

cuando haya posibilidad de escoger, mejor en el campo que en la ciudad. Se esperará un día claro, ni muy caluroso ni frío. En tiempo de frío, se mantendrá en el cuarto una temperatura de 25 á 27 grados y el aire húmedo mediante la evaporacion de agua. Estará pronta á encargarse del cuidado de la enferma una enfermera de muchísima experiencia.

Es indispensable que el intestino esté constipado en los ocho ó diez días que siguen á la operacion, y para conseguirlo fácilmente, deberá estar vacío al tiempo de operar. Con este objeto, se administrarán catárticos un día sí y otro no en la semana anterior, y en las cuarenta y ocho horas que preceden inmediatamente á la operacion, se alimentará la enferma con caldos animales, leche y atoles de harina de maíz.

Está fuera de toda duda que la influencia del opio en el sistema nervioso es contraria al progreso y propagacion de la peritonitis, una vez desarrollada, ¿por qué no ha de serlo tambien á su establecimiento? En los dos días anteriores á la operacion, deben administrarse cada ocho horas 6 centigramos de opio, ó una dosis equivalente de alguno de sus preparados; de esta manera, no sólo se aquieta el sistema nervioso, sino que se pone á prueba la resistencia de la enferma para esta droga. El Dr. Atlee acostumbra dar una dosis de opio una hora antes de la operacion. La piel debe mantenerse en buen estado, por el uso diario de baños calientes, por espacio de una semana á lo ménos, conservando el calor vital durante la operacion por medio de una camiseta y calzoncillos de franela. Al acercarse el momento de operar, se evacúa cuidadosamente la vejiga, y se somete á la enferma al sueño anestésico, acostándola de espaldas sobre una mesa de la altura y solidez necesarias, cubierta previamente con frazadas ó cobertores doblados, y colocada frente á una ventana por donde éntre bastante luz.

El cirujano necesitará cinco ayudantes; uno para administrar el anestésico; otro, que se colocará frente al operador, para ayudarle en el tratamiento del tumor y pared abdominal; otro, encargado de los instrumentos; otro, de las ligaduras, cauterio actual, etc.; y otro, para lavar y tener listas las esponjas (120).

La operacion.—Aunque esta operacion se ha discutido libre y estensamente en los últimos años, no hay un solo punto de ella acerca del cual estén acordes los operadores, siendo todavía objeto de gran divergencia de opiniones la longitud de la incision, el tratamiento del pedículo, la reunion de la herida y los demas pormenores que van á describirse. Yo evitaré toda discusion, y esperando que se me perdonará cualquier viso de dogmatismo que sea consecuencia de hacerlo así, haré la descripción que, á mi modo de ver, se adapta mejor á las exigencias de la práctica.

Los tiempos de la operación son los siguientes:

- 1º. Incision;
- 2º. Indagacion y rotura de las adherencias;

- 3º. Puncion;
- 4º. Estirpacion del quiste;
- 5º. Tratamiento del pedículo;
- 6º. Lavado del peritoneo;
- 7º. Establecimiento del drenaje;
- 8º. Reunion de la herida abdominal.

La incision se hace con un bisturí, (estando el operador colocado á la derecha de la enferma,) atravesando precisamente la línea blanca y debe estenderse desde un punto, á una distancia variable, mas abajo del ombligo, hasta otro un poco mas arriba de la sínfisis púbiana. Cortando la piel y el tejido adiposo, capa por capa, se continúa hasta que el operador vea la cubierta fibrosa de los músculos rectos. Un operador inesperto podría equivocarse esta con el peritoneo. Cuando exista alguna duda, no debe incidirse hasta que la esposicion al aire, y la presion con las pinzas, los dedos, ó las esponjas hayan detenido el flujo venoso de los vasos interesados por la incision abdominal. En seguida se aferra con un tenáculo la estructura fibrosa, en la que se hace un ojal con las tijeras, por el que se introduce una sonda acanalada sobre la que puede dividirse. Si esto espone á la vista el vientre de uno de los músculos rectos, claro es que la incision no se ha trazado por la línea blanca, y para alcanzarla se empuja la sonda por debajo de la cubierta muscular, y en sentido oblicuo al músculo, hasta que la detenga la línea, donde puede hacerse la incision. Despues de contenida toda hemorragia, se eleva con el tenáculo el peritoneo parietal, en el que se hace una abertura con las tijeras, dividiéndolo sobre la sonda en toda la longitud de la incision.

