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

cir la infección. Hay que limitarse, pues, á extirpar el tumor ovárico pediculado, siempre y cuando esta operación resulte sencilla, abandonando á su propio destino las masas secundarias, y aun á volver á cerrar el vientre, si las múltiples adherencias, que casi siempre existen en casos de esta índole, hacen prever una operación á la vez laboriosa é incompleta.

A. **Quistes parováricos hialinos.**—Estos quistes, de paredes delgadas y de contenido límpido, nacidos en el espesor del ligamento ancho, pueden fraguarse camino desde este punto, por debajo de la serosa, hasta alcanzar el mesocolon ó el mesenterio. Á menos de inflamación anterior, no adhieren á la superficie de la serosa, por lo cual pueden desprenderse con facilidad de esta túnica. Una vez reconocidos por su aspecto, basta formar con precaución un pliegue con el peritoneo que los oculta, é incindir este pliegue, introduciendo luego un dedo en el ojal obtenido, para ir á desprender una pequeña porción de serosa; hecho esto, se introduce el trocar en la parte libre del quiste y se extrae el líquido. Retirado el trocar y obliterado el orificio por medio de pinzas, se va despegando más extensamente el peritoneo de la superficie del quiste, se agranda luego suficientemente la incisión, y por medio de tracciones sucesivas, secundadas por la acción de los dedos que se encargan de romper las adherencias celulares, se acaba por extraer la bolsa quística en su totalidad. Durante la operación, se van aplicando pinzas á los vasos que dan sangre. En cuanto á la cavidad resultante de la enucleación, no hay que inquietarse por su suerte, pues va borrándose por sí misma (1).

Si la bolsa quística ha contraído adherencias á consecuencia de alguna inflamación anterior, inflamación que suele depender de apoplejías intra-quísticas, de las cuales quedan como vestigios la coloración del líquido y los depósitos parduscos de la pared, la operación resulta más difícil. En dos ocasiones he tenido que luchar con casos de esta índole y sólo logré salir del paso merced al siguiente procedimiento que recomiendo: extensa incisión de la bolsa; fijación de los labios de la herida por medio de una corona de pinzas que se confían á un ayudante; luego se introduce la mano izquierda en la superficie interna del quiste, de manera que el operador pueda darse cuenta exacta de las conexiones, y coadyuvar desde dentro á los

(1) La primera indicación clara de descortezamiento de los quistes incluídos se debe á Miner (de Buffalo). *Internat. med. Congress*, 1876, p. 801.—Para la técnica véase L.-Tait (*Edinb. med. Journ.*, julio 1889, t. XXXV, p. 20), que lleva operados 102 casos de quistes incluídos, con 1 de muerte.

esfuerzos de decorticación que con la mano derecha se hacen en la superficie externa del quiste por debajo del peritoneo. Como regla importantísima conviene advertir que hay que proceder con método y adelantar paulatinamente en la dirección emprendida, no diseminando los esfuerzos, ni abandonando el punto donde se ha empezado el descortezamiento. Finalmente, si es posible, se procura respetar el ovario, que suele estar sano.

B. **Quistes papilares del ligamento ancho y quistes glandulares incluídos.**—He reunido estas dos especies de quistes, aun cuando presentan ciertas diferencias anatómicas, porque ofrecen extraordinaria semejanza considerados según el aspecto operatorio. Ya he manifestado que los quistes papilares del ligamento ancho (1), aunque proceden sin duda alguna del parovario (ya sea de su porción intra-ligamentosa, ya de la que penetra en el hilo del ovario), no son de aquellos que los clínicos suelen designar habitualmente con el nombre de quistes parováricos, pues con mayor frecuencia aplican este nombre á la variedad parovárica de los quistes hialinos, que en efecto es la más común.

