FACULTAD DE MEDICINA

QUISTES DEL OVARIO

SU CURACION RADICAL

TÉSIS

PARA EL DOCTORADO EN MEDICINA

POR

Bernardino Reparaz

10085

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, CALLE DEL PERÚ, Nº 107.

1871

FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES

PRESIDENTE..... Dr. D. Juan José Montes de Oca.
VICE-PRESIDENTE ..... « Nicanor Albarellos.
SECRETARIO (Provisorio) « Santiago Larrosa.

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS
Anatomia y Fisiología.....	Dr. D. Manuel A. Montes de Oca.
Materia Médica Terapéutica..... Farmacología é Higiene	« Adolfo E. Peralta.
Nosografia Quirúrgica.....	« Teodoro Alvarez.
Clínica Quirúrgica. Operaciones..	« Juan José Montes de Oca.
Nosografía Médica.....	« Manuel Arauz.
Partos, enfermedades de mujeres y niños.....	« Pedro A. Pardo.
Patologia general. Anatomía patológica y Medicina legal.....	« Nicanor Albarellos.
Clínica Médica.....	« José Maria Bosch.

SUSTITUTOS

Anatomía, etc.....	Dr. D. Santiago Larrosa.
Materia Médica, etc.....	« Pablo Santillan (en ejercicio.)
Nosografía Quirúrgica.....	« Leopoldo Montes de Oca.
Nosografía Médica.....	« Luis Tamini.
Clínica Quirúrgica.....	« Daniel Iturriós.
Partos, etc.....	« (*Vacante*).
Patología, etc	« José T. Baca.
Clínica Médica.....	« Pedro A. Mattos.

Disector en Gefe,
Doctor D. Daniel Iturriós.

Padrino de Tésis.
Doctor D. Nicanor Albarellos

NOTA. — El padrino de Tésis no podrá tomar la palabra en la discusion, y su presencia solo se considerará como un acto de honor para el ahijado.

(Reglamento de la Facultad).

Á MI QUERIDA MADRE

A vos os dedico este pequeño trabajo; aceptadlo como pequeña prueba del cariño que os tiene vuestro hijo.

Bernardino.

A LA MEMORIA

DEL

DOCTOR Dn FRANCISCO JAVIER MUÑIZ

GRATITUD Y RECUERDO

SEÑORES:

Las leyes inmutables de la naturaleza y el destino comun á todos los seres organizados, han sometido á la mujer igualmente que al hombre á las diferentes revoluciones de la vida; como él, nace, crece, se debilita y sucumbe; como él recorre todas las fases de su existencia, y no llega al término fatal sino despues de haber estado constantemente bajo el influjo de las diferentes causas capaces de alterar su salud. Sin embargo, aunque los dos sexos están espuestos á innumerables enfermedades, no es igual la proporcion en ambos; pues á las muchas afecciones de que ya la mujer participa con el hombre, ha agregado la naturaleza otras que dependen de las penosas funciones que preparan á desempeñar la gran obra de la reproduccion.

Si como ha dicho *Bichat*, las lesiones son siempre mas frecuentes donde hay mas accion; si cada órgano está

espuesto á ser afectado en razon directa de su grado de actividad, no debe extrañarse el número y frecuencia de las enfermedades á que están espuestos *los ovarios;* órganos esencialmente de reproduccion, que están encargados de segregar los gérmenes del nuevo ser.

Efectivamente, no hay ningun órgano en la mujer que esté tan sujeto á alteraciones como los ovarios; las inflamaciones y sus consecuencias; las colecciones purulentas, las degeneraciones escirrosas, encefaloideas esteotomatosas, melánicas, fibrosas, tuberculosas y quistosas, todas pueden encontrarse en estos órganos. Esta última enfermedad, *los quistes del ovario*, es mucho mas frecuente que las otras, y de la que vamos á hacer el objeto de esta última prueba que los estatutos de esta respetable escuela exijen, para obtar al grado de Doctor.

Al emprender este trabajo solo nos anima la esperanza de que nos dispensareis la indulgencia de que tantas pruebas hemos recibido hasta ahora.

Consideraciones Anátomo-Fisiológicas de los ovarios.

