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

del ligamento ancho imposibilita la formación de pedículo ó la enucleación, aun le queda un recurso al cirujano. Consiste éste en fijar los bordes de la bolsa, cuyo sub-fondo no ha podido ser desprendido, á los labios de la herida abdominal, y en verificar el taponamiento ó el desagüe de dicha bolsa, como si se tratara de la cavidad de un absceso, dejando á la naturaleza el cuidado de obliterarla ó de eliminarla. Antes de fijar la bolsa á la pared abdominal, se principiará por cerrar toda la porción superior de ésta, dejando únicamente libre en su ángulo inferior el espacio que se juzgue necesario para llevar la maniobra á cumplimiento. Se encargará un ayudante que mantenga la bolsa abierta suspendida por encima del vientre, reservándose en ella por medio de pinzas, si fuere necesario, uno ó dos grandes repliegues, que se asegurarán con un punto de sutura. Luego se sujeta el contorno de la bolsa, que hay que mantener moderadamente tensa, aplicando una serie de puntos de sutura, con seda fuerte, formando corona, de modo que atraviesen todo el grosor de la bolsa y el de las paredes abdominales, á dos centímetros de los bordes de la herida, cuyos puntos deben ser inmediatamente tangentes entre sí. Se aplica después otra línea de puntos de sutura superficiales, para unir la piel sola á la bolsa. Se limpia cuidadosamente el interior de este saco, quitando todas las vegetaciones y todo el revestimiento mucoso; se lava con sublimado y luego se coloca un tubo grueso de desagüe, únicamente perforado en dos puntos hacia su parte inferior, en torno del cual se aplica gasa yodofórmica no muy apretada.

Esta conducta, cuyos puntos capitales han trazado Clay, Spencer Wells y Péan (1), y adoptado luego los demás operadores, sólo puede aceptarse á falta de otra mejor. Puede dar excelentes resultados cuando se trata de quistes uniloculares de paredes delgadas, como los quistes hialinos parováricos, si á consecuencia de un proceso inflamatorio se han hecho adherentes; pero raras veces llega la ocasión de aplicarla á semejantes casos. En los de quistes proliferados es donde generalmente hay que recurrir á dicho procedimiento, y entonces, especialmente cuando las paredes quísticas presentan vegetaciones papilares, los resultados dejan mucho que desear. El tumor manifiesta incesante tendencia á la recidiva, la fístula abdominal persiste indefinidamente, y la interminable supuración expone á la septicemia crónica y al agotamien-

(1) Péan. *Union méd.*, dic. 1869, p. 874 y sig., y *Gaz. des Hôp.*, 25 nov. 1871, p. 553.—Urdy. *De quelques cas difficiles d'Ovariotomie et d'Hystérotomie.* Tesis de París, 1874.

to (1). También se ha visto presentarse la degeneración maligna al nivel de la herida. Las probabilidades de éxito aumentarán considerablemente, si se tiene cuidado de desembarazar todo lo que se pueda con los dedos ó con la cucharilla roma todo el interior de la bolsa de los elementos glandulares que contenga. Rheinstædter (2), que practica con insistencia esta maniobra, ha obtenido siete curaciones duraderas, contando cuatro de ellas más de dos años de fecha. En los casos más felices, la bolsa se mortifica y es eliminada totalmente.

Con este procedimiento se crea una bolsa, por delante del pubis, en cierto modo parecida á la de las zarigüeyas, por cuya razón ha sido denominado este procedimiento por algunos autores americanos con el expresivo nombre de **marsupialización.**

Siempre conviene practicar con la mayor rapidez posible una ovariotomía en los casos simples, sin notables adherencias; la duración media, inclusa la sutura de las paredes, es posible que no exceda de 20 minutos, según he podido comprobar por mí mismo. Toda operación peritoneal que dure más de una hora, adquiere por esta sola circunstancia un grado especial de gravedad. La operación resultará tanto menos grave, en cuanto se tomen ciertas precauciones: el ayudante procurará mantener siempre la herida abdominal lo menos abierta posible, no dejará jamás el intestino ó el epiploón al descubierto, sino que debe mantenerlo cubierto con compresas húmedas y calientes; el operador maniobrará, en cuanto pueda, fuera de la cavidad abdominal y se limpiará constantemente las manos, sumergiéndolas en una jofaina, puesta á su alcance, que contenga una solución de sublimado al $^1/_{5000}$. La **evisceración** ó extracción temporal del paquete de intestinos, colocado encima de las paredes abdominales y debidamente envuelto en compresas calientes, facilita mucho el trabajo del operador por el mayor espacio que le proporciona, pero esta maniobra sólo debe ponerse en práctica en casos excepcionales. Se puede prescindir de ella, haciendo que un ayudante repela fuertemente con la mano cubierta de una compresa-esponja todo el paquete intestinal al interior y arriba del vientre. También se puede mantener levantada la pelvis de la enferma: á este efecto un ayudante vuelto de espaldas contra ella coloca sobre sus hombros las corvas de la operada, pero en este

(1) F. Terrier. *Résultats fournis par l'ablation incomplète des Kystes de l'ovaire* (*Revue de Chir.*, 1881, t. I, p. 625).

(2) A. Rheinstædter. *Sieben Ovariotomien mit Einnæhung der Tumorbasis an die Bauchwunde; Heilung ohne Recidiv* (*Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1884, Bd. X, p. 257).