Quizás se suponga que no es posible experimentar dificultad alguna al cortar en las paredes abdominales, pero no es así, y los cirujanos, aun aquí, cometerán á veces graves errores. Una vez yo, y otra un operador muy hábil de esta ciudad, hemos llevado la incision sólo hasta el peritoneo parietal, separando este de los músculos, creidos de que era la pared de un quiste adherida á aquellos. Otras veces el cirujano se ha confundido buscando la línea blanca, y otras tambien, la incision que debiera haber abierto sólo el abdómen, ha abierto el mismo quiste ocasionando el derrame prematuro de su contenido. Estos inconvenientes pueden obviarse en alto grado, cortando primero solamente á traves de la piel y del tejido areolar, y aplicando en seguida el tenáculo á todos los tejidos dudosos.

Al dividir el peritoneo ocurre generalmente un ligero derrame de serosidad amarillina, presentándose en seguida á la vista la pared lúcente del quiste, ó como sucede á veces, una capa delgada del epiploon que se estiende sobre su superficie, y la que no debe dividirse, sino levantarla como si fuera un delantal y ponerla á un lado. Algunas veces, como ocurrió en uno de los casos de Baker Brown, además del epi-

ploon, suele encontrarse un asa intestinal sobre la cara anterior del tumor, donde se la hubiera herido si ese cirujano no hubiera abierto el peritoneo con unas tijeras, y sobre una sonda-guia.

En lo que se refiere á la seccion abdominal, Mr. Brown ha establecido esta importante regla : debe considerársela siempre primitivamente como una incision exploradora, que pueda cerrarse sin esponer la enferma á gran peligro si llega á descubrirse algo que contraindique la extraccion de la bolsa, y ensancharse lo necesario, si por el contrario se considera conveniente proseguir. Mr. Wells ha estirpado un quiste por una incision de pulgada y media, y rara vez la practica de mas de 5 pulgadas de longitud ; por otra parte, el Dr. Clay, á cuya favorable estadística hemos aludido, prefiere la incision larga. El gran temor que siempre se ha tenido de herir y esponer el peritoneo da alguna fascinacion á la incision pequeña ; pero este sentimiento perderá fuerza, al recordar que la peritonitis y septicemia se deben principalmente á la putrefaccion de líquidos retenidos, pues es evidente que cuanto mas pequeña sea la abertura, tanto mas difícil será descubrir y cerrar los vasos que dan sangre, y limpiar la cavidad abdominal.

Los resultados obtenidos por Mr. Wells, presentados en el siguiente cuadro, prueban, sin embargo, que las incisiones pequeñas deben preferirse con mucho á las grandes.

	Núm. de casos.	Curaciones.	Muertes.	Proporcion de mortalidad.
De ménos de 6 pulgadas....	440	337	103	23.4 por 100
De mas de 6 pulgadas.....	60	36	24	40 " "

Es igualmente digno de notarse que el dicho cirujano operó en 17 casos por una incision de 3 pulgadas, y perdió 23.53 por 100, y en 203 casos por una incision de 5 pulgadas, y perdió el 19.7 por 100.

La deducion mas racional que puede sacarse de tales hechos, es que el pronóstico es tanto mas favorable cuanto es mas corta la incision á traves de la cual pueda estirparse el saco, *tuto, cito et jucundè* ; pero el esfuerzo para extraer la bolsa por una abertura tan pequeña que determine, demora, incertidumbre, y manipulacion ineficaz, ofrece á la enferma ménos probabilidades de curacion que por una incision mas amplia.

La pared reluciente del quiste, cubierta por el peritoneo visceral, puesta ya á la mano y vista del operador, ofrece á este la oportunidad de corroborar su diagnóstico por la palpacion, el exámen visual y la extraccion del líquido, valiéndose de un trócar y cánula muy finos, ó de la aguja de la jeringuilla hipodérmica. Cuando se sospecha la conexion entre el quiste y la matriz, es preciso, ántes de proseguir mas adelante, determinar sus relaciones con esta víscera, introduciendo la sonda uterina é imprimiendo al órgano un movimiento de rotacion al mismo tiempo que se pasan por la herida abdominal dos dedos hasta el fondo del útero.

