

ción ó preferir la histerectomía total? En una comunicación que hice á la Academia en 1887, pronunciéme en favor de la operación radical; pero luego, mejor aconsejado por un estudio más completo de esta cuestión, hoy día me inclino en favor de la histerectomía parcial. La mortalidad operatoria de la amputación parcial es mucho menos elevada que la de la histerectomía total. En 136 amputaciones subvaginales del cuello reunidas por Paulick en la clínica ginecológica de Viena, hubo 10 muertos, ó sea una mortalidad de 7 por 100. En 105 operadas de la clínica de Schröder, según Hofmeyer, no hubo más que 13 muertos ó sea 12,3 por 100 de mortalidad; de estas 105 operaciones, 71 fueron supra-vaginales. Réamy, en 57 amputaciones supra-vaginales recogidas de la Sociedad americana de ginecología cuenta únicamente 2 muertos; Verneuil, en 22 amputaciones supra-vaginales, no tuvo más que un caso de muerte; Polaillon no tuvo ninguno en 20 casos; Marchand no tuvo más que uno en 12 casos; por mi parte no perdí ninguna de mis 14 operadas. Para juzgar bien la cuestión, convendría distinguir entre las histerectomías infra y supra-vaginales, porque estas segundas son ciertamente mucho más graves. Pero, según los hechos publicados y reunidos por Barraud, se puede evaluar la mortalidad operatoria á un máximo de 10 por 100. Tenemos, pues, que bajo el punto de vista de la mortalidad, la histerectomía parcial no es comparable con la histerectomía total; punto que, según creo, nadie podrá ponerlo en duda. Queda ahora la cuestión de las recidivas.

Hofmeyer, de 95 enfermas curadas de amputación del cuello por cáncer, ha averiguado la fecha y la frecuencia de las recidivas: en 7 de estas enfermas la observación no ha sido bastante precisa para que puedan entrar en la cuenta; quedan, pues, 88. De estas 88 enfermas, en 43 la recidiva ha tenido lugar dentro del primer año, lo cual significa el 48 por 100 de casos sin resultado. De las 45 restantes, en 3 la recidiva ha tenido lugar dentro del segundo año; en 3 durante el tercero, y en 4 durante el cuarto. La falta de recidiva se ha observado después del segundo año en 9 operadas; después del tercero en 10; después del cuarto en 9; después del quinto en 4; después del sexto en 2 y después del séptimo en 1. Si aplicamos á este caso el mismo cálculo que en la histerectomía total, encontraremos en 105 operadas, 10 casos de muerte después de la operación, 40 recidivas en el primer año, y 3 en el segundo, lo cual significa un total de 56 casos sin resultado en 105 operadas, ó sea el 53 por 100. La proporción de los casos afortunados sería de 47 por 100, que podemos oponer á los 16 ó 17 por 100 de casos curados después de la histerectomía total.

Sería ciertamente muy paradójal sostener que la amputación parcial de un órgano atacado de cáncer limitado pone más al abrigo

de la recidiva que la amputación total del mismo órgano. Pero lo que sí puede afirmarse es que la amputación parcial en gran número de casos puede bastar para proporcionar una curación bastante duradera. Tenemos, pues, que en los casos en que el cancer está limitado al cuello tampoco procede la histerectomía total, porque la mortalidad operatoria es considerable después de la ablación total y por otra parte las garantías de curación que proporciona no son equivalentes á los peligros operatorios á que expone.

Hoy día la mortalidad después de la histerectomía total no es tanta como en los primeros tiempos de la práctica de esta operación, lo cual es debido no sólo á los progresos que ha hecho la técnica operatoria, sino también, y sobre todo, á la circunstancia de que se atiende más el parecer del prudente clínico y se operan cada vez menos los casos complicados en que ha sido invadida la vagina ó los anexos del útero ó se halla enclavada la matriz, condiciones que aumentan considerablemente la gravedad de la operación.

Para que la histerectomía total en el cáncer esté verdaderamente justificada, es necesario que el estado general de la enferma sea satisfactorio y no haya motivos para sospechar la existencia de una caquexia cancerosa; conviene que el cáncer esté limitado al útero, que no se halle invadida la vagina y que por ningún concepto pueda sospecharse que participen de la afección los ligamentos anchos. Por último, es indispensable que el útero disfrute de movilidad, no sólo porque esta condición es necesaria para que la operación no se halle rodeada de excepcionales dificultades, sino también porque esta movilidad supone, en la inmensa mayoría de los casos, que el mal no traspasa los límites del útero. Practicada en estas condiciones, la histerectomía vaginal es una operación aceptable, y la experiencia demostrará con mayor exactitud la extensión de los servicios que de ella podemos esperar.

