

que se arrojasen los alimentos y las bebidas, constituyen los fenómenos patognomónicos de esta complicacion. Rara vez sucede esto en las primeras treinta y seis horas, y por lo general no se manifiestan hasta el tercer día de practicada la puncion, siendo además muy variable la marcha á la terminacion fatal. Algunas veces la muerte sobreviene á los tres días, y otras una semana despues del principio de la inflamacion. Que sea lenta ó rápida, los síntomas agudos faltan casi siempre; el pulso está poco agitado, á menudo no hay más que el dolor peritoneal, y aunque haya estreñimiento de vientre, sin embargo, responde pronto á los purgantes, y la muerte sobreviene con los fenómenos de depresion que acompañan á la puohemia.

Si la inflamacion quística queda sin tratamiento durante veinticuatro y treinta y seis horas, yo creo que no hay esperanza de curacion; pero cuando se la combate desde el principio en las mujeres que no están demasiado debilitadas por la afeccion ovárica, cede con bastante facilidad. La deplecion sobre todo la deplecion sanguínea local, es la que mejor llena sus indicaciones.

En un caso en que los síntomas eran muy graves y se parecían más á los de una peritonítis aguda que á los de una simple inflamacion quística, he obtenido felices resultados sacando doce onzas de sangre del brazo. Sin embargo, doce á diez y ocho sanguijuelas aplicadas á la parte dolorida, seguidas de cataplasmas calientes renovadas á menudo ó fomentos continuos por medio de la esponjiopilina, hace desaparecer el dolor, disminuye la fiebre y detienen los vómitos. Miétras persista este último síntoma, no se suele obtener ninguna mejoría positiva, y en este caso, áun cuando exista sensibilidad en el vientre, es preciso volver á emplear las emisiones sanguíneas. Una sola dosis de diez granos de calomelanos, detiene algunas veces la irritabilidad del estómago y proporciona evacuaciones intestinales, sin producir ningun trastorno general. Pero es mejor todavía no calmar la irritabilidad estomacal con medicamentos, sino con agua helada en mínima cantidad, ó pequeños trocitos de hielo introducidos en la boca, cuyos medios son más eficaces para contener los vómitos y apagar la sed. Cuando se han apaciguado los síntomas más serios, algunas cucharadas de caldo de gallina frio, serán bien soportadas por el estómago.

Para salvar la enferma, es necesario verla muy á menudo, con el fin de que si no se han contenido los síntomas por medio de la primera deplecion sanguínea, emplear la segunda; el tiempo es precioso y hay que recuperar la oportunidad perdida.

## CAPITULO XI.

### TUMORES É HIDROPESÍA DEL OVARIO.

*Continuacion del tratamiento.*—Medios propuestos para la cura radical de la hidropesía de los ovarios.—Paracentésis y compresion.—Puncion subcutánea del quiste.—Puncion por la vagina.—Puncion con tentativa de mantener la herida abierta de una manera permanente.—Incision y escision parcial del quiste.—Puncion seguida de la inyeccion iodada.—Sus ventajas y sus peligros.—Enumeracion de algunos otros puntos concernientes al tratamiento.

Aunque háyamos expuesto en el último capítulo las razones que me hacian creer que se habian exagerado los peligros de la puncion en la hidropesía del ovario, debo confesar tambien que la operacion pocas veces cura, que casi siempre se reproduce el líquido, y que un período de tiempo muy corto es comunmente todo el beneficio que obtienen las enfermas.

De aquí que se haya tratado de modificar la operacion, de manera que favorezca la contraccion de los quistes, y retarde ya que no prevenga la reaccumulacion del líquido.