Los ovarios en el órden orgánico y en el funcional representan los testículos. Son en número de dos, situados uno á cada lado de la matriz en el ála posterior de los ligamentos anchos, junto á la trompa uterina y delante del recto: tienen la forma de un ovóide de un dedo de grueso, mas voluminoso en la época de la pubertad y cuando se aproximan las reglas; adquieren un volúmen

considerable durante el embarazo, conservándole mucho tiempo despues del parto, y últimamente se atrofian en la vejez. Están cubiertos casi en su totalidad por el peritóneo, escepto en su parte inferior por donde reciben sus vasos; pero ademas poseen una cubierta propia *(túnica alvugínea)*, membrana fibrosa y de color gris blanquecino, con la cual se halla unida íntimamente la lámina peritoneal. Por lo comun es desigual y undida la superficie de estos órganos. Su estremidad interna se halla unida á la parte posterior inferior del ángulo superior del útero por medio de un cordon sólido y fibroso que se denomina ligamento del ovario, y su estremidad esterna se encuentra dirijida hácia el pabellon de la trompa, con el que está unida por una de las franjas del referido pabellon.

Estructura — Hállanse formados por una cubierta fibrosa, que es una espansion del ligamento útero-ovárico, y en la cual se distinguen algunos filamentos interiores, un tejido propio, denso como fibroso y de color blanco rojizo, al cual ha dado Baer el nombre de *stroma*, en él se encuentran encerradas sobre todo mientras la mujer conserva su fecundidad, numerosas vesículas ó vejiguillas de tamaño diverso, que se denominan vesículas de Graaf.

Vesalio parece que fué el primero que ha descubierto y descrito estas vesículas; este grande anatómico indicó que «los ovarios encierran ciertas pequeñas cabidades llenas de un fluido acuoso claro que levanta muchas veces la cubierta del órgano hácia afuera.» Algunos años despues, Falopio descubrió las mismas vejiguillas teniendo sobre Vesalio el gran mérito de haber procurado demostrar, que los ovarios no están encargados de la funcion que se les atribuia entonces de segregar un semen semejante al del hombre. Estas observaciones fueron con-

firmadas por los trabajos de los ilustres anatómicos que florecieron en el siglo XVII; y demostraron despues el importantísimo papel que representan en la generacion.

Segun Raciborski el número de vesículas que existen en el parenquima del ovario puede calcularse entre treinta y cuarenta. Se encuentran con mas abundancia en la cara anterior del órgano; el color de ellas es de un blanco ceniciento.

Cada vesícula está limitada por una membrana hialina simple, la que mas tarde posee otra cubierta esterna llamada por Bischoff *túnica folículi*, muy rica en vasos sanguíneos. Contienen un líquido de color cetrino, límpido y de naturaleza albuminoso, en medio del cual se descubren por el microscopio multitud de granulaciones. — Estas se acumulan especialmente en un punto de la superficie interna de la vesícula que corresponde siempre á la cara anterior del ovario y en donde se encuentra envuelto por ellas el huevo humano con su mancha germinativa.

El ovario recibe sus vasos sanguíneos y sus nervios por el borde inferior adherente. Las arterias le llegan por un tronco comun con el cuerpo del útero, al cual ha designado M. Cruveilhier con el nombre de arteria útero-ovariana. Esta arteria nace de la aorta al nivel de la renal. Las venas son voluminosas y plexiformes; se abren directamente en la vena cava las del lado derecho, y por intermedio de la renal las del izquierdo: estas venas ovarianas reciben casi inmediatamente á las que proceden del cuerpo del útero; tambien han tomado el nombre de venas útero-ovarianas, y presentan en el estado de vacuidad el volúmen que tienen las arterias al fin del embarazo.

Los vasos linfáticos que siguen á las venas y á las ar-

terias ovarianas, pertenecen así mismo al útero y al ovario. Los nervios nacen del plexo lumbar.

El desarrollo de los ovarios tarda en manifestarse durante la vida embrionaria. Nacen como los testículos de un blástemo secundario en el borde interno del cuerpo de Wolf. Situados en los lomos, en las partes laterales de la columna raquídea, descienden poco á poco hasta colocarse en la pequeña pelvis en la época del nacimiento, tomando una direccion oblícua primeramente, despues trasversal á los lados del útero en donde permanecen durante el resto de la vida.

Es en la época de la pubertad que se anuncia en estos órganos un movimiento funcional, marcado por las modificaciones de su parenquima. Antes de esta época, la vida propia de los ovarios permanecia casi en estado latente; pero ahora que debe aparecer la funcion menstral, por un impulso desconocido en su esencia, estos órganos aumentan de volúmen. se hacen blandos y esponjosos y los órganos anexos de la generacion participan de la exitacion funcional, del eretismo vascular y nervioso de que son asiento aquellos.

