

peramento tranquilo y calmoso, robustez, y bien nutrido sistema de las inglesas; en la eleccion oportuna de localidad; en la buena ventilacion de los cuartos, elegidos en el segundo ó tercer piso, léjos de personas afectadas de enfermedades graves; en el gran número de precauciones que se toman; en la mayor habilidad de los operadores; y en la adecuada educacion de las enfermeras."

Como mi objeto no es hacer una estadística completa de la ovariectomía, (lo que además pecaría de inoportuno en una obra del carácter de esta,) sino simplemente dar al práctico ciertos hechos que le sirvan de norma para decidir en pro ó en contra del procedimiento á la cabecera de la enferma, me contentaré con esponer los resultados obtenidos por operadores que se han hecho célebres en dicha operacion durante los quince últimos años. En el cuadro que sigue, los nombres de los que han operado en Europa los tomamos principalmente del informe publicado por Grenser en 1871; poseyendo pruebas personales de casi todos los que han operado en América. La relacion en la mayoría de los casos llega hasta 1871, mencionándose las escepciones.

Para no cansar al lector con detalles innecesarios, no se han incluido en este cuadro los datos de cirujanos que hayan operado ménos de 5 veces.

Operador.	País.	Número de casos.	Cura-ciones.	Muertes.	Autoridad.
Spencer Wells.....	Inglaterra	400	298	107	Comunicacion personal al Dr. Peaslee.
Clay.....	"	210	188	72	El Dr. Grenser. ¹
Baker Brown.....	"	120	84	36	"
Keith.....	"	100	81	19	" <i>Lancet</i> , Agosto, 1870.
Bryant ²	"	28	17	11	El Dr. Grenser.
Willett.....	"	12	4	8	El Dr. Brandeis. ³
Tyler Smith (hasta 1866).....	"	17	14	3	"
Nüssbaum.....	Alemania	94	18	16	El Dr. Grenser. ⁴
Spiegelberg.....	"	16	10	6	"
Koerberlé.....	"	69	42	21	El Dr. Peaslee.
Stilling.....	"	17	8	9	"
Skoeldberg.....	Suecia	21	17	4	<i>N. Y. Med. Journ.</i> , Mayo, 1870.
W. L. Atlee.....	Estados Unidos	242	" % de las mujeres operadas se curaron."		Comunicacion personal.
Kimball.....	"	130	86	44	"
Dunlap.....	"	60	48	12	"
Bradford.....	"	31	28	3	<i>Rd. & L. Med. Journ.</i> , Abril, 1871.
Peaslee.....	"	26	17	9	Comunicacion personal.
White.....	"	25	17	8	"
Marion Sims.....	"	12	10	2	"
Emmet.....	"	17	8	9	"
Kammerer.....	"	5	1	4	"
McRuer.....	"	22	16	6	El Dr. Peaslee.
Axford.....	"	7	5	2	Comunicacion personal.
Allen Smith.....	"	5	2	3	El Dr. Blanton.
Noeggerath.....	"	6	1	5	Comunicacion personal.
Turner.....	"	9	4	5	Peaslee, " <i>Ovarian Tumors</i> ."
Crosby.....	"	5	2	3	"
Green.....	"	8	5	3	"
Towksbury.....	"	4	3	1	"
Beebe.....	"	7	4	2	"
Hill.....	"	6	3	3	"
Tracy.....	Australia	13	10	3	"
Gaillard Thomas.....	Estados Unidos	27	18	9	"

¹ Report on Ovariectomy in England, abstract by Brandeis. *Richmond and Louisville Journal*, Abril de 1871.

² Sólo hasta el año de 1866.

³ Extract from Swedish table. Brandeis. *R. and L. Med. Journ.*, Abril de 1871.

⁴ Report on Ovariectomy in Germany. Pamphlet translated by Grunhut.

La gran dificultad de reunir datos por correspondencia me ha impedido extenderlos hasta la fecha de esta edicion.

Condiciones favorables á la operacion:

- Claridad y certeza en el diagnóstico;
- Buen estado constitucional;
- Buena disposicion de la enferma y deseo de ser operada;
- Carácter paucilocular del quiste;
- Poca sustancia sólida en su estructura;
- Paredes abdominales no muy gruesas;
- Falta de adherencias firmes y vasculares.

