

no aumenta notablemente la mortalidad de la ovariectomía, y que muchas veces es un preparativo excelente para dicha operación, siendo pocos los peligros que acarrea cuando se practica con las precauciones debidas. Dichos peligros, sin embargo, no son imaginarios, sino hechos establecidos por pruebas estadísticas. De 130 casos reunidos por Kiwisch, de mujeres en quienes se practicó por primera vez la punción, 17 por 100 murieron pocas horas ó días después de la operación.¹ Semejante mortalidad es en efecto muy formidable, tanto más cuanto que la operación que la causa no es curativa, y se practica simplemente como medio paliativo, ó para facilitar el diagnóstico.

La incisión exploradora es, á mi modo de ver, el más precioso de todos los medios que sirven para decidir definitiva y exactamente la cuestión del diagnóstico; pero como hace necesaria, no sólo la abertura del peritoneo, sino generalmente una manipulación extensa de lo contenido en aquella cavidad, es forzosamente algo peligrosa. Mientras que los otros métodos pueden practicarse algunos días, ó quizás algunas semanas, antes de la operación de la ovariectomía, este deberá constituir, ó mejor dicho, formar parte de su primer tiempo; cerrándose la abertura hecha, si el cirujano obtiene por su medio informes que le decidan á no operar, ó bien ensanchándola y prolongándola, á fin de que constituya la abertura abdominal definitiva, si la luz que arroja sobre el diagnóstico demuestra la oportunidad del procedimiento operatorio radical que se intenta.

La incisión exploradora se practica del modo siguiente. Preparada la enferma precisamente como para la ovariectomía, se la coloca sobre la mesa, rodeándola de ayudantes, etc., como cuando se trata de la operación radical. Hecho esto, se practica con un bisturí una incisión de una pulgada de longitud en la línea blanca, que se profundiza hasta el tumor, y en seguida se introduce el dedo, deslizándolo suavemente sobre su superficie, en todos sentidos, á fin de determinar su carácter. Lo contenido en el tumor puede evacuarse por medio del aspirador, ó con un *trócar muy pequeño*, tan pequeño que la abertura practicada pueda cerrarse con facilidad, si se creyese más conveniente desistir de la operación radical. Si el quiste se evacúa por estos medios, se introduce en seguida la mano en la cavidad abdominal y se hace una exploración completa; pero si no estuviere evacuado del todo, se introducirá una sonda en el útero, y dos dedos por la incisión abdominal, hasta que toquen el fondo del órgano, á fin de determinar con la mayor exactitud que sea posible, el origen y adherencias de la masa sólida. Cuando ha existido un derrame abdominal, el líquido, por de contado, se escapa inmediatamente, pudiendo percibirse con el dedo cualquiera escrescencia que haya en el abdómen.

Antes de dejar esta parte del asunto, presentaré al lector unas

¹ Hewitt, ob. cit., p. 637.

cuantas reglas cuya observancia disminuirá muchísimo la posibilidad de cometer un error en el diagnóstico, al operar los tumores ováricos.

1ª. La ovariectomía no debe practicarse nunca sin explorar cuidadosamente el útero con la sonda.

2ª. Antes de operar, estráigase siempre, á favor de la jeringuilla hipodérmica, una pequeña cantidad de líquido, con objeto de examinarlo química y microscópicamente.

3ª. Si existiere la menor duda tocante al diagnóstico, se someterá á la enferma al sueño anestésico, y se recurrirá al método de Simon.

4ª. Si todavía quedare duda, evacúese el quiste ó quistes, por medio de la punción ó del aspirador.

5ª. Si no se han disipado todas las dudas en el momento de la operación, deberá principiarse esta por la incisión exploradora, prosiguiendo ó no, según lo que se vaya descubriendo (117).