CAPÍTULO XI

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LOS ANEXOS DEL ÚTERO

De los quistes y tumores del ovario Ovariectomía

Los quistes del ovario están generalmente formados por un saco fibro-seroso cubierto por el peritoneo. Por su disposición interior, se distinguen tres variedades principales: 1.º quistes *uniloculares*,

que ofrecen una cavidad única; 2.º quistes *multiloculares*, formados por un número más ó menos considerable de bolsas distintas y sin comunicación; 3.º quistes *areolares ó vesiculares*, que consisten en una masa areolar, de cavidades que se comunican, llenas de una materia viscosa, filamentosa, á veces como clara de huevo, de consistencia de miel ó del aspecto de una jalea otras. Finalmente, el ovario dilatado puede ofrecer todas estas variedades á la vez.

La naturaleza del líquido es en las dos primeras especies muy variable; á veces es denso como la clara de huevo ó la jalea, pero de ordinario es una serosidad, unas veces del todo transparente y otras más ó menos colorada, tal vez cargada de colessterina, y en casos más raros aún contienen estos quistes hidátides. Por lo general, la naturaleza del líquido está en relación con la de la superficie interna; cuando aquél es seroso, ésta es lisa como una serosa, si bien que el escalpelo no puede aislarla; en los demás casos, es desigual y rugosa, erizada de papilas y vegetaciones, y algunas veces recubre la cara interna de algunas placas cartilaginosas ú óseas, y en éstos el líquido se aparta más ó menos de las cualidades de la serosidad ordinaria.

Existen quistes de otra naturaleza: coloideos, dermoideos, ó sarcomas y mixomas que tienen en su interior más ó menos quistes y de mayor ó menor importancia. Bajo el punto de vista de la medicina operatoria, no debemos distinguir los quistes paraováricos, salvo aquéllos que pueden curar con una sola punción.

Respecto de las relaciones de estos quistes, debemos decir ante todo que el peritoneo que los envuelve se adhiere á ellos tan íntimamente, que no es posible separarlo sin incidir al mismo tiempo una porción de la cubierta fibrosa. Sucede también muchas veces que el tumor ha contraído con la pared abdominal ó con los diversos órganos del abdomen adherencias más ó menos fuertes, numerosas y extensas; pero en general está libre, excepto en su pedículo, el cual puede ser muy estrecho, ó, al contrario, de gran diámetro, comprendiendo á la vez la trompa, el ligamento ancho y hasta una parte del útero, sobre la cual parece implantado el tumor. Como que la arteria ovárica, comunmente muy desarrollada, y otras arterias sin nombre especial, pero también aumentadas de volumen, se alojan en este pedículo, debe procederse con precaución al seccionarlo para evitar la hemorragia en la medida de lo posible.

El tratamiento de los quistes del ovario puede ser paliativo ó curativo.

I. TRATAMIENTO PALIATIVO.—Queda en general limitado á la punción más ó menos repetida. Cuando el quiste ha adquirido

mucho desarrollo y en todas partes se percibe bien la fluctuación, se introduce el trócar en el sitio de elección como en la ascitis, escogiendo, sin embargo, siempre que posible sea, el lado del abdomen en que se desarrolló el tumor. Cuando se trata de un quiste multilocular, conviene asegurarse bien del punto en que sea más pronunciada la fluctuación para introducir en él el trócar. En algunos casos se ha puncionado por la vagina; pero conviene para esto que el tumor forme en este punto una prominencia muy marcada y que la fluctuación sea muy evidente; esta operación será siempre muy excepcional.

La punción ovárica es generalmente una operación muy sencilla é inocente; he visto mujeres presentarse en la Oficina central reclamando la punción, levantar su ropa, y marcharse con la operación practicada; pero debe tenerse en cuenta que la punción puede ir seguida de accidentes gravísimos, que nada puede hacerlos prever en el momento de practicarla. La presencia en el quiste de un líquido muy viscoso ó muy denso que difícilmente sale ó no sale del todo, impide muchas veces el objeto de la operación. En los quistes multiloculares la punción no vacía más que una bolsa, pudiendo, sin retirar el trócar, dirigirla á una segunda á través de la pared de la que se puncionó primero, pero en tal caso vale más abstenerse, puesto que la ovariectomía está entonces plenamente indicada.

