

iodadas, no se debe aconsejar como método operatorio; nunca, será más que un recurso que se empleará en los casos en que no se pueda concluir la ovariectomía, y en este concepto es como la han admitido la mayoría de los prácticos, por cuya razón hemos creído oportuno ocuparnos de ella.»

En el próximo capítulo, examinaremos si se pueden atribuir tan malos resultados al remedio supremo, la ablacion del órgano enfermo.

CAPITULO XII.

TUMORES É HIDROPESÍA DE LOS OVARIOS.

Continuacion del tratamiento. — Extirpacion de los ovarios enfermos. — Historia de la operacion. — Sus dos variedades, la grande y la pequeña. — Resultados generales de dicha operacion. — Mortandad. — Causas de la muerte. — Circunstancia que modifican sus resultados. — Existencia de las adherencias. — Edad de la enferma. — Extension de la incision. — Carácter del tumor.

Juicio desfavorable sobre la operacion, ya explicado y por qué. — Comparacion entre este metodo curativo y la operacion cesárea. — Es necesario juzgarla en sí misma y no comparándola con otras. — Razones de esta manera de ver. — Cuáles son los casos en los que es aplicable la ovariectomía.

Ahora nos queda que examinar la *gran cura radical de la hidropesía de los ovarios, la extirpacion del órgano enfermo.*

Hace siete años manifesté la opinion que me habia formado sobre este punto despues de muchas reflexiones, y no, obstante, ahora me encuentro bastante embarazado para explicar los cambios que en mí ha sufrido. Al efecto, el mejor plan que me parece que debo seguir, es el de conservar mis primeras conclusiones tales como las describí, para indicar en seguida, cómo y por qué he llegado á modificarlas. Obraba así, porque creo que mi manera de ver era poco más ó ménos la misma que la de muchas personas á quienes yo profeso un grandísimo respeto. No pensando ya como ellos, es natural que tema todavía engañarme.

La historia de la operacion ha sido referida con tanta frecuencia, que me parece inútil perder mucho tiempo en reproducirla con todos sus detalles. Practicada por primera vez en 1809 por el Dr. Macdowel, de Kentucky, y repetida por él cinco veces en los diez años siguientes, no llamó mucho la atencion y el inventor no tuvo imitadores, aún entre sus compatriotas, durante más de veinticinco años. Los resultados obtenidos sobre el continente y en nuestro país fueron poco lisonjeros; en 1840, no se habia ejecutado más que veinticinco veces (1) segun el primitivo

(1) M. Fock, *Loc. cit.*, pág. 367, ha encontrado la relacion de un caso, de hace más de ciento cincuenta años, en el que el quiste fue colocado en la herida

proceder, que consistia en practicar una larga incision desde el externon hasta la sínfisis del púbis. En 14 de estos casos (1) fue extirpado el ovario; nueve enfermas sobrevivieron á la operacion, y cinco murieron; en las once restantes no se descubrió el tumor, ó las adherencias impidieron extirparle; entre estas enfermas, sobrevivieron ocho á la abertura de la cavidad abdominal y tres murieron. En tal estado se hallaba la cuestion, cuando M. Clay y Walne, por la publicacion de muchos casos, de los cuales un buen número se habian terminado favorablemente, llamaron la atencion de los médicos sobre este punto, aunque la operacion no estaba todavía clasificada en el número de los procedimientos quirúrgicos regulares; algunos cirujanos no quisieron admitirla como tal, y, sin embargo, actualmente poseemos 200 casos, por los que podemos formar un juicio sobre sus peligros y sus ventajas. Las operaciones no se parecen de una manera exacta á las que se hacian en los primeros tiempos, porque en 1833, Mr. Jeaffreson de Framlingham, en Suffolk, se esforzó por quitar al proceder lo que tenia de temible, puncionando previamente el quiste y atrayéndole á traves de una incision lo más pequeña posible. Esto es lo que se ha llamado operacion por pequeña *incision*, para distinguirla de la primera, nombrada operacion por *grande incision*. Los partidarios de cada uno de estos procedimientos insisten mucho sobre sus méritos respectivos, y como luego veremos, cada uno tiene sus ventajas especiales. Sin embargo, bajo bastantes puntos de vista, están en el mismo caso de valor, y no los podemos separar en nuestras investigaciones por la mortandad que ocasionan y por el éxito que se puede esperar de ellos.