Ya se ha dicho lo bastante acerca de la posibilidad de error en el diagnóstico; aquí nos limitaremos á observar que todo cuanto se haga para comprender la naturaleza del tumor no será demasiado. El facultativo debe esforzarse en descubrir todos los rasgos característicos del caso, por medio de exámenes repetidos, prolongados y muy escrupulosos, hechos primeramente por sí solo, y despues con el auxilio de otros, determinando no solamente la existencia de un tumor, sino si este es ovárico y no uterino, si no coincide con la preñez, si no es canceroso, si su contenido es líquido, y si todo el líquido que se percibe es ovárico y ninguna parte de él abdominal. En dos ocasiones, tanto yo como otros facultativos que se hallaban presentes en consulta, nos hemos equivocado completamente. En un caso, estando ya la enferma acostada sobre la mesa, y yo á punto de estirpar un tumor multilocular voluminoso, descubrí la coexistencia del embarazo en el quinto mes; y en otro, en que supuse que se trataba de un tumor ovárico grande, al dividir las paredes del abdómen, corrió una cantidad inmensa de líquido, quedando para ser estirpado un tumor sólido del ovario, cuyo volumen no era mayor que el de la cabeza de un adulto. Cirujanos de gran esperiencia y habilidad han abierto el abdómen, creyendo que iban á estirpar quistes ováricos, cuando sólo existían fibroides uterinos, quistes renales, gestacion uterina, y otras escrescencias; y casos ha habido en que, despues de hecha la incision abdominal, no se pudo descubrir tumor alguno, habiendo engañado al cirujano una timpanitis.

Gran divergencia de pareceres existe, y existirá probablemente siempre, en cuanto al tiempo en que deba emprenderse la operacion; y como este es un punto cuya decision envuelve siempre una gran responsabilidad para el operador, no dejará de ser interesante ver lo que hacen en tales circunstancias las principales autoridades del dia. Baker Brown, á fin de evitar la posibilidad de cambios en el quiste y el peritoneo, procedía á operar en cuanto quedaba plenamente establecido el diagnóstico. Keith, Peaslee, Atlee, y Tyler Smith esperan á que se manifieste cierto grado de enflaquecimiento y deterioro de la salud. Wells opera cuando la paciente no puede andar una milla sin dificultad;

Bryant, cuando el tumor adquiere tal volumen, que incomoda á la enferma y la estorba en sus quehaceres domésticos; y Greenhalgh aplaza la operacion, mientras está justificado en hacerlo, á fin de dejar que se verifiquen en el peritoneo cambios que lo hagan ménos susceptible de peritonitis traumática.

Paréceme que la regla general debiera ser que cuando se descubre un quiste pequeño que pueda estirparse por la vagina, debe hacerse esto lo mas pronto posible; y que si fuere demasiado voluminoso, se deberá intervenir en cuanto empiece la enferma á perder fuerzas, y á demarcarse, poniéndose triste y nerviosa.

Al Dr. John Clay debemos el siguiente cuadro de 299 casos, en que se indagó el estado general de la salud, y el cual demuestra el hecho importante de no producir resultados muy desfavorables, ni aun un grado notable de emaciacion:

Casos.	Buena salud.	Mala salud.	Gran enflaquecimiento.	Complicacion con otra enfermedad.	Complicacion con preñez.
Con buen éxito.....	21	17	47	21	2
Con mal éxito.....	21	25	46	27	2
Total.....	42	42	93	48	4

El estado mental de la enferma ejerce una influencia tan señalada en el resultado de la operacion, que los cirujanos convienen en que la tristeza y el temor son causas comunes del mal éxito.

Cuanto mayor sea la proporcion de sustancias sólidas en un tumor ovárico, tanto mas favorable será el pronóstico respecto de la rapidez de su desarrollo, y tanto mas desfavorable para su curacion.

El siguiente cuadro referente á la naturaleza del tumor ha sido preparado por el Dr. Clay:

Casos.	Monoquisticos.	Poliquisticos.	Duros.	Pequeños.	Medianos.	Grandes.
Con buen éxito.....	19	66	8	4	14	30
Con mal éxito.....	25	106	13	3	17	18
Total.....	44	172	21	7	31	48

Mientras mas gruesas sean las paredes del abdómen, mayor estension presentará la superficie que tiene que reunirse para que se cierre la abertura abdominal y, por consiguiente, mayor será la probabilidad de supuracion entre los labios de la herida, y de que éntre pus en el peritoneo.

La existencia de adherencias á las vísceras abdominales complica mucho el caso; pero como este estado de cosas sólo puede determinarse despues de hecha la incision abdominal, aplazaremos su estudio para cuando lleguemos á este punto en la esplicacion del procedimiento.

Condiciones adversas á la operacion.—Las circunstancias siguientes, aunque desfavorables para la operacion, no la contraindican, á no ser que existan en grado muy excesivo:

- Oscuridad respecto del diagnóstico;
- Notable alteracion constitucional;
- Perturbaciones gástricas ó intestinales;
- Depresion de ánimo;
- Abundancia de sustancias sólidas en el tumor;
- Adherencias estensas y firmes á las vísceras;
- Complicacion con otras enfermedades;
- Gran espesor de las paredes abdominales.

La ovariectomía, además de ofrecer la única esperanza cuando el tumor es duro, es aplicable á aquellos casos que ocupan una posicion intermedia entre los desesperados de enfermedad quística, que sólo son susceptibles de tratamiento por la incision, y los que no pueden curarse por las inyecciones ó el drenaje.

En ciertos casos, cuya rareza admito, en que desciende al fondo de saco de Douglas un tumor cuyo volumen no es mayor que el de la cabeza de un niño de un año, será posible hacer una incision á traves de la vagina, aferrar el quiste, tirar de él hácia abajo, ligar el pedículo, y restituir de nuevo el muñon á la cavidad abdominal, procedimiento que, si puede ejecutarse, evitará muchos peligros, ahorrando á la enferma un largo período de incertidumbre con la perspectiva de una operacion grave como término. Yo he recurrido á este procedimiento una vez tan sólo, y á continuacion presento la historia del caso, tal cual la publicó entónces un diario de medicina.

Ovariectomía por la vagina.—La Sra. de S., múltipara, delgada y de un sistema nervioso sumamente escitable, había padecido por algun tiempo una retroflexion del útero, cuya lesion había tratado con buen éxito el Dr. J. L. Brown, encontrándose, por espacio de tres años, enteramente libre de todo signo racional ó físico de semejante estado, hasta hace cuatro meses. En este tiempo llamó otra vez al médico, por volver á notar los síntomas debidos á la compresion del recto. El Dr. Brown, al examinarla, descubrió detras del útero un quiste movedido, que empujaba el fondo de la matriz hácia adelante, ocupando todo el fondo de saco de Douglas, ora se encontrase la enferma de pié, ora en posicion supina. El quiste, cuando fué descubierto por primera vez, tenía el tamaño de una naranja grande; no manifestaba sensibilidad á la presion, y era fácil empujarlo fuera de la cavidad pelviana. El Dr. Brown

hizo un diagnóstico de degeneración quística del ovario, y aconsejó á la enferma que tuviera una consulta con otros facultativos.

Con arreglo á dicho consejo, nos reunimos en consulta los Drs. Peaslee, Noeggerath, y el que esto escribe, y examinamos cuidadosamente el caso, cuyas circunstancias encontramos en un todo idénticas á las ya descritas; por lo cual estuvimos de acuerdo con la opinion del Dr. Brown; determinando, además, que el ovario derecho era asiento de la enfermedad, y que, segun todas las probabilidades, era multilocular el quiste.

En la discusión acerca del tratamiento, se propusieron tres planes distintos: 1º, dejar que se desarrollara el quiste, de manera que pudiera recurrirse á la ovariectomía, trascurridos algunos años de comodidad relativa para la enferma; 2º, puncionar el quiste por la vagina; y 3º, practicar la ovariectomía por el fondo de la vagina, del mismo modo que se ejecuta ordinariamente á través de las paredes abdominales. Yo propuse este último plan, recomendando se adoptara por las razones siguientes:

1º. Estaba seguro de que, en vista de la movilidad del quiste, (acerca de la cual no había duda, por cuanto, al ponerse de bruces la enferma, salía en el acto el tumor fuera de la pelvis,) habría bastante espacio para extirpar, á través del fondo de la vagina, el saco, después de evacuado su contenido.

2º. Preferí este procedimiento á la simple punción, á la cual, cuando se practica por la vagina, suele seguir un drenaje que podría agotar las fuerzas de la enferma, imposibilitando más tarde la operación de la ovariectomía. Además, no me parecía pudiera aumentarse notablemente el peligro de resultados de la sección vaginal, aun cuando esta no hiciese posible la extirpación del quiste; para cuya eventualidad proponía yo simplemente puncionar el saco espuesto, y cerrar en seguida la abertura vaginal por medio de unos puntos de sutura con hilos de plata.

3º. Insistí en la urgencia de la operación vaginal, como preferible á la alternativa de aguardar el completo desarrollo del quiste, en atención al carácter sobrado impaciente de la enferma; la cual, enterada de la naturaleza de la enfermedad, ya apenas pensaba ó hablaba de otra cosa, perdía el apetito, dormía mal, é iban sus fuerzas decayendo visiblemente. Fundado en los informes suministrados por su esposo, quien practica la medicina, en los del Dr. Brown, y en mis propias observaciones, creí que sería el caso sumamente desfavorable para la ovariectomía, si esperásemos á que el tumor adquiriera pleno desarrollo; y, repitiendo lo que advertí poco há sobre la paracentesis, me parecía poco arriesgado intentar desde luego la operación, ya que esta se reducía á incidir la parte más declive del peritoneo.

Presentadas claramente todas estas razones á la consideración de la enferma y de su marido, se decidió á los quince días intentar el procedimiento.

El Dr. Brown preparó á la enferma para la operación, administrándole catárticos, y teniéndola con una alimentación láctea cuarenta y ocho horas antes. El domingo, 6 de febrero de 1870, á las tres de la tarde, procedí á operar en presencia de los doctores Peaslee, Brown, Walker, Purdy, J. C. Smith, y Sproat.

Después de haber eterizado el Dr. Purdy á la enferma, se la colocó en la posición de bruces, asegurándola en el aparato del Dr. Bozeman, que no solamente fija completamente la enferma en dicha posición por medio de correas y abrazaderas, sino que hace perfectamente cómoda dicha posición por tiempo indefinido, favoreciendo además la administración del anestésico. (Véase la Fig. 180.)

Con objeto de evitar toda posibilidad de que el recto cayera en la línea de incisión, se introdujo una sonda rectal, de unas cinco pulgadas. Introducido en seguida el espéculo de Sims, y levantados el peritoneo y la pared posterior de la vagina, aferré con un tenáculo el fondo de esta, por un punto equidistante del recto y del cuello, tiré bien de él hacia abajo, y con unas tijeras de mango largo, de las cuales coloqué una hoja contra el recto y la otra contra el cuello del útero, hice de un golpe el corte en el peritoneo.

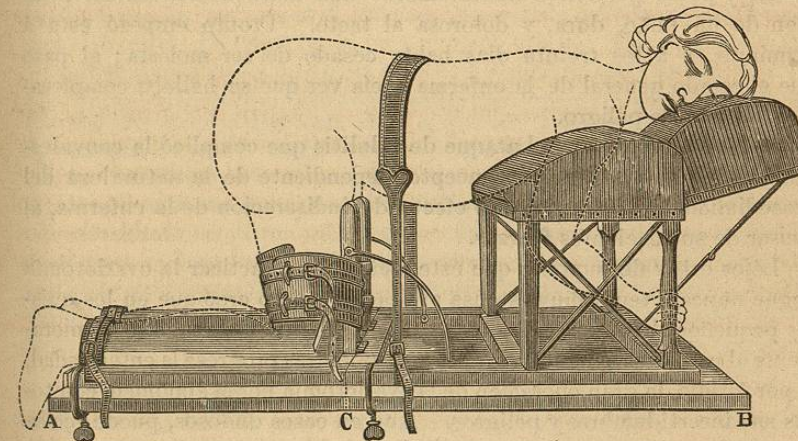


Fig. 180.—Aparato de Bozeman.

Concluido ya el primer tiempo de la operación, procedí al segundo. Se cambió la posición de la enferma al decúbito dorsal, é introduciendo el dedo por la incisión practicada en la vagina, toqué distintamente el tumor, que había descendido de nuevo á la pelvis, y aseguré un tenáculo á su pared. Puncioné entonces con un trocar pequeño tres quistes, uno después de otro, dando salida á seis ú ocho onzas (175 á 235 gramos) de un líquido muy parecido á la bilis vomitada. Mediante la tracción, logré que el quiste entrara sin dificultad en la vagina.

Para el tercer tiempo de la operación, volvió á cambiarse la posición

de la enferma, colocándola entónces en la pronacion lateral izquierda de Sims; y se introdujo el spéculum de este. Atravesé aquella parte del pedículo que salía por la abertura vaginal, con una aguja enhebrada con un hilo doble de seda fuerte, y, ligadas ámbas mitades del tejido atravesado, estirpé el quiste y la ligadura. Concluido esto, se limpió con esponja el fondo de saco de Douglas, se restituyó el pedículo á la cavidad abdominal, se cerró la incision de la vagina por medio de un punto de sutura de plata, y fué llevada la enferma á la cama.

Toda la operacion se ejecutó en 35 minutos, sin que presentase mas dificultades que las insignificantes que son anejas á la ligadura de un pedículo, muy arriba, en el fondo de la vagina (119).

Despues de la operacion se procuró la tranquilidad de la enferma, librándola del dolor mediante el opio, dándole alimentos líquidos, y haciéndola guardar estrictamente el decúbito dorsal. Su única incomodidad provino de la falta de sueño y de las náuseas provocadas por el anestésico, progresando sin ninguna novedad durante diez dias, al cabo de los cuales, habiéndola permitido trasladarse de la cama á un sofá, hizo esfuerzos indebidos, y un ataque de celulitis peri-uterina invadió el ligamento ancho derecho. El pulso se puso rápido, la piel seca y caliente, y podía percibirse distintamente una masa flemonosa del volumen de un puño, dura, y dolorosa al tacto. Pronto empezó esta á disminuir, y á los treinta dias había cesado de ser molesta; al paso que el estado general de la enferma hacía ver que se hallaba completamente fuera de peligro.

Estoy seguro de que el ataque de celulitis que complicó la convalecencia, no fué, por ningun concepto, dependiente de la naturaleza del procedimiento operatorio, sino efecto de indiscrecion de la enferma, al abusar de sus nacientes fuerzas.

Léjos estoy de suponer que este método de practicar la ovariotomía llegue nunca á tener muy estensa aplicacion; pero creo que en los quistes pequeños sin adherencias será valioso recurso para evitar primeramente el sufrimiento moral, algunos años miéntras progresa la enfermedad, y, por último, la gran operacion de la ovariotomía por el abdómen, con todas sus incertidumbres y peligros. Aun en casos dudosos, puede recurrirse á la ovariotomía por la vagina, á título de medida de ensayo, que, aun cuando no conduzca al resultado que se desea, á causa de adherencias del quiste, no es probable dé lugar á ninguno de carácter sensible.

Recomiendo con insistencia al que se decida á practicarla, que no se fie de sus conocimientos generales en la anatomía del fondo de la vagina y del peritoneo, sino que ensaye el primer tiempo de la operacion en el cadáver, ántes de intentarlo en su enferma. Muchas veces es grande el espacio entre el techo de la vagina y el peritoneo, y suelen ser necesarios dos tijeretazos para penetrar la cavidad del abdómen. El primero divide la vagina, y en seguida introduciendo el tenáculo por la abertura hecha, se trae hácia abajo el peritoneo, y se abre. En las mu-

jerer delgadas, suele bastar un solo corte para abrir el peritoneo, si ántes se ha bajado bien el fondo de la vagina con el tenáculo.

Desde que practiqué aquella operacion, he visto dos casos en que hubiera sido aplicable; pero en uno de ellos el médico de cabecera no dió su consentimiento, y la enferma se dejó guiar por su decision; y en el otro, el facultativo con quien ví el caso prefirió puncionar y desaguar el quiste por la vagina. Últimamente han recurrido dos veces á este procedimiento: una el Dr. J. F. Gilmore, de Mobila, y doy la relacion del caso hecha por el operador y médico de cabecera, Dr. F. B. Hamilton, y otra, el Dr. R. Battey, de Georgia, é igualmente copio un extracto de su carta.

El Dr. Gilmore dice: ¹

“Elevando la cabeza y los hombros, podía percibir perfectamente un tumor del tamaño de una naranja pequeña en el espacio retro-uterino. Tenía muy presente la operacion de V., y la recomendé, por las siguientes razones: la mujer tenía el hábito de comer opio, adquirido por un dolor en el ovario izquierdo, y á los 48 años de edad, con sus costumbres y dañada salud, la ovariotomía por el abdómen hubiera tenido probablemente un desenlace funesto. En segundo lugar, la ovariotomía por la vagina es ménos peligrosa que por el abdómen, porque en la primera la incision se practica en estructuras que cicatrizan con mas facilidad que las que cubren el abdómen, y porque la incision vaginal es mejor para el drenaje. En tercer lugar, todo cirujano práctico sabe que cuanto mas distante se encuentre del diafragma la incision abdominal tanto menor es el peligro de peritonitis aguda. Las razones espuestas me hicieron disentir de la opinion del Dr. Peaslee, espresada en su monografía sobre los *Tumores Ováricos*. La enferma, despues de comprender su estado, consintió desde luego en la operacion. La coloqué en la posicion de Sims, é introducido el spéculum del mismo, agarré con unas pinzas de Museux los labios posteriores del hocico de tenca, y tiré suavemente del útero hácia abajo y hácia adelante. Introduje en seguida en el recto el dedo índice de la mano izquierda, y en la vagina el dedo correspondiente de la derecha. Esta maniobra me reveló que para entrar en la cavidad del abdómen disponía de un espacio vaginal de 2½ pulgadas. Introduje entónces el spéculum, encontrándose la enferma cloroformizada desde el principio, y despues de evacuados enteramente los intestinos por una dosis purgante de aceite de ricino. Agarré con un tenáculo de mango largo la mucosa vaginal, y la examiné con cuidado para cerciorarme de que no habia vasos arteriales. Satisfecho en este concepto, dividí con unas tijeras corvas los tejidos que aferraba el tenáculo, longitudinalmente, llevando la incision desde unas cuantas líneas detras del útero hasta unas cuantas del recto. Hecho esto, esperé que cesara todo derrame de sangre. Entónces exploré cuidadosamente la línea de la herida de unas dos pulgadas de longitud, y me encontré precisamente sobre el peritoneo. Haciendo en la herida una presion firme en direccion del cuerpo del útero, ví que no se encontraba el recto al paso, y con un tenótomo de punta fina puncioné el peritoneo. Ensanché esta puncion lo suficiente para el dedo índice, y despues abrí la entrada en el peritoneo de manera que correspondiese á la incision esterna; hecho lo cual, introduje sin dificultad los dedos índice y del medio de la mano

¹ N. O. Med. and Surg. Journ., Noviembre, de 1873.

derecha, pudiendo explorar la cavidad pelviana y tocar fácilmente el fondo de la matriz. Tomé el tumor entre los dos dedos. Después de apretar fuertemente la parte inferior del vientre, y de empujar aquel hacia abajo hasta presentar en la incisión su parte inferior, se vió distintamente que era un quiste. El Dr. J. M. Collins, uno de los que me ayudaban, lo puncionó entonces con un tenótomo, y evacuó parcialmente su contenido; reducido así en volumen, se deslizó por la abertura. Tirando del quiste, arrastré hacia fuera el ovario, del cual nació por un pedúnculo. El ovario contenía un quiste del tamaño de una avellana; y el oviducto, que podía percibirse antes de abierta la cavidad abdominal, fué sacado con el quiste, por tener sus franjas estendidas sobre el quiste grande. El pedúnculo de este tenía como pulgada y media de longitud. Habiendo traído bien abajo en la vagina todos estos tejidos, procedí á estirparlos, empleando primero el *clamp* rectilíneo de Nott, que pasé hacia arriba, frente al quiste, abrazando una parte del ligamento ancho y del oviducto, y después de atornillarlos firmemente, lo saqué, y apliqué á la parte comprimida una ligadura de seda encerada; en seguida con unas tijeras corvas estirpé todo el ovario izquierdo, el quiste y el oviducto—dejando un muñon suficiente para impedir que se resbalase la ligadura, que dejé colgando fuera de la vulva, y á cuyo extremo amarré un pedazo de algodón á fin de evitar que, por casualidad, se deslizase dentro del abdomen. Por último, cerré la abertura vaginal con tres puntos de sutura de hilos de plata, atravesando con uno de estos el pedículo, á fin de mantener la parte esterna del muñon lejos de la ligadura en la vagina. . . . Me pareció todo el procedimiento estremadamente simple y fácil, tardando desde el principio hasta el fin cosa de 10 minutos, y sin cambiar de postura.”

La operacion se practicó el 6 de Setiembre y se dió de alta á la enferma, ya curada, el 1° de Octubre, sin que la temperatura animal hubiese escedido nunca de 38°.

La descripcion del caso del Dr. Battey es la siguiente :

“El lunes, 30 de Marzo de 1874, abrí el fondo de saco peritoneal, á una señora de Georgia, estirpando un quiste del tamaño de una naranja pequeña. La operacion se ejecutó con la mayor facilidad, habiendo hecho descender á la vagina el ovario del lado opuesto, que se examinó y restituyó á su lugar. Mi enferma no ha tenido un solo sintoma adverso; el pulso no ha pasado de 90 pulsaciones, y solamente ha tenido mas de 80 por espacio de veinte y cuatro horas. La ligadura colocada sobre el pedículo se cayó ayer (14 de Abril), y hoy la exploracion de la vagina revela la herida del todo cicatrizada.”

Tengo la seguridad de que este procedimiento, cuando se hayan probado suficientemente sus méritos, llegará á ocupar un puesto importante en el tratamiento de los quistes ováricos; pues su práctica es en todo tan fácil como la de la ovariectomía por el abdomen; es evidentemente mucho ménos peligroso; ofrece á la enferma la oportunidad de evitarse muchos meses de fastidiosa incertidumbre, pensando en la otra operacion todavía mas grave; es igualmente aplicable á los quistes uniloculares que á los multiloculares; da mucha facilidad para asegurar el pedículo; y hasta donde llegan mis conocimientos y experiencia, puede hacerse su defensa como procedimiento quirúrgico contra todas las objeciones, con escepcion de las teóricas.

Ovariectomía por el abdomen.—Ya he espresado mi opinion de que el procedimiento que acabo de describir es aplicable sólo á un número limitado de casos. El gran recurso en los tumores ováricos es la operacion ordinaria de la ovariectomía por el abdomen.

Dos hechos deben siempre tenerse presentes al formar una apreciacion justa de los resultados de este procedimiento: es el primero, que, bajo el nombre de ovariectomía, se han incluido muchos casos de gastrotomía; y el segundo, que, por efecto de un diagnóstico erróneo, se han emprendido muchas verdaderas operaciones ováricas en casos del todo inoportunos. Todo el que examine, siquiera sea superficialmente, los informes acerca de este asunto, no podrá ménos de reconocer que estos hechos quitan mucho valor á la estadística de la ovariectomía. La única y verdadera interpretacion de la voz *ovariectomía*, es la estirpacion de uno ó de ámbos ovarios; siendo la gastrotomía un procedimiento del mismo género, pero no idéntico, que nunca debe confundirse con aquella, ni en sus indicaciones, ni en sus resultados.

En la actualidad ningun ginecólogo amigo del progreso, pondrá en tela de juicio la oportunidad de recurrir á la gastrotomía para estirpar los tumores que no sean ováricos, cuando amenazan la vida, y cuando la intervencion operatoria promete la prolongacion de la misma y la disminucion de los padecimientos. No estoy aquí tratando esta cuestion ahora, sino simplemente manifestando lo que todos admitirán: que no hay mas razones para clasificar como ovariectomía, la gastrotomía practicada con el espresado objeto, que para hacer lo mismo respecto de la operacion cesárea.

Los tumores duros del ovario son relativamente raros, y aunque la ovariectomía pueda á veces estar indicada para su estirpacion, no sería impropio decir que el campo verdaderamente legítimo para esta operacion—que es el coronamiento de lo alcanzado en cirugía en nuestro país—es la estirpacion de uno de los ovarios ó de ámbos, cuando están afectados de degeneracion quística.

Las enfermedades que mas comunmente han sido confundidas con el quiste ovárico, é inducido á recurrir á la gastrotomía por causa de un diagnóstico equivocado, son las siguientes: tumores fibro-quísticos del útero; hidropesía abdominal; degeneracion colóidea, que tenga por base el peritoneo, el mesenterio, las vísceras abdominales ó, como yo he observado dos veces, el útero; y enfermedad maligna de los ovarios. Tampoco faltan ejemplos de haber dado lugar á errores en el diagnóstico, la preñez, un tumor fantasma, fibroides uterinos, degeneracion quística de los riñones, y otros estados morbosos; pero estos últimos han sido raros, mientras que los desórdenes anteriormente enumerados han desorientado muchas veces á operadores hábiles y experimentados. Se presentarán muchos casos de estas afecciones en que el diagnosticador de mas experiencia no podrá formar una conclusion positiva, sino con el auxilio de la paracentesis ó de la incision esplo-

radora, y otros en que, aun disponiendo de tales medios, caerá en error el operador mas cauto.

Nada influirá tan poderosamente en colocar á la ovariectomía en el puesto que legítimamente le corresponde entre los recursos quirúrgicos estendiendo así su esfera de utilidad, como el adquirir, los que esten llamados á practicarla, habilidad para el diagnóstico, que les sirva para indicar de una manera sistemática y cierta los casos á que es particularmente aplicable, lo mismo que aquellos para cuyo alivio apenas ofrece esperanza.

Aunque esta operacion ha quedado hoy victoriosa por completo de la oposicion que en un tiempo tenía enfrente, y en tal medida que ha conquistado la categoría de procedimiento quirúrgico legítimo, todavía es demasiado moderna, para poder prescindirse de la luz que sobre ella arrojan los datos estadísticos preparados honradamente, y sólo los que tengan esta circunstancia. La amputacion del muslo se ha practicado tantas veces, por espacio de tantos años, y en tantos países, que el cirujano que hace hoy esta operacion tiene excusas para no presentar todos sus casos al exámen crítico de sus colegas; están decididas todas las cuestiones relativas á la utilidad y éxito del procedimiento, y su estadística, aunque siempre de valor, no es ya esencial á la facultad para determinar su posicion ulterior como recurso quirúrgico. Con respecto á la ovariectomía, no sucede lo mismo, y debiera referirse todo caso, con cuidado y franqueza, con objeto de aumentar el número de aquellos en que hemos de basar nuestras conclusiones favorables ó adversas al procedimiento.