En este momento puede encontrarse el operador detenido, si echa de ver que no está en contacto con la pared del quiste, á pesar de estar abierto el peritoneo, y en vez de la pared brillante del quiste, descubre una membrana vascular, con grandes vasos, estendida á manera de delantal sobre el tumor. Esta cubierta dejará perplejo á quien por primera vez la vea : consiste en las paredes peritoneales, ó techo de los ligamentos anchos, que han sido estendidas por el desarrollo del tumor y se han hipertrofiado notablemente. He observado que los tumores rodeados de esta manera presentan pedículos anchos y cortos, y que será muy difícil su estirpacion, á no adoptarse el escelente método recomendado por el Dr. Miner, de Buffalo, que consiste en dividir la envoltura del quiste, evitando todo lo posible herir los vasos grandes, introducir despues los dedos y enuclear el tumor.¹ La bolsa que queda se abre y se limpia bien, tocando toda su superficie exudante con la disolucion de persulfato de hierro, y en caso de ser grande, se ata á su derredor un cáterter que hará las veces de tubo de drenaje (121).

Indagacion y rotura de las adherencias.—Despues de lavadas rapidamente las manos para quitarse la sangre, se sumergen en una vasija llena de agua templada, que contenga 4 gramos de cloruro de sodio, ó 1 de ácido fénico cristalizado, por cada litro de agua, y en seguida se pasan alrededor del tumor, entre el peritoneo visceral y el parietal, dos ó tres dedos, con los cuales se desprende suavemente cualquiera adherencia ligera que se encuentre ; y en caso de que por este medio no se halle ninguna, puede pasarse, dando la vuelta al tumor y hasta el pedículo, una sonda gruesa de acero previamente mojada en agua caliente. Las adherencias entre el quiste y el hígado, el intestino grueso, el útero y la vejiga, deben ser objeto de atencion especial, por ser mucho mas importantes que los que lo unen á las paredes abdominales. La exploracion con la sonda, como la con los dedos, puede servir para romper toda adherencia ligera ; pero hay que dejar las fuertes y bien organizadas para examinarlas cuidadosamente y dividir las, despues de haber prolongado la incision. Cuando se descubren adherencias de esta naturaleza, la pequeña incision de 2 á 3 pulgadas se prolonga hácia arriba hasta convertirla en la mediana de 5 á 7, ó en la larga de 10 á 12 pulgadas, segun lo juzgue conveniente el cirujano. Si puede determinarse la falta de adherencias por una incision pequeña y los medios de exploracion ya indicados, nada mas es necesario, quedando terminado este tiempo de la operacion ; pero si fuere indispensable, deberá prolongarse la incision é introducir toda la mano en la cavidad peritoneal, á fin de indagar de un modo claro todas las relaciones del tumor.

Practicada la incision necesaria y despues de cesar todo flujo de los

¹ En casos que hubieran resultado intratables por otros medios, he recurrido varias veces á este con buenos resultados. A mi modo de ver, constituye una de las mas preciosas adiciones que se han hecho en este país á la ovariectomía.

vasos abiertos, procederá el operador á romper cuantas adherencias estén á su alcance, desprendiéndolas por donde se unen al quiste, con muchísimo cuidado, á fin de no desgarrar la pared de este, lo que ocasionaría el derrame de su contenido, ó de sangre, en la cavidad del peritoneo. Sólo las adherencias ménos fuertes deben desprenderse de esta manera, quedando las de carácter muy firme y vascular, para despues de haberse puncionado. Entónces, segun previene el Dr. Hutchinson, debe volverse á la enferma sobre un lado, á fin de que el tumor asome por la incision, y que el flúido evacuado por la puncion caiga fuera, y no dentro del abdómen. Yo he abandonado, sin embargo, este plan, porque complica el procedimiento, haciendo demasiado probable que con el líquido y el tumor se escapen tambien los intestinos. Generalmente, bastará para impedir el derrame del líquido en la cavidad del peritoneo tener cuidado al evacuarlo, haciendo los ayudantes la compresion conveniente en las paredes del abdómen.