Estas modificaciones consisten:

- 1.º En el empleo de un vendaje apretado despues de la evacuacion del líquido.
- 2.º En la puncion subcutánea ó la incision del quiste, con el fin de evacuar el líquido en la cavidad peritoneal, y de esta manera imitar lo que sucede cuando dicho quiste se rompe espontáneamente.
- 3.º En la puncion del quiste por la vagina para proporcionar una evacuacion más completa y aumentar las probabilidades de una estrechez permanente de la cavidad.
- 4.º En la evacuacion continua del quiste, dejando un tubo de drenaje permanente en su cavidad ó convirtiendo en fistula la abertura de la puncion.
- 5.º En fin, en el uso de inyecciones medicamentosas en la cavidad del quiste, y las más eficaces son las disoluciones iodadas que parecen ocasionar ménos peligro.

Vamos, pues, á examinar ahora cada uno de estos procederes considerados en su sucesion.

#### I. *Vendaje apretado despues de la evacuacion del contenido*



*del quiste.*— La idea de un vendaje apretado, como medio probablemente eficaz para prevenir la reproducción del líquido despues de la puncion de un quiste ovárico, fue sugerida por M. Bell (1). El difunto Dr. Hamilton (2), de Edimburg, tenia la costumbre de apretar moderadamente el abdómen para aumentar los resultados notables que creia haber obtenido por la compresion del quiste. Sin embargo, Mr. Baker Brown (3), es el primero que ha propuesto el empleo sistemático del vendaje como medio de impedir el aumento de volúmen del quiste y la reproducción del líquido despues de la puncion. En sus comunicaciones originales sobre este punto se proponia asociar el uso de los mercuriales y de los diuréticos activos al tratamiento local; pero más tarde renunció á su uso, limitándose á comprimir sólidamente el tumor. El modo como debe aplicarse fue muy bien descrito, y que nosotros vamos á trascribir con sus propias palabras (4).

« Se comienza, dice él, por hacer con compresas é hilas una superficie convexa, capaz de adaptarse tan exactamente como sea posible á la concavidad de la pélvis. Por encima de estas compresas se aplican vendas de esparadrapo que, abrazando la columna vertebral, se crucen hácia adelante y se extiendan desde la octava costilla hasta el sacro. Por encima se rodea una ancha venda de franela, ó mejor una venda con lazos que se aten sobre la parte anterior del abdómen; ó, mejor aún, el vendaje que se ata por delante gradualmente, inventado por M. Spratt 2, Brrok-Street. Estos vendajes es preciso impedir que se suban, haciendo pasar lazos por debajo de los muslos. De tiempo en tiempo se quitan y se reemplazan las piezas del aparato para que los intestinos y la vejiga no sufran los inconvenientes de una desigual presion. Se preserva la cresta ilíaca de los efectos de la compresion aplicando pequeños pedazos de yesca. »

Este proceder es aplicable especialmente á los quistes simples del ovario, libres de adherencias, conteniendo un líquido claro y no albuminoso, cuando el tiempo y las condiciones de la paciente permiten su empleo preservatriz. Estos casos son precisamente los que ofrecen las mayores probabilidades de una curacion espontánea, como yo he visto dos ejemplos despues de una simple puncion. Si á estos dos casos añadimos las pretendidas curas efectuadas por este proceder, *curas* cuya permanencia ha sido dudosa muchas veces, debemos concluir que el *poder curativo*

(1) *System of Surgery*, vol. v, pág. 246.

(2) *Practical observations on Midwifery*, en 8.º, segunda edicion, Edimburg, 1840, pág. 62.

(3) Primero *The Lancet*, y despues en su obra *On Diseases of Women*, etc., en 8.º, 1854, pág. 213.

(4) *Op. cit.*, pág. 212.

de la compresion, sea ántes; sea despues de evacuado el líquido, no está totalmente averiguado.

Por otra parte, sin embargo, no es dudoso que un vendaje bien adaptado pueda retardar la reproducción del líquido y oponerse á que se dilate el quiste ovárico, impidiendo que el tumor se eleve por encima del estrecho superior, no comprimiéndole más que cuando ha adquirido cierto volúmen. En algunos casos es probable que la inflamacion de dicho quiste sea excitada por una fuerte presion, y que una cura permanente se efectúe por medio de las adherencias que resultan. Tales resultados son excepcionales, y no se debe contar sólo con la simple compresion para producirlos.