II. TRATAMIENTO CURATIVO.—Existen únicamente tres métodos para obtener la curación de los quistes del ovario: 1.º provocar por medio de inyecciones una inflamación adhesiva ó sustitutiva; 2.º determinar la supuración; 3.º extirpar el quiste.

Primer método. Inyecciones.—Boinet fué el primero que tanteó la curación de los quistes ováricos por medio de las inyecciones yodadas, y durante mucho tiempo este método fué generalmente adoptado. El procedimiento es muy sencillo: practícase la punción como de ordinario, se deja salir todo el líquido, y por la cánula se inyectan inmediatamente 100 ó 200 gramos de tintura de yodo yodurada diluída en agua en diversas proporciones. La inyección permanece dentro de la cavidad de cinco á diez minutos, pasados los cuales se la extrae; se quita luego la cánula; se aplica sobre la herida un parchecito de diaquilón, y por medio de un vendaje de cuerpo se ejerce sobre el vientre cierta compresión.

Boinet practicaba la punción en la parte más inferior del vientre, reemplazaba la cánula por una sonda de goma elástica por la cual practicaba la inyección, y procuraba malaxar el quiste y colocar la enferma en posiciones diferentes para que el líquido se pudiese en contacto con todos los puntos de la cara interna de las

paredes del quiste. Todo esto no tiene ni grandes ventajas ni serios inconvenientes. Otros cirujanos dejan en el quiste una parte ó la totalidad de la inyección; Robert, por ejemplo, dejó una vez la cantidad de 250 gramos, sin que se presentara por ello accidente alguno. Esto podrá hacerse cuando no sea posible extraer por completo el líquido de la inyección.

Segundo método. Supuración.—Los dos procedimientos principales se diferencian en que se utilice el bisturí ó el trócar.

Incisión. Procedimiento de Ledran.—En los quistes multiloculares y de líquido denso, Ledran practicaba en la parte más declive una incisión longitudinal, destruía los tabiques interiores, vaciaba el quiste y colocaba en la herida primeramente un lechino ó una mecha, y más tarde una cánula para favorecer la salida del pus y practicar inyecciones detersivas.

Punción con cánula permanente.—J. Douglass, en 1848, ensayó la punción con el trócar dejando la cánula en la herida. Boinet sustituía la cánula por una sonda de goma elástica cerrada con un tapón, por la cual evacuaba el pus y practicaba inyecciones una, dos ó tres veces al día.

Tercer método. Ovariotomía.—La extirpación de los quistes del ovario la habían considerado posible Félix Plater (1680) y Schorkopf (1685) y en el siglo XVIII Schlenker, Vülius, Peyer, Van Swieten, Monteggia, Delaporte, Chambon y Hunter se mostraron también partidarios de esta operación. En 1701, Houstoun practicó por vez primera la ablación de un tumor ovárico; pero sin previa deliberación, porque llegó á ella después de haber puesto al descubierto el tumor por una incisión de la pared abdominal, siendo así que lo que se propuso al principio era la simple punción del mismo. De la misma manera, sin previa determinación, Morand hizo la extirpación de un quiste puncionado, en un caso en que una parte de la pared fué arrastrada por el trócar en el acto de retirarlo. En 1776, Laumonier (de Rouen) extirpó un ovario, pero en estado sano, porque había quedado al descubierto al abrir un flemón iliaco. La primera operación de carácter verdaderamente científico y con deliberado propósito practicóla en 1808 Mac-Dowel, cirujano americano, que después practicó otras dos ovariotomías, obteniendo ocho curaciones. Su ejemplo fué imitado en 1821 por Nathan Smith (de Connecticut); en 1829 por David Rodgers (de Nueva-York), y después por Warren (de Boston), Billinger y Atlee.

En Inglaterra, Lizars practicó su primera operación en 1824, y

luego le imitaron Granville (1827), Handyside (1845), Philipps (1840), Walne, Clag, Baker-Brown, Spencer-Wells, y á partir de 1858, el impulso que á esta operación dieron los dos últimos operadores se extendió por toda Europa.

No obstante, Alemania en este punto precedió á Inglaterra, porque Chrysmar de Isny, en 1820, había practicado ya 3 ovariotomías. Siguiéron su ejemplo después Ritter (1832), Quittenbaum (1834), Dohlhoff (1836), y después Sievold, Shilling, Kiwisch, Martin, Langenbeck y Vardeleben.

En Rusia, Krassowski (de San Petersburgo) practicó su primera operación en 1862.

En Francia, si bien Delaporte y Chambon, en 1798, Hartmann, en 1807, y Chereau en 1844 habían aconsejado la operación, las primeras operaciones no se practicaron hasta 1844 por Woyerkowski, y en 1847, por Vaullegard y Rigaut, y después por Maisonneuve y Jobert. Nélaton no la practicó hasta 1862, después de haber visto operar á Spencer-Wells y Baker-Brown. Kœberlé siguió pronto su ejemplo, y en seguida la ovariotomía se introdujo en la práctica quirúrgica francesa.

Operación.—La longitud de la incisión varía no con el volumen del quiste, sino con su reductibilidad por la punción. Si, pues, el quiste es ó parece ser unilocular, la incisión sobre la línea blanca no debe subir más que hasta el ombligo y aun sin llegar á él. Si, por el contrario, son muchos los quistes y no hay medio de abrirlos todos, la incisión deberá prolongarse más ó menos por arriba del ombligo, pasando, no por encima de esta cicatriz, sino rodeándola por uno de sus lados, la incisión debe llegar decididamente hasta el peritoneo, membrana que es preciso respetar todo lo posible. Únicamente abriremos su cavidad después de haber cohibido la pequeña hemorragia que suelen dar las pequeñas arteriolas que se distribuyen por la pared abdominal. Abierto con precaución y en un solo punto el peritoneo, se prolonga su división con las tijeras conducidas sobre el índice izquierdo introducido en su cavidad (fig. 780).

Entonces se presenta el quiste en la abertura, y es preciso puncionarlo y vaciarlo, evitando con todo cuidado que ni una sola gota de su contenido caiga en la cavidad abdominal. Para la punción, sirven unos trócares especiales de calibre suficiente para que el líquido pueda derramarse fácil y rápidamente, y provistos de un tubo de caucho que sirve para conducir el líquido á una vasija colocada al lado de la cama. De todos estos trócares prefiero y por consiguiente me sirvo del de Kœberlé. Luego que el trócar ha penetrado, un ayudante debe coger con las pinzas la pared del quiste cerca de la cánula, á fin de impedir que al retraerse se escape, y

cuando la evacuación del líquido ha puesto ya bastante flácida la pared, se atrae el quiste sobre la cánula ó bien se sujeta con una ligadura circular, y de este modo se evita de seguro que se derrame el líquido por fuera de la cánula. Si el quiste es multilocular, sin

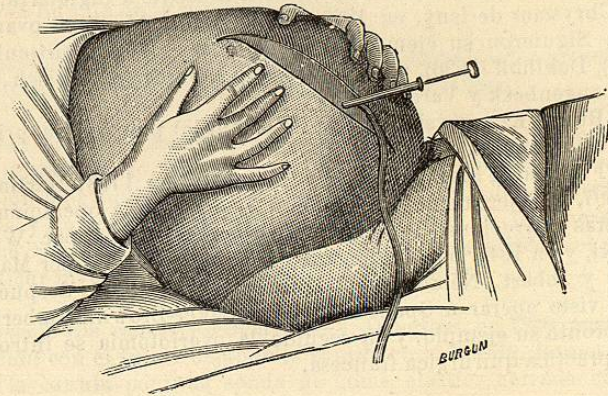


FIG. 780

Ovariectomía.—Punción del quiste (según Krassowki)

retirar la cánula y desde el interior de la primera cavidad se penetra en un segundo quiste.