Puncion.—Cuando exista alguna duda sobre la naturaleza del tumor, debe puncionarse con un trócar fino, pues así puede demostrarse el carácter duro de un tumor que se hubiere tomado como flúido, y eso sin determinar un derrame de sangre en el peritoneo. Si la puncion exploradora revela que es líquido el contenido del tumor, se hunde en este un trócar grande como el de Spencer Wells (Fig. 181) que se fija por

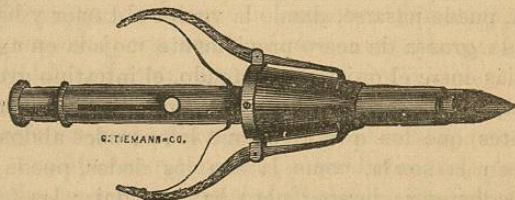


FIG. 181.—Trócar y cánula de Spencer Wells.

sus ramas á la pared del quiste, y se deja correr el líquido á una vasija á propósito, por medio de un tubo de caucho, unido á la boca de la cánula. No deberá emplearse nunca un trócar grande, miéntras no haya una seguridad absoluta de ser el tumor un quiste ovárico, y de que las probabilidades son decididamente en favor de la posibilidad de estirpacion, pues esta última puede abandonarse con mucha mas facilidad y ménos peligro despues de la introduccion de un trócar fino, que cuando se ha recurrido á uno grande (122).

Durante la evacuacion del líquido, un ayudante comprimirá las paredes abdominales contra el tumor, colocando ámbas manos sobre el vientre, una á cada lado de la incision; y cuando se emplea una cánula ordinaria, deberá evitarse que la bolsa se deslice dentro del abdómen, aferrando los labios de su abertura con unas pinzas fuertes.

Cuando el quiste está vacío, ó poco ménos, y ántes de ver si quedan otros, se fijan en el extremo superior de la abertura abdominal, bien los dedos, bien un par de retraedores de alambre, de Pinkham, elevando y abriendo las paredes del abdómen de manera que, entre ellas y la del saco á medio vaciar, quede un espacio considerable, en que el operador podrá percibir fácilmente con la vista si existe alguna adherencia, para desprenderla con los dedos, ó con el mango de un escalpelo. Por estos medios puede evitarse la necesidad de prolongar la incision, y romper las adherencias que haya á una distancia considerable de la pared quística. Hecho esto, se acaba de vaciar la bolsa principal, cuya evacuacion ha estado interrumpida miéntras tanto, á favor de unas pinzas ó los dedos de un ayudante; se quita la cánula y se introduce el dedo índice para indagar si existen otros quistes. Suele perderse mucho tiempo en tentativas de hundir el trócar en estos, y algunas veces se introduce la mano en el peritoneo con objeto de agarrarlos y mantenerlos fijos. He encontrado siempre muy útil, espedito y seguro el siguiente método: se aferra la bolsa con unas erinas ó pinzas fuertes, una á cada lado de la abertura hecha por el trócar, y se hace una incision por donde quepa la mano, con la que se descubren los otros quistes, y se guía fácilmente hasta ellos el trócar. Evacuados todos los quistes grandes, el cirujano procede en seguida á estirpar el saco.

Estirpacion del quiste.—Sujeta ya la bolsa con las pinzas dentadas, los tenáculos, ó las pinzas erinas que se fijaron en ella para impedir que se deslizará dentro del abdómen, el operador ó un ayudante suyo la agarra con los dedos y la saca suavemente por la incision. Cuando la retiene en el abdómen una adherencia que no ha podido romperse con los esfuerzos manuales hechos ántes para destruir sus inserciones, deberá esponerse bien á la vista dicha adherencia, para cortarla, ya desprendiéndola de la pared quística con los dedos, que entónces la alcanzarán sin dificultad; ya por medio de la cauterizacion actual, segun indica Mr. Brown, si fuere bastante larga la adherencia para no correr peligro de cauterizar la pared del abdómen; ya con las tijeras, si fuere necesario emplear un instrumento cortante; ya con un *écraseur* pequeño, si su aplicacion es posible. No hay regla que dar respecto al mejor método que deba adoptarse, pues cada caso exigirá el mas especialmente propio de sus caracteres particulares; pero no debe olvidarse nunca, que el mejor método es aquel por el cual se separan las adherencias sin causar daño en las vísceras, ni dejar abiertos los vasos sanguíneos; pues ámbas cosas son de temer. Cuando el desprendimiento de una adherencia va seguido de hemorragia, el vaso que da sangre debe esponerse á la vista, para ligarlo, ó tocarlo detenidamente con el persulfato de hierro, ó tan ligeramente con el cauterio actual que no llegue á producir escara.