Tratamiento.—Se ha ensayado fielmente el tratamiento médico de la hidropesía ovárica por medio de diuréticos, catárticos hidragogos, diaforéticos, mercuriales, absorbentes, aguas minerales, etc., y se ha visto que es ineficaz; y un estudio cuidadoso de los anales de este asunto nos obliga á deducir que el número de casos que comprueban la posibilidad de la absorción por dichos medios es sumamente pequeño. Todo lo que, en estos casos, puede esperarse de la medicación, es sostener los sistemas sanguíneo y nervioso con tónicos y estimulantes; regularizar las funciones alteradas, por medio de diaforéticos, catárticos, diuréticos, y anti-eméticos; y aliviar las inflamaciones locales por los medios á que se recurre ordinariamente en tales circunstancias. Insisto con tanto mayor motivo en la ineficacia del tratamiento constitucional, por cuanto rara vez observo en mi clínica un caso de hidropesía ovárica en completo desarrollo, que no manifieste señales de haberse intentado más de una vez disipar el derrame por medio de ventosas, sanguijuelas, vejigatorios, fricciones, aplicaciones locales del yodo, y una medicación interna igualmente activa. No hay prueba, que merezca este nombre, de que con tales medios se hayan conseguido curaciones, y nada hay más cierto que que rebajan el tono del sistema, y agotan las fuerzas vitales. Por estar convencido de esto, dijo el Dr. W. Hunter, antes de que se introdujesen en la práctica los métodos de tratamiento quirúrgico que hoy se usan, que “en los casos de hidropesía ovárica vivirá más tiempo la enferma que menos medios emplee para curarse.”

A la cirugía, pues, es á la que debemos recurrir, y á continuación enumeramos los medios quirúrgicos que poseemos. La enumeración dista mucho de incluir todos los que se han propuesto y practicado; porque se recargaría la memoria del lector con un fárrago sin importancia práctica. Solamente se apuntan aquellos métodos considerados hoy como procedimientos legítimos, á saber:

Puncion ;
 Drenaje ;
 Incision ;
 Inyeccion del saco ;
 Ovariectomía.

Puncion.—La paracentésis, ó puncion, consiste en introducir un trócar con su cánula, atravesando las paredes de un saco que contenga flúido, para dar salida á este. De todas las operaciones que se practican para aliviar la hidropesía del ovario, esta es la mas antigua y la mas comun, siendo sus ventajas la facilidad de ejecucion, la prontitud del alivio, y la inmunidad, hasta cierto punto, de los peligros que siguen á procedimientos mas radicales adoptados en estos casos.

Sus desventajas, sin embargo, son graves, y aunque se ha dicho que ha producido curaciones en un corto número de casos, la autenticidad de estos es dudosa, y nunca debe practicarse con confianza. La acompañan además los peligros inmediatos que hace poco mencionámos, y otro mas remoto, á saber: un flujo debilitante del quiste, que puede persistir hasta dejar agotadas las fuerzas de la enferma. M. Courty ha reunido 130 casos, tratados de esta manera por Kiwisch, Lee, y Southam con los siguientes resultados:

46	murieron	despues	de la	primera	puncion.
10	"	"	"	segunda	"
26	"	"	de	haberla	practicado de 3 á 6 veces.
15	"	"	"	"	" 7 á 12 "
13	"	"	"	"	12 veces.

De estos casos 21 eran de Mr. Southam: 4 de ellos murieron algunas horas despues de la operacion, 3 durante el primer mes, y 14 en el trascurso de 9 meses; y de los 64 casos de Kiwisch 9 murieron dentro de las 24 horas siguientes á la primera puncion. El Dr. Fock,¹ de Berlin, presenta en el siguiente cuadro el tiempo en que ocurrió la muerte en 132 casos, despues de la primera puncion:

25	murieron	al	cabo	de	pocos	dias.
24	"	"	dentro	de	6	meses.
22	"	"	"	"	1	año.
21	"	"	"	"	2	años.
11	"	"	"	"	3	"
29	solamente	sobrevivían	al	cabo	de	la última fecha.

132

Por lo dicho se verá que, segun datos estadísticos dignos de crédito, este procedimiento es una medida paliativa generalmente seguida del progreso de la enfermedad, y no pocas veces de resultados perjudiciales

¹ Simon, ob. cit., p. 347.

inmediatos; sin embargo, no debe perderse de vista que la operacion puede prolongar la vida, aliviar por un período de 10 á 25 años muchos males existentes, y que quizás ha efectuado la curacion en unos pocos casos. El Dr. Ramsbotham refiere un caso en que durante 8 años se practicó la puncion 129 veces, evacuándose 1744 litros de líquido; y el Dr. Martineau otro, en que se practicó 80 veces, en 25 años, estráyendose 2759 litros. Yo tengo en la actualidad á mi cuidado una enferma á la que durante 5 años se ha puncionado 45 veces un quiste grande.