Una vez vaciado el quiste, se le atrae lentamente al exterior y es

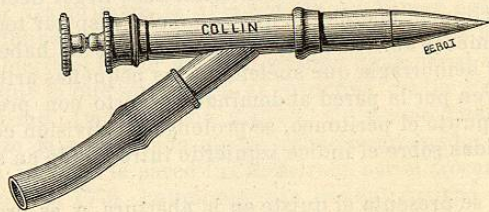


FIG. 781

Trócar para la ovariectomía

ocasión de seccionar su pedículo. Pero no siempre pasa todo de un modo tan sencillo, sino que puede el cirujano encontrarse con dos complicaciones: por una parte, las adherencias, y por otra, las hemorragias, que suceden por lo común á la ruptura de las adherencias. Si después de abierto el peritoneo notamos la existencia

de adherencias, es necesario introducir la mano en el vientre, aplicarla de plano sobre la superficie del quiste y desprenderlo de la

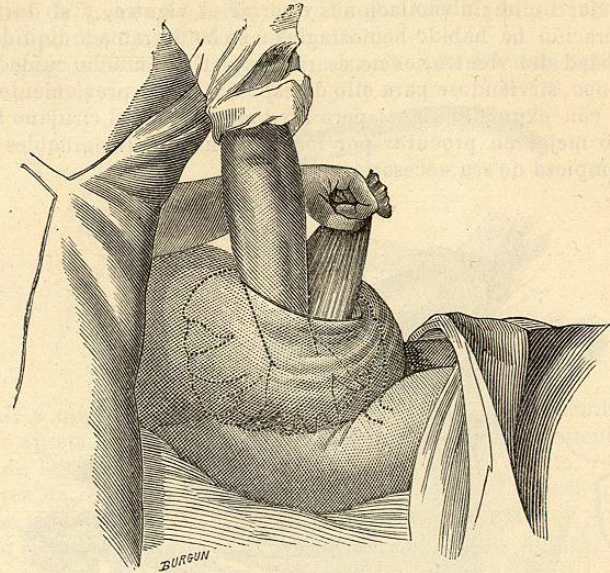


FIG. 782

Ovariectomía.—Extracción de un quiste multilocular

pared abdominal con uno de los bordes cubital ó radial de la mano. Por lo común, las adherencias por ser flojas se despren-

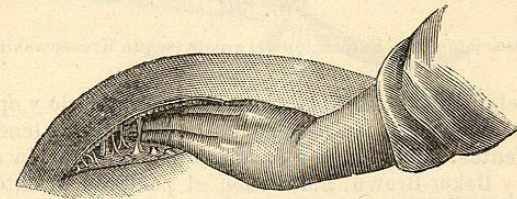


FIG. 783

Ovariectomía.—Desimplantación de las adherencias flojas

den fácilmente sin hemorragia. Si son más resistentes, deberemos servirnos del bisturí ó de las tijeras, cogiendo los vasos con pequeñas pinzas, que quedarán colocadas hasta que esté terminada la

operación. Pero si estas adherencias se han formado entre el quiste y el intestino; si alcanzan una extensa superficie y son demasiado apretadas para poderlas desgarrar sin inminente peligro, debemos renunciar á ello sin vacilaciones y cerrar el vientre, y si durante la operación ha habido hemorragias ó se ha derramado líquido en la cavidad del vientre, es necesario limpiar con mucho cuidado el peritoneo, sirviéndose para ello de esponjas finas previamente lavadas con exquisito rigor; pero de todos modos el cirujano hará mucho mejor en procurar por todos los medios imaginables que esta limpieza no sea necesaria.

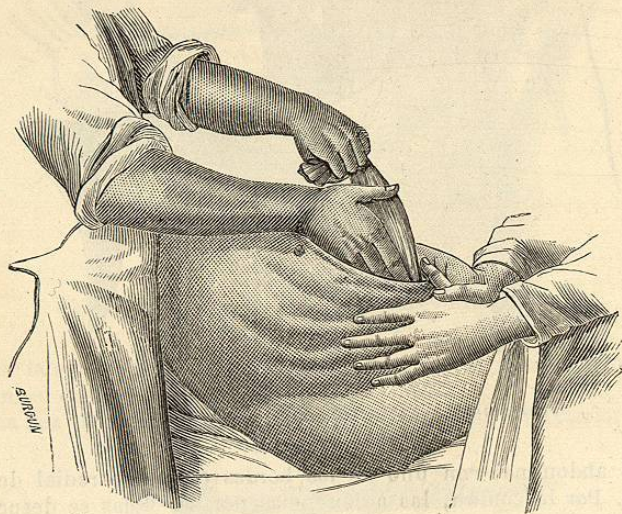


FIG. 784

Ovariotomía.—Extracción del quiste (según Krassowski)

Sacado el quiste al exterior, conviene desprenderlo y oponerse á toda hemorragia por parte del pedículo. Para esto, tenemos dos procedimientos: la mayoría de los cirujanos, á imitación de Spencer-Wells y Baker-Brown, mantienen el pedículo al exterior por medio de *clamps*; otros, siguiendo el ejemplo de Krassowski (de San Petersburgo), dejan el pedículo dentro del vientre y cierran herméticamente el abdomen.

