

trócar, cuya eleccion se ha hecho de antemano; pinzas de todas clases, tanto de disecar como de torsion, etc., etc.; clamp; ligaduras de seda enceradas, de cáñamo y metálicas; dos ó tres cauterios prismáticos; un termo-cauterio; aguja de Startine para la sutura; alfileres largos y finos para la sutura ensortijada; alfileres ordinarios para la cura, etc. Los instrumentos de precaucion son: muchos escalpelos y bisturís rectos de mango fijo y de boton; tijeras rectas y curvas; sondas acanaladas; dos trócars de calibre diferente; pinzas de Brown de Diefenbach, etc.; écraseur de Chassaignac, apretanudos de Kœberlé; ligaduras de cáñamo, tenáculo; aguja tubulada de Boinet; aguja lanceolada de plata para fijar el pedículo al exterior atravesando las paredes abdominales; sondas de drenaje; jeringas para aspirar los líquidos y lavar los órganos.

En cuanto á los medicamentos, tenemos: cloroformo, 200 á 250 gramos; percloruro de hierro á 30°, 30 gramos; amoniaco líquido; trocitos de hielo; colodion recinado, 50 gramos. Algun calmante de extracto tebáico ó acetato de morfina; vino de Málaga y de Madera, y caldo frio.

Las piezas de cura son: el vendaje de cuerpo de franela; algodón en rama; hilas, compresas y vendas de hilo. Quince á veinte esponjas finas, sobre cuya limpieza ha insistido mucho M. Kœberlé, así como en la de los instrumentos y toda clase de utensilios. En cuanto á los asistentes y ayudantes, es preciso que no hayan tenido ningun contacto con otros enfermos, ni haber permanecido en las salas de los hospitales donde reinen enfermedades sépticas, lavándose sus manos y las del operador muchas veces durante la operacion, procurando de que no estén mojadas de sangre cuando se vuelvan á introducir en la cavidad abdominal.

» En cuanto á la anestesia la administracion del cloroformo tiene numerosas ventajas, no sólo durante la operacion en que quedan abolidos los movimientos de la enferma y la evita el terror y las diversas emociones que pueda inspirarla todo lo que la rodea, sino, sobre todo, despues de la operacion, y esto algunas horas y aún muchos dias despues, manteniendo la propension al sueño, tan necesario en las grandes operaciones, haciendo inútil los opiados que reclaman tan á menudo; resultando ademas, de las observaciones de Stromeyer, que las operaciones hechas bajo la influencia del cloroformo ofrecen ménos peligro de inflamacion consecutiva y un resultado más fácil y más feliz. Por medio del cloroformo se evita en gran parte la conmocion nerviosa, tan habitual despues de la ovariectomía.

» La anestesia, pues, debe llevarse siempre hasta la resolucion muscular completa, y continuada hasta que la mujer se haya lavado y quede instalada en su cama. Los esfuerzos del vómito

deben prevenirse por medio de una rápida cloroformizacion, porque de no hacerlo, podrian ensanchar la abertura hecha por el trócar y ocasionar el flujo de líquido en la cavidad peritoneal, ó proyectar las vísceras produciendo una eventracion. Se ha podido prolongar el sueño hasta más de dos horas y dar hasta 250 gramos de cloroformo.

» Descritos ya los accidentes, así como las condiciones necesarias á la operacion, resta que nos ocupemos ahora de los procedimientos y tiempos de la ovariectomía, que pueden dividirse de esta manera:

» *Incision de las paredes del vientre.* — Este primer tiempo de la operacion ha caracterizado durante algunos años el modo operatorio que se designaba por alto aparato. Extirpacion en masa, sin evacuacion del líquido; extirpacion propiamente dicha, cuando la incision se practicaba desde el púbis hasta el ombligo ó más arriba; pudiendo tener así de catorce á quince pulgadas.