Hemos dicho que se cuenta de numerosísimos quistes ováricos curados por la simple puncion; pero deja lugar á muchas dudas si los casos curados por este medio eran verdaderos quistes ováricos, ó quistes del ligamento ancho, los cuales se curan á menudo por dicho medio. No teniendo conocimiento de ningun caso bien auténtico de quiste ovárico curado de un modo permanente por la puncion, no podemos, en justicia, considerar dicho procedimiento mas que como un método diagnóstico precioso y recurso paliativo, que no raras veces salva la vida amenazada por uno de los resultados de la enfermedad quística.

La paracentésis puede practicarse con buenas esperanzas de curacion cuando el contenido del quiste no parece ser el de un verdadero cistoma ovárico, presentando mas bien los caracteres del flúido de un quiste del ligamento ancho. Las circunstancias que, por lo general, indican la conveniencia ó oportunidad de la paracentésis como medio paliativo, son las siguientes: acumulacion rápida que estorbe alguna funcion importante; coexistencia de la enfermedad ovárica con la preñez; carácter solitario del quiste; adherencias fuertes que depriman el tumor, impidiendo otro procedimiento mas radical; dudas grandes con respecto al diagnóstico; ó debilidad constitucional que haría intolerable una operacion mas grave. El quiste puede puncionarse por la pared abdominal, por la vagina, ó por el recto.

Puncion por la pared abdominal.—Acostada de lado la enferma, se rodea el cuerpo con un vendaje ancho, como el que se usa en la paracentésis del abdómen, la traccion de cuyos extremos, sostenidos por los ayudantes, ejerce una compresion firme, evacúa el tumor, é impide el síncope. En seguida se pellizca entre los dedos y eleva un repliegue de la piel, en el que se hace penetrar una lanceta ó bisturí, cuidando de que la incision sea en la línea blanca á igual distancia del púbis y del ombligo, y por la herida hecha se mete el trócar con su cánula á traves de las dos hojas peritoneales y de la pared quística. El líquido corre por la cánula introducida, y si se emplea un instrumento como el que representa la Fig. 177, puede aquel ser dirigido á una vasija que se habrá colocado junto á la cama de la enferma, uniendo á la cánula un tubo de goma elástica, cuya estremidad libre se cuidará solícitamente de mantener sumergida en agua en la vasija, á fin de impedir la entrada del aire en el saco.

Si despues de evacuar el quiste principal, se perciben otros á traves

de las paredes del abdómen, podrán vaciarse por medio de la cánula, empujándola firmemente contra ellos.

Cuando se punciona el quiste por el abdómen, deberán observarse las reglas siguientes, siendo muy probable que su observancia puntual llegue á afectar favorablemente la estadística de la operacion.



Fig. 177.

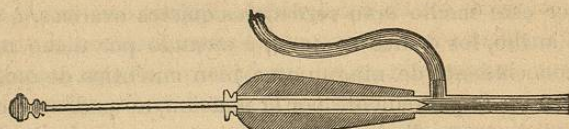


Fig. 178.

1ª. La paracentésis debe siempre practicarse con la enferma en el decúbito horizontal, y jamas estando ella sentada.

2ª. Divídase la piel con la lanceta, y empléese un trócar y cánula, con el tubo de goma sumergido en el agua, á fin de impedir la entrada del aire en la cavidad quística.

3ª. Cuando el flúido evacuado es viscoso, debe lavarse siempre la cavidad del saco con agua caliente fenicada.

4ª. Si ocurriere algun derrame de sangre por la herida en la piel, se atravesarán profundamente sus bordes con un alfiler de labio leporino, sobre el que se fijará una ligadura en forma de un 8.

5ª. Manténgase la enferma acostada y muy tranquila despues de la puncion, por espacio de dos ó tres dias.