El excesivo desarrollo del líquido de la vesícula de Graaf trae la dilatacion de sus paredes, su adelgazamiento y su rotura. Rota la cápsula, el óvulo se escapa y es cojido por la trompa de Falopio, para conducirlo al útero. Esta eliminacion tiene por objeto ponerlo en condiciones favorables para su ulterior desarrollo, si en su tránsito del ovario al útero logra fecundarle el licor espermático del hombre. Para este objeto se observa todo el aparato funcional de que son asiento los órganos sexuales. — El crecimiento de una vesícula es la señal de partida; los ovarios, las trompas y el útero se congestionan y de esta

congestion resulta la exalacion sanguínea, que vertiéndose al esterior constituyen los menstruos.

La menstruacion aparece generalmente de los trece á los catorce años, ó sea en la época en que los ovarios gozan en el mas alto grado de toda su energía, y en la que los huevecillos que segregan han llegado á una madurez suficiente para germinar bajo el influjo del licor seminal, ó sea para ser aptos á reproducir un nuevo ser.

Despues de haber sido expelido el huevecillo queda en el ovario una cavidad tapizada por las dos membranas de la cápsula; esta cavidad se llena de un fluido compuesto, ya de la sangre que la rasgadura de la cápsula ha hecho derramar, ya de una materia amarilla encerrada entre las laminillas que cubre el *stroma* ó entre la cápsula y el folículo. El coágulo sanguíneo es reabsorvido poco á poco, la pequeña cavidad se estrecha, sus paredes se aproximan, y resulta por último un mamelorieto amarillo *(corpus lúteum)* que tambien se reabsorve hasta que por fin se cicatrizan los bordes de la abertura.

Definicion.—Divisiones.

Hidropesia enquistada de los ovarios.—Se dá este nombre á una acumulacion de líquido en el ovario que se encuentra encerrado en una ó muchas células ó quistes.

Los quistes del ovario se han dividido en:

1º Quistes ováricos uniloculares en los cuales se halla el ovario convertido en una bolsa única, ordinariamente lisa en su superficie externa, de forma globular, la cual adquiere en ciertos casos dimensiones considerables.

2º *Quistes multiloculares* estos están constituidos por un número mas ó menos considerable de bolsas distintas sin comunicacion alguna entre sí, estos quistes presentan muchas variedades; la disposicion mas general es en las que existe un quiste principal, y muchos quistes secundarios. Es raro encontrar quistes de un volúmen casi igual.

3º *Quistes areolares;* ó *vesiculares* están formados segun Cruveilhier, de vesículas ó alveolos de variables dimensiones, ora independientes, ora con comunicacion entre sí, los cuales se designan con la denominacion de *quistes coloides*. El profesor Becquerel señala tres especies: 1º los *tumores coloides,* constituidos por pequeñas bolsas que contienen un líquido gelatiniforme. 2º los *cisto-sarcomas* que segun Scanzoni, están compuestos de tejido celular en medio del cual se forman cavidades llenas de líquido, y difieren de las anteriores por el grosor de sus paredes constituidas por tegido fibro-plástico y por la naturaleza del líquido que encierran. 3º *Los cisto-carcinomas*, cuyo nombre dá este mismo profesor á los quistes múltiples llenos de cáncer medular; estos son verdaderos cánceres de los ovarios.

4º *Quistes compuestos,* son la reunion de las tres especies de quistes descriptos anteriormente.

El tejido de los quistes del ovario, generalmente es fibroso; el líquido contenido en él, seroso trasparente ó filamentoso como la albúmina, ó de aspecto gelatinoso, puriforme, de color chocolate, ó de café, etc.

La cantidad del líquido ofrece tambien muchas variedades. Al principio de la enfermedad la coleccion de serosidad apenas es perceptible, pero en época mas abanzada puede ser considerable; desde algunas onzas puede llegar á *cien* libras y mas; segun Monró, Wepfer, y otros autores se han visto algunos tumores en que el fluido se-

roso pasaba de *ciento y veinte libs.* Este líquido tiene una densidad que varia entre 1,043 y 1,007. Su reaccion es alcalina ó neutra, nunca ácida; la viscosidad de este líquido depende de un estado particular de la albúmina, de la presencia de una gran cantidad de materias llamadas estractivas y de una cierta proporcion de grasa especialmente de colesterina. La cantidad de materias sólidas varia entre 99,3 y 21,5, proporcion mayor que la que existe en los líquidos de otras hidropesias. La albúmina varia entre 81,6 y 17,4 por mil partes del líquido de una hidropesia del ovario. La fibrina falta con frecuencia y cuando se encuentra es en mínima cantidad: 0,01 á 0,06 por mil partes de líquido. La cantidad de materias grasas varia igualmente; son abundantes cuando ofrece el líquido una consistencia viscosa; se han encontrado en la cantidad de 0,02 á 5,40 por mil. Las sales contenidas en disolucion en estos líquidos son el cloruro de sodio y el fosfato de soda y su proporcion es de 10,5 á 1,5 por mil.