BIBLIOTECA FAC. DE MED. UNAM

caso el operador tiene que mudar de sitio y situarse al lado de ésta.

Cura

La **cura** es de las más sencillas: si la operación ha sido aséptica y la herida está perfectamente coaptada, teóricamente podría decirse que ninguna necesidad hay de cura tópica, bastando la inmovilidad y la compresión. He obtenido magníficas cicatrices aplicando simplemente algodón. Sin embargo, vale más guardar las precauciones convenientes para evitar toda infección séptica posible, y usar la antisepsis en todo lo que no sea el interior de la cavidad peritoneal (p. 23 del t. I). Tengo la costumbre de lavar la superficie del vientre con sublimado y expolvorear ligeramente con yodoformo la línea de sutura, aplico luego una torta de gasa yodofórmica cortada á tiras y dispuesta en pliegues irregulares, coloco por encima de ella una capa de algodón hidrófilo, luego una almohadilla elástica de gasa, rellena de turba, y, por último, un vendaje de franela que rodee todo el cuerpo. No hay que acumular mucha cantidad de algodón, ni ejercer demasiada compresión, como hacían los primeros operadores.

Cuidados consecutivos Accidentes

Cuidados consecutivos. Accidentes.—Debe sondarse á la enferma cada tres horas durante los dos primeros días, ó más si fuera preciso. Se la coloca en una cama previamente calentada, con los muslos levantados ligeramente por medio de una almohada colocada por debajo de las corvas; si la operada está muy débil y en estado sincopal, se procurará animarla con inyecciones subcutáneas de éter y se la envolverá con paños calientes.

Hemorragia interna

A veces y poco después de la operación, la precipitación del pulso y una sensación súbita de angustia, de desfallecimiento, de escalofríos y de sudores fríos nos revelan la aparición de una **hemorragia interna**; la cara palidece; las extremidades se enfrían; y cuando se ha establecido el desagüe se nota además que se escurre sangre por el tubo. En un caso de este género, sospechando Hofmeier este accidente en una operada de Schrœder, se atrevió á deshacer dos puntos de sutura ocho horas después de la ovariotomía, y encontró que la ligadura se había escapado del pedículo y que el abdomen estaba repleto de coágulos, pudiendo por dicho medio salvar á la enferma. No hay que titubear en imitar esta conducta en casos análogos.

Durante el primer día no debe darse á la operada más alimento que algunos pedazos de hielo, un poco de grog frío ó champaña helado. Hay que guardarse de dar estos líquidos en gran abundancia, pues el mejor remedio contra los vómitos consiste en mantener el estómago vacío. Los **vómitos** debidos al cloroformo no tienen, en estas condiciones, ningún valor pronóstico. El segundo día puede añadirse á la alimentación un poco de leche mezclada con agua de Vals. Algunos cirujanos administran opio para calmar los dolores y provocar el sueño, lo cual es una costumbre deplorable, cuyo principal efecto consiste en paralizar los intestinos.

Al tercer día, si continúan ó reaparecen los vómitos de color porráceo, si el vientre está doloroso y abultado, y el pulso frecuente, aun cuando la temperatura se mantenga baja, puede darse casi como efectivo el desarrollo de una **peritonitis séptica**. Para diagnosticarla conviene tener en cuenta que el estudio del pulso tiene un valor incomparablemente mayor que el de los datos termométricos. Las inflamaciones quirúrgicas del peritoneo, á veces hasta van acompañadas de hipotermia. Cuando debe sobrevenir la terminación fatal, los vómitos se hacen, á lo menos al principio, incesantes, casi continuos y la enferma muere, sin grandes sufrimientos, presa de ligero subdelirio. Olshausen (1) indicó perfectamente, hace mucho tiempo, la naturaleza séptica de estos síntomas. Más bien es la septicemia que ocasiona la peritonitis que el caso inverso. En la autopsia sólo se encuentra un poco de serosidad turbia en la pelvis menor y un enorme meteorismo. Olshausen (2) atribuye gran importancia á la parálisis del intestino y á la reabsorción de las sustancias tóxicas que contiene. Verchère (3), lo propio que Sænger (4), ha desarrollado esta teoría. Conviene estar precavidos contra el error de tomar este conjunto sintomático, por **íleo**, pues, á veces, lo simula de tal suerte que es fácil equivocarse. Trátase, sin duda, de una verdadera toxemia producida por las leucomainas y ptomaínas, procedentes ya de los líquidos derramados en el abdomen, ya de los gases y materias aprisionadas en los intestinos paralizados. Se cree que la parálisis de los intestinos, ocasionada por la exposición de los mismos al aire, sea que éste obre directamente sobre la fibra muscular, ó indirectamente sobre los plexos nerviosos de sus túnicas, constituye el origen de la peritonitis séptica.

Íleo

Parálisis intestinal

Sea lo que fuere, uno de los mejores síntomas del comienzo de la peritonitis es la **parálisis intestinal**, que se traduce, no sólo por el

(1) Olshausen. *Die Krankh. der Ovarien*, p. 10.
(2) Olshausen. *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n.º 1, p. 10.
(3) F. Verchère. *Compte rendu du 3e Congrès franç. de Chir.*, marzo 1888, p. 291.
(4) Sænger. Soc. gin. de Leipzig, 20 febr. 1888 (*Centralbl. f. Gyn.*, 30 junio 1888, n.º 26, p. 430).