Uno de los más celosos partidarios de la grande incision fue Ch. Clay, de Manchester, por la cual operaban tambien M. Dawell, Lizars, Washington, Atlee y Walne. De esta manera la abertura del peritoneo era bastante ancha para poder extraer el tumor fácilmente, y así se hacian mejor las manipulaciones necesarias, colocando una ó muchas ligaduras sobre el pedículo.

» El pequeño aparato, método mixto, extirpacion combinada con la puncion, que lleva el nombre de Jeaffreson, ha sido adoptado por la generalidad de los ovariectomistas que no ven en la grande incision más que un peligro inútil á la operacion, practican una incision de dos ó tres pulgadas, cogen el quiste, le puncionan para que disminuya de volúmen, y le atraen poco á poco al exterior.

» Pero el método generalmente seguido en el dia consiste en hacer sobre la línea blanca, á igual distancia del ombligo y del púbis, una incision de cuatro á cinco pulgadas, que se puede prolongar en un sentido ó en otro, segun las circunstancias que se presenten despues de este primer tiempo de la operacion.

» Una incision demasiado estrecha expone á muchos inconvenientes, como son: no poderse asegurar de la existencia de las adherencias; no poderlas destruir fácilmente si existen; la dificultad de coger como conviene el quiste, pudiéndose escapar de las pinzas, y entónces derramarse el líquido en la cavidad abdominal. Ademas, es difícil extraer la bolsa, aún cuando esté exenta de toda adherencia, ni nos permite asegurar si el otro ovario está sano ó enfermo; si el pedículo es largo ó corto para poderle ligar convenientemente; impidiendo limpiar el peritoneo con las esponjas, y, por último, no se puede comprobar si las adherencias han sido rotas en el momento de la traccion del

quiste ó desgarradas con la mano, y si hay hemorragia no se puede ligar ni cauterizar el punto de donde procede.

» Spencer Wells y Baker Brown practican la incision sobre la línea blanca entre el ombligo y el púbis; de esta manera se obtiene una herida ménos profunda, ménos pérdida de sangre; más facilidad en la sutura y más solidez de adhesion del pedículo del tumor en la herida abdominal, al mismo tiempo que la torsion de dicho pedículo se opone con más seguridad á la hemorragia.

» Sin embargo, M. Bühring, fundándose en la analogía de la ovariectomía con la castracion de las hembras de los animales, aconsejaba una incision lateral que partiese de las costillas falsas hasta los huesos íleos. La separacion mayor del pedículo hace que sea mucho más difícil adherirse á la herida del abdómen, exponiéndose al peligro de una estrangulacion intestinal interna. No obstante, si se tratase de una segunda ovariectomía en la misma enferma, la incision lateral se hallaria indicada, aún cuando en este caso pudiera tambien inclinarse en la línea blanca sin entrar en la antigua cicatriz ni destruir las adherencias que se hayan formado entre el peritoneo y las vísceras vecinas. Pero lo más prudente de todo es apreciar de antemano el volúmen de la parte sólida, que de ordinario forma la base del tumor multilocular, para proporcionarle una abertura en el peritoneo que evite las graves dificultades que se presentan para la salida del tumor. Cuando hay edema considerable en las paredes del vientre, Kœberlé aconseja hacer una puncion previa para ayudar al desinfarto de las paredes del abdómen, porque la serosidad que se exuda de estas paredes despues de esta operacion se opone á la formacion de las adherencias intestinales alrededor del pedículo, y expone á la septicemia, miéntras que más tarde el éxito corona una operacion cuando se ejecuta despues de haber tomado estas precauciones. Cuando en este estado se punciona el quiste, es menester deprimir, por medio del pulgar, el punto del abdómen donde va á penetrar el trócar.

» Si hay hernia umbilical, M. Kœberlé incide al mismo tiempo el saco para obtener de este modo la cura radical de dicha hernia. Cuando no hemos podido asegurarnos de la naturaleza y extension de las adherencias, se debe, despues de una puncion previa hecha con el fin igualmente de establecer el diagnóstico, recurrir á la incision exploradora que no ofrece ningun peligro cuando se hace con precaucion.