Suele á veces encontrarse mezclado en gran cantidad con pus; otras veces suelen hallarse en él piedras, como lo prueba la observacion de Denis referida por Cazeaux, ó sustancias semejantes al yeso ó la tiza. Puede presentar este líquido, segun algunos autores, una descomposicion pútrida y desarrollar gases que pueden salir al través de la cánula del trocar y hacer creer en una comunicacion del tumor con los intestinos.

Causas.

Los quistes del ovario son bastante frecuentes, segun Scanzoni de 1823 casos de enfermedades de mujeres 97 padecian esta enfermedad.

El primer orígen del mal parece que debe referirse siempre á una inflamacion crónica.

Los quistes de los ovarios solo se manifiestan en la época de la vida en que los órganos genitales gozan de toda su actividad, es decir desde los 20 á los 45 años. Se ha observado no obstante en jóvenes doncellas impúberes y en mujeres que han pasado de la edad crítica, entre las causas predisponentes se ha invocado el celibato y la viudez; pero nada nos prueba la exactitud de esta asercion.

Las causas consideradas como determinantes de la afeccion que nos ocupa son tan vagas como las anteriores; tales son los golpes, las caidas sobre el vientre, los partos laboriosos, la supresion brusca de las reglas, los escesos venéreos, los abortos repetidos, y en fin, todo lo que pueda traer una inflamacion de los órganos sexuales.

Síntomas.

Los síntomas son al principio muy oscuros; pues como entonces producen pocas incomodidades, y se desarrollan generalmente con lentitud, las enfermas no fijan su aten-

cion; pero no bien el tumor adquiere cierto volúmen, se observan los siguientes: por lo general no se quejan las enfermas de dolores agudos sinó en casos excepcionales, cuando existe una peritonitis parcial por ejemplo; pero esperimentan una sensacion vaga de presion ó de escozor en el sitio correspondiente al ovario afecto, que se irradia á la region inguinal y parte superior del muslo. El estado de la menstruacion es muy variable, al paso que en algunos casos se observa una amenorrea, el flujo catamenial es en otras ocasiones mas frecuente y aun mas abundante; las enfermas esperimentan accidentes que pueden muchas veces simular un embarazo; tales como la perversion del apetito y del gusto, el abultamiento de los pechos, la supresion de las reglas, &ª.

El vientre aumenta de volúmen, se pone prominente, y cuando la enfermedad está bastante avanzada se coloca el tumor en la línea media, si bien en un principio forma la prominencia en el lado afecto, mientras que se encuentra deprimido y aplastado el opuesto.

Por la palpacion se percibe en el abdomen un tumor liso ó desigual, que se circunscribe con bastante facilidad cuando no es muy voluminoso, la percursion dá una matitez completa en todos los puntos ocupados por el tumor, al paso que en el lado opuesto y parte superior la sonoridad hace conocer la presencia del intestino, advirtiendo, que cualquiera que sea la posicion en que se coloque á la enferma, no se modifica la estension ni el sitio del sonido macizo. En la mayoría de los casos, y sobretodo cuando el quiste es unilocular y el líquido seroso, se percibe una fluctuacion de las mas manifiestas. Si se aplica una mano en uno de los lados del quiste, y con la otra se dá un pequeño golpe seco, se percibe facilmente el choque del líquido. Cuando este es muy viscoso es

muy difícil comprobar la fluctuacion, y algunas veces se hace inapreciable. A la auscultacion se percibe un ruido de fuelle bastante pronunciado debido á la compresion de los vasos gruesos del abdomen, cuyo ruido segun Scanzoni, se encuentra en los quistes areolares. Otro síntoma suministrado por la auscultacion es el ruido de roce que algunas veces se oye en varios puntos de la pared anterior del abdomen, cuando las enfermas cambian de posicion ó simplemente cuando respiran.