II. En vista de estos resultados ha sugerido la idea de practicar la *puncion subcutánea del quiste ovárico* para limitar el proceder de la naturaleza, cuando dicho quiste, al romperse su contenido, se vierte en la cavidad peritoneal.

Esta es una concepcion teórica más bien que un modo de tratamiento que haya justificado la prueba de la experiencia (1). Su eficacia ha sido admitida sólo por los resultados poco lisonjeros que ha dado hasta ahora la rotura espontánea del quiste del ovario. En efecto, es preciso no olvidar que este accidente ha sido muchas veces fatal, y que cuando han sobrevivido las enfermas se ha verificado una reproducción rápida del líquido. Además, al practicar la puncion subcutánea del quiste, vertemos en la cavidad del peritoneo un líquido que ignoramos completamente la aptitud que tiene para provocar la inflamacion. La puncion directa del neoplasma á traves de las paredes abdominales, para asegurarnos de la naturaleza del líquido, quitaria á la operacion su carácter esencial, á saber, la de impedir toda comunicacion entre el interior del quiste y el aire exterior.

III. *La puncion del quiste por la vagina*, en lugar de hacerla por las paredes abdominales, ha sido alabada como medio de efectuar la completa evacuacion del líquido y, por consecuencia, la de aumentar las probabilidades de una cura permanente.

Las ventajas de este proceder se confunden, segun mi modo de pensar, con las que resultan de una puncion practicada á tiempo. Cuando un quiste, aunque pequeño, blando y elástico y de un carácter simple tanto como se le pueda juzgar, y que aumenta de una manera evidente, la puncion vaginal ofrece la ventaja de vaciarle por completo, impide la introduccion del aire y de herir el peritoneo, en un punto en que me parece ménos susceptible de inflamacion que más arriba en la cavidad abdominal. Pero

(1) El Dr. Tilt, *Lancet*, 5 de Agosto de 1848, pág. 146, menciona un caso en que este proceder fué empleado por Recamier con buen éxito. Yo no conozco otro ejemplo en donde este medio de curacion haya sido empleado.



cuando el tumor ha adquirido un volúmen considerable, no creo, por las razones siguientes, que este proceder sea fácil de emplear.

1.º El quiste, cuando es voluminoso, impide algunas veces que la vejiga salga de la cavidad pelviana. La forma del órgano se altera y se extiende lateralmente, de tal modo, que por hábil que sea un operador puede tener la mala suerte de herirla con el trócar.

2.º En los casos de quistes compuestos, las bolsas, comunmente más voluminosas, están situadas en la cavidad abdominal; las más pequeñas que contienen mayor proporción de materia sólida están cerca de su pedículo. De aquí resulta que la punción por la vagina es probable que evacue ménos líquido que la punción abdominal.

3.º El peligro de una hemorragia por la herida de algun vaso grueso es más grande cuando la punción se hace cerca del pedículo del tumor. Pero en aquellos casos en que el quiste es pequeño, ó en donde se propone emplear algun otro proceder despues de puncionado el quiste, entónces no es conveniente modificar el método ordinario de punción.

IV. Se ha recomendado *tener el quiste constantemente abierto*, por medio de un tubo que queda permanente en su cavidad ó haciendo fistulosa la abertura de la punción.

Como uno de los más grandes inconvenientes de la simple paracentésis de un quiste del ovario, es la rápida reproducción del líquido, nada ha debido parecer más obvio que prevenir este accidente por medio de una abertura permanente. Esta idea, es verdad, es bastante antigua, pues que se remonta á Celso (1), que da detalles circunstanciados sobre la manera de fijar un tubo de plomo ó de cobre en la herida; aconseja cerrar este tubo despues de la evacuación parcial del líquido y hacer salir una vez al dia medio cuartillo de él, hasta que la cavidad se haya completamente agotado. El proceder de Celso se aplica verosímilmente á los casos de ascítis, porque no se distinguía entónces esta afección de la hidropesía enquistada del ovario, de que los antiguos escritores no hacen ninguna mención especial de ella. A mediados del siglo XVIII, el célebre cirujano frances Lédran (2) adoptó un proceder casi semejante. Pero su modo de ope-

(1) *De Medecina*, lib. vii, cap. xv, véase pág. 362 de la edición de Milligan, Edimburgo, 1831. Ha llamado la atención sobre este punto una Memoria muy notable de Fock sobre el tratamiento quirúrgico de los quistes ováricos, en *Monatsschrift f. Geburtskunde*, volumen vii, pág. 332, que contiene una excelente crítica de los méritos respectivos de los diversos procedimientos operativos.

(2) *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, tomo vi. Paris, 1753, páginas 51 y 73.

rar era más temible que el de Celso, porque practicaba en el saco una abertura de cuatro pulgadas introduciendo allí un tubo de plomo de grueso calibre, y despues de una supuración peligrosa más ó ménos larga, se curaba la enferma en todos los casos ménos uno, en que quedó una fistula permanente. A partir de esta época, se encuentran en los diarios de medicina algunos casos aislados en que la abertura de un quiste ovárico quedaba abierto, bien por sí mismo ó por la voluntad del operador, y la supuración, seguida de la contracción de las paredes, producía la obliteración completa de la cavidad. No obstante, en estos últimos veinte años es cuando se ha puesto en práctica como sistema y como medio de efectuar la cura radical de la hidropesía de los ovarios, en los casos en que los demas procedimientos habian sido infructuosos ó parecían demasiado temibles.

Se ha intentado obtener la contracción y la obliteración del quiste por tres medios diferentes:

1.º Dejando un tubo en la abertura hecha á traves de las paredes abdominales ó reuniendo por la sutura los bordes de la herida del quiste, con los bordes de la herida de las paredes del vientre de manera que se pueda obtener una fistula.

2.º Puncionándole por la vagina y manteniendo un tubo en la abertura.

3.º Escindiendo una porción de la pared quística, cerrando ó no la herida exterior.

Todos estos procedimientos tienen de comun que la inflamación y la destrucción más ó ménos, ó al ménos de su membrana secretoria, son la condición del éxito, y que el peligro proviene de la dificultad de mantener la inflamación en límites moderados. Ninguno de ellos se ha empleado bastante á menudo para dar estadísticas satisfactorias. El caso referido por M. Baker-Brown (1), que es partidario de este proceder, demuestra plenamente á qué especie de peligros están expuestas las enfermas. Mi propia experiencia se reduce á dos casos; en los dos se habia hecho una incisión exploradora con el objeto de extirpar el quiste, si no nos hubiésemos encontrado con adherencias inesperadas. Estos casos se terminaron por la muerte, y en uno de ellos sobrevino al cabo de ochenta y seis horas por una debilidad consecutiva á la abundancia del flujo sero-purulento. No se introdujo el tubo ni en el uno ni en el otro caso; pero en el primero, los bordes del quiste fueron reunidos á la piel del vientre, y en el segundo la abertura se convirtió espontáneamente en fistula. En esta última enferma se trataba de un quiste multilocular que contenía una gran proporción de materia sólida. La vida se prolongó diez y siete dias; los síntomas fueron los de una de-

(1) *Op. cit.*, págs. 227 y 237.



bilidad progresiva sin grandes padecimientos. El flujo era de una horrible fetidez que no se pudo modificar por reiterados fomentos é irrigaciones. Despues de la muerte en los dos casos se encontraron las mismas lesiones; es decir, una inflamacion del quiste con reblandecimiento considerable de sus paredes, un depósito de linfa en su interior, y una peritonítis que en la primera enferma era ya antigua. No habia más que una pequeña cantidad de pus en las cavidades, lo que me hizo suponer que si la abertura hubiese estado perfectamente libre, la presion de las vísceras abdominales sobre el saco habria sido bastante para mantener dicho saco vacío. Para obviar estos peligros de la acumulacion del pus en la cavidad, se ha propuesto colocar á la enferma en pronacion ó practicar la incision sobre la línea semilunar, segun el proceder de Mr. Brown, ó sobre una línea tirada desde la última costilla á la cresta iliaca, como lo aconsejaba el difunto Dr. Bühring (1) de Berlin.

El peligro de la operacion es de aquellos que un cambio en el lugar de la eleccion de la abertura de ningun modo podria modificarse sensiblemente. Esta es una circunstancia que es preciso no descuidar, sin embargo, puesto que se la puede atribuir los resultados favorables de la operacion, cuando, por ejemplo, se elige la vagina para practicarla.

El gran partidario de la puncion vaginal era el difunto profesor Kiwisch (2). Su colega y sucesor, el profesor Scanzoni, de Würzburg, habla casi en términos tan laudables de ella. No obstante, Kiwisch no da una proporcion exacta de sus resultados favorables ó desfavorables; pero el profesor Scanzoni (3) expone claramente los hechos que ha obtenido y son notablemente sorprendentes. Dice que de 14, en 8 casos, la operacion fue seguida de una cura perfecta; que en 2 el líquido se reprodujo al cabo de algunas semanas; que una enferma murió de fiebre tifoidea dos meses despues; que en 3 no pudo saberse su resultado por haberlas perdido de vista, y que en una la muerte fue la consecuencia inmediata de la operacion. Admite la posibilidad de que ésta termine fatalmente, y cita el caso de una jóven, de edad de diez y nueve años, que murió de una peritonítis generalizada algunos dias despues que se hizo la operacion por el profesor Kiwisch. Por razones que no indica, esos pretendidos resultados no han hecho perseverar á Scanzoni en su manera de obrar, puesto que la tercera edicion de su excelente obra de *Enfermedades de la mujer*, publicada al fin de 1863, no contiene ningun

(1) *Die Heilung. Der Eierstockgeschwülste*, en 8.º, Berlin, 1848.

(2) Al principio en el *Prager Vierteljahrschrift*, vol. x, pág. 87, y despues en su obra, que tantas veces hemos citado. Véase vol. II, pág. 102.

(3) *Op. cit.*, pág. 406.

caso nuevo, sino una simple reproduccion de los hechos referidos en la segunda que habia aparecido seis años ántes (3).

Me ha parecido siempre que la operacion, tal como la practicaba Kiwisch, producía en el quiste una violencia inútil. La primera puncion la ejecutaba por la vagina, á fin de asegurarse bien que su cavidad era simple, aunque este proceder ocasiona un retardo de algunas semanas, es útil recurrir á él, puesto que algunas veces no se reproduce el líquido; por pequeño que sea este cambio, siempre es bueno dar algun descanso á la enferma. Cuando se ha reproducido el líquido en suficiente cantidad para que el borde permita repetir la puncion, se coloca dicha enferma en posicion horizontal, con los piés sostenidos en dos taburetes y las rodillas separadas por los ayudantes; entónces se introduce una pequeña cánula que presenta la misma curvatura que el eje de la pélvis, á lo largo del dedo en el canal vaginal, empujándola hasta el interior del quiste y á traves de la pared superior de la vagina. Cuando no sale más que una pequeña cantidad de líquido, se introduce una sonda acanalada con la misma curvatura, retirando entónces la cánula. A lo largo de la sonda se introduce un pequeño bisturí romo, para ensanchar la abertura de modo que permita introducir el dedo índice en la cavidad con el fin de examinar el interior del quiste. Despues se introduce un tubo metálico del grueso de una pulgada, terminado por una extremidad abultada y sostenido por medio de un vendaje de T. El proceder de Scanzoni es casi el mismo; emplea un trócar recto, y le deja en la herida, que no dilata más que cuando el contenido del quiste es demasiado espeso para que corra con facilidad; en este caso dilata la abertura con un bisturí de mango largo y una hoja de pulgada y media, que introduce en la cánula.