» Hecha dicha incision exploradora sobre la línea blanca, y puesto al descubierto el quiste, se deslizan dos dedos ó más sobre la superficie de dicho quiste, para reconocer las adherencias, que, si son débiles y recientes, el dedo basta para romperlas; si muy anchas y muy fuertes, se emplea el écraseur; cuando son

vasculares se las liga con un hilo de plata y se las corta con el bisturí ó las tijeras; si son demasiado fuertes, demasiado vasculares y muy extensas, se abandona la operacion y se recurre á otros medios quirúrgicos, tales como la incision, la escision parcial, etc. Cuando el quiste se halla de tal manera adherido que no hay que temer el derrame abdominal, se le puede incindir anchamente, desbridarle con cuidado, desgarrar sus diversas células y vaciarle por completo. Si en ciertos puntos no existe la union del quiste con las paredes del abdómen, se reunen los bordes de la incision del quiste á los bordes de la herida abdominal por medio de uno ó muchos hilos; se coloca una mecha ó tubo de drenaje en el ángulo inferior de la herida para facilitar la salida del flujo é impedir todo derrame en el vientre.

» En un caso de quiste unilocular muy adherido, M. Pean, despues de la incision ordinaria de la ovariectomía, incindió la cara anterior del quiste al nivel del punto más adherido á la pared del vientre, y mantuvo la abertura bastante grande para permitir lavarle é inyectarle. Cuando se ha decidido á continuar la operacion, se ensancha la incision exploradora, dándola la extension que se juzgue necesario. La division de las paredes del abdómen debe hacerse capa por capa, hasta llegar al peritoneo, como se verifica en la quelotomía, y M. Nelaton recomienda que la incision de las paredes del abdómen concluya en cola de raton y no en ángulo agudo, porque por este medio la separacion de los bordes es más fácil, pone los vasos divididos más al descubierto, y se les puede ligar mejor. Cuando se han incindido los tejidos superficiales y se ha llegado al plano fibroso sub-peritoneal, se tendrá cuidado de no tomar este plano fibroso por las paredes del quiste, lo que puede dar lugar á sospechar la adherencia de dicho quiste, y para escindir este plano fibroso deberá hacerse sobre la sonda acanalada. Entónces, procurando no penetrar al principio en el quiste, y despues de empujar bien la herida con la esponja y de colocar las pinzas hemostáticas de presion continúa sobre las venas, algunas veces muy desarrolladas, á fin de evitar la hemorragia demasiado abundante que se pudiera producir y entorpecer la operacion, se coge y se levanta el peritoneo con una pinza erina ó mejor con unas pinzas de dientes de raton, y se hace un pequeño ojal en esta membrana, por el que se introduce una sonda acanalada, en la que se divide con un bisturí ó unas tijeras, hasta dar á esta division toda la extension de los tegumentos. En el momento de abrir el peritoneo, por lo general, sale cierta cantidad de líquido ascítico; y se conoce que se ha llegado al quiste, por el aspecto de su superficie lisa, blanquizca ó abollada, y surcada de venas más ó ménos voluminosas. La ligadura de la abertura de los vasos debe ser lo más minucioso posible, porque la menor canti-

dad de sangre derramada produce accidentes mortales en el peritoneo.

» *Puncion y evacuacion del quiste. Reduccion del volumen del tumor.*— Hecha la division de los tegumentos, contenida la hemorragia y puesto al descubierto el tumor, se introduce un trócar en su interior. Este instrumento se ha multiplicado de una manera prodigiosa: Sp. Wells emplea un trócar cuya punta se halla agujereada como la cánula, pudiendo entrar en esta última ó pasarla á voluntad del operador; la misma cánula lleva otra de derivacion soldada en ángulo recto y provista de un tubo de caoutchouc que sirve para evacuar el líquido, en cuya extremidad se halla uno de plomo que le dirige al lado derecho de la cama para recibir el líquido del quiste en una vasija apropiada. El diámetro del instrumento es suficiente para dar salida á dicho líquido sin grande dificultad aunque sea espeso y viscoso como sucede de ordinario.

