

en forma de bolas, dejando que sus extremos colgasen fuera de la incision; en otros, se introdujeron lechinos; y en otros aun, se emplearon tubos de drenaje. La salida de líquido continuó por tiempo muy indeterminado, cesando en algunos casos á las pocas semanas, mientras que en otros se produjo durante un período de ocho á doce meses.

Los hechos que acaban de presentarse demuestran que son grandes los peligros del procedimiento por la incision; pero no debemos olvidar tampoco que en cierta clase de casos puede ser muy útil. Si el tumor, por ejemplo, es multilocular, y presenta fuertes adherencias, puede practicarse con dos buenos resultados: 1º, permite mejor que ningun otro método que el cirujano alcance los quistes sucesivos; y 2º, ofrece probabilidades de curacion sin estirpar el saco, que vienen á estar en la relacion de 2 á 3. La evacuacion de un quiste grande se logra mejor por medio del drenaje simple; pero este puede fracasar cuando hay numerosos quistes.

Inyeccion en el saco.—La insuficiencia de la puncion simple de los quistes ováricos indujo á Denman,¹ Bell, Hamilton, y otros, á inyectarlos con disoluciones de sulfato de zinc y otras sustancias, aunque sin buen resultado. El Dr. Alison, de Indiana, Estados Unidos, ensayó con éxito en 1846² la inyeccion de tintura de yodo, despues de repetidos experimentos en la misma enferma; y aunque posteriormente emplearon algunos dicho método en Francia y Alemania, no llegó á sistematizarse y á conquistar el rango de procedimiento legítimo hasta que M. Boinet, de Lyons, fijó en él su atencion. Trabajando este cirujano con gran entusiasmo, pronto adquirió larga esperiencia. Los ginecólogos de nuestra época han circunscrito mucho la esfera de la operacion, aunque todavía se practica en casos de quistes uniloculares de mediano volámen, cuyo contenido no sea muy viscoso, ni esté cargado de sangre ó de pus. “La operacion, dice Peaslee,³ fracasará cuando el flúido sea muy espeso y en alto grado albuminoso, grasiento, y gelatinoso.” Wells⁴ opina, que “en aquellos casos en que ha ocurrido una flegmasía del quiste despues de la puncion abdominal, vaginal ó rectal, y la enferma sufre á consecuencia de la absorcion de su contenido en estado de descomposicion, la inyeccion de yodo es en realidad útil, y es cuando á mi juicio debe recomendarse únicamente;” y aun en dichas circunstancias la adopto sólo como auxiliar del drenaje. “La ciencia médica, dice Courty, manifiesta en la actualidad una tendencia marcada á desechar este tratamiento, cuyos peligros se revelan frecuentemente en resultados funestos.”

El éxito de la inyeccion de yodo es bastante bueno cuando se practica en casos oportunos, y el procedimiento no es muy doloroso, produciendo por lo comun sólo una sensacion de quemadura, aunque á veces

¹ Simpson, ob. cit., p. 362.

² Peaslee, “Ovarian Tumors,” p. 11.

³ Ob. cit., p. 207.

⁴ Ob. cit., p. 287.

el dolor es tan intenso, y tan grande la conmocion nerviosa, que llegan á causar la muerte, como sucedió en un caso publicado por Lowenhardt en el *Year-Book* de la Sociedad de Sydenham correspondiente á 1861. Boinet asegura que el dolor y la tendencia al colapso se deben á la entrada del líquido inyectado en el peritoneo, y no se manifiestan mientras la inyeccion se limite al saco, opinion corroborada por el caso de Lowenhardt, en el cual el exámen cadavérico demostró que había en el peritoneo una “pequeña cantidad de yodo;” y aunque este autor no da gran importancia á semejante hecho, los síntomas de que murió la enferma eran, sin embargo, precisamente los mismos que se observan despues del paso de flúidos por las trompas uterinas.

Supónese en la actualidad que la inyeccion de yodo produce ciertas alteraciones en las paredes quísticas, y detiene de este modo la secrecion excesiva de líquido; repudiándose la teoría sostenida anteriormente, de ser su poder curativo debido al establecimiento de una flegmasía adhesiva en la pared del quiste.

De los 100 primeros casos de enfermedad quística del ovario que Boinet trató por este método, 62 se curaron, 16 murieron, y en 22 hubo mejoría; pero mas adelante, y despues de haber elegido sus casos con mas cuidado, obtuvo un éxito de 90 por 100, curándose 27 de los 29 últimos casos. Courty se espresa como sigue, con respecto á estos datos estadísticos: “Segun este respetable facultativo, curan las inyecciones 3 casos de cada 5, produciendo siempre una mejoría notable. Es de lamentar que resultados tan felices no se hayan reproducido en proporcion igualmente satisfactoria en la esperiencia de la mayoría de los médicos que se han valido del mismo método.” Esta crítica, sin embargo, apénas puede considerarse justa, cuando vemos autoridad tan eminente como la de Velpeau presentar, en una discusion en la Academia de Medicina, un informe de 130 casos, no operados por él, de los cuales 64 se curaron y 30 terminaron funestamente. La misma estadística del Dr. West, cuya estremada exactitud de observador es notoria, prueba que las inyecciones de yodo no son tan peligrosas como supone M. Courty. El cuadro que sigue presenta los resultados obtenidos por otros operadores.