El tacto vaginal permite apreciar la existencia de un tumor movible independiente del útero que, al principio ha conservado su posicion normal; pero cuando el quiste aumenta de volúmen, la matriz se desvia hacia adelante, atras ó lateralmente, ó se disloca hacia arriba arrastrada por el quiste, de suerte que en ciertos casos es imposible percibir el útero en el fondo de la vagina y en otros, sufre un descenso tan considerable que su cuello se presenta en el orificio vulvar.

Cuando el tumor es voluminoso, se observan accidentes por parte de las vias digestivas; disminuye el apetito, la digestion es difícil, hay dispepsia, vómitos y la compresion del intestino grueso impide el paso á las materias fecales y determina el extreñimiento. La presion ejercida por el tumor provoca deseos frecuentes de orinar, se dificulta la respiracion y sobreviene el edema de las estremidades.

Se concibe que todos estos accidentes no deben tardar en ejercer una influencia funesta en toda la economia. Esta especie de caquexia se manifiesta por la palidez de la cara, el enflaquecimiento y la pérdida de las fuerzas; se presenta fiebre y las enfermas terminan por sucumbir.

Diagnóstico.

Los quistes del ovario pueden confundirse mas especialmente con la *ascitis, el embarazo simple ó extra-uterino y los cuerpos fibrosos del útero.*

La ascitis rara vez es idiopática, sino sentomática las mas de una lesion orgánica, fácil de conocer; por cuya razon solo existen dificultades en los casos de ascitis espontánea. Los límites bien perceptibles del tumor, el desenvolvimiento mas marcado de un lado que del otro; el exámen por la vagina que dá á conocer la elevacion del útero que es la ascitís, casi siempre tiene una posicion mas baja, y el exámen por el recto que permite apreciar el acrecentamiento exagerado de un ovario; la percusion tiene gran valor en el diagnóstico; en la ascitis sobre nadan por decirlo así los intestinos en la superficie del líquido contenido en el abdomen, á no ser que estén fijos por numerosas adherencias con la pared abdominal. Así es que por la percusion se reconocen que están empujados hácia las inmediaciones del ombligo cuando la enferma se acuesta de espaldas, al paso que cuando se coloca sobre un costado, son rechazados al lado opuesto. Las regiones lumbares dan siempre un sonido macizo á la percusion; si la ascitis es considerable y la enferma se halla en posicion horizontal, la fluctuacion es tambien mucho mas marcada y está repartida mas uniformemente por todo el abdómen en una ascitis que en un caso de quites múltiples, con los cuales únicamente se pudiera confundir; estos últimos dilatan de un modo

irregular la pared abdominal anterior, al traves de la cual se notan diversas protuberancias mas ó menos voluminosas; ademas, los síntomas generales son mucho menos marcados en caso de quistes del ovario, que de una ascitis.

Se distinguirá de la *preñez* recordando que en aquella el tumor se desarrolla lentamente y al principio en un solo lado, que es circunscrito; que, por la auscultacion no se perciben las pulsaciones del feto: introducido el dedo en la vagina, se advertirá que el cuello del útero es pequeño y delgado, que el hocico de tenca presenta una abertura transversal, estrecha y regular; y que la presion sobre el hipogástrio no le comunica movimiento alguno. El estado de la menstruacion, la edad de la enferma, una esterilidad prolongada despues de muchos años de casamiento, el estado de celibato y otras circunstancias, pueden contribuir para hacer desechar la idea de embarazo.

Es mas difícil distinguir la enfermedad que nos ocupa, de un *embarazo extra-uterino*; cuando puede suponerse su existencia, se procurará reconocer desde luego, los diversos signos característicos de un embarazo; y cuando no se consigue descubrirlos, no habrá derecho para considerar el tumor como un embarazo extra-uterino: sino cuando sus dimensiones corresponden á la duracion del embarazo, y cuando la enferma siente de tiempo en tiempo en el abdomen contracciones dolorosas, y seguidas de un flujo abundante por los órganos genitales, de una mucosidad sanguinolenta, y cuando este líquido contiene numerosos fragmentos membranosos, que, al exámen microscópico, aparecen como pedazos desprendidos de la membrana caduca.

La presencia de ruidos circulatorios en un tumor re-

lativamente pequeño, no carece de importancia para el diagnóstico.