En los tres casos, elegidos cuidadosamente, en que he practicado esta operacion, me he servido de un trócar una cánula encorvada como el instrumento de Kiwisch, y del grosor del dedo pequeño. Introduce en seguida en la cánula un tubo largo y elástico que tenia el diámetro del catéter núm. 12; despues de retirar la cánula fue fácil mantener la sonda en el quiste por medio de un pequeño anillo de plata fijo sobre un tornillo atado á un aparato, semejante al que se emplea para sostener los pesarios uterinos, y sujeto con lazos que pasan por debajo del muslo y alrededor de la pélvis.

Yo creo que la operacion así modificada causa ménos dolor y expone á ménos peligros que cuando se practica una incision en el quiste para en seguida fijar allí una larga cánula metálica. Cualesquiera que sea este proceder me parece más peligroso que

(3) *Op. cit.*, tercera edicion, pág. 462.



lo que se deduce del lenguaje de Kiwisch y de Scanzoni. La muerte de una de mis enfermas no puede atribuirse á los resultados de la operacion, pero en las otras dos que curaron, los síntomas de la inflamacion, que principió por el quiste y se extendió al peritoneo, fueron tan formidables que su vida estuvo gravemente comprometida durante treinta y seis horas, y fue necesario recurrir á una enérgica deplecion local para yugular el mal. Es verdad que Scanzoni dice que en una de sus enfermas no se manifestó ningun síntoma de reaccion despues de operado, ni ningun signo de inflamacion local, sino que el tumor disminuyó gradualmente de volúmen, y que al cabo de algunos dias se habia detenido todo flujo, pudiendo retirar la cánula á los ocho ó diez dias. Kiwisch y él citan tambien un caso de inflamacion quística violenta acompañada de un vivo dolor local corriendo durante este tiempo un líquido sanioso. Segun el mismo Kiwisch estos accidentes se atenúan progresivamente en diez ó veinte dias, y el flujo se vuelve puriforme, no cesando hasta despues de cinco ó siete semanas, por cuya razon no es prudente retirar de una manera definitiva el tubo ántes de esta época. En todo este tiempo es necesario inyectar suavemente agua tibia en la cavidad del quiste, y repetir la inyeccion dos veces al dia. Cuando se emplea un tubo elástico, es preciso cambiarle cada cinco ó seis dias. La estrechez de la abertura me ha obligado á emplear durante algunas horas un trozo de esponja para dilatarla de modo que permita la introduccion de un tubo del mismo calibre que el que se acaba de quitar.

Uno de los mayores peligros de esta operacion parece ser la inflamacion del quiste, y si se pueden vencer, los síntomas de la fiebre hética, la puohemia y sus consecuencias son ménos temibles que cuando la puncion se hace á traves de las paredes abdominales. El tratamiento antiflojístico más enérgico es el único capaz de yugular la inflamacion del quiste, y si sus síntomas son demasiado formidables ó si se resisten al tratamiento, es menester retirar el tubo é intentar la curacion, ocupándose, ante todo, de salvar la vida de la paciente.

Yo debo añadir que los resultados de la operacion han sido en suma muy satisfactorios en las dos enfermas que han sobrevivido. He perdido de vista una á los dos meses de su salida del hospital; en aquel tiempo el líquido no se habia reproducido. La otra ha seguido gozando de buena salud despues de doce años, ocupándose diariamente en una confitería. Tenia un quiste grasoso, por manera que no presentaba ninguna tendencia natural á obliterarse por completo; así que su abertura quedó fistulosa, por donde salian todos los dias y durante muchos años, de tres á cuatro onzas de materia purulenta; pero cuando disminuía dicho flujo por uno ó dos dias, aparecia cefalalgia y malestar, que se

quitaba en cuanto volvía á aparecer la secrecion. Al cabo de cuatro años ha cesado todo flujo y un tumor sólido bien limitado, del volúmen de una naranja, situado detras del útero, es el único vestigio que queda ahora de la afeccion ovárica.

Cualquiera que sea la manera de ver sobre las ventajas de esta operacion, no es posible adoptarla en un gran número de casos, puesto que los quistes del ovario salen á menudo, aún en un período avanzado, fuera de la cavidad pelviana. En otros muchos tambien es inútil, toda vez que nada se consigue más que cuando dicho quiste es simple; cuando es pequeño créo que es un error exponer á la enferma á un peligro tan formidable como la inflamacion del quiste, casi invariablemente provocada por esta operacion. Así que, no podemos, segun mi entender, contentarnos con un proceder que no se aplica más que en algunos casos excepcionales, por cuya razon es necesario buscar otro más cierto y ménos grave.