Autores.	Núm. de casos.	Curaciones.	Fracasos.	Muertes.	En duda.
Cazeaux.....	62	48	11	3	..
Gunther.....	158	32	61	59	..
Simpson.....	40 ó 50 (?)	1	..
Seanzoni.....	4	4	..
West.....	10	3	6	1	..
Tyler Smith.....	12	2	9	1	..
Peaslee.....	6	1	3	1	1

Wells empleó este método en 8 casos, y no produjo en 6 de ellos mas beneficio que el que hubiera podido obtenerse por la puncion; pero

en 2 quistes, cuyo contenido era trasparente, el líquido no se reprodujo durante dos años. En casos como estos últimos, sin embargo, la puncion produce la curacion muchas veces.

Boinet emplea siempre la misma cantidad de líquido para la inyeccion, sin tener en cuenta la capacidad del quiste, pues opina que basta sólo con poner el líquido alterante en contacto con toda la superficie enferma. Su método, que mas adelante describiremos, consiste en inyectar 180 gramos de la siguiente composicion, que estraee despues de haberlo puesto en contacto con toda la superficie enferma, por medio de una agitacion suave.

B. Agua destilada,	3 xxv,	} =	90	gramos.
Tintura de yodo (Codex),	3 xxv,		90	"
Yoduro potásico,	3 j,		4	"
Acido tánico,	3 ss,		2	"

Mézclase.

Otros operadores han empleado la tintura de yodo pura.

Algunas veces se manifiestan síntomas desagradables, aunque no peligrosos, si se deja permanecer en el saco una gran cantidad de esta droga; pero jamas ha ocurrido el envenenamiento por el yodo ni una flegmasía destructora de las paredes quísticas, aun dejando dentro toda la cantidad inyectada. Es indudable que resultan ciertos perjuicios de semejante práctica, lo mismo que de la entrada del líquido sobrante en el peritoneo, y no son apreciables las ventajas que pueda proporcionar ese procedimiento.

Boinet practica la inyeccion de la manera siguiente: introducido un trócar con su cánula, evacúa el contenido del quiste. En seguida pasa por la cánula bien adentro en la cavidad de aquel un cáteter flexible, á traves del cual, y por medio de una jeringa de goma dura, inyecta el líquido, que deja permanecer en el saco durante diez ó quince minutos, al cabo de los cuales permite su escape ó lo estraee con la jeringa. El cáteter queda puesto por espacio de algunos dias ó semanas, sirviéndose de él para inyectar, ántes que haya trascurrido mucho tiempo, una disolucion dos veces mas cargada de yodo; y mas tarde, á medida que se contrae el quiste, de tintura de yodo pura. Todos los demas cirujanos retiran el cáteter inmediatamente, cierran con cuidado la herida con esparadrappo, aplican una compresa y vendaje, y mantienen la enferma en el mas absoluto reposo, sin permitirle que cambie de postura.

Paréceme á mí que no debe dejarse el cáteter con objeto de hacer las inyecciones subsecuentes, sino en la puncion vaginal seguida del drenaje.

He recurrido últimamente en varios casos al aspirador, para evacuar el quiste ovárico, inyectándolo despues, sin separar la aguja ó cánula, con tintura de yodo, y estrayendo esta al cabo de diez minutos con el mismo instrumento. Es un método sencillísimo, seguro y eficaz de

practicar esta operacion, y está llamado á sustituir al esplicado anteriormente, pues posee todas sus ventajas y está exento de casi todos sus peligros.

El mal puede aun reproducirse años despues de la obliteracion de la cavidad inyectada, proviniendo probablemente del desarrollo de un quiste pequeño, cuyo crecimiento fué retardado por la influencia alterante del remedio, sin que su vitalidad quedara totalmente destruida.

Resúmen.—Ya hemos tratado de los siguientes medios quirúrgicos para la curacion de los tumores flúidos del ovario:

Puncion;
Drenaje;
Incision;
Inyeccion.

Antes de concluir, voy á indicar las condiciones que los hacen convenientes, segun los casos:

1ª. La paracentésis, ó puncion, puede practicarse como medio paliativo, en toda clase de tumor quístico del ovario; y como medio curativo, sólo merece confianza en los quistes de los ligamentos anchos, y en otros pelvianos que clínicamente se asemejan mucho al cistoma ovárico, pero que histológicamente se diferencian de él mucho.

2ª. La esfera propia é importante del drenaje se encuentra en aquellos quistes que, aprisionados en la pélvis por adherencias, son de fácil acceso por la vagina, ó que, habiéndose adherido á las vísceras abdominales, no pueden ser estirpados por la ovariectomía. Este procedimiento puede asimismo intentarse en los tumores pequeños oligoquísticos, con la esperanza de evitar mas tarde la ovariectomía.

3ª. La incision es un recurso extremo que permite al cirujano destruir libremente los quistes de un tumor multilocular, cuya conexion con vísceras importantes del abdómen sea tan íntima, que haga completamente imposible la estirpacion.

4ª. Las inyecciones de yodo, que pueden combinarse ventajosamente con el drenaje, se emplearán solas únicamente por evitar mas tarde la estirpacion del ovario enfermo, en quistes de volúmen mediano que presenten pocas células y que contengan un flúido no muy viscoso ni espeso.