Los cuerpos fibrosos de la matriz pueden tomarse por tumores del ovario; ginecológicos muy distinguidos como Heath, Otter, Atlee y otros, han cometido este error. Con efecto despues de haber comenzado la extirpacion de un tumor que creian provenir del ovario, tuvieron que suspender su operacion, porque despues de haber abierto la cavidad abdominal, vieron que no se trataba de una degeneracion del ovario, sino de tumores fibrosos de la matriz. Los cuerpos fibrosos del útero se desarrollan con lentitud y de un modo insensible, y el tumor que de su presencia resulta, es duro, no fluctuante, y forma cuerpo con el tejido uterino.

Tratamiento.

El tratamiento curativo de los quistes del ovario, puede dividirse en tratamiento interno ó médico y externo ó quirúrgico.

TRATAMIENTO MÉDICO.

Se han aconsejado al principio de la enfermedad la administracion de los sudoríficos, diuréticos, los purgantes, las fricciones en el vientre, etc., pero estos medios casi nunca han dado buen resultado.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Los resultados generalmente desfavorables obtenidos por el tratamiento médico, han inducido á los Cirujanos á emplear medios mas activos. Las operaciones que se han practicado con este objeto, son: la *incision*, la *escision*, el *sedal*, la *puncion*, y por ùltimo, la *estirpacion*; las tres primeras han sido completamente abandonadas, la *puncion* parece que alguna vez ha dado buen resultado, pero generalmente solo es un medio paliativo; voy á ocuparme pues con alguna detencion de la estirpacion ú

Ovariotomía.

Hay en la historia del arte médico un fenómeno singular, y es que, en muy pocos años, la opinion de los prácticos ha cambiado completamente sobre la operacion de la ovariotomía, á causa de la exactitud del diagnóstico de los tumores del ovario y de las modificaciones que ha sufrido el procedimiento operatorio.

No hace muchos años que un sábio, cuyas palabras tienen el valor de un dogma en el arte médico, Scanzoni, profesor de obstetricia en Wurzbourg, decia en su obra ginecológica publicada en 1856:

« La ovariotomía es una temeridad quirúrgica, y es una verdadera locura el que un enfermo, para evitar los tormentos de su enfermedad, quiera someterse á una operacion que, segun todas las probabilidades, puede admitirse que terminará por la muerte; y no se puede disculpar á un médico que se hace el instrumento de semejante suicidio involuntario. »

Y Velpeau decia en el año 1857 :

« Rechazo la estirpacion, pues para legitimarla seria preciso que se hallase en peligro la vida; y para ser racionalmente practicable, exigiria que el quiste tuviese un pequeño volúmen, en cuyo caso puede continuar viviendo la enferma por muchos años. No envidiamos, pues, la ovariotomía á nuestros compañeros de América. La cirugía francesa se halla en el dia en una via excelente, á la vez muy atrevida y prudente, debe renunciar á toda operacion aventurada: y en suma, para que intervenga es necesario que el remedio sea menos peligroso que el mal. »

Se creia que en 1722 Shllenker; habia indicado la posibilidad de la estirpacion de los ovarios y que Laumonier (de Rouen) la practicó por primera vez en 1781 en un caso de quiste del ovario, pero segun Koeverlé un cirujano escocés llamado Houston habia practicado ya esta operacion en 1701 con buen éxito.

En Norte-América Mac Dowal, en 1809, practica la ovariotomia en una mujer que vivió 25 años despues. Nathan Smit, G. Smit, Atlee Peasle, Dunlap etc. son los cirujanos Americanos que practicaron la ovariotomia con mas acierto y con mejor resultado.

En 1829 Lizars, profesor de Edimburgo, hizo varios esfuerzos por introducir la ovariotomia en Inglaterra y no fué sino despues de 1840 en que Baker Brown, Spencer Wells y otros hicieron que la ovariotomia se contara entre las operaciones mas legítimas.

Los mas célebres cirujanos Franceses han combatido y rechazado en todos tiempos la ovariotomia como una operacion mortal y bárbara, hasta que hace muy pocos años Koeberlé ha venido á justificar esta operacion, y que en condiciones dadas debe ejecutarse antes que aban-

donar á las desgraciadas pacientes á sus tormentos y á una muerte cierta y mas ó menos lejana.

Como he tratado de demostrar, aunque á grandes rasgos, la ovariotomia ha presentado fases bien diversas; siendo unas veces rechazada con horror, y admitida otras con entusiasmo. Mac Dowal en Norte-América, Baker Brown y Koeberlé, en Inglaterra y Francia, han atraido á sus ideas á los mas ardientes antagonