

gina; pero es un proceder sumamente complicado, y sólo aplicable á casos excepcionales.

» La cauterizacion térmica con el hierro rojo se ha aplicado á los vasos sangrientos y partes adheridas; pero como la hemorragia se detiene difícilmente, si los vasos no comprimen ántes, Clay, de Birmingham, ideó aplicar un clamp (*cauteri-clamp*) sobre el epiploon ántes de cauterizarle, ó dividirle directamente á favor del cauterio actual para prevenir la hemorragia. No habiendo ido acompañada esta division de accidentes consecutivos, Baker Brown aplica este procedimiento al pedículo mismo, dividiéndole al ras del clamp. De este modo se produce una escara delgada suficiente para detener la hemorragia, y se abandona á sí mismo en la cavidad abdominal.

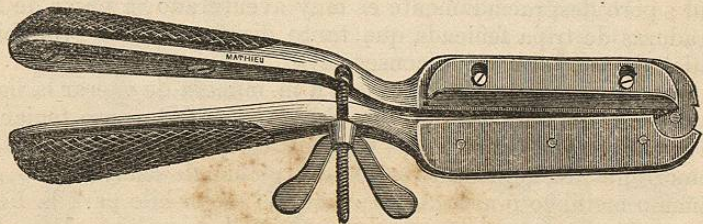


Fig. 75.—Clamp-cauterio de Baker Brown.

» Este proceder, de una ejecucion fácil y rápida, ha sido empleado en grande escala por Krassowsky, Keith y Baker Brown, y el éxito obtenido por estos cirujanos prueba suficientemente la inocuidad, si no absoluta, al ménos muy general, de la escara del muñon cauterizado.

» Los principios en los que debe descansar la cauterizacion han sido perfectamente indicados por Maslowsky, teniendo cuidado de no hacerla al ras del clamp. Este instrumento no sirve más que para la hemostásia temporal, por lo que los tejidos se han de dividir á algunos milímetros del compresor. El termo-cauterio de Paquelin es el que presenta mayores ventajas que el gálvano-cauterio (fig. 75).

» La *filopresura*, el *écraseur* y la *torsion* no son aplicables más que en los casos de largo pedículo y poco vascular, lo mismo que la *inclusion del pedículo en la sutura*.

Procedimiento del Sr. Sanchez Toca. — « Este eminente cirujano no admite la pequeña incision, porque obrando así no se disminuye la gravedad de la operacion, y ántes bien se aumenta el peligro, y se dificulta y alarga el procedimiento. La incision, dice, suficientemente grande desde el principio, hace clara y rápida la operacion.

» La incision pequeña expone á variar el plan de la operacion por timidez del operador, á hacer una extirpacion incompleta en vez de una eliminacion del tumor.

» La incision debe hacerse de este modo:

Primer tiempo. — No debe en este tiempo llegarse á penetrar en el peritoneo, sino sólo descubrirle. En la primera parte, incision de las partes superficiales (piel, tejido adiposo, fascia superficial), no se necesita la sonda acanalada. Pero en la segunda parte, incision de la línea alba ó aponeurósia abdominal, es utilísima la sonda acanalada, sobre la cual se igualan y se nivelan las incisiones.

» Despues viene el *segundo tiempo*, que es la incision del peritoneo parietal y exploracion ó tanteo de separacion de adherencias. Aquí, habiendo adherencias, se necesita sonda acanalada.

» Con las incisiones no debe pasarse adelante.

» El quiste no debe ser incindido ni abierto en lo posible, y aquí se dejan los bisturís y sonda acanalada.

» *Tercer tiempo.* — Puncion del quiste.

» Hoy dia se ha perfeccionado el modo de hacerla, y debemos aceptar los progresos del arte sin retrogradar á sus tiempos primitivos. El trócar pequeño es imperfecto; se obstruye fácilmente con coágulos de sangre, con los copos flotantes, con el líquido espeso, viscoso y como siruposo, y ademas siendo el quiste espeso muy voluminoso detendria el curso de la operacion inútilmente durante una hora á hora y media, dando márgen á nuevas complicaciones y enredos. No debe haber hemorragia; pero si la hubiera dentro del saco, se remediaría peor que con el trócar voluminoso, que dejaria prontamente vacío de líquidos el quiste. El trócar perfeccionado tiene todas las ventajas apetecibles en todos sentidos. Ademas permite vaciar el quiste sin abrirle y hacerle chico por medio de nuevas punciones interiores, sin que se derramen líquidos ni fuera de la herida ni dentro del peritoneo.

» Esta es mejor práctica que la de abrir el quiste por incision; y si más tarde, por disminuir el volumen del tumor y hacer posible su extraccion por la herida, se incinde el saco para meter por él la mano y romper los tabiques intereísticos, esto debe hacerse de tal modo, que se conserve íntegro el saco, y al extraerle fuera no se vierta líquido alguno dentro del peritoneo.

» *Cuarto tiempo.* — Diseccion de adherencias y extraccion del quiste ó tumor entero.

» Practicado el achicamiento del tumor por la evacuacion de los quistes primarios ó secundarios, debe pasarse al cuarto tiempo, que es el de sacar fuera de la herida el tumor íntegro, como si se tratara de la extraccion de un cuerpo extraño (ó del feto). Aquí se deben seguir los preceptos ya consagrados por la cien-

cia y los progresos del arte, disecando las adherencias por fuera (sin incidir el saco) primero, y despues de todo alrededor del tumor. Si las adherencias son blandas, todo marchará bien y con suavidad, y sin accidentes. Si son duras y fibrosas, hay que ir con suavidad, y cuando se forman bridas fuertes, tener presente que es mejor que se interese la superficie peritoneal del quiste, rasgándolas en ella, que la entraña ó víscera abdominal, rasgándolas peligrosamente. Y si son vasculares, puede así acudir de pronto á la compresion con pinzas de compresion largas, y remediar la hemorragia con la torsion, las ligaduras finas ó la cauterizacion prudente y delicada.

» Todas estas maniobras exigen mucho tacto y muchos cuidados. El operador y ayudantes tienen siempre sus manos perfectamente lavadas y limpias; se defiende el peritoneo con franelas templadas, limpias y húmedas; se tiene introducidas esponjas en los lados del mesenterio y excavacion pelviana para empapar líquidos y conservar enjuta la cavidad peritoneal, en tanto que el tumor cogido con el cuerpo del trócar, con los dedos, con erinas finas, con pinzas especiales de Nelaton ó de Museux, va saliendo poco á poco con suavidad, y queda volcado sobre los muslos de la enferma, cuidando bien que el pedículo permanezca íntegro y limpio para aplicarle el clamp.

» *Quinto tiempo.* — Clamp. Considerando el gran calibre que deben adquirir la arteria uterina y las arterias útero-vaginales, y aún las venas, no puede ménos de convencerse de la importancia de cohibir con seguridad y perfeccion la hemorragia por los vasos del pedículo. Para esto no se ha ideado hasta ahora nada más seguro que el clamp.

» No iré ahora á describir las variedades de estos instrumentos. El que generalmente se prefiere para poder hacer la seccion del pedículo con el cauterio actual es el de Baker Brown, figura 75; verdad es que tambien puede cogerse provisionalmente el pedículo con la tenaza de compresion despues de bien cauterizado; acaso se podria dejar interpuesto el pedículo entre los labios de la herida, sosteniéndola con algunos puntos de sutura. Pero la seguridad exige pequeños clamps bien aplicados en el pedículo, apretándolos con las tenazas apropiadas.

» Si alguna vez excepcionalmente, se ha podido suprimir el clamp y suplirle, bien sea con la ligadura, bien sea con la cauterizacion, comprendiéndole despues entre los labios de la herida, no por eso se invalida la regla general que pide el clamp por más seguridad.

» *Sexto tiempo.* — Despues viene la oclusion de la herida mediante la sutura de las paredes abdominales, detergiendo ántes las superficies mediante esponjas, no dejando aire ni cuerpos extraños en la cavidad del peritoneo, y pasando revista detenida á

todos los sitios de las adherencias destruidas y á los puntos que dan sangre.

» Sobre la manera de hacer esta sutura, bien sea metálica, como lo hacen los más, bien sea con cordonetes, como Wells lo hace, no hay nada de nuevo que decir.

» Sólo añadiré que hay que cuidar mucho de que el pedículo quede bien colocado y asegurado, y tambien de que se prevea el caso posible de la acumulacion de líquidos peligrosos dentro de la cavidad del peritoneo, lo cual exigiria, ó las punciones y drenaje por la vagina, ó entreabrir un punto declive de la herida para lo mismo, despues de un exámen y meditacion detenidas.

» *Accidentes propios de la ovariectomía.* — Los accidentes propios de la ovariectomía son tres:

» 1.º La *hemorragia*, que puede matar á la enferma en pocos momentos ó en las primeras horas.

» 2.º La *peritonitis*, de la cual mueren las más.

» 3.º El *derrame de líquidos nocivos* y cuerpos extraños en el peritoneo, que puede más tarde empeorar el estado de las operadas y hacerlas sucumbir. Tal es la descripcion dada por este hábil y consumado cirujano en la Real Academia de Medicina, en la sesion del día 7 de Noviembre de 1872, y que, como verán nuestros lectores, poco ha sido lo que se ha adelantado desde aquella época hasta el día.

» Para concluir, diremos que en los casos de largos pedículos, lo mejor es fijarlos al exterior comprimiéndolos con el clamp ó el apretanudos; que en los anchos y cortos, en donde por lo comun los vasos son pequeños, se los puede ligar en dos ó más puntos con un fuerte cordonete de tripa fenicada, cauterizándole, cortando los cabos y soltándole en seguida para cerrar inmediatamente la herida. En un caso que ocurrió en la práctica de Bryant, en el cual se ligó el pedículo con una ligadura de tripa fenicada, se cortó á muy poca distancia dicha ligadura, y se soltó el pedículo dentro de la cavidad abdominal. Cuando se murió la enferma, un año despues, á consecuencia de otra enfermedad distinta, no se encontró ni vestigio de ligadura, ni aún de adherencia; la ribeteada extremidad del pedículo dividido estaba libre.

» En cuanto á las adherencias, si son ligeras, deben romperse, y si son fuertes, es preciso dividir las ó ligarlas, ó acaso destruirlas con el termo-cauterio. Los grandes vasos hay que ligarlos y aún comprimirlos, esperando que tal vez la cauterizacion térmica venga á completar un plan de tratamiento perfecto, segun vaya adelantándose en su aplicacion.

» *Limpiar la cavidad de la pélvis.* — Extirpado el tumor y asegurado el pedículo, hay que proceder al exámen del otro ovario, con el fin de asegurarnos si está sano ó enfermo, porque en-

tónces se le extrae de la cavidad abdominal, y se le extirpa á la vez. Luego procuraremos cerciorarnos de si hay hemorragia, ó extravasacion de algun líquido dentro de la pélvis. Si el líquido es seroso, y estamos seguros de que la cantidad de sangre derramada es de poca importancia, no hay necesidad de irritar el peritoneo ó los órganos pelvianos con las esponjas, porque el líquido seroso claro se absorberá al instante, lo mismo que una corta cantidad de sangre. No obstante, importa mucho que con el mayor cuidado se laven bien todos los repliegues del peritoneo con esponjas muy limpias y muy suaves, preferibles á la franela que suele dejar tras de sí alguna sustancia extraña. En estos últimos tiempos la aplicacion de disoluciones antisépticas de ácido fénico (5 por 100) han suministrado excelentes resultados á los ovariotoristas alemanes. En efecto, creemos que no es sin una justa apreciacion el que los cirujanos ingleses atribuyan sus resultados al esmero con que practican esta limpieza; y es preciso no temer emplear demasiado tiempo en esto, introduciendo la mano bien limpia muchas veces hasta en la cavidad pelviana, con esponjas tambien bien limpias (Kœberlé en el dia da la preferencia á las servilletas finas), para asegurarse de que el peritoneo está perfectamente seco, y prevenir por una observacion atenta ó la aplicacion de nuevas ligaduras á las hemorragias consecutivas, ó la separacion de cuerpos extraños (esponjas, compresas, etc.).

» Cuando se propone operar la cauterizacion, es menester proceder ántes al lavado de la excavacion pelviana, á fin de no obrar ulteriormente sobre las partes cauterizadas provocando así una hemorragia.

» *Reunion de la herida.* — Completada la operacion, limpia la pélvis, examinado el ovario opuesto, y faltando todos los signos de hemorragia, se procede á cerrar la herida; pero ántes se colocarán los intestinos y el epiploon en su lugar, para aislar y proteger de este modo la masa intestinal. Para este objeto, M. Labbé, empleaba el dorso de una cuchara á fin de no pellizcar un asa intestinal como ha sucedido más de una vez.

» Para colocar los intestinos y el epiploon dentro del vientre, es necesario que un ayudante los haya mantenido bien tapados con franelas bien calientes y mojadas sobre el ángulo superior de la herida todo el tiempo que ha durado la operacion; manteniendo el clamp con el pedículo en el ángulo inferior, en donde debe quedar una abertura para la salida de los líquidos que se vayan segregando.

» Cuando se teme el acúmulo de estos líquidos en la cavidad del abdómen, se ha aconsejado, que ántes de proceder á la sutura, se coloque en el ángulo inferior de la herida ó en el culode-saco útero-vaginal, cánulas, sondas ó tubos de drenaje para que se viertan los líquidos al exterior.

» Sin embargo, M. Kœberlé cree que el drenaje abdomo-vaginal debe reservarse sólo para los casos excepcionales, en donde puede ser un precioso recurso; que en los demas no tiene condiciones de ser más que en las peritonitis crónicas, en las supuradas, ó en los casos de linforragia ó de hemorragia profusa.

» Condena asimismo el drenaje acompañado de irrigaciones intra-peritoneales, aunque sean antisépticas, aconsejadas por algunos autores, haciendo una puncion con un trocar en la pared posterior de la vagina é introduciendo por dicha abertura un tubo de caoutchouc, cuya extremidad superior ha de salir por la herida abdominal; por dicho tubo se hacen irrigaciones abundantes de agua fenicada. Dice que estas irrigaciones ocasionan cólicos violentos y peritonitis mortales, y estos accidentes han sido tales, que en estos últimos tiempos M. Olhausen, uno de los más acérrimos partidarios, ha renunciado á ellas; de modo que en el dia sólo se emplea el drenaje por tubos de vidrio con extremidades obtusas y agujeros laterales, por donde salen los líquidos ó son extraidos por aspiracion de la cavidad abdominal.

» *Sutura.* — Las suturas pueden ser metálicas ó de seda. Los cirujanos se hallan divididos sobre si la sutura ha de comprender el peritoneo, por el temor de que los bórdes de esta serosa se reunan á los órganos abdominales, al epiploon á los intestinos ó á los bórdes de la incision para formar bridas y adherencias, quedando sus mismos bórdes desunidos y dando lugar á estrangulaciones.

» Sp. Wells, al mismo tiempo que reúne el peritoneo, le ranversa sobre la superficie sangrienta de las paredes de la herida, y de este modo sirve como de trabazon á toda la profundidad de dicha herida, lo que impide la entrada del pus ó de las demas secciones en la cavidad abdominal.

» Para ejecutarla, este autor cierra la parte superior de la herida con alfileres dorados como los que se emplean en la operacion del labio leporino, comprendiendo todo el espesor de los labios de la incision, y colocándoles á 3 centímetros de distancia unos de otros; perfora la piel á 1 centímetro de los labios de la herida, y el peritoneo á $\frac{1}{2}$ centímetro; de esta manera se corresponden sus bórdes formando reunidos un 8 de guarismo con hilo fuerte ordinario.

» Otras veces recurre á la sutura entrecortada con un hilo metálico ó de seda; atraviesa cada uno de los labios de la herida de dentro afuera con una de las agujas, de manera que de este modo se perfora el peritoneo á $\frac{1}{2}$ centímetro y la piel á 1 de los labios de la herida, concluyendo por apretar fuertemente los cabos sobre la línea de reunion, y dejando un intervalo como de una pulgada entre las suturas profundas para colocar entre ella, en medio de la distancia que las separa, pequeñas suturas entre-

cortadas, superficiales, que no comprenden más que la piel. La última sutura profunda pasa lo más cerca posible del clamp, de manera que sostenga el pedículo sin atravesarle.

» M. Pean practica las suturas de arriba abajo, del ombligo hácia el púbis; en seguida hace alternativamente una sutura profunda y otra superficial. Las primeras deben comprender el peritoneo; se hacen con hilos de plata bastante finos que se pasan con una aguja curva ordinaria. Las segundas son simples suturas ensortijadas, y no deben comprender más que la piel.