Hay muchas causas ahora que tienden á sostener elevada la cifra de los desenlaces funestos de la operacion. De estas son algunas inherentes á ella misma y existirán siempre; pero hay otras que disminuirán mucho ó desaparecerán enteramente, porque el conocimiento se hace mayor con la esperiencia, y mas segura y estable la base sobre que descansa el procedimiento. Entre dichas influencias hay que citar primeramente la necesidad de abrir el peritoneo, esponiendo por mucho tiempo al aire esta importante y delicada estructura, y dejando muchas veces sobre su superficie, ó dentro de su cavidad, vasos abiertos que derraman sangre, la cual constituye material de putrefaccion. En segundo lugar, no debe perderse de vista la dificultad del diagnóstico. Puede decirse sin riesgo que no hay tanta dificultad en ningun otro estado patológico, para el cual se adopten los medios quirúrgicos. Pero no es mi intencion enumerar todas las influencias á que he aludido, y me contentaré con citar una tercera. Acaso la observacion de otros no convenga con la mia, y muchos habrá que no estén conformes con lo que voy á decir; mas para mí hay una causa que ha hecho, y está haciendo mucho en daño de la ovariectomía, y es la siguiente: practican ahora en este país muchas veces la operacion de la ovariectomía personas inespertas en el diagnóstico y tratamiento de los tumores ováricos. La estadística de algunos de los mejores operadores demuestra que los ejemplos de buen

éxito están en razon directa de la esperiencia, á medida que se aprende á evitar los peligros que el procedimiento entraña, y preciso nos es sacar la conclusion de que los que operan por primera ó segunda vez, lo hacen con perjuicio de la totalidad de casos publicados, y aumentan la proporcion de la mortalidad. Yo bien sé que se me va á preguntar, en vista de lo que acabo de manifestar, ¿ cómo nos arreglaríamos para obtener nuevos cirujanos si los inespertos se abstuviesen de operar? A lo cual contestaré, que si las relaciones profesionales de cualquier facultativo le dieran la probabilidad de ser llamado con frecuencia á practicar esta ú otras operaciones, su deber es prepararse para cumplir fielmente lo que de él se requiere; pero no me es posible creer que á cualquier médico que no se halle en semejantes circunstancias le corresponda el emprender tan formidable procedimiento cuando pueda conseguir para su ejecucion operadores de esperiencia y maestría. Mis observaciones me hacen creer sinceramente, que por lo ménos en los Estados Unidos, no es nada insignificante la tercera causa que he mencionado como desfavorable para la estadística en este punto, y creo ademas que, si se publicaran relaciones de todas las operaciones primeras practicadas por diversos facultativos en este país, resultaría una lista muy larga y nada halagüeña por cierto.

Preparativos para la operacion.—Todos sabemos que la endometritis séptica, que es el punto de partida de los síntomas cuya agrupacion constituye la fiebre puerperal, suele ser escitada por los miasmas de una autopsia, de un caso de erisipela, de tifo, ó gangrena de hospital, que se adhiere á la persona del médico. Aunque no está demostrado que estos miasmas ejerzan una influencia igualmente nociva en las partes descubiertas en esta operacion, es cuando ménos tan probable, que ningun operador debe esponer su enferma á la prueba; verdad es que en el primer caso la parte interesada es una membrana mucosa alterada por la preñez y el parto, y en el otro un saco seroso; pero, con todo, hay bastantes probabilidades de que pueda el mal hacerse mayor, para obligarnos á ser cautos, y evitar estas fuentes de enfermedad. Antes de la operacion debe someterse la enferma á un régimen tónico, y recetarse, á ménos que lo impida alguna particularidad del caso, una alimentacion generosa, el hierro, la quinina, el aire puro, todo cuanto pueda alegrar el ánimo, y el ejercicio moderado; siendo muy conveniente una temporada en el campo ó en alguna estacion de baños. Sobre todo, hay que procurar que el espíritu de la enferma esté tranquilo y alegre, y alentar sus esperanzas respecto al resultado de la operacion. Despues de haberle dicho francamente las probabilidades de buen éxito, como base en que fundar su determinacion de acceder ó no á ser operada, ni sus parientes ni el médico deben volver á espresar duda alguna acerca del resultado.

La operacion debe practicarse en una localidad en que el aire sea puro y salubre—nunca en las salas de un hospital lleno de enfermos—y