» El trócar de M. Nélaton es bastante grueso, con unas erinas que se fijan dentro del quiste, para que no pueda descomponerse, y ademas está provisto de un sifon para la evacuacion del líquido.

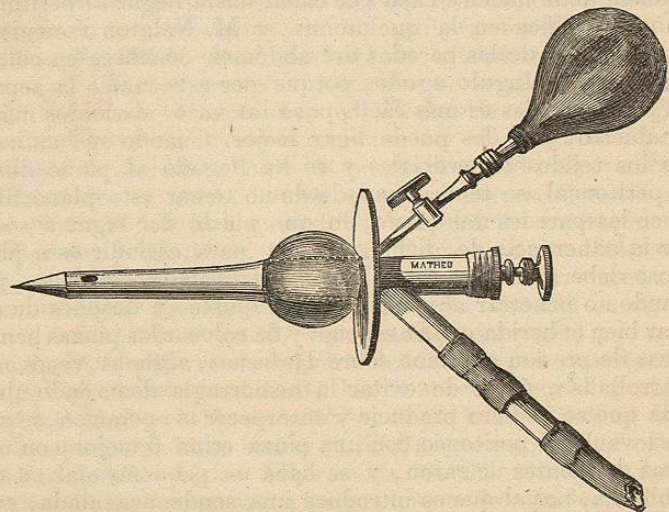


Fig. 72.—Trocar de Mathieu.

» El trócar de M. Kœberlé es grueso cortado en pico de flauta y sobre la extremidad del cual está fijo un tubo de caoutchouc, que hace el oficio de sifon.

» En fin, un trócar que se comunica con un aparato aspirador, llena bien sus indicaciones (fig. 72). La aspiracion del líquido

se hace despues que se ha retirado la punta del instrumento por encima del punto donde se encuentra colocado el tubo de desagüe.

» Sea el que quiera el trócar que se elija, bueno será que recordemos que es poco ménos que imposible que no haya un poco de exudacion por entre dicho instrumento y caiga en el peritoneo. Para evitar todo lo que se pueda este accidente, se tendrá cuidado de mantener los bordes de la abertura aplicados firmemente contra la cánula del trócar, bien sea por medio de pinzas erinas, adaptadas á la misma cánula, hasta acabar la evacuacion del contenido.

» Si dicho contenido es demasiado espeso para atravesar por la cánula del trócar, será necesario retirarla y vaciar la bolsa practicando una incision sobre su superficie. Entónces conviene redoblar nuestra atencion para evitar la entrada en el peritoneo de las materias que se hallan en el quiste.

Quando se ha vaciado dicho quiste, y éste es simple, su extraccion puede verificarse muy pronto, á ménos que existan adherencias; pero cuando es sólido ó compuesto, será necesario disminuir su volumen rompiéndole para poder extraer su contenido. Al efecto se hace una libre abertura en él, por la que se introducirá la mano en su interior, y al mismo tiempo se coge el orificio de dicha abertura, que se mantiene abierta por delante, con unas pinzas adoptadas para este fin; por este medio se podrá romper y aún extirpar el quiste más compuesto. Cuando dicho quiste está tan adherido á las paredes abdominales, que es muy difícil desprender su propia bolsa de la capa parietal del peritoneo, es una buena práctica emplear el proceder adoptado por M. Sp. Wells, que consiste en vaciar el tumor y asegurar por dentro su pared posterior ó superior, invirtiéndole con las pinzas, porque entónces se le puede volver haciendo una buena traccion.

» Si el quiste tiene muchas celdas despues de vaciada la primera, se cierra la abertura del trócar por medio de una ligadura que impida toda la salida del líquido durante los movimientos y la traccion que se debe operar más tarde, puncionando las otras celdas á medida que se conducen al exterior con las mismas precauciones que la primera; de este modo se da la suficiente movilidad al quiste para continuar la operacion, empleando ademas suaves y cuidadosas presiones, á fin de conducir el líquido á la cánula cuando no se presenta espontáneamente.