Muchos autores se han apresurado á coleccionar estadísticas cuidadosas de esta operacion, cuya cifra pasa en el dia de 200 casos. Este es el número que ha dado Fock en su excelente Memoria relativa á este punto (2), y aunque en los diez y ocho úl-

hecha por puncion; esta era una especie de anticipacion sobre la operacion de Jeaffreson. De igual manera le sucedió al difunto Mr. Howship. Tales hechos, sin embargo, no se pueden considerar como ejemplos de extirpacion metódica del ovario enfermo, lo mismo que el caso de Laumonier (*Mémoires de la Société royale de Médecine*, 1782, en 4.º, pág. 296), en el cual, por un bárbaro proceder, se extirpó un ovario purulento á consecuencia de una inflamacion puerperal.

(1) Se encuentran detalles sobre las primeras operaciones por grande incision en el *British and Foreign Medical Review*, Octubre, 1843; tres casos que no han sido comprendidos, se han referido en el *Rapport sur les accouchements*, etc., por 1842-43, publicado en el mismo diario en Abril, 1844.

(2) El primero de estos cuadros, que ha servido de base á todos los demas, fue publicado por el Dr. W. T. Atlee en *The American Journal* en Abril de 1845, y fue reproducido, casi sin ninguna modificacion, por M. S. Lee en su excelente *Tratado de los tumores uterinos*. Si el Dr. Atlee hubiese vivido, la

timos meses haya suministrado todavía algunos más de un éxito favorable y desfavorable, no obstante, me voy á circunscribir á sus cuadros para tener números completos. Estos 200 casos de extirpacion del ovario dan 111 curaciones para 89 muertas; es decir, la mortandad es de 44 y $\frac{1}{2}$ por 100; en otros términos, que casi la mitad de las enfermas operadas murieron, pero hay además 92 casos en que la operacion no pudo acabarse, porque existian adherencias ó porque el tumor tenia una posicion y relaciones que no se habian previsto, ó porque habiendo cometido un error de diagnóstico todavía más grande, se habia creido operar un tumor que no existia. De estas 92 enfermas murieron 31, ó sea 36, seis por 100, ó una para tres; de las que sobrevivieron, nueve, despues de haber corrido los mayores peligros, fueron, dicen, más ó menos bien curadas de su afeccion. Reuniendo todos estos casos, aparece, que de 292 operaciones, sobrevino la muerte 120 veces, y que hubo 92 malos resultados; ó en otros términos, hay dos probabilidades contra una para que se acabe la operacion; si se acaba, las probabilidades de vida ó muerte son iguales; si no se acaba, la probabilidad de sobrevivir á una operacion inútil no es más que de dos contra una.

Los partidarios de la operacion pretenden que la mortandad que ocasiona se halla en via de disminuir, y que el perfeccionamiento del diagnóstico hará menor la proporcion de las operaciones principiadas pero no acabadas. «La mortandad, dice el doctor Atlee en 1850, ha disminuido mucho desde la publicacion de mi cuadro en 1845. Entónces habia una muerta para dos casos $\frac{2}{3}$ $\frac{5}{8}$ de gastrotomía, ó 37,62 muertas por 100. Desde la publicacion de este cuadro tenemos 78 casos nuevos, en los cuales ha habido una muerta para tres casos $\frac{5}{7}$ ó 26,92 por 100. Las operaciones sin acabar han sido ménos... y aquí el diagnós-

omision hubiera sido rectificada, por lo que me parece justo hacerlo aquí. El Dr. Robert Lee ha reunido en su *Clinical Reports*, etc., el resumen de 162 casos, en los cuales ha sido intentada ó ejecutada la ovariectomía en Inglaterra; los cuadros de Kiwisch, en su vol. II de su *Klinische Vorträge*, dan algunos otros casos suministrados por los prácticos del Continente. En el *American Journal*, de Abril de 1850, el Dr. Atlee da los resultados generales de 179 casos, pero con ménos detalles que en su primer cuadro. En el mismo diario, Abril de 1855, añade un cuadro sinóptico de 30 casos de ovariectomía sacados de su propia práctica. M. Clay, de Manchester, que ha hecho esta operacion más á menudo que ningun otro práctico, ha publicado en el *British Record of Obstetric Medicine* el resumen de 40 casos que le son propios; su Memoria sobre este punto se publicó en Manchester en 1848. En Marzo de 1856 escribió al Dr. Simpson una carta, que apareció en *Ed. Med. Journal* de aquel mes, en la cual cuenta brevemente el resultado de otros 29 casos. Acudiendo á todos estos orígenes descuidados por los primeros autores, ó que habian ocurrido subsiguientemente á sus investigaciones, el Dr. Fock ha reunido un total de 292 casos, sobre los que ha basado sus conclusiones, por cuya razon aprovecho su trabajo.

tico tambien ha hecho progresos» (1). Desgraciadamente, como ya hemos visto, el número de observaciones no ha hecho más que aumentar para destruir una esperanza prematura. Una muerte para $2\frac{2}{8}$ $\frac{2}{9}$ de los casos en que la operacion ha sido acabada, ó 1 para $3\frac{4}{15}$ de todos los casos, comprendiendo aquellos en que la operacion quedó por acabar; hé aquí lo que resulta de los documentos más recientes. El número de casos en los cuales el ovario no ha podido ser extirpado era, segun Atlee, de 1 para $5\frac{1}{34}$ en 1850; seis años despues, segun Fock, era de 1 para $3\frac{4}{23}$. Esta proporcion seria más grande aún si se tuviesen en cuenta todos los casos en que una incision exploradora ha bastado para demostrar la imposibilidad de continuar la operacion. Ademas, los casos 88, 101 y 103 de la lista del Dr. Lee, que ha sido el primero que ha operado cuando yo estaba en Midlesex Hospital, y cuyas otras dos enfermas eran mias, he tenido ocasion de observar otras dos enfermas en St. Bartholomew's Hospital, en donde se ha intentado con mi ayuda, pero sin éxito, extirpar el ovario. Una de ellas, jóven, de veintidos años, sobrevivió cuatro meses á la operacion, pero despues de haber luchado contra un ataque de inflamacion del quiste, sobrevenida treinta y seis horas despues de operada, y ademas un escalofrío héctico, cuya causa, por la autopsia, pareció ser la inflamacion de otro quiste que contenia más de un cuartillo de pus. En el otro caso, se trataba de una mujer casada, de cuarenta y siete años de edad, cuya enfermedad habia seguido una marcha muy rápida; el quiste era simple, la ausencia de toda peritonítis anterior, y la extremada movilidad del tumor inclinaban á creer que no existian extensas adherencias capaces de impedir su extirpacion; pero esta esperanza era ilusoria, porque sobrevino la muerte á consecuencia de una inflamacion del quiste con todos los síntomas de puehemia diez y siete dias despues de operada. La autopsia nos descubrió un obstáculo que era imposible prever. Existian entre el tumor y el peritoneo adherencias que el tacto, el más ejercitado, no hubiera, estoy casi convencido, podido descubrir. La pared posterior y superior del quiste se adherian á los intestinos, miéntras que de su parte superior se elevaba una prolongacion piriforme, que subia hasta la octava costilla, dividiéndose allí en tres ramas, que se adherian á los intestinos, al páncreas y á la cápsula del riñon izquierdo. Mi práctica personal, en hecho de ovariectomía, se reduce, pues, á cinco casos; en cada uno de ellos la operacion no ha sido emprendida hasta despues de haber verificado el más minucioso exámen, con la aprobacion y bajo la direccion de cirujanos, cuya experiencia y habilidad no puede

(1) *American Journal*, Abril, 1850.

ponerse en duda, y sin embargo, siempre nuestro intento ha sido frustrado. Dos de estos casos se publican hoy por primera vez y aumentan la lista de los desgraciados. Yo no habia hecho mencion hasta ahora de ellos, porque no enseñaban nada de nuevo y no sirven más que para probar un peligro demasiado conocido. No dudo que haya otros muchos casos de la misma especie, que, como los míos, no han sido publicados todavía y que podrian hacer resaltar el lado malo de la operacion, al ménos probando quizá que la mortandad consecutiva á la ovariectomía acabada es mayor que lo que se cree, y haciendo ver que los obstáculos que se oponen á su conclusion son más comunes, y que entónces los peligros de muerte son más frecuentes que lo que se ha dicho.

Algunos detalles relativos á las circunstancias por las cuales sobreviene la muerte y á las condiciones que la favorecen, nos ayudarán á juzgar dicha operacion.

En 68 casos se ha mencionado la época de la muerte:

Fué inmediata, ó sobrevino á las seis horas.....	en	4
Fué rápida.....	en	1
Tuvo lugar en el 1.º dia.....	en	6
— en el 2.º.....	en	14
— en el 3.º.....	en	12
— en el 4.º.....	en	4
— en el 5.º.....	en	6
— en el 6.º.....	en	1
— en el 7.º.....	en	2
— en el 10.....	en	1
— en el 11.....	en	1
— en el 12.....	en	2
— en el 17.....	en	1
— en el 21.....	en	2
— en el 22.....	en	1
— en el 26.....	en	1
— en el 30.....	en	1
— en el 34.....	en	1
— en el 70.....	en	1
Al cabo de cuatro meses.....	en	1

En siete casos mortales, ó en más de la mitad del número en que se originó la muerte, ha sobrevenido á las setenta y dos horas despues de la operacion. En la operacion cesárea, de los 61,2 casos mortales por 100, la muerte tuvo lugar á las setenta y dos horas que siguieron á la operacion (1). Esta última, sin embargo, constituye un remedio desesperado para un peligro urgente, y si por falta de éxito la muerte es más rápida, no por eso la naturaleza abandonada á sí misma hubiera prolongado mucho más tiempo la vida. Pero en la ovariectomía, en donde 56,6 veces por 100 la muerte sobreviene tambien en las setenta y dos horas, se puede hacer esta triste reflexion que, si no se hubiese operado la enferma pudiera quizás haber vivido todavía por algunas se-

(1) Véase la Memoria del autor sobre la operacion cesárea, en el vol. xxxiv de *Med. chir. transactions*, pág. 61.

manas y aún meses. Esta será siempre la objecion más seria que se empleará contra este proceder, objecion que apenas disminuirá las probabilidades de éxito mayor que el que se ha obtenido hasta ahora.

En 59 casos la causa de la muerte se ha establecido de una manera clara :

En 29 casos la muerte fué á consecuencia de la peritonítis.
En 13 de la hemorragia.
En 8 por consuncion.
En 2 por sacudida ó conmocion.
En 3 por supuracion y absceso.
En 2 por ulceracion de los intestinos.
En 1 por tétanos.
En 1 por hebitis.

59

El principal peligro aquí parece ser el mismo que en la operacion cesárea, y le encontramos casi tan á menudo como en dicha operacion. Por la inflamacion perecen el 51 por 100 de las enfermas que se operan de la operacion cesárea, y 49 por 100 en las de ovariectomía fatal. El peligro de la hemorragia es mucho más grande en la última que en la primera : de 51 enfermas, 13 murieron de hemorragia despues de la extirpacion del ovario, y de 147, sólo 14, despues de la operacion cesárea. La sideracion, que entra como elemento importante en los variados peligros que acompañan á esta última operacion, no tiene más que una pequeña parte en la terminacion fatal de la ovariectomía; aunque algo vago el término de exhaustacion, sin embargo, no hay duda que comprende algunos casos en que sobrevino la muerte como resultado directo de la sideracion del sistema nervioso. Es de creer que la vigilancia y la perfeccion del proceder operatorio disminuirán los peligros que resultan de la hemorragia; pero la gran frecuencia de la inflamacion despues de la ovariectomía, así como despues de la operacion cesárea, harán siempre dudar de que la abertura de la cavidad del abdomen sea una operacion tan inocente como creen algunos autores que hablan aún de incisiones exploradoras.

La presencia ó ausencia de adherencias, la extension de la incision, el estado de la enferma y el carácter del tumor puede, segun dicen, modificar las consecuencias peligrosas de dicha operacion, y, por consiguiente, deben hacernos elegir los casos en los cuales convendrá mejor la ovariectomía (1).

En 91 casos habia adherencias más ó ménos considerables; en 54 no habia ninguna. De los 91 casos, 44 murieron, ó sea

(1) Algunos de estos números son tomados de la Memoria del Dr. Atlee, en *American Journal*, Abril, 1850, añadiendo además todos los casos que se han publicado despues.

48,3 por 100, y de los 54 sucumbieron 17, ó sea 31,2 por 100. De estos 91 no puedo determinar el número de casos en donde no se acabó la operacion por efecto de las adherencias; pero otra serie de hechos aclarará bien este punto. Los cuadros del Dr. R. Leë y de M. Fock hablan de 92 operaciones sin acabar; en 71 de estos 92 casos, la presencia de adherencias fué la única causa que impidió completar la extirpacion. En muchos de estos casos se cerró la herida despues de evacuar el contenido del quiste con todos los cuidados y miramientos posibles; no obstante murieron más del tercio de las enfermas, ó sean un 35,2 por 100. A pesar de toda la atencion que se presta al diagnóstico, sus dificultades quedan las mismas, y la delicadeza de tacto que poseen aquellos que se han dedicado á menudo á practicar la ovariectomía, les da muy poca superioridad sobre los que principian á hacerla. Todas las medidas que se han propuesto para asegurarse de que el tumor está libre de adherencias no enseñan nada, como no sea el estado de sus conexiones con la pared abdominal. Pero las adherencias con las paredes del abdomen, están léjos de ser lo más importante; su division, ni es muy difícil ni muy peligrosa, mientras que las que se verifican con la vejiga y demas vísceras, difíciles de prever, son siempre peligrosas ó imposibles de destruir. En mi concepto, no hay otra operacion en cirugía en donde haya la probabilidad de encontrar una dificultad imprevista y que impida concluir la operacion, que sea casi de 1 por 3, y en donde el tercio de dichas operaciones no acabadas se termine por la muerte de las enfermas.

Se ha dicho que los resultados de la ovariectomía se hallaban en gran parte bajo la dependencia de la edad, de la actividad de las funciones sexuales, y que los peligros disminuyen cuanto más se avanza en años. En el *Bulletin de la Société de chirurgie* (1) hay un cuadro compuesto en vista de los documentos suministrados por la Memoria del Dr. Lee, sobre las enfermedades de los ovarios, que parecen dar la razon á esta manera de ver. Es el siguiente :

De 18 á 30 años.....	40 operaciones.....	19 muertas.
De 30 á 40 —	41 —	13 —
De 40 á 50 —	17 —	4 —
De 50 á 60 —	13 —	2 —
	111	38

Pero algunos nuevos hechos condenan estas conclusiones y conducen á otras que serán acaso á su vez condenadas por la observacion. Yo tomo de otras fuentes otros 91 casos, comprendiendo un total de 41 muertas, y añadiéndolas á las otras dan :

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, vol. III, pág. 42.

De 18 á 30 años.	69 operaciones.	31 muertas; mortandad 44,9 por 100.
De 30 á 40	69	31,8
De 40 á 50	37	43,2
De 50 á 60	23	39,1
De 60 á 80	4	25,0
	202	79

Este cuadro corrobora, en verdad, un hecho indicado por los otros cuadros, á saber: el peligro especial de la operacion en las muy jóvenes. El tiempo demostrará el valor de las inyecciones iodadas; si presentan tantas garantías y eficacia como pretenden sus partidarios; y encontrarán su oportunidad en estas enfermedades, porque precisamente en ellas es donde se observan con más frecuencia los quistes simples, y, por lo mismo, en donde las inyecciones de iodo son más aplicables.