Puncion por la vagina.—Esta operacion, que ha estado mas ó ménos en boga algun tiempo, fué, segun Kiwisch, practicada por vez primera en 1775 por Callisen, aunque llamó poco la atencion hasta épocas mas modernas. Velpeau¹ declara haberla recomendado en 1831, adoptándola algun tiempo despues Neumann, y Récamier. En Alemania se ha practicado frecuentemente durante los últimos años, y Scanzoni da las razones que siguen para preferirla á la paracentésis abdominal: “Produce mas á menudo una curacion radical que el otro método que acaba de mencionarse; y esto consiste sobre todo en que, abierto el quiste en su parte mas baja, puede vaciarse mas completamente. Si fuese siempre posible puncionar el quiste por la vagina, la puncion abdominal no tardaría en desaparecer de la práctica quirúrgica; pero desgraciadamente no sucede así, pues en pocas enfermas existen las condiciones que requiere esta operacion, siendo, á la verdad, raro que la parte inferior del tumor descienda lo suficiente en la pélvis para que se

¹ Diction. de Méd., t. xxii, p. 589.

presente accesible al tacto vaginal; y además, cuando se halla accesible el tumor, su parte mas baja suele no manifestar ninguna cavidad llena de líquido, sino únicamente masas sólidas de naturaleza sarcomatosa, colóidea ó cancerosa.” Kiwisch declara que, siempre que sea practicable, la prefiere *por todos conceptos* á la puncion abdominal.

Por este método, cuyas ventajas recomiendan con tanta fuerza los autores recién nombrados, es incuestionable que se evitan dos de los peligros de la paracentésis, á saber: el derrame ulterior de flúido en el peritoneo, y la peritonitis consecutiva; pero tambien se aumentan con seguridad otros, como los de dañar alguna parte del intestino, entrada del aire en el saco, con la consiguiente descomposicion del contenido, septicemia, é inflamacion de la pared quística. Aunque es corta mi esperiencia de este método, estoy, sin embargo, de acuerdo con Spencer Wells,¹ quien ha dicho que “generalmente el aire penetra en el quiste, la abertura se cierra, el líquido que queda en la cavidad, ó el segregado nuevamente, se descompone, y se desarrolla una inflamacion supuratoria de la membrana interna del quiste, acompañada de una forma leve de fiebre adinámica, ó de pioemia.” Este método, seguido del drenaje y las inyecciones antisépticas, es, con todo, de gran valor cuando el quiste se encuentra firmemente fijo en la pélvis.

La operacion se practica como sigue. Habiéndose evacuado cuidadosamente la vejiga y el recto, y despues de producido el sueño anestésico, se coloca la mujer sobre una mesa, en la posicion de la litotomía. El operador introduce en la vagina el dedo índice, ó lo que es mejor, los dedos índice y del medio de la mano izquierda, que coloca contra la parte mas baja y accesible del tumor, y sobre el dedo ó dedos introduce una cánula de 10 pulgadas de largo, que comprime contra el quiste, habiendo ántes retirado un poco la punta del trócar, la que en seguida hunde en el tumor á traves de la pared de la vagina; hecho lo cual, retira el trócar, dejando correr el líquido por la cánula. Concluida la operacion, se traslada á la enferma á la cama, administrándole el opio como calmante, y protegiéndola, miéntras sea probable la inflamacion, contra toda influencia capaz de determinarla.

Puncion por el recto.—Si la superficie del tumor fuere mucho mas accesible por el recto que por la vagina, ó si por cualquiera otra razon, como por ejemplo, estrechez, atresía ó inflamacion de la vagina, se creyere mas conveniente hacer la puncion en la pared del recto, no hay inconveniente en hacerlo. Será, sin embargo, mejor puncionar el quiste por la vagina, siempre que pueda elegirse y no haya razon especial que indique el recto como el lugar mas oportuno. El escape del líquido por la vagina se efectúa sin mucha incomodidad, y ningun esfuerzo de parte de la enferma, miéntras que su salida por el recto depende de un acto voluntario que agota las fuerzas, é incomoda por la necesidad frecuente

¹ Dict. de Méd., t. xxii, p. 276.

de repetirlo ; pudiendo penetrar tambien los gases del intestino en el saco y producir mayor perjuicio que la entrada del aire puro atmosférico. Este método, pues, debe desecharse, salvo como último recurso cuando la paracentésis ovárica es enteramente impracticable por otro punto.

Hasta aquí hemos estudiado la puncion del quiste simplemente como una medida que produce alivio ; siendo curativa sólo en casos escepcionales. La rápida reproduccion del líquido es el elemento que con mas invariable actividad impide sus efectos curativos. Parece efectivamente que la operacion estimula á veces dicho proceso, y como cada acumulacion elimina algunos de los elementos nutritivos de la sangre, la evacuacion repetida del quiste no tarda en aniquilar las fuerzas de la enferma. La observacion de este hecho ha dado lugar á que se adopte el método de que ahora vamos á ocuparnos.

Drenaje.—De mucho tiempo á esta parte se viene observando que, en un corto número de casos, los quistes ováricos vacían su contenido por el recto, la vagina, ó las paredes abdominales, y continuando el derrame, ó no se vuelven á llenar nunca, ó llegan á obliterarse. Es digno de mencion el siguiente ejemplo de los buenos resultados que puede proporcionar este esfuerzo de la naturaleza para efectuar la curacion.

Johanna Smith, de 46 años de edad y 17 de casada, pero infecunda, se presentó en mi clínica en el *College of Physicians and Surgeons*. Su salud había sido buena hasta el año de 1859, en que notó un tumor sobre el ovario derecho. Este adquirió un tamaño inmenso; tanto que durante tres meses la enferma no podía cambiar de postura en la cama sin que la ayudasen, y padecía dispepsia, edema de las extremidades inferiores y otros signos de alteracion constitucional.

En Junio de 1861 una gran cantidad de líquido sero-purulento se escapó por el recto, continuando el flujo durante dos meses, al cabo de los cuales pudo abandonar la cama la enferma, hecha un esqueleto, pero sin distension abdominal.

En 1866, se reprodujo el líquido, escapándose del mismo modo en 1868, y desde entónces ha continuado el flujo por el recto, percibiéndose sólo un tumor pequeño.

La enferma no se encuentra en la actualidad muy demacrada, padece solamente dispepsia con estreñimiento de vientre, y tiene frecuentes deseos de evacuar el contenido del intestino, pero sólo espele una materia sero-purulenta.

El tacto vaginal manifiesta el útero empujado hácia el lado izquierdo y ligeramente encorvado en sentido anterior ; el tacto y la palpacion combinados revelan la existencia de un tumor del tamaño de un coco en la fosa ilíaca derecha ; y el tacto rectal percibe, en la parte mas alta á que el dedo índice puede alcanzar, una estrechez que impide la salida del escremento, pero que permite la de los líquidos. Entre la estrechez y el esfinter del ano se encuentra una gran acumulacion de líquido.

El procedimiento que llamamos *drenaje* es una imitacion de este pro-

ceso, con la adición de inyecciones alterantes y antisépticas en la cavidad quística.

La operacion consiste simplemente en la paracentésis abdominal ó vaginal, é introduccion y retencion en el canal así abierto de un tubo que dé salida al líquido y entrada á las inyecciones.

La paracentésis vaginal, propuesta por Velpeau en 1831, como ya se ha dicho, no se limitaba á la evacuacion del saco, sino que incluía la retencion de un tubo de drenaje siempre que se juzgase necesario el procedimiento. Los ginecólogos alemanes han sistematizado la operacion en época mas reciente, subordinándola á los mejores resultados prácticos. El procedimiento ofrece, por de contado, todas las ventajas de la evacuacion del contenido del saco por puncion vaginal, obviando al mismo tiempo la posibilidad de que el líquido se reproduzca y vuelva á distenderse el quiste. La estadística en este punto no es todavía bastante completa para que podamos espresarnos con entera seguridad acerca del mérito de la operacion ; pero hasta ahora sus resultados han sido muy favorables en cierta clase de casos, aunque nadie pretende que sea estensa su esfera de utilidad. El mismo Kiwisch, su introductor y mas acérrimo partidario, se espresa con reserva sobre este punto. “Es nuestro parecer, dice, que su utilidad se limita á los quistes simples, y medianamente grandes, pues en los muy voluminosos, la descomposicion estensa debe debilitar notablemente el sistema ; y los quistes compuestos se oponen á la debida contraccion del saco, como lo hemos observado en un caso mortal en que existían dos quistes yustapuestos y sólo pudo puncionarse uno.”

De 14 casos operados de esta manera por Scanzoni, la curacion fué perfecta en 8 ; en 2 se reprodujo el líquido á las pocas semanas ; en 3 no pudo saberse el resultado ; y 1 terminó funestamente dos meses despues de la operacion, á consecuencia de una fiebre tifoidea.

El Dr. Emil Noeggerath ha recurrido frecuentemente á la operacion en América, y aunque su éxito no ha sido muy alentador hasta ahora, considera, sin embargo, favorablemente el plan, y atribuye sus malos resultados á haber operado en casos que casi todos estaban complicados con una enfermedad maligna ú otra grave. El Dr. Schnetter operó en dos casos con éxito completo. El método de practicar esta operacion ha sido recientemente modificado con ventajas, á mi modo de ver, por el Dr. Noeggerath.

Operacion de Noeggerath para el drenaje de los quistes ováricos.—1^{er} tiempo. Colocada la enferma en el decúbito dorsal, se introduce el spéculum de Sims y se suspenden la pared vaginal anterior y la base de la vejiga ; y fijando con un tenáculo el fondo de la vagina, se hace una incision á traves de la pared de este conducto, del tejido areolar subperitoneal, y del peritoneo. 2^o tiempo. Por la abertura hecha puede tocarse el quiste, que se aferra con un tenáculo, puncionando y evacuando el quiste principal y todos los demas que puedan alcanzarse.

Una vez evacuado el tumor, y limpia de sangre la vagina, pasa el cirujano al 3^{er} tiempo. Consiste este en dar la vuelta á la enferma sobre el lado izquierdo, introducir el spéculum de Sims, y coser los labios del quiste á los de la abertura en la vagina, por medio de hilos de plata. Este método asegura el desagüe completo, mantiene abierta una via por la que pueden hacerse inyecciones antisépticas en la cavidad, y cierra el peritoneo al contacto de los flúidos. El Dr. Noeggerath me dice que, despues de establecido el drenaje, los quistes endógenos pequeños se contraen y obliteran, aun cuando no hayan sido abiertos.

Método de Kiwisch.—La paracentesis vaginal se practica de la manera ya indicada. Cuando el líquido ha acabado de correr, se introduce en el saco, á traves de la cánula, una sonda acanalada sin mango, que se mantiene puesta mientras se retira la cánula. En seguida se desliza sobre la sonda un bisturí de boton de mango largo, y se practica una incision suficientemente grande para que dé paso al dedo índice, hecho lo cual se sacan sonda y bisturí, y se introduce un tubo largo flexible, que se deja colgar fuera de la vagina, habiéndolo asegurado en la vulva por medio de un vendaje de T.

La enferma deberá guardar cama despues de la operacion. Al cabo de dos ó tres dias suelen manifestarse síntomas inflamatorios, por una reaccion grave, y por espacio de diez á veinte dias hay, las mas veces, vivos dolores en las partes vecinas y un flujo icoroso, que por lo general se transforma en purulento, desapareciendo en casos favorables al cabo de cinco á siete semanas, cuando es de esperarse haya ocurrido la contraccion de las paredes y obliteracion perfecta del quiste. Mientras exista algun flujo del quiste, debe ser inyectado dos veces al dia con agua templada, ó mejor aun, con agua caliente á la que se añade ácido fénico, ó persulfato de hierro, haciéndose al mismo tiempo inyecciones copiosas en la vagina, con objeto de impedir la irritacion de este conducto.

El tubo se mantiene puesto hasta que desaparece el flujo y disminuye de volumen el quiste.

Método de Schnetter.—El Dr. Schnetter, de Nueva York, ha modificado la operacion de la manera siguiente. Introducida ya la cánula y retirado el trócar, se pasa á traves de la primera un cuchillo pequeño, cuya hoja de 1½ pulgada de longitud, va montada en un mango construido de manera que se adapte á la curvadura; y como el mango del cuchillo es mayor que la cánula, su superficie cortante sale de la abertura de aquella. Al retirar la cánula y el cuchillo, se practica con este último una incision que abre camino al dedo y al tubo de drenaje. Scanzoni, que ha empleado dos veces el método de Schnetter, lo prefiere al de Kiwisch, por razon de su mayor sencillez.