El uso del *clamp* ha prevalecido, y creo que ofrece mayores seguridades contra las hemorragias. El *clamp* de Spencer-Wells se compone de dos varillas articulares y unidas por uno de sus extremos, el otro termina en ramas fuertes que permiten hacer en las dos

varillas una enérgica presión, ramas que, una vez colocado el aparato, se las puede separar. El *clamp* ha sufrido ya numerosas modificaciones, y pudiéramos sustituirlo, como lo hace Kœberlé, por un alambre de hierro recocido cerrado por medio de un aprieta-nudos ó por un fuerte hilo de cáñamo.

El *clamp* de Cintrat, fundado en el principio del estrangulador

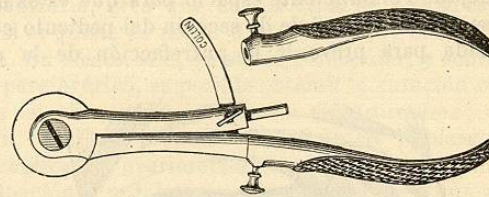


FIG. 785

Clamp de Spencer-Wells

lineal, y que permite rodear el pedículo de un asa de alambre de hierro apretada hasta que el hilo empiece á dividir el pedículo, es uno de los que, á mi entender, cumplen mejor el objeto, y tengo motivos de estar satisfecho de su uso. Sea cual fuere el instrumento que se emplee, el *clamp* se mantiene al exterior, atravesando el pedículo á este nivel con una ó dos grandes agujas, cuyos

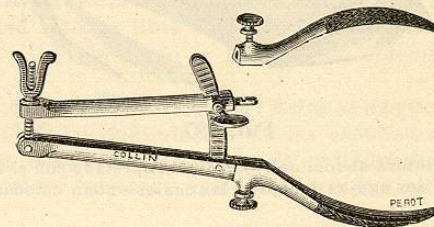


FIG. 786

Clamp de Spencer-Wells modificado

extremos se extienden lo suficiente por uno y otro lado para tomar punto de apoyo sobre la piel del abdomen.

Cuando no se quería mantener el pedículo al exterior, se le cogía entre los bocados del *clamp-cauterio* de Baker-Brown, y se separaba el quiste con un cauterio pasado al nivel del *clamp*; después, como lo hace Krassowski, se le cogía entre los bocados de una pinza especial, que únicamente lo comprime en algunos puntos, y con un

cauterio en pico de ave, se cauterizaban los vasos que seguían dando más ó menos sangre.

Hoy día la reducción del pedículo es el método generalmente seguido. Se pasan á través del pedículo, que se adelgaza todo lo posible, algunas ligaduras de seda fenicada fuertemente apretadas; se corta la parte excedente del pedículo á corta distancia de los hilos, pero dejando el suficiente espacio para que éstos no puedan deslizarse; se toca la superficie de sección del pedículo con la solución fenicada para prevenir la putrefacción de la parte que

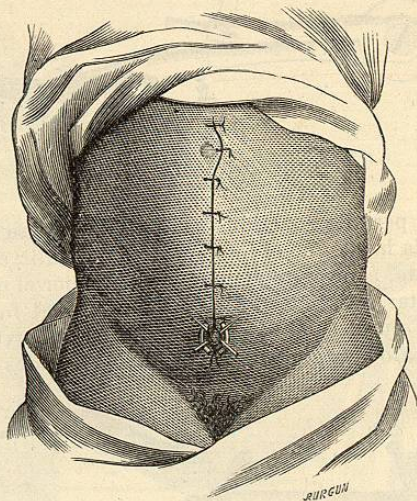


FIG. 787

Ovariectomía.—Sutura abdominal. —Pedículo apretado con el asa metálica y sostenido por dos agujas debajo de las cuales se han colocado dos trozos de sonda.

queda más allá de las ligaduras, y se abandona el pedículo dentro del vientre.