» Como es conveniente no emplear para estas últimas más que alfileres muy finos, y como, por otra parte, el espesor de los tejidos que hay que atravesar es bastante considerable, sucede á menudo que los alfileres se tuercen ántes de atravesar los tejidos. Para remediar este inconveniente, se puede servir de un instrumento muy ingenioso, inventado por el Dr. Cintrat, que lleva el nombre de *propulsor ó vaina-alfiler*. Inmediatamente, M. Pean tiene la costumbre de colocar de delante atrás del pedículo un grueso alfiler con cabeza de vidrio, mucho más fuerte

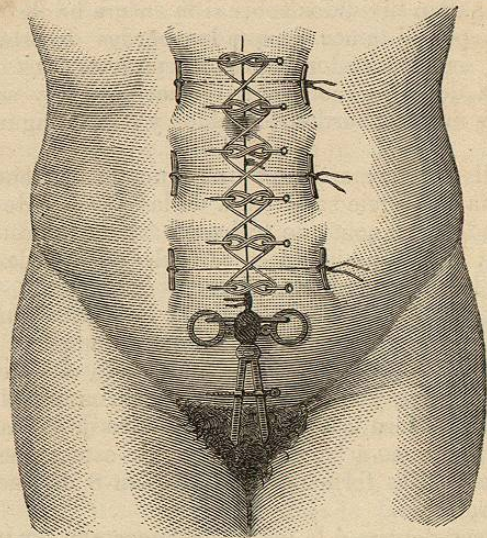


Fig. 76. — Suturas.

que las otras, á fin de aproximar tan completamente como es posible los tejidos, y evitar la tirantez de las partes inferiores de la herida. Cuando se ha pasado el alfiler, se le rodea con una sutura ensortijada, en seguida se procede á pasar el alfiler siguiente, y así de los demas.

» M. Kœberlé se valia de una sutura profunda, enclavijada, con lo que obtenia una reunion sólida y bastante regular; pero tenia el inconveniente de atravesar en una grande extension las capas céculo-grasosas y musculares, lo que daba lugar algunas veces á la supuracion sobre el trayecto de los hilos, y á conductos fistulosos. Estos accidentes, bastante graves en algunos casos, han hecho que desde 1874 la haya abandonado, sustituyéndola con una sutura profunda, destinada á producir la coaptacion y la reunion de los planos fibro-musculares y subcutáneos, y otra superficial que no afronta más que la piel. La sutura profunda de puntos pasados hecha en la misma incision no comprende en cada lado más que los tejidos fibrosos de la línea blanca, sin coger el peritoneo, que no hace más que aproximarle, con lo que se afronta naturalmente cuando se anuda el hilo. El nudo debe ser fuertemente apretado sobre los tejidos que está destinado á cortar, y mantener sólidamente las paredes abdominales. Las extremidades del hilo se tuercen y se atraen sobre la piel por el trayecto más corto, yendo, segun las circunstancias, en el surco de la incision hasta el ángulo inferior de la herida, de manera que pueda servir, si hay necesidad, para practicar el drenaje en los casos en donde los líquidos segregados sean abundantes. Este modo de reunion es muy sencillo y muy sólido; los hilos se quedan colocados hasta que se caigan por sí mismos.

» En seguida se hace la sutura superficial ensortijada con alfileres muy finos y con hilos de seda, cuyas puntas se cortan al instante.

» Cuando hay necesidad de seccionar el epiploon, y de colocar alguna ligadura por las adherencias que ha contraído con la pared del tumor, conviene fijarle al exterior, para evitar que la sangre que sale caiga en la cavidad del peritoneo. Este se coloca, en general, en la parte superior de la herida del abdómen, donde se le fija con alfileres de los que sirven para la sutura de la pared abdominal.

» *Cura de la herida.* — Este tiempo de la operacion es de la mayor importancia; así, que M. Stilling le describe en todos sus minuciosos detalles. Una vez terminada la sutura, ántes de despertar á la enferma, se tocará el pedículo y la parte de la incision que se encuentra en relacion con él con una disolucion de percloruro de hierro á 30° con el fin de contener toda exudacion sanguínea y de producir la oclusion de la herida. En seguida se cura el pedículo con hila seca, que tiene la propiedad de facilitar su desecacion; esta hila debe renovarse dos ó tres veces al dia, evitando aplicar tópicos ya sean frios ó calientes sobre el abdómen, que, por lo general, son más nocivos que útiles. En cada lado del vientre es menester colocar, por debajo de las extremidades libres de los alfileres que atraviesan el pedículo, una com-