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).

meteorismo, sino por la retención de gases. Dicha parálisis intestinal, que en tal caso es un efecto, puede á veces ser causa de inflamación peritoneal; así, pues, conviene tratarla desde los primeros momentos; en la tarde del segundo día acostumbro á administrar á la enferma un enema compuesto de seis cucharadas de vino de Burdeos y tres cucharadas de glicerina, con objeto de provocar ligeras contracciones intestinales; si esta lavativa no es de resultado para la expulsión de los gases, la reitero el día siguiente por la mañana, añadiendo una ó dos cucharadas de miel mercurial, y mando introducir en el ano una sonda de goma del núm. 20, que debe penetrar unos 10 centímetros para facilitar la salida de gases, á pesar de la tonicidad del esfínter. Prefiero este régimen á administrar purgantes por la boca, que con frecuencia son vomitados (1).

Desde el cuarto día, si todo marcha bien, puede la enferma tomar algún alimento sólido.

Al octavo día, se quitan las suturas de seda que casi no es necesario reemplazar por una sutura seca, dada la acción duradera de la sutura perdida; la reunión suele ser perfecta, salvo al nivel de algunos repliegues, en donde es posible que quede algo de cabalgamiento. Sólo entonces se quita el vendaje y después de lavar el vientre con sublimado se sustituye por otro análogo. A los quince días puede colocarse la enferma en un sillón y al cabo de una semana puede principiar de nuevo á andar.

Después de quitadas las suturas, puede ocurrir que, por efecto de un acceso de tos ó de vómitos, el intestino se hernie, por **desunión secundaria de la herida**; hay numerosos ejemplos en que este accidente no ha tenido fatales consecuencias siempre que se han limpiado las vísceras y se ha reducido la hernia, aun cuando hayan transcurrido muchas horas; yo mismo he observado un caso en una de mis enfermas, en la que salió el intestino por el ojal de un tubo de desagüe; la enferma curó perfectamente.

Desunión secundaria

Enfisema

La producción de **enfisema** de la pared abdominal ocasionada por los esfuerzos del vómito, es un accidente que ocurre muy raras veces: no tiene gravedad, pero predispone á la supuración (2).

La antisepsis practicada incompletamente, ó la infección secun-

(1) Al presente se ha hecho general esta práctica de provocar pronto los movimientos de los intestinos después de la laparotomía. HEGAR y KALTENBACH. *Loc. cit.*, HOFMEIER. *Loc. cit.*, LUBARSCH. Disert. inaug., Estrasburgo, 1884.—WYLIE. *Med. Record*, Nueva-York, 19 marzo 1887, t. XXXI, p. 313.—P. MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1888, t. XXI, p. 136.—La mayor parte de los cirujanos franceses observan una conducta análoga.

(2) WINTER (Soc. obst. y gin. de Berlín, 10 mayo, 1889 en *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 24, p. 418) ha observado dos casos de estos, uno de los cuales se produjo á la vista misma del operador; en un caso hubo resolución, en el otro, absceso consecutivo.

daria de la herida por medio de un tubo de desagüe que vaya á parar á un foco de supuración profundo, pueden acarrear la formación de **abscesos superficiales** junto á la sutura. Cuando se note induración y dolor local, hay que apresurarse á dilatar ligeramente la herida con una sonda acanalada, lavarla con la solución fuerte é introducir en ella dos tubitos de desagüe.

Abscesos

Los **abscesos profundos** junto al pedículo ó á las suturas perdidas en el vientre (1) son más difíciles de reconocer. Si por medio de la palpación bimanual descubrimos fluctuación profunda en un punto limitado, y este dato junto con el aumento de temperatura nos dan suficiente certeza del diagnóstico, hay que abrir el vientre sin titubear, para evacuar el pus y limpiar el foco, después de lo cual se asegura el desagüe.

Parotiditis

Se ha señalado la **parotiditis** (2) como accidente propio de la convalecencia; es bastante rara y es índice de cierto grado de septicemia, de manera que el pronóstico es grave.

Peritonitis

La **peritonitis**, que puede presentarse en forma sub-aguda al principio, puede asimismo sobrevenir tan sólo á los doce ó quince días, en cuyo caso es debida, sin duda, á la mortificación séptica del pedículo ó de las demás ligaduras en masa que se han abandonado en el vientre; he observado un caso en el que la infección partía de numerosas ligaduras del epiploón hechas con catgut de mala calidad. Sigue entonces un curso más insidioso aún que la peritonitis que estalla á los primeros días, el cual más bien reviste la forma de septicemia peritoneal. La elevación de temperatura es más frecuente: también sobrevienen meteorismo y vómitos, biliosos primero y luego fecaloides (3).

El tratamiento es casi impotente para dominar la peritonitis. Desde que haya temores de que va á desarrollarse habrá que aplicar frío en el vientre, por medio de una vejiga de hielo, ó con una placa refrigerante de GALANTE, mucho más cómoda, en la cual se hará circular una corriente de agua helada. Administrando pedacitos de hielo por la boca, se calmarán las náuseas. Creo que las bebidas gaseosas, como la poción de RIVIÈRE, son más perjudiciales que

(1) J. BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1881, p. 75) cita dos casos que prueban que los accidentes habían sido ocasionados por no haberse reabsorbido el catgut (y probablemente por insuficiente desinfección del mismo); un caso de peritonitis, otro de absceso profundo, curación.

(2) MATWEF. *Annal. de Gyn.*, 1885, p. 405.—E. BUMM (*Ueber Parotitis nach Ovariotomie* en *Muench. med. Wochenschr.*, 1887, n.º 10, p. 173) sólo ha podido reunir 17 casos publicados.

(3) LEVRAT. *Septicémie péritonéale après l'Ovariotomie.* Tesis de París, 1880.

útiles. Sólo autorizo el uso de las inyecciones de morfina cuando la situación me parece desesperada.

La nueva abertura del abdomen, en casos de esta naturaleza, sólo ha producido desengaños. SCHRŒDER, HOFMEIER, HEGAR y KALTENBACH la condenan unánimes, yo mismo la ensayé una vez sin éxito; á pesar de todo no creo que la experiencia deba considerarse como definitiva en este punto.

Oclusión intestinal

Entre las complicaciones más raras, citaré la **oclusión intestinal** (1) que se ha atribuído á la formación de adherencias junto á las ligaduras perdidas, ó á las superficies disecadas; la destrucción del epitelio peritoneal por el uso de esponjas ó de compresas excesivamente antisépticas pueden también favorecerla: de aquí, el precepto de lavarlas en agua hervida antes de hacerlas servir, y en general, de que la operación debe ser aséptica y no antiséptica en la cavidad del peritoneo. En 1000 ovariotomías, SPENCER WELLS observó 11 casos de muerte por oclusión intestinal. LEOPOLD (2) preconiza, como tratamiento de este accidente, los enemas forzados con agua de manzanilla caliente adicionada con aceite y jabón; hay que inyectar muchos litros de líquido, acostando luego á la enferma de lado. Puede ensayarse este medio, al cual cree LEOPOLD ser deudor de muchos y buenos resultados, pero no conviene esperar mucho tiempo para volver á abrir el vientre é ir en busca del obstáculo, que consiste generalmente en alguna adherencia al pedículo ó á la cicatriz abdominal (3). Hay, pues, que proceder con gran cautela en previsión de esta última circunstancia.

Tétanos
Flebitis
Embolia

Las demás causas excepcionales de muerte son: el **tétanos** (4), la **flebitis** y la **embolia.**

Uremia

Se ha observado la **uremia**, aguda ó lenta, debida á la congestión de los riñones ya afectados, provocada por la anestesia prolongada y por el traumatismo.

Choque

El **choque** es una palabra vaga que engloba accidentes de muy variable patogenia, desde la embolia desconocida y desde la uremia

(1) NIEBERDING. Congreso ginecol. de Halle (*Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n.º 26, p. 425).— W. HIRSCH. *Ueber Darmocclusion nach Ovariotomie* (*Arch. f. Gyn.*, 1888. Bd. XXXII, Heft 2, p. 247).— SALIN. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 822.— TUTTLE. *Transact. of the obstetr. Soc. of New-York* (*Amer. Journ. of Obstetr.*, 1889, p. 952).— A. OBALINSKI. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1889, n.º 12, p. 251.

(2) LEOPOLD. Soc. gin. de Dresde, 3 enero 1889 (*Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 16, p. 283).

(3) W. HIRSCH. *Loc. cit.*

(4) THIRIAR. *Relation de quatre cas de Tétanos observés à la suite de l'Ovariotomie* (*Comptes Rendus du Congrès franç. de Chir.*, París, 1886, p. 97). — JOHNSON (*Journ. of the amer. med. Assoc.*, 13 julio 1889, p. 63) ha recogido 15 casos.— RICHELOT. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1888, p. 696.— J. PHILIPPS, DORAN, HUMPHRY. Soc. de Med. y Cir., Londres, 12 enero 1892.

fulminante á la parálisis del corazón degenerado, por marasmo del organismo (1).

Gravedad de la operación

Gravedad de la operación.—Es poco menos que imposible establecer el pronóstico racional de la ovariotomía, así como el de toda gran operación, sin antes diferenciar los casos simples de los complicados. Por desgracia esta clasificación no existe en las estadísticas, bien que por otra parte sería un trabajo muy delicado. Sea lo que fuere, según los más recientes documentos, parece que la extirpación de un quiste libre de extensas adherencias constituye hoy día una operación verdaderamente benigna. Otra laguna considerable de la mayor parte de estadísticas consiste en la falta de datos suficientes acerca de las causas de muerte. Sin embargo, puede afirmarse que la mayor parte de operadas mueren por peritonitis séptica, y que los casos que más contribuyen á hacer las estadísticas sombrías son casi siempre los de tumores malignos con extensas adherencias. De suerte que algunos cirujanos se han decidido á operar únicamente los casos favorables. Las siguientes series están tomadas de OLSHAUSEN (2).

SPENCER WELLS.	1000	casos con	768	curaciones.
KEITH.	381	— —	340	—
KŒBERLÉ.	306	— —	231	—
THORNTON.	423	— —	383	—
L.-TAIT.	405	— —	372	—
OLSHAUSEN.	293	— —	266	—
SCHRŒDER.	658	— —	575	—

Sería interesante ir descomponiendo cada serie para comprender la disminución de la cifra de mortalidad, á medida que el cirujano va perfeccionando su técnica. He aquí un trabajo de esta índole hecho por HOFMEIER (3) con la estadística de su maestro SCHRŒDER.

De 1 á 100	17	muertes
100 — 200	18	—
200 — 300	7	—
300 — 400	16	—
400 — 500	7	—
500 — 600	7	—
600 — 658	11	—
658	83 muertes = 12,6 por 100	

HOFMEIER hace notar de una manera especial que entre estos

(1) M. HOFMEIER. *Zur Lehre vom Shock* (*Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 366).

(2) OLSHAUSEN. *Loc. cit.*

(3) HOFMEIER. *Loc. cit.*, p. 311.

BIBLIOTECA FAC. DE MED. UNAM

casos de muerte hay una ínfima minoría debida á la infección, y que hay que atribuir la casi totalidad á los accidentes graves sub-siguientes á la ablación de tumores malignos. Así es como se explica, por ejemplo, la elevada cifra de 11 muertes en las 58 últimas operaciones. En el quinto y sexto centenar hay series de 20 y 40 curaciones sucesivas.

Lawson-Tait (1), que en su primera serie de 1000 laparotomías sólo ha tenido un 9,2 por 100 de muertes, y en su segunda serie análoga sólo un 5,3 por 100, consigna las cifras siguientes con respecto á sus últimas ovariotomías: quistes parováricos, 1 muerte por 24; quistes del ovario, de un solo lado, 6 muertes por 158; de los dos lados, 2 muertes por 78; quistes incluídos en el ligamento ancho 12 casos, ninguna muerte.

C. Braun (2), en la segunda serie de cien ovariotomías, que representa las operaciones que practicó desde 1884 á 1887, ha tenido 13 muertes, pero dejan de figurar en este número 7 muertes, calificadas de incisiones exploradoras. De 1888 á 1890 ha tenido 2 muertes por 52 ovariotomías, ó sea, 3,8 por 100. Freund (3), por 191 operaciones ha tenido 17 muertes.

G. Granville Bantock (4), en su cuarto centenar de ovariotomías, ejecutadas con simples precauciones asépticas, sólo ha observado 4 casos mortales, mientras que, en su primer centenar, siguiendo el método listeriano, perdió 19 operadas. Dohrn (5), en 100 ovariotomías practicadas desde mayo de 1883 al mes de abril de 1889, sólo ha perdido 4 operadas.

Terrier (6) ha publicado 200 ovariotomías practicadas desde julio de 1874 á julio de 1889; se le murieron 37 enfermas, ó sea, un 18,5 por 100.

Terrillon (7), entre 278 ovariotomías, que comprenden su

(1) L.-Tait. *Seconde série de mille cas consécutifs de Laparotomie (Bull. méd.*, 1888, n.º 89, p. 1459).

(2) C. Braun von Fernwald. *Ueber ein zweites Hundert Ovariotomien (Wien. klin. Wochenschr.*, 1888, t. I, p. 4-7 y *Wien. med. Blœtter*, 1888, Bd. XI, n.º 19, p. 587). — Egon Braun von Fernwald. *Beitr. zur Lehre der Laparotomien*, etc., Viena, 1890, p. 14 y sig.

(3) Freund. *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, n.º 36, p. 646.

(4) G. Granville Bantock. *Brit. gyn. Journ.*, 1889, t. V, p. 343.

(5) Dohrn. 100 *Ovariotomien aus der Kœnigsberger Frauenklinik (Centralbl. f. Gyn.*, 1890, n.º 9, p. 137).

(6) F. Terrier. *Revue de Chir.*, t. II, p. 349; t. IV, p. 1; t. V, p. 12; t. VI, p. 985; t. VII, p. 677; t. VIII, p. 965; t. IX, p. 304; t. XI, p. 533. — Estos resultados se descomponen por series de 25 ovariotomías: 1.ª serie, 1874 á 1880, 3 muertes; 2.ª serie, 1880 á 1882, 9 muertes; 3.ª serie, 1882 á 1884, 2 muertes; 4.ª serie, 1884 a 1885, 5 muertes; 5.ª serie, 1885, 6 muertes; 6.ª serie, 1885 á 1886, 4 muertes; 7.ª serie, 1886 á 1888, 5 muertes; 8.ª serie, 1888 á 1889, 3 muertes.

(7) O. Terrillon. *Communic. écrite*, enero, 1892.— Las series son de 25 casos cada una, fuera de la 1.ª que encierra 33. He aquí el resultado detallado: 1.ª serie, 1880 á 1884,

estadística desde septiembre de 1880 á 1892, ha observado 24 muertes, esto es, un 8,6 por 100.

Consecuencias de la operación

Consecuencias de la operación.—Cuando el tumor es de naturaleza benigna, la enferma operada está curada definitivamente; sólo se halla expuesta á eventraciones por relajación de la cicatriz, si la sutura no se ha practicado con el esmero que dejo indicado. Aun en este caso, es prudente que las operadas lleven una faja abdominal ligeramente compresiva; pero no hay necesidad que esté almohadillada, ni que sea de modelo especial, cuyas condiciones son indispensables, cuando se trata de cicatrices logradas con una simple línea de suturas, en cuyo caso son de dudosa solidez.

Puede ocurrir, más adelante, que aparezca un quiste en el otro ovario ó en el ligamento ancho restante, y obligue al cirujano á abrir nuevamente el vientre (1). Cuando es llamado para practicar por segunda vez dicha operación, debe recordar siempre que, el intestino tiene tendencia á adherirse á la primera cicatriz; así pues, es prudente comenzar la nueva incisión un poco por encima del extremo superior de la primera, para que, introduciendo el dedo por el ojal resultante, pueda servir de guía para continuar el corte de arriba abajo. Gracias á esta precaución, pude evitar la herida del intestino que estaba ampliamente adherido, en un caso en que hube de practicar una segunda laparotomía al año de haber practicado la primera. Tratábase de un quiste parovárico hialino desarrollado en el lado derecho, después de haber extirpado otro tumor análogo del lado izquierdo. En cambio, conozco un caso de ovariotomía reiterada, en que un cirujano muy experimentado, al practicar la incisión en la antigua cicatriz cayó de lleno sobre el intestino delgado que estaba adherido y lo seccionó; la enferma sucumbió rápidamente.

Recidivas

He consignado ya, al tratar del pronóstico, lo referente á las **recidivas** de los tumores malignos y á la generalización de estas neoplasias, y recordaré que ésta queda generalmente localizada en el peritoneo, que sólo invade excepcionalmente la pared y vísceras abdominales, y que se extiende con mucha menor frecuencia aún á las mamas, pulmón y ganglios del mediastino (2). Segond ha observado

4 muertes (en 33 casos); 2.ª serie, 1884 á 1886, 6 muertes (en 35); 3.ª serie, 1886 á 1887, 4 muertes; 4.ª serie, 1887 á 1888, 3 muertes; 5.ª serie, 1888 á 1889, 1 muerte; 6.ª serie, 1889 á 1890, 2 muertes; 7.ª serie, 1890 á 1891, 3 muertes; 8.ª serie, 1891 á 1892, 1 muerte.

(1) A. Martin. *Ueber die an derselben Person wiederholte Laparotomie (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, p. 239).—Refiere cuatro observaciones personales.

(2) Poupinel. *Épithélioma kystique multiloculaire végétant de l'ovaire gauche; Ovariotomie, guérison. Épithélioma du sein gauche récidivant deux fois après l'Ablation totale; généralisation du Cancer au péritoine et probablement aussi à la plèvre; mort (Annal. de Gyn.*, enero 1890, p. 35).