Los peligros que acompañan á la incision de los quistes de los ovarios ó á cualquiera otra tentativa para hacer fistulosa la abertura de la puncion, se presentan en su más alto grado en la *escision de una porcion de la pared del quiste*. No he visto practicar esta operacion; pero he encontrado en los diarios de medicina muchos casos en donde ha sido seguida de resultados favorables y desgraciados. Muchas veces no se recurrió á ella más que por haberse presentado adherencias imprevistas que impedían la ablacion completa del tumor, como en las enfermas operadas por Martini (1), Bühring (2), Poland (3), Prince (4) y Atlee (5), cuatro murieron y tres fueron curadas. Pero se habia empleado tambien este proceder en casos de quistes de paredes delgadas, sin complicacion de adherencias, en enfermas cuya salud se hallaba poco deteriorada, suponiendo que la escision parcial presentaba ménos peligros que la extirpacion total del quiste. Casi en estas condiciones se hallaba la operacion hecha por Mr. Wilson de Bristol (6), Mr. Brown, de Lóndres (7), y M. Crouch (8); y de seis casos, dos terminaron fatalmente, y los cuatro restantes de una manera favorable. Una de las enfermas murió de hemorragia, la otra de extenuacion y de un derrame de materia puru-

(1) *Rut's Magazin*, vol. xv, pág. 436.

(2) *Op. cit.*, casos 7.º y 8.º, págs. 37 y 43.

(3) *Guy's Hospital Reports*, tercera serie, vol 1, pág. 63.

(4) *American Journal*, Julio, 1850, vol. XLV, pág. 267.

(5) *Ibid.* Abril, 1855, pág. 337. Números 9, 12 y 13 en su cuadro.

(6) *Provincial Medical Journal*, 1851, pág. 33.

(7) *Op. cit.*, pág. 285.

(8) *Association Medical Journal*, pág. 61. En este caso, que difiere de los otros, las paredes del quiste eran de un espesor considerable. Es necesario notar tambien que no se ligaron ménos de diez y siete pequeñas arterias.



lenta en la cavidad del peritoneo; mientras que los síntomas inflamatorios eran tan alarmantes en un caso de Mr. Brown, que se juzgó necesario sangrar á la enferma cuatro veces en las cuarenta y ocho horas que siguieron á la operacion.

La existencia de adherencias capaces de impedir la completa extirpacion de un quiste del ovario, puede, hasta cierto punto, justificar la incision; pero me parece que los riesgos que origina este proceder, no son contrabalanceados por las probabilidades del éxito. La escision de una porcion del quiste será reemplazado por la porcion que queda en la cavidad abdominal, lo que se justifica por la creencia de que una herida tan grave ha de modificar la naturaleza del líquido, que puede ser absorbido por el peritoneo, y que el mismo quiste, si continuara segregando durante algun tiempo, podrá cambiar de carácter y calcificarse. Pero nadie nos asegura que pueda ser así; por el contrario, es verosímil que la escision de una parte de la pared determine una inflamacion aguda en lo demas, que la secrecion sea saniosa y, purulenta y que produzca una peritonitis violenta. Por de pronto nada nos conduce á imitar este proceder (1), que ahora parece haber caido en un olvido merecido.