Método de West.—Otro método muy simple ha sido recomendado por el Dr. West, de Lóndres. Metidos en el quiste el trócar y la cánula, se retira el primero, dejando correr el líquido por la segunda, y en

seguida se introduce por esta última un cáterter núm. 12 de goma elástica, que, despues de separada la cánula, se mantiene á beneficio de un vendaje de T. En una enferma á quien asistí con el Dr. O. H. Smith, de Williamsburgh, adopté este plan, y á continuacion copio la anotacion que del caso hice á la sazón: "El procedimiento por el método de West se practicó hace seis semanas, y la marcha del caso no ha sido ni es favorable. El flujo que proviene del quiste es constante y algo fétido; la enferma se ha visto atormentada por una irritacion gástrica no interrumpida; el pulso es rápido; la piel seca, y la mucosa de la boca y los labios presenta tambien sequedad, y grietas. Es evidente que el caso terminará funestamente."¹

Puede abrirse el quiste con el trócar y cánula largos de Scanzoni, ó con un bisturí largo.

El instrumento que representa la Fig. 179, es el mas ingenioso que se ha inventado para efectuar el drenaje por la vagina.

El método de Noeggerath es, sin embargo, á mi modo de ver, el mejor de todos.

El imperfecto cuadro estadístico que mas adelante presento demuestra que se ha practicado frecuentemente el drenaje por las paredes abdominales en Inglaterra y Alemania, habiéndose dejado, en algunos casos, cánulas en la abertura practicada, mientras que en otros se cosieron los labios de la herida del quiste

á los de la abertura abdominal, y en otros se introdujeron en la cavidad quística hilaza, ó lechinos de lienzo ó de hilas.

Las curaciones por medio del drenaje son tan interesantes bajo el punto de vista del tratamiento de ciertos casos de carácter demasiado grave para la ovariectomía, como por ejemplo, aquellos en que el quiste está estensamente adherido á los intestinos, que me parece oportuno copiar la siguiente relacion publicada por el Dr. Pawling:²

¹ Esta enferma murió despues de peritonitis, que provino de la ulceracion de la pared quística, la cual perforó el peritoneo. La flegmasia quística y la septicemia se desarrollaron evidentemente poco despues de la operacion.

² Richmond and Louisville Med. Journ., diciembre, de 1870.

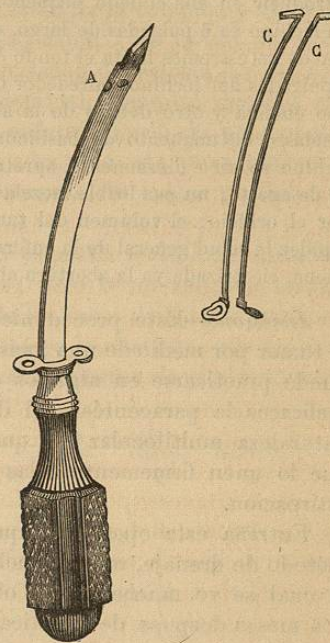


FIG. 179.—Trócar y cánula permanente de Maisonneuve. A, trócar encorvado, de punta de lanceta, y cánula con tres aberturas en su estremidad, por una de las cuales corre el líquido despues de retirado el trócar, mientras que por las otras dos se proyectan los extremos de los alambres elásticos c c que impiden la salida de la cánula. (Wieland y Dubrisay.)

“En la creencia de que, vista su marcha progresiva, el mal tendría forzosamente un desenlace funesto, resolví ensayar un experimento. Practiqué otra vez la puncion precisamente debajo del ombligo, y despues de haber dejado correr casi 12 litros de líquido, dilaté con un bisturí la abertura, lo suficiente para introducir en ella el dedo pequeño. En seguida hice, de tela suave de algodón, un lechino de 6 pulgadas de largo, que retorcí á fin de darle firmeza, é introduje uno de sus extremos hasta el fondo del saco, quedando fuera de la abertura como 2 pulgadas del lechino; alrededor del abdómen apliqué dos vendajes apretados, uno encima y otro debajo de la abertura abdominal, colocando sobre esta un emplasto de unguento de basilicon sujeto por medio de un vendaje flojo. El lechino se sacó diariamente, apretándose cada vez mas el vendaje, hasta el dia 20 de agosto; un pus loable mezclado con un poco de serosidad salía libremente por el orificio; el volúmen del tumor disminuyó gradualmente, mejorando con rapidez la salud general de la enferma, la cual, el dia 30 de agosto, se encontraba buena, cicatrizada ya la abertura abdominal.”

