imposibilidad de constituirlo.

Enucleación de los quistes incluídos y retro-peritoneales

Enucleación de los quistes incluídos en el ligamento ancho y de los retro-peritoneales.—Desde luego he de eliminar las **masas metastáticas** sub-peritoneales que, al mismo tiempo que los tumores pediculados de uno ó de ambos ovarios, se encuentran, sea en el fondo de saco de DOUGLAS, sea en las fosas ilíacas. Operar estas masas microquísticas y coloides, más bien infiltradas que incluídas debajo de la serosa, vale tanto como ir en busca de un descalabro operatorio evidente. Muy raras veces se pueden extirpar completamente, y los enormes destrozos que hay que hacer, junto con los vestigios de neoplasmas que permanecen adherentes, son suficientes para produ-

(1) Desde 1886 que me sirvo de este procedimiento (véase *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 19 octubre 1887, p. 577).

(2) WERTHEIMER. *Essai sur les Hernies consécutives à la Laparotomie.* Tesis de París, 1887, n.º 163.—W. GILL WYLIE. *Ventral Hernia caused by Laparotomy (Amer. Journ. of Obstetr.*, enero 1887. t. XX, p. 25).—E. FASOLA. *Ernia addominale consecutiva alla Laparotomia (Annal. di Ostetr. e Gin.*, 1888, p. 198).

(3) v. HACKER. *Wien. med. Wochenschr.*, 1885, n.º 48, p. 1466.

BIBLIOTECA FAC DE MED. UNAM