V. Empleo de las inyecciones iodadas en la cavidad del quiste para impedir la reproduccion del líquido.

En un gran número de casos de que hemos hablado hasta aquí, se han practicado inyecciones en el quiste, ya para evacuar más completamente su contenido, ó bien para excitar la inflamacion adhesiva propia para obturar su cavidad. Pero la inyeccion no era entonces más que un medio subsidiario, con el cual no contaba el operador en gran parte, y al que no podia atribuir más que una pequeñísima influencia en la curacion cuando se obtenia. En estos últimos años se ha intentado acabar con la secrecion del quiste inyectando en su interior una disolucion de iodo; esta práctica fué sugerida por la aplicacion de este método de tratamiento al hidrocele, hecha por primera vez por Sir Ranald Martin y M. Velpeau. El primer caso de inyeccion iodada en un quiste ovárico ha sido publicado en 1851 (2) por M. Thomas, aunque M. Boinet (3) habia preconizado este proceder y le habia puesto en práctica en 1848. Desde esta época, se ha empleado á menudo en nuestro país y en el continente. Los resultados obtenidos hasta ahora hacen presagiar que por este medio en un gran número de casos se lle-

(1) Un juicio más severo todavía ha sido formado por Fock en su excelente crítica, págs. 362 y 367. Scanzoni va más adelante aún, *Op. cit.*, pág. 470.

(2) *Revue médico-chirurgicale*, Febrero, 1851, y *Schmidt's, Jahrb.* número 6, 1851, pág. 327.

(3) *Iodothérapie*, etc., en octavo. Paris, 1855, pág. 429.

gará á prevenir más ó menos completamente la reproduccion del líquido, y se expondrá á las enfermas á menos peligros que por cualquiera otra operacion, teniendo por objeto la cura radical de la hidropesía del ovario. Los partidarios de este método han llegado hasta decir que es menos peligroso que la paracentesis sin inyeccion; pero nosotros no podemos aceptar esta manera de ver más que con cierta reserva y hasta que tengamos resultados que abracen más de « 20 ó 30 casos (1). » La única estadística que nos ofrece alguna garantía como número y exactitud son las de M. Boinet (2) que ha publicado los efectos obtenidos de 45 operaciones en 44 enfermas, presentando una dos quistes que fueron puncionados é inyectados el uno despues del otro:

Edad de las enfermas.	Casos.	Curaciones.	Que no dió resultados.	Muerte.
De 15 á 20 años.	2	1	1	0
De 20 á 30 —	7	5	1	1
De 30 á 40 —	17	16	0	1
De 40 á 50 —	11	6	2	3
De 50 á 60 —	5	2	0	3
De 60 á 70 —	3	1	1	1
	45	31	5	9

En 34 casos, los quistes eran simples, y en 11 compuestos. Todos los buenos resultados que se obtuvieron fueron de quistes simples, pero la muerte sobrevino tres veces tambien seguida de la inyeccion de estos últimos. Todas las operaciones de quistes compuestos fracasaron, y la muerte tuvo lugar en seis enfermas; pero en muchos de estos casos la terminacion fatal sobrevino tan pronto, y acaso más pronto que si no se hubiese operado. De los 45 casos, en los 19, la puncion y la inyeccion no se emplearon más que una vez, y en 16 se obtuvo una curacion radical.

19 inyectadas una vez.	16 curaciones.	2 sin éxito.	1 muerta.
7 — dos veces.	5 —	1 —	1 —
6 — tres veces.	4 —	1 —	1 —
4 (3) — cuatro veces.	2 —	1 —	1 —
4 — seis veces.	2 —	0 —	2 —
2 — siete veces.	1 —	0 —	1 —
2 — nueve veces.	0 —	0 —	2 —

Toda la Memoria de M. Boinet es digna de un estudio atento, porque á parte de la exageracion en que caen infaliblemente todos los partidarios de un método particular de tratamiento, los

(1) El Dr. Simpson, en *The Lancet*, del 21 de Marzo de 1857, dice que no ha visto más que un ejemplo de muerte en 20 ó 30 casos en que ha empleado las inyecciones iodadas. Esta asercion parece singular en una Memoria consagrada á la defensa de la estadística. Su leccion, en *The Medical Times* del 28 de Enero de 1860, es igualmente vaga, porque habla de 40 ó 50 casos.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 21 de Noviembre, 1856, pág. 828.

(3) En uno de estos casos, aunque el tumor haya sido puncionado cuatro veces, no se inyectó más que tres, y uno otras dos veces.