Incision.—Este procedimiento, que consiste simplemente en abrir el tumor por medio de una incision á traves de las paredes abdominales, puede practicarse en algunos casos de muy mal carácter en que son ineficaces la paracentésis, el drenaje y las inyecciones, á causa de la naturaleza multilocular del quiste, y en que las estensas adherencias que lo unen firmemente á las paredes del abdómen, contraindican la estirpacion.

Entraña esta operacion, que, despues de todo, no es mas que un método de drenaje, muchos peligros é inconvenientes para la enferma, la cual se ve muchas veces obligada á tolerar, por espacio de algunos meses despues de practicada aquella, un flujo fétido y debilitador. Baker Brown ha descrito gráfica y minuciosamente el procedimiento de Le Dran, que fué el primero que la practicó en 1836, consistiendo su método en abrir el tumor haciendo una incision de unas 4 pulgadas de longitud á traves de las paredes del abdómen, la que mantenía abierta durante cinco meses á beneficio de mechas de hilas y de una cánula de plomo. Si se creyere conveniente adoptar este método despues de incindido el abdómen, y en caso de no existir la union completa del quiste y las paredes abdominales, podrán coserse los labios de la herida de aquel á los de la abertura abdominal, procedimiento que recomienda Mr. Baker Brown. Récamier primero, y Tilt mas recientemente, han aconsejado que, ántes de hacer la incision en el abdómen, se provoque artificialmente, á favor de fontículos establecidos con algun escarótico, una inflamacion local que determine adherencias entre el saco y la pared abdominal; pero este plan no ha producido buenos resultados.

El tratamiento de los quistes ováricos por la incision y el drenaje, si bien no podrá popularizarse jamas por razon de su peligro, no caerá en desuso, por existir cierta clase de casos que no pueden tratarse de otra manera. Como ejemplo de lo que acabo de decir, se me ocurre un caso en que, habiendo hecho una incision abdominal, con objeto de

estirpar un quiste, descubrí al puncionarlo que su contenido era tan espeso, y estaba encerrado en tantos sacos, que, para evacuarlos, tuve que incindir el quiste principal y servirme de la mano. El tumor se encontraba adherido con tanta firmeza al hígado, al intestino grueso, y á otras partes inmediatas á los grandes vasos de la columna vertebral, que su estirpacion era de todo punto imposible. En virtud de esto, pues, evacué todos los quistes, cosí las paredes de estos á las del abdómen, cerré parcialmente la herida abdominal, y empleé despues inyecciones antisépticas y el drenaje. La enferma murió de pneumonía á los veinte y un dias; pero de no haber adoptado este procedimiento, ¿qué otro recurso me quedaba que ofreciese aun la menor posibilidad de vida á mi enferma?

Hubiera querido presentar un cuadro estadístico de los resultados del drenaje por las paredes abdominales; pero he encontrado tantas dificultades al distinguir esta operacion de los casos de simple puncion, en que se ha dejado abierta por algun tiempo la abertura, que me veo obligado á ofrecer solamente una imperfecta relacion de cierto número de casos tratados por la incision:

Cirujano.	Casos operados.	Curaciones.	Muertes.
Le Dran.....	2	2	0
I. B. Brown.....	3	0	3
Delaporte.....	1	0	1
Velpeau.....	1	1	0
Portal.....	1	1	0
Bonnemain.....	1	1	0
Ray.....	1	1	0
Bainbridge.....	2	1	1
Mussey.....	1	1	0
Prince.....	1	1	0
Djondi.....	1	1	0
Galenowsky.....	1	1	0
Buhning.....	3	1	2
Pagenstecher.....	1	1	0
Ollenroth.....	1	1	0
Douglass.....	1	1	0
Clay.....	2	2	0
Farrell.....	1	1	0
Hutchinson.....	1	0	1
Paget.....	1	0	1
Trowbridge.....	1	1	0
Weber.....	1	0	1
Thomas.....	3	1	2
Pawling.....	1	1	0
	33	21	12

En algunos de estos casos se llenó enteramente el saco de planchuelas de hilas saturadas en disoluciones escaróticas; en otros, se colocaron en su interior hebras de estambre ó de otras sustancias arrolladas