Ya no falta otra cosa que cerrar el abdomen. Se aplican dos líneas de suturas: una profunda, que llega hasta la cara externa del peritoneo, conduciendo la aguja de manera que no atraviese la serosa, y otra superficial, que comprende únicamente la piel.

Apreciación.—La ovariectomía es hoy día el único tratamiento regular de los quistes del ovario. La punción es un tratamiento puramente paliativo, y además estas punciones deben renovarse cada vez con más frecuencia, y es raro que una de ellas no deter-

mine accidentes frecuentemente mortales. Así es que, Krassowski, en 43 casos de quiste del ovario tratados en el espacio de 5 años por las punciones, ha obtenido como resultado final: 1 curación completa, 1 dudosa, 7 casos con recidiva, pero cuya terminación definitiva se desconoce, y 34 casos de muerte.

No obstante, disto mucho de reprobar en absoluto la punción, pues, al contrario, creo que en los casos en que se está en dudas acerca de si el quiste es mono ó multilocular, conviene practicar la punción. En efecto, si el quiste es monocular, y sobre todo si es un quiste para-ovárico, es posible obtener la curación con una sola punción, y así obtuve yo una que ha sido duradera, en un caso en que, en 1864, me proponía, si el quiste hubiese sido multilocular, practicar la ovariectomía. Pero si, bien examinado el caso por la palpación ó por la percusión, se observa que el quiste es multilocular, no debe hacerse la punción, y desde luego debe practicarse la ovariectomía. Asimismo, si el quiste, aunque monocular, contiene un líquido viscoso, filamentosos, gelatiniforme y sanguinolento, la ovariectomía está formalmente indicada.

Casos hay en que después de haber abierto el vientre, es preferible no pasar más adelante, prescindiendo de la extracción del quiste. La gravedad de la operación, en igualdad de circunstancias, depende de la extensión y de la firmeza de las adherencias. Si el quiste está adherido por todos lados, ó á diferentes asas intestinales, es necesario ó cerrar el vientre, ó según los casos, abrir el quiste, vaciarlo y suturar sus paredes á los labios de la herida para que su cavidad esté en libre comunicación con el exterior y dejarlo supurar. De este modo se han podido obtener inesperadas curaciones.

¿Qué resultados da la ovariectomía? Estos se desprenden con bastante exactitud de la confrontación de las estadísticas siguientes, que todas son integrales y resumen la práctica de los cirujanos que mayor número de ovariectomías han llevado á cabo.

	OPERADOS	CURADOS	MUERTOS	MORTALIDAD POR 100
Clay (1844-1850)	33	21	12	36
— (1850-1871)	250	172	78	31
Baker Brown	138	85	53	38
Atlee (1844-1878)	387	260	127	32
G. Thomas (1863-1881)	208	154	49	24
Dunlap (1843-1882)	169	134	35	20
Kimball	267	202	65	24
Spencer-Wells (1858-1880)	1000	768	232	30
Keith (1862-1882)	381	340	41	10
Péan (1881)	306	245	61	19
Kœberlé (1878)	306	231	75	24
Krassowski (1862-1883)	128	70	58	45
Schröder (1877-1882)	300	258	42	14
Netzel (1869-1884)	200	166	34	17
Lawson Tait	405	372	33	8
Olshausen (1876-1885)	293	266	27	9
Total	4766	3744	1022	21,4

La mortalidad media de la ovariectomía, podría, pues, fijarse aproximadamente en un 20 por 100. Pero es de observar que algunas de estas operaciones, y hasta muchas de ellas, son anteriores á 1872, y desde entonces la mortalidad ha debido disminuir y ha disminuído sin duda después de haberse generalizado la antisepsia. No obstante, sería difícil bajar la cifra media á menos de 15 á 16 por 100, aunque puedan citarse las estadísticas de Keitch (10 por 100), Olshausen (9 por 100) y las 100 operaciones de Spencer-Wells, de 1878 á 1880 (11 por 100). Únicamente la de Lawson Tait sería de 8 por 100.