Se ha alegado que el éxito favorable ó adverso de la operacion habia dependido en gran parte de la extension de la incision hecha en el peritoneo, y que la abertura del abdómen, desde el apéndice xifóides hasta el púbis, constituia un proceder muy peligroso, mientras que la extirpacion á través de una pequeña incision del quiste previamente puncionado lo era relativamente muy poco para que se pudiera colocar á las dos operaciones en la misma categoría. La diferencia de estos dos métodos operatorios ha sido muy claramente indicada en las estadísticas de aquellos que han dirigido los primeros su atencion sobre este punto. El difunto M. S. Lee (1) dice: « que en 85 casos en que se ha hecho la grande operacion, 50 fueron curados, 35 murieron, la mortandad fue de 1 para 2 $\frac{1}{2}$; que en 23 que se recurrió á la pequeña operacion, 19 se curaron y 4 murieron, siendo la mortandad de 1 para 6. » El resultado de la primera observacion ha sido reducir cada vez á más estrechos límites la diferencia que hay entre las dos operaciones, no probando que la grande fuese ménos peligrosa que lo que se habia supuesto, sino demostrando ademas que los peligros de la pequeña operacion habian sido disminuidos. Tres años y medio despues, el doctor Atlee (2) reunió 133 casos de la grande operacion, y 28 de la pequeña, y encontró que la mortandad de la primera era de 46, ó sea de 1 para 2 $\frac{41}{46}$, y la de la segunda de 8, ó sea de 1 para 3 $\frac{1}{2}$. Despues he recogido 18 casos de la grande y 23 de la pequeña operacion, comprendiendo en esta última todos los casos en que la incision no excediese de seis pulgadas de larga; tenemos, pues, un total de 151 casos de la primera y de 51 de la última, en donde la mortandad ha estado en la proporcion de 59 y de 20, ó en otros términos, de 1 para 2 $\frac{33}{39}$ y de 1 para 2 $\frac{11}{20}$.

La explicacion de esta diferencia entre las recientes y anti-

(1) *Op. cit.*, pág. 212.

(2) *American Journal*, Abril, 1850, pág. 337.

guas estadísticas, es el objeto de dudas suministradas por el hecho de que las primeras operaciones fueron practicadas sobre quistes de paredes delgadas sin adherencias, que no contenian más que un poco de materia sólida que se podia extraer fácilmente por una pequeña abertura. En un número pequeño de casos, una incision de dos pulgadas de longitud fue suficiente. Pero desde el momento que se hizo más larga la incision, aunque no se atuviesen al principio de puncionar el quiste y de extirparle por una abertura lo más pequeña posible, la intervencion fue más activa, procurando dividir las adherencias, y aún introduciendo, cuando habia necesidad, la mano en la cavidad del abdómen. Esto es lo que ha hecho que, manteniendo las dos operaciones, el peligro se encuentre en la misma proporcion. No es la division del peritoneo tres ó cuatro pulgadas de extension más ó ménos lo que decide de la suerte de la enferma, sino las maniobras más ó ménos complicadas que se necesitan para acabar la operacion. Este último hecho, pues, recibe su confirmacion de la influencia que el carácter del tumor ejerce sobre la enfermedad de la paciente. Las operaciones practicadas por quistes simples de paredes delgadas, que son más fáciles de extirpar, son aquellas que presentan ménos peligro, mientras que la extirpacion de quistes multiloculares y de tumores sólidos es mucho más peligrosa. Esto es lo que prueba muy bien el cuadro de M. Humphry, de Cambridge (1), en donde divide los diferentes tumores del ovario en tres clases, que han dado los resultados siguientes:

	Curaciones.	Muertas.
Quistes simples.....	16	6
Quistes multiloculares; muchos conteniendo materias sólidas, y dos cabellos y dientes.....	13	9
Tumores sólidos, fibrosos y escirrosos, sólidos con líquido y sólidos con quistes.....	7	10
	36	25

Yo encuentro tambien que dividiendo los tumores del ovario en dos grandes clases, los quistes simples por una parte, y los compuestos y más ó ménos sólidos en otra, se obtienen los siguientes resultados:

	Curaciones.	Muertas.
Quistes simples.....	31	12
Quistes compuestos y conteniendo más ó ménos materias sólidas.....	62	56
	93	68

(1) En una memoria titulada *A report of some cases of operation*, extractada de *The Association Medical Journal*. Cambridge, 1836, pág. 40.