Con los medios recomendados, se destruirán generalmente las adherencias sin necesidad de aplicar ligaduras; pero alguna que otra vez

estas son indispensables y entónces deben emplearse sin vacilacion las de seda. Las metálicas no son de fácil manejo, ni dignas de confianza, y ninguna de las compuestas de sustancias animales puede compararse ventajosamente con las de seda. En algunos casos el quiste se adhiere con tanta fuerza á una víscera, que es imposible desprenderlo; en tales circunstancias se cortará una parte de su pared, dejándola pegada á la superficie á que tan tenazmente está unida. M. Boinet¹ indica la conveniencia de arrancar la superficie secretoria de dicha porcion, ántes de dejarla. Una vez libre el tumor de sus adherencias, se tira de él hácia fuera, para agarrar el pedículo entre los dedos. Aquí ocurre comunmente una pausa, por el tiempo que el operador tarda en determinar el mejor plan de afianzar el pedículo: tambien se emplea muchas veces un buen rato en discutir este punto, porque ningun operador debe de tener un plan favorito para todos los casos. Si, miéntras tanto, se deja el saco unido al pedículo, estorba mucho, tira mucho, mancha la ropa, y suele suceder que su contenido se abra paso al abdómen. Yo tengo la costumbre de rodear rápidamente la masa con un pedazo de hilo de pescar, á algunas pulgadas del pedículo, para examinar luego este á satisfaccion y con descanso. El Dr. B. F. Dawson ha inventado con este objeto el *clamp* temporario, de la Fig. 182. Con él se afirman bien los vasos del

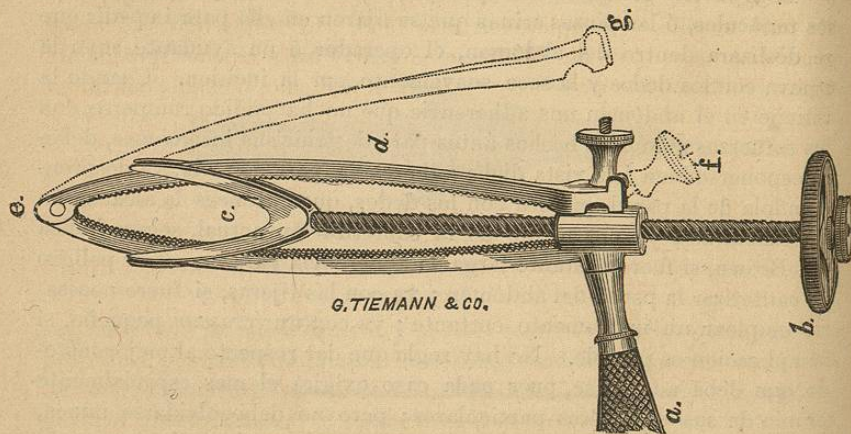


FIG. 182.—Clamp temporario de Dawson.

pedículo, comprimiéndose este circular, y no lateralmente, miéntras se fija por medios permanentes (123).

Tratamiento del pedículo.—Este tiempo, uno de los mas importantes de la operacion, se realiza unas veces fácil y satisfactoriamente, y otras, por el contrario, ofrece dificultades graves. El quiste puede sa-

¹ New York Med. Record, Julio 1º de 1867.

carse del abdómen para agarrar su pedículo con los dedos, á ménos que este sea escesivamente corto, en cuyo caso, hay que introducir las manos, y operar dentro del vientre. El pedículo puede tratarse por uno de los métodos siguientes, eligiendo entre estos aquel que se adapte mejor á los requisitos especiales de cada caso:

1º. Puede ser apretado ó ligado con un *clamp*, que lo tenga fuera de la cavidad abdominal.

2º. Puede ser ligado de una manera segura, entre los labios de la herida, á beneficio de alfileres, ó de una sutura.

3º. Puede ser atravesado con ligaduras dobles, y abandonado en la cavidad abdominal, despues de haber cortado al rape los cabos de aquellas.

4º. Puede el tumor ser enucleado.

5º. Puede apretarse el pedículo con un *clamp* temporario, y luego cortado por medio del cauterio actual.

Se han aconsejado y practicado otros muchos métodos; y á los que deseen conocer el asunto mas á fondo, les recomiendo la obra del Dr. Peaslee sobre los Tumores Ováricos, en la cual se trata estensamente. Aquí sólo hago mencion de los que, á mi juicio, merecen consideracion especial, é incuestionable confianza.