¿Cuál ha sido la influencia del método antiséptico en los resultados de la mortalidad por la ovariectomía? Existen algunos pocos fanáticos que creen que la ovariectomía practicada según las reglas de la antisepsia rigurosa, no puede en ningún caso ir seguida de muerte, y que cuando tiene lugar este fracaso, ha sido por inobservancia de alguno de los preceptos del ritual. Yo no escribo para éstos; pero me consta que muchos cirujanos jóvenes han llegado á creerse que la ovariectomía, lo mismo que muchas otras operaciones de la cirugía abdominal, sólo ha sido posible por virtud de la antisepsia, y esto es un grande error. Spencer-Wells, de 1858 á 1874 practicó 600 ovariectomías; antes de 1871 Clay había practicado 283, lo cual prueba que la ovariectomía había entrado decididamente en la práctica antes de la promulgación del dogma antiséptico. Spencer-Wells, cuyos resultados han ido mejorando sucesivamente, no atribuye esta ventaja á la aplicación de la antisepsia. Es de notar que en esta misma época se abandonaba el clamp por el tratamiento intraperitoneal del pedículo, y después, á medida que se adquiría mayor experiencia, inspiraba menos temores el dejar incompletas y hasta no se tenía en gran empeño en hacer totales las ablaciones cuando la abertura del vientre permitía reconocer que eran impracticables ó demasiado peligrosas. Todo esto debía contribuir poderosamente á la disminución de la mortalidad. Pero la causa principal de esta ventaja consiste en el hecho de haber reconocido como cierto lo que yo venía proclamando desde 1865, es decir, que la infección purulenta, la septicemia, es contagiosa, y en su virtud se tomaron desde entonces precauciones contra la contaminación por el cirujano, los instrumentos, los ayudantes y las esponjas.

Ya he referido antes el hecho de que en 1863 y 1864 todas las operaciones practicadas por los cirujanos de los hospitales de París en la pequeña casa que con este objeto había alquilado en Meudon la administración de los hospitales, habían terminado por la muerte, y que una sola, practicada por Boinet, dió satisfactorio resultado. Esto fué debido á que nuestros colegas traían consigo del hospital de donde salían, al mismo tiempo que las esponjas y

el material de la cura, los gérmenes de la infección; al paso que Boinet, que no tenía visita en ningún hospital, ni se servía de instrumentos, ni esponjas, ni piezas de cura contaminadas, no trajo consigo la infección purulenta hospitalaria.

La ovariectomía es una de las más hermosas conquistas de la cirugía moderna; porque si bien es verdad que expone á serios peligros de muerte por la operación, no es menos cierto que si la curación se obtiene no es menos definitiva, y por consiguiente los peligros operatorios son superabundantemente compensados por el dilatado beneficio que de la operación se puede obtener.

Castración en la mujer. Operación de Battey.

En 1776 Laumonier (de Rouen) extirpó un ovario flotante dentro de un absceso de la fosa ilíaca. En 1777, Pott extirpó, en una mujer de 23 años, dos tumores inguinales dolorosos que contenían los ovarios. En 1869, Kæberlé, en una operación de histerorrafia por retroversión uterina, extirpó el ovario izquierdo. Estas operaciones fueron hechas accidentalmente y tan sólo deben citarse por simple recuerdo.

El 27 de Julio de 1872, Hégar, para curar una neuralgia ovárica en una mujer morfino-maniaca, practicó la primera extirpación de los dos ovarios con propósito deliberado, pero desgraciadamente la enferma murió, y Hégar, como sucede con excesiva frecuencia en semejante caso, no publicó la observación y no la dió á conocer hasta 1876. Battey, (de Roma (Georgia) el 17 de Agosto de 1872, teniendo en tratamiento una enferma de amenorrea y neuralgia del ovario, practicó la doble castración por la vía abdominal. La enferma curó; Battey publicó su observación, y en 1876 publicó nueve casos más de esta nueva operación que la denominó *ovariotomía normal*. En Enero de 1876, Trenholme con el fin de conseguir la menopausia prematura en un caso de cuerpo fibroso, practicó la misma operación, y Hégar la repitió el mismo año dos veces por idéntico motivo. Después de esta época esta operación ha entrado definitivamente en la práctica, y según veremos, se ha abusado de ella de un modo espantoso. Antes de señalar los casos en que la castración bilateral ó unilateral está indicada, vamos á describir la operación en sí.

Castración por la vía vaginal.—Esta operación es extremadamente difícil, porque se hace preciso operar en el fondo de la vagina y se hace muy difícil alcanzar los ovarios, y aun después de haberlos cogido resulta también difícil el ligar sus pedículos. Por todos