» *Tercer tiempo.—Dstruccion de las adherencias. Hemostasia. Extraccion del tumor.* Este tiempo de la operacion puede ser muy sencillo ó muy complicado, segun que las adherencias son poco numerosas y poco resistentes, ó que, por el contrario, son muchas y muy firmes, lo que le hace el más peligroso de

todos, por los accidentes á que pueden dar lugar las difíciles y múltiples maniobras que es preciso emplear en tales circunstancias, hasta llegar á impedir que se acabe la operacion.

» Cuando se ha practicado la incision de las paredes abdominales, y se reconoce el tumor por su cubierta blanda y lustrosa, se puede estar satisfecho de que ha sido completamente abierta la cavidad abdominal; y si se ve que el quiste se mueve con libertad dentro del abdómen en cada acto respiratorio, la probabilidad es más segura de que la complicacion de las adherencias no debe ser muy grave. Cuando el tumor está fijo á las paredes del vientre no presenta esta movilidad. Sin embargo, siempre será conveniente ántes de pasar más adelante que consideremos lo que concierne á dichas adherencias.

» Estas se pueden presentar bajo tres formas: *primera*, formando una union completa y compacta entre la cubierta peritoneal del quiste y el peritoneo; *segunda*, bridas conectivas fibrosas desprendidas, y *tercera*, las adherencias viscerales.

» Cuando las adherencias que unen al quiste con las paredes del abdómen son poco resistentes, se desprenden con el borde cubital de la mano, pero en cuanto se resistan, aunque sea accidentalmente, es necesario considerarlas como adherencias fuertes y recurrir á diversos procederes.

» Cuando las adherencias son extensas y se teme provocar una hemorragia un poco considerable, M. Kœberlé aconseja cortar los vasos entre dos ligaduras para limitar todo lo que sea posible la pérdida de sangre, que á menudo las muy antiguas y muy vasculares dan mucha cantidad á la seccion. En estos casos el gran número de ligaduras se opondria al éxito de la operacion, por lo que en estos últimos años M. Kœberlé prefiere la compresion continua, cogiendo la superficie sangrienta con sus pinzas hemostáticas, que se mantienen apretadas por medio de un pasador. De esta manera los tejidos aparecen como desecados por dicha compresion enérgica, y la pinza puede permanecer aplicada hasta unos veinte minutos ó más, sin que esto sea un obstáculo á la operacion.

» Cuando se desprende la pinza, es menester tener cuidado de no separar bruscamente las ramas, á fin de no producir una rotura intersticial que reproduzca la hemorragia. M. Kœberlé ha tenido ocasion de colocar hasta diez de estas pinzas sin inconveniente alguno. Pero cuando hay exudacion sanguínea sin rotura notable del vaso, el mismo autor aconseja mojar la punta del dedo con percloruro de hierro concentrado y aplicarle sobre los tejidos, comprimiéndoles con bastante fuerza, manteniéndoles colocados suavemente por muchos minutos; despues levanta progresiva y lentamente el pulpejo de dicho dedo por un movimiento de rotacion.

» La ligadura metálica compresiva de Dix, conviene, segun Sp. Wells, en particular cuando el pedículo es corto para obstruir los vasos.

» Es preciso no *desgarrar* nunca las adherencias que no se puedan desprender con la mano ó el mango del escalpelo. Ha habido algunos ejemplos en que, al quererlas desprender con el bisturí, se ha interesado la vejiga, dando lugar á la salida de la orina por la herida; otras veces al recto, como le sucedió á Baker Brown, que perforó el intestino durante las manipulaciones, resultando una fistula que tuvo la suerte de que se obliterase espontáneamente. Para emplear el bisturí ó las tijeras, se hará entre dos ligaduras, y vale más desprender el quiste alrededor de las adherencias, que correr el riesgo de interesar órganos importantes por medio de una diseccion minuciosa. M. Nélaton aconsejó á M. Labbé que dividiese en dos porciones de arriba abajo la parte del quiste que no se podia extraer, porque la cara posterior de la vejiga estaba íntima y sólidamente unida á la pared inferior del tumor; de este modo se obtuvieron dos pedículos voluminosos, que se rodearon cada uno de ellos á una fuerte pinza, y que por su cortedad no se podian atraer lo suficiente al exterior para colocarles entre las ramas de un clamp. Si las adherencias intestinales son demasiado íntimas, es menester diseccionar con muchísimo cuidado con tijeras finas la pared interna ó secretoria del quiste y abandonar la otra con el intestino. En un caso en que dos arterias suministraban mucha sangre sin que se las pudiese coger, Kœberlé las apretó con una ligadura comprendiendo una lengüeta de tejido incindido por medio de las tijeras.

» En un caso en que existian adherencias extraordinarias con el epiploon, el mesenterio y el útero, con la base del tumor imposible de extirpar, se le abrazó con un asa de hilo metálico, que, retorciéndola de una manera sucesiva, determinó la mortificacion del tumor ovárico en su totalidad; quedando entónces una bolsa en supuracion, cuya abertura exterior se ha mantenido abierta durante dos meses hasta la completa cicatrizacion, que se obtuvo por medio de lociones de sulfato de hierro.

» Las adherencias más frecuentes son las epiplóicas, que se las puede desgarrar simplemente de la adherencia anormal, ó ligar dicho epiploon y cortarle entre la ligadura á fin de evitar la hemorragia, y entónces se debe, ántes de volverle á colocar en el abdómen, limpiarle y examinarle cuidadosamente, con el objeto de separar toda la parte alterada por la enfermedad ó desgarrada por las tracciones hechas sobre las adherencias. Los vasos que dan sangre se les tuerce, se les liga ó cauteriza con el hierro candente ó con el percloruro de hierro, segun su importancia, reservando la ligadura para los más voluminosos, no

comprendiendo en ella más que dichos vasos, y conducirla en seguida al exterior para fijarla entre los labios de la herida abdominal.

» Las adherencias abdominales y epiplóicas son, en general, poco graves cuando se pueden atraer las partes ligadas, y las profundas dan casi siempre lugar á complicaciones ó accidentes temibles.

» Cuando dichas adherencias están bien limitadas, por ejemplo, entre el tumor y las asas intestinales, la mayor parte de los operadores las cortan sobre un clamp por medio de un cauterio calentado al rojo; cauterio cultelar pequeño y delgado, para evitar la lesion del intestino por la accion del calor radiante; el clamp aprieta sobre una superficie bastante estrecha, que se la puede preservar por debajo de alguna sustancia aisladora, lo que no es necesario cuando el cauterio es de poco grosor. Para que la hemostasia sea perfecta, será bueno calentar el clamp hasta cierto grado; entónces se secan mejor los tejidos, cierra los vasos, pero teniendo muchísimo cuidado de no quemarlos.

» Cuando se encuentra en la imposibilidad absoluta de continuar la operacion á causa de las adherencias, se podrá reunir la herida comprendiendo las paredes del quiste y hacer que se adhieran á ella; escindiendo una parte del quiste, extirpando la más gruesa porcion del tumor, y comprimiendo luego el pedículo como en los casos ordinarios.

» *Cuarto tiempo.* — *Constriccion del pedículo y escision del tumor.* — Si en la práctica de la ovariectomía, dice Bryant, hay una cosa más importante que otra que obligue á dar una solucion completa á este delicado punto, es sin duda el tratamiento del pedículo, porque los procedimientos de los cirujanos varían extremadamente, y la multiplicidad de métodos ha venido á ser una verdadera confusion más.

» En efecto, esta operacion varía segun una infinidad de circunstancias que se refieren al modo de implantacion del tumor; así, cuando el pedículo es delgado y bastante largo, se le puede extraer fuera de la cavidad abdominal; pero si es corto, grueso y ancho, con una base de implantacion muy extensa, por la que el tumor puede estar ligado á los órganos de la pélvis por una gran parte de su superficie, se le liga en dos ó más porciones, separando los tejidos en el intervalo de los vasos para sujetarlos con dicho tumor.

» De aquí los tres modos principales de tratamiento que se aplican al pedículo: El *extra-peritoneal*, el *intra-peritoneal*, y el tercero, que comprende los procedimientos que dejan introducido el pedículo libremente en la cavidad peritoneal (*pedículo perdido*), bien ligándole ántes con ligaduras perdidas ó manteniéndole por algun tiempo contra las paredes del vientre (*acupre-*

*sura, filopresura*); ó conteniendo ántes la hemorragia por la *cauterizacion térmica ó galvánica* con el *écraseur* lineal ó por *torsion*.

Todos los medios de constriccion son buenos siempre que produzcan una estrangulacion sólida y pongan al abrigo de la hemorragia; pero todos no son aplicables en todas las circunstancias, y sólo el práctico es el que debe determinar el que más le conviene.

» *Método extra-peritoneal.* — Los procedimientos que tienden á mantener al exterior fuera del peritoneo las partes ligadas del pedículo son los más ventajosos. Las porciones ligadas comprimidas ó cauterizadas están sujetas á descomponerse y á desprenderse despues de las partes subyacentes que han quedado vivas, por lo que no exponen á la peritonítis, á las colecciones purulentas, y á la septicemia.

» Al efecto, cuando el pedículo es largo, no hay más que atraer el resto del tumor fuera de la herida, ensanchándola, si hay necesidad, cogiendo sólidamente dicho pedículo. «Es preciso, dice Courty, no temer consagrar á este momento difícil y peligroso de la operacion todo el tiempo que reclama. El éxito de la ovariectomía es siempre proporcionado á las complicaciones que presenta, y el mejor medio de atenuar la influencia de estas complicaciones, al ménos cuando son locales, es el de combatir las por procedimientos eficaces; la desgarradura, pues, de las adherencias, y, sobre todo, la hemostasia exacta á consecuencia de estas desgarraduras, bien sea por una compresion momentánea (pinzas hemostáticas), ó bien por líquidos astringentes (alcohol, agua de Lechell, percloruro de hierro á 39°), ó bien por ligaduras metálicas ó de seda muy finas, retenidas en un ángulo de la herida, son maniobras esenciales para prevenir los graves resultados de estas complicaciones locales.»

» Aislado el quiste ó separados los fragmentos, nos resta sacar afuera el tumor cogiendo sólidamente su pedículo. Entónces se procede, despues de cohibida la hemorragia por los medios indicados, á practicar la constriccion de dicho pedículo con un hilo fuertemente apretado con el apretanudos de Kœberlé, ó con el clamp (fig. 73), y se le mantiene al exterior sobre la parte inferior de la herida abdominal.

» El método extra-peritoneal no es convenientemente aplicable más que en los casos en el que el pedículo sea bastante largo. Cuando es corto, da lugar á una retraccion muy considerable de los tejidos del ligamento ancho y de la matriz, que atraída entónces algo á la herida abdominal, consecutivamente expone á vivos dolores uterinos, á la estrangulacion interna de un asa intestinal, á la entrada prematura ó brusca del pedículo bajo la influencia de un golpe de tos, de vómito, por gases in-

testinales, etc., cuando el clamp se desprende, ó cuando se separan los tejidos mortificados, produciendo peritonítis consecutivas, lo más á menudo mortales.

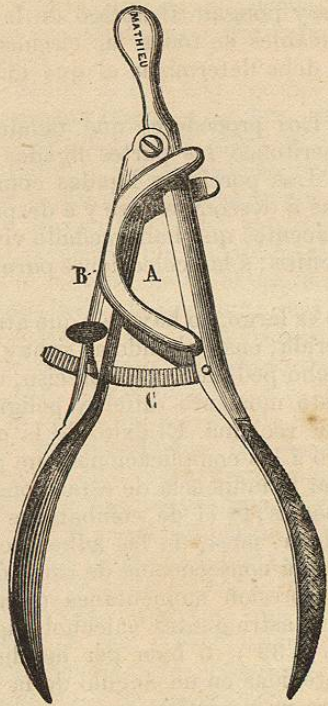


Fig. 73.—Clamp de Mathieu.

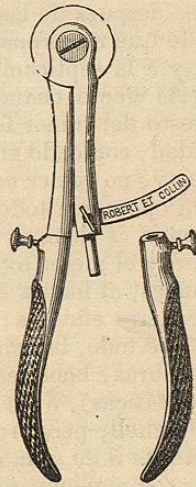


Fig. 74.—Clamp de Spencer Wells.

» *Método intra-peritoneal.* — Desde luego éste es mucho más peligroso que el *extra*, porque expone, además de la peritonítis, á la septicemia, y cuando la constricción del pedículo no es suficiente, á las hemorragias consecutivas. Sin embargo, se pueden evitar estos peligros, manteniendo el muñon fijo á una distancia entre la ligadura y la pared abdominal, inmovilizando las adherencias viscerales á su alrededor, é interponiendo todo lo que sea posible el epiploon entre la parte superior del pedículo y los intestinos, procurando sostener por medio de tubos de drenaje una amplia salida á los líquidos al exterior. De este modo se aísla la parte que ha de mortificarse, tratando entónces la cavidad que le rodea como un absceso peritoneal. En este caso el pedículo no está sujeto á sufrir una tracción nociva, de modo que la cic-

trización sigue una marcha regular. «El perfeccionamiento, dice Kœberlé, que he hecho con el apretanudos permite ejercer una constricción perfecta; de manera que los peligros de este método han disminuído considerablemente; y, por consiguiente, el uso de dicho apretanudos, sea para los pedículos largos ó cortos, ofrece más ventajas que el clamp y demas instrumentos análogos, y permite tratar el pedículo indiferentemente por el método extra ó intra-peritoneal.»

» *Método de tratamiento por pedículo perdido.* — Este método permite, en los casos favorables, obtener una curación casi inmediata; pero expone á los abscesos pelvianos, á las supuraciones prolongadas, á las peritonítis y á las hemorragias interinas. Este método de tratamiento es muy sencillo, y sería con mucho preferible á los demas, si presentase la misma seguridad; pero desgraciadamente es muy aventurado, á pesar de las ligaduras de tripa fenicada que tanto disminuyen las probabilidades de una supuración consecutiva.

» Se ha dado gran importancia á la manera de operar la ligadura y á la materia que con este objeto se emplea; pero teniendo en cuenta que la constricción sea sólida y ponga al abrigo de la hemorragia, es indiferente servirse de un hilo de seda, de lino, de cáñamo metálico ó animal, etc., etc. El mejor hilo para la ligadura será el más resistente, y el más fácil de aplicar. Para las ligaduras que se han de apretar con la mano se debe dar la preferencia al cordonete de seda; el de tripa fenicada es preferible para las ligaduras perdidas; y las metálicas, aunque han dado buenos resultados, exponen á los abscesos consecutivos. La ligadura simple en masa no es aplicable más que en los casos en que el pedículo es delgado y suficientemente largo. En el caso contrario, cuando dicho pedículo es bastante ancho, se debe ligar en dos ó muchas porciones; esto es lo que han hecho la mayor parte de los clínicos en los primeros tiempos de la práctica de la ovariectomía. Para las ligaduras perdidas los hilos se cortarán casi al ras del nudo, dejando el ménos tejido posible por encima del punto ligado. Este modo de tratamiento del pedículo ha sido empleado por Tyler Smith, ejecutando después la reunión de la herida en toda la extensión de la incisión.

» En estos últimos tiempos este proceder ha conquistado muchos partidarios á consecuencia del uso de la ligadura animal fenicada. Keith, sobre todo, ha operado así en gran escala y ha obtenido los mejores resultados, sea por medio de simple ligadura, ó haciendo intervenir al mismo tiempo la cauterización térmica. Pero este proceder, después de no poner al abrigo de la hemorragia, puede ocasionar afecciones purulentas, de modo que sólo debe emplearse en los casos en que el pedículo es muy corto.

También se ha intentado hacer pasar las ligaduras por la va-