En principio son evidentemente idénticos los medios de impedir la hemorragia por la ligadura y el *clamp*; pero este tiene la ventaja de ser mas sencillo, y de aplicacion mas fácil. El *clamp* que se emplea generalmente es el de Mr. Wells, aunque hay otros muchos igualmente útiles. Se usa como sigue: agarrado ya el pedículo, ó cuello, del tumor

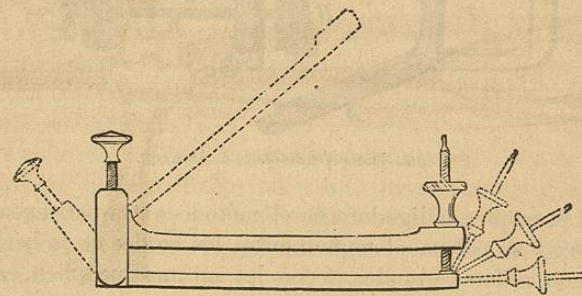


FIG. 183.—Clamp de Spencer Wells (124).

entre los dedos, se ajusta el *clamp*¹ (Fig. 183) de modo que sus dos ramas vengan á quedar una á cada lado de aquel: en seguida se aproximan ámbas estrechamente hasta que obliteren los vasos, y por encima

¹ Con posterioridad á la introduccion de este *clamp*, Mr. Wells ha inventado otro; pero habiéndome demostrado la esperiencia que el último es el mas imperfecto, no me detengo á describirlo.

del *clamp* se amputa el quiste con un bisturí, dejando despues aquel de plano sobre el abdómen y uniendo la incision.

Aunque este *clamp* en manos de su célebre inventor, y en las de otros, há producido escelentes resultados, tiene ciertos inconvenientes que le son inherentes: el principal de ellos consiste en estender el pedículo, en vez de consolidarlo, ó de hacerlo circular. Se han hecho tentativas para superar esta dificultad, ligando primeramente el pedículo y aplicando luego el instrumento, y tambien construyendo otros *clamps*, como los

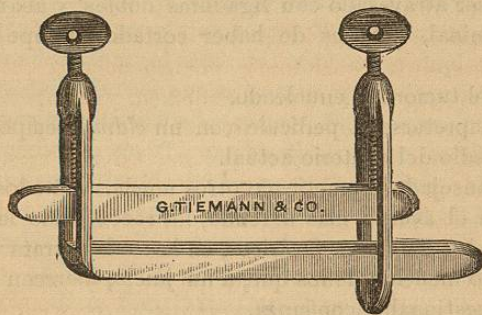


Fig. 184.—Clamp frances.

de Koeberlé y de Atlee, un instrumento frances (Fig. 184) cuyo inventor no he podido saber, y el de Dawson (Fig. 185).

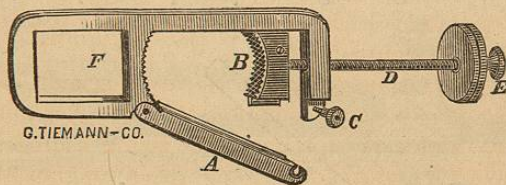


Fig. 185.—Clamp permanente de Dawson.

Cuando se emplea la ligadura en el método extra-peritoneal, se amputa el saco, y se coloca el muñon entre los bordes de la herida, atravesándolo con alfileres grandes, ó con las suturas que unen esta parte de la incision.

El Dr. Tyler Smith contribuyó á popularizar un método que, segun el Dr. Peaslee, practicó ya en 1829 el Dr. Rogers, y despues el Dr. Billington, de Nueva York; y que consiste en ligar el muñon, cortando tanto la ligadura como el pedículo lo mas corto posible, volviéndolo al abdómen y cerrando la incision abdominal. De este modo operó el Dr. Smith¹ 17 veces, y sólo tuvo tres muertes; el Dr. Peaslee, cuyo éxito

¹ Su estadística sólo llega hasta el año de 1866.