La bolsa de los quistes parováricos papilares es gruesa y está reforzada á menudo por fibras musculares lisas, que parecen enlazar estos quistes con el útero. Su contenido es turbio ó lactescente; contienen masas vegetantes en forma de coliflor. Por el espesor y por la vascularización de sus paredes, se aproximan, por lo tanto, á los quistes glandulares ó papilares del ovario. Ya estos mismos quistes, sea porque se inician al nivel del hilo del órgano (quistes papilares), sea á causa de un desarrollo semi-heterotópico ó de una predisposición congénita (quistes glandulares), pueden desdoblar el ligamento ancho y cimentar en él su base, en lugar de pediculizarse. Las estrechas é íntimas conexiones con la serosa, el útero y el suelo y las paredes de la pelvis, constituyen otros tantos puntos de semejanza. La diferencia capital, en lo que se refiere á las relaciones anatómicas, consiste en que el ovario se mantiene independiente de los quistes parováricos, mientras que en los quistes ováricos está fundido con el tumor. Capital esta diferencia desde el punto de vista puramente anatómico, sólo tiene mediocre importancia considerada en su aspecto operatorio.

(1) William Goodell (*Amer. Journ. of Obstetr.*, enero 1888, p. 1), en un interesante estudio dedicado á estos quistes, propone que se les designe con el nombre de *quistes intra-ligamentarios*, y que se reserve el nombre de *parováricos ó quistes del ligamento ancho* á los quistes de contenido límpido. Paréceme que el único modo de evitar confusiones consiste en señalar la naturaleza del contenido y decir quistes (parováricos) *hialinos* y quistes *papilares*, intra-ligamentarios ó del ligamento ancho.

El descortezamiento de cualquier quiste de los incluídos en el ligamento ancho es muy penoso, á causa de las adherencias del peritoneo, que muchas veces sólo se logra desprender á colgajos; resulta, además, laborioso, á causa de la profundidad á que están situados los vasos gruesos; y por último es peligroso, dadas las estrechas relaciones de la base de la bolsa quística con el uréter y la posibilidad de arrancar ó herir este conducto (1).

Es mejor vaciar la bolsa de una vez, y entonces, cogiendo la parte saliente con unas pinzas de Nélaton (fig. 149, B, del tomo I), se la dirige fuera de la herida abdominal y con un bisturí se dibuja una gran elipse, que circunscriba toda la porción de quiste que se ha podido retirar del abdomen. La incisión no debe profundizar, en lo posible, más allá del peritoneo, y entonces por medio de pinzas, de la espátula ó del dedo, se va despegando la serosa, de

(1) Conviene distinguir el partido que hay que tomar inmediatamente, así que el cirujano se aperciba de que ha herido el uréter, del que seguirá posteriormente, cuando, habiendo sobrevivido la enferma á los accidentes que han podido desarrollarse, persiste una fistula urétero-abdominal ó urétero-vaginal. Este último punto entra á formar parte de la historia de las fistulas urinarias, y sólo como recuerdo diré sencillamente que en un caso de este género Simon practicó por primera vez la nefrectomía.

La conducta que debe adoptarse, así que el cirujano descubre que ha herido el uréter durante la operación, será distinta, según se trate de un ligero desgarro ó de la avulsión completa. En el primer caso, lo mejor será suturar con toda exactitud posible la herida del canal y colocar en el mismo una sonda permanente de goma, practicando desde luego el cateterismo por la vejiga (procedimientos de Pawlik y de Simon, p. 140 á 146 del t. I) y conducir luego la sonda por la herida abdominal. También creo igualmente prudente en este caso, practicar el taponamiento antiséptico del peritoneo por encima del órgano lesionado, pues en el caso que no se uniese la herida, como puede muy bien acontecer, sería necesario facilitar la salida del líquido, contando para ello con las adherencias protectoras que de esta manera podrían limitar el foco. Schopf (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1886, n.º 31), en una ovariotomía por quiste intra-ligamentario en que tuvo el percance de herir el uréter, aplicó por de pronto y provisionalmente pinzas en los bordes de la herida, luego los reunió por medio de 8 puntos de sutura, hecha con seda, sin comprender en ella la mucosa, con lo cual logró una curación temporal de 4 semanas; pero luego sobrevinieron accidentes que acabaron con la enferma en menos de dos meses. En la autopsia se encontró una peritonitis plástica y degeneración amiloidea de los riñones. El mismo autor, en otro caso, estimó preferible hacer en adelante la reunión del uréter seccionado, por encima de una sonda inglesa (de goma), que introdujo por la uretra, no ocupando de ésta más que una reducida porción, á fin de que no obstruyera el paso de la orina procedente del otro riñón.—A. Gussbrow (*Charite-Annal.*, 1887, t. XII, p. 630) ligó el uréter en las circunstancias siguientes: enucleando un quiste intra-ligamentario maligno, tuvo que ligar en el fondo de la herida un pequeño colgajo del tumor, que no había podido ser desprendido; pero en esta ligadura hubo de englobar, sin quererlo, el uréter, porque á los 9 días siguientes sobrevino un gran absceso con peritonitis séptica y la enferma sucumbió á los 15 días de operada. En ocasiones semejantes, dice Gussbrow, que aconsejaría la abertura del foco purulento á través del fondo de saco posterior de la vagina, con objeto de producir una fistula urétero-vaginal. Creo que en tales casos es preferible practicar preventivamente el taponamiento antiséptico del peritoneo.

En un caso de enucleación de un quiste parovárico retro-peritoneal, arranqué el uréter derecho que estaba adherido al quiste y se rompió á 10 centímetros aproximadamente por debajo de la pelvis renal; el resto del uréter estaba completamente libre y colgaba fuera del vientre. En lugar de intentar suturarlo, lo cual seguramente no habría dado resultado, me resolví á establecer una fistula uretérica en la región lumbar derecha y á resecar luego el extremo vesical del uréter, después de haberlo ligado y suturado en la herida. Secundariamente he practicado la nefrectomía á dicha enferma, que actualmente está restablecida por completo. S. Pozzi. *Des Blessures de l'Uretère au cours de la Laparotomie* (*Congrès franç. de Chir.*, 5.ª sesión, París, 1891, p. 606).

manera que quede disecada una porción circular, á modo de collarín, ahondando cada vez más y caminando concéntricamente contra la bolsa quística. Es preferible comenzar este trabajo de decorticación en los puntos más vascularizados y ligar desde luego los troncos gruesos que abastecen los troncos secundarios. Muchas veces será necesario que un ayudante coloque y mantenga una sonda en la cavidad uterina, con objeto de que el cirujano pueda orientarse, pues ocasiones hay en que el útero está de tal modo desviado ó enmascarado por el tumor, que es sumamente difícil encontrarlo. Para romper las adherencias uterinas, conviene atraer todo lo posible dicho órgano fuera del vientre y acostarlo encima de un lecho de compresas-esponjas. En algunos casos no le queda más recurso al cirujano que practicar la **histerectomía** para simplificar la maniobra y terminar rápidamente una operación larga de suyo.

Obtendremos la hemostasia definitiva por medio de ligaduras, ó por medio de suturas de punto por encima, con catgut, que conviene que no ahonden mucho en la superficie de la herida cruenta, con objeto de no lesionar los troncos profundos. La compresión temporal con compresas-esponjas ó los toques con el termo-cauterio harán cesar las transudaciones capilares persistentes. Si estos medios no dieran resultado, preferiría el taponamiento del peritoneo con gasa yodofórmica á dejar para la forcipresión pinzas aplicadas y reunidas en el ángulo inferior de la herida.

Terminada la operación, es preciso reducir, en cuanto sea posible, la extensión de la herida intra-abdominal, aproximando por medio de suturas con catgut los colgajos del peritoneo. Los restos flotantes deben escindirse. Si resultase una cavidad demasiado profunda y difícil de cegar por medio de una sutura de punto por encima del ligamento ancho, habrá que pensar en la gazapera ó seno así constituído y secuestrarlo del resto de la gran cavidad abdominal. Será preferible en unos casos suturar los bordes de la bolsa á la herida abdominal y practicar el taponamiento con gasa yodofórmica, y en otros introducir un tubo en cruz que vaya desde el fondo de la bolsa al fondo de saco posterior de la vagina, y luego con catgut oclusionar con exactitud dicha bolsa en la parte correspondiente al peritoneo (Martin). La introducción de dicho tubo se hará con mayor facilidad por la vagina, de abajo arriba, según los preceptos que dejo expuestos (págs. 81 y 82 del tomo I).

Operaciones incompletas
Marsupialización

Operaciones incompletas; marsupialización del quiste.—Cuando lo tenaz de las adherencias á las paredes pélvicas ó á las hojillas