como ovariomotista ha sido escelente, dice de este plan: "Aludo aquí otra vez al método del Dr. Tyler Smith para el tratamiento del pedículo, como el mejor de todos, y el que á mi modo de ver reemplazará ántes de mucho tiempo todos los demas." No estoy de acuerdo con el Dr. Peaslee en su alta apreciacion de este método; pero aun lo estoy ménos con los que lo rechazan en absoluto y consideran excesivos los peligros de dejar seda en la cavidad peritoneal. Verdad es que con razonamientos teóricos pueden oponerse muchas objeciones al procedimiento; pero no es la teoría la que ha de decidirmos, cuando se trata de punto tan grave. Los resultados de la práctica pesan mas que todas las teorías, y nadie debe dejarse llevar por juicios preconcebidos. El informe de 34 casos de ovariomotía por Spencer Wells,¹ en 4 de los cuales se abandonó la ligadura en el abdómen, y las operadas murieron, y curándose en los otros 30 en que se empleó el *clamp*, ha dado fuerza á esa predisposicion injustificable, (yo por tal la tengo,) contra dejar seda en la cavidad peritoneal. Peaslee, cuyos datos acusan 17 curaciones de 26 operaciones; Tyler Smith, que cuenta 14 de 17, y Bradford, que ha salvado 28 de 31, emplean todos y siempre este método: yo confieso que en un tiempo participé de la citada predisposicion; pero la esperiencia me ha hecho cambiar de parecer en el asunto. En 5 casos en que he estirpado ámbos ovarios, ligué ocho de los pedículos con seda, y los restituí al abdómen; y además en uno de los mismos ligué del propio modo seis vasos del epiploon que daban sangre; y, sin embargo, todas las enfermas se curaron. No considero este método tan seguro como el de tratar exteriormente el pedículo; pero ¿no prueban terminantemente los hechos que es injustificable la mencionada predisposicion de muchos cirujanos?

Koeberlé, de Estrasburgo, emplea el *clamp* cuando el pedículo es largo; pero cuando es corto comprime el muñon con una especie de instrumento constrictor que aprieta un hilo metálico alrededor del pedículo. La enucleacion no será nunca aplicable á un gran número de casos; pues no ofrece ventaja en aquellos en que puede tratarse el pedículo por cualquiera de los métodos indicados; pero sí constituye un recurso precioso cuando no hay pedículo, siendo tambien de utilidad en una categoría de casos en que ningun otro plan es aplicable (125).

La única regla que dar en cuanto á la eleccion entre todos estos métodos es la siguiente: cuando el pedículo es largo y delgado, parece ser indiferente el método, supuesto que todos han producido y están produciendo diariamente escelentes resultados; pero cuando es muy corto, mayores esperanzas ofrece el tratamiento del muñon por el método interno que por el esterno.

Para casos especiales de aplicacion de los diversos métodos, pueden ser útiles las siguientes indicaciones, y no *reglas*:

¹ London Medical Times and Gazette, Noviembre 28, 1868.

a. El *clamp* está indicado para los pedículos largos, que requieren una ligadura potente, y ofrecen mucho tejido á la supuración y descomposición.

b. El tercer método es aplicable á tumores cuyos pedículos son demasiado cortos para el *clamp*.

c. La enucleación es un método de estirpar tumores sin pedículos.

d. Baker Brown introdujo el plan de amputar el tumor por medio del cauterio actual, y pretende el sorprendente resultado de 29 cura-

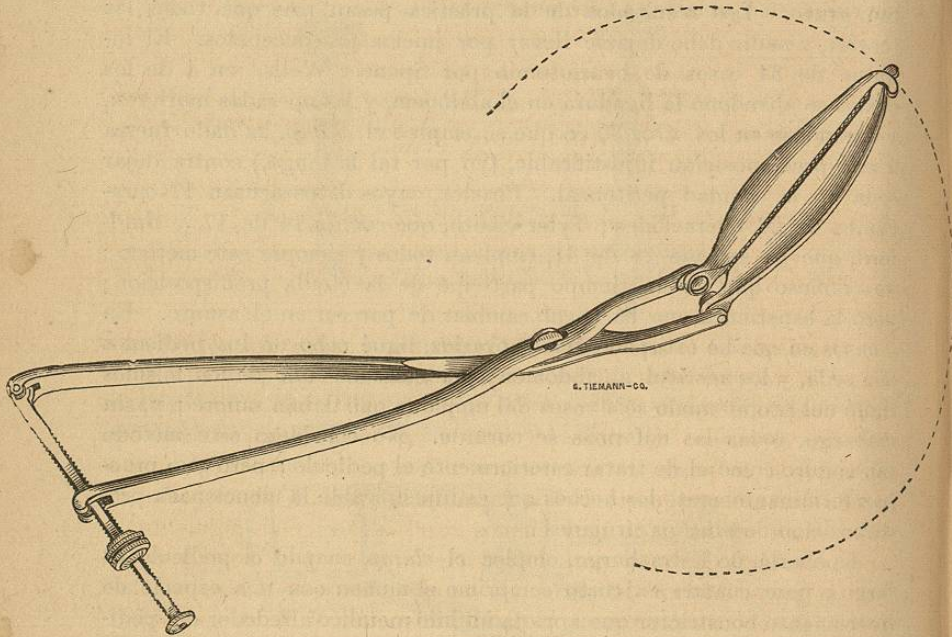


Fig. 186.—Clamp ancho de Storer.

ciones en 32 veces que operó. La ineficacia de dicho método para los casos de hemorragia, impedirá probablemente que rivalice con los ya mencionados, aunque ofrece muchas ventajas en ciertos casos raros en que la parte que ha de amputarse se encuentra muy profunda en la pelvis. Cuando se recurra á este método, el *clamp* de Storer (Fig. 186) será útil para contener la hemorragia y proteger las partes adyacentes.

Cuando se decida restituir el pedículo ligado, á la cavidad abdominal, pueden elegirse para las ligaduras varias sustancias animales, tales como crin, cuerda de intestino, y seda. Yo prefiero á todas la última, por ser mucho mas manejable y eficaz, y no mas nociva.

La gangrena probable de la parte del muñon que queda fuera de la ligadura, y la septicemia consiguiente, es objeción teórica que se ha presentado contra el uso de la ligadura corta y el de volver el pedículo

á la cavidad peritoneal; pero Spiegelberg y Waldeyer han demostrado que cuando se ligan los ángulos del útero, las partes del tejido esteriore á las ligaduras, en vez de necrosarse, se encapsulan en un exudado de linfa.

Al decir que en casos ordinarios importa poco que vuelva ó no el pedículo á la cavidad abdominal, nos fundamos en la comparación de los resultados obtenidos por los cirujanos que lo hacen, y por los que no lo hacen.

El Dr. J. Clay ha formado el siguiente análisis de un gran número de casos, en lo relativo á este punto :

Carácter de los casos.	Casos en que se dice que el pedículo se volvió al abdomen.	Casos en que se refiere que se dejó en el abdomen.	Casos en que se mantuvo fuera por diversos métodos.	Ligado en una ó mas porciones.	Ligado simplemente.	Cosido á la herida.	En que se empleó el <i>écraseur</i> .
Con buen éxito....	113	76	20	122	22	3	2
Con mal éxito.....	58	97	25	57	26	3	1
Total	171	173	45	179	48	6	3

Obstáculos á la estirpacion del quiste que pueden descubrirse en el curso de la operacion.—Puede suceder que no haya pedículo, sobre todo cuando el tumor es duro ó mixto, y que exista una union indisoluble con el cuerpo del útero; y otras veces que la bolsa se encuentre aprisionada en parte, de manera que no sea posible estirparla, aunque pueda sacarse otra parte de ella fuera de la abertura abdominal. En tales casos me ha dado muy buenos resultados el plan siguiente: el operador corta la bolsa para introducir la mano y el brazo y descubrir la parte inferior del saco: en seguida, cerca de la base del saco, recoge la cubierta peritoneal, la divide, introduce el dedo, y estirpa el tumor por enucleación, segun el método de Miner ya mencionado. El saco que así queda se llena á veces de sangre, y esta, encerrándose en él, sin lograr entrar en el peritoneo, presenta un aspecto raro y muy ocasionado á dudas. Un tumor de esta clase me dejó una vez perplejo y detenido, hasta que uno de mis ayudantes sugirió su verdadera explicación. Otra vez, practicando este método, sobrevino la muerte del modo siguiente: la enferma continuó bien por espacio de catorce dias, al cabo de los cuales se incomodó, se arrojó de la cama, asestó un golpe violento á una de las personas que la asistían, cayó de espaldas y falleció á la hora y media. La autopsia reveló que el bolsón dejado por la enucleación, estaba lleno de una masa fétida y grumosa de sangre. El esfuerzo hecho por la enferma produjo la rotura de dicho saco, cuyo contenido se derramó en el peritoneo, produciendo la muerte por colapso. Pudo haberse evitado este peligro deteniendo completamente todo derrame de sangre con el persulfato de hierro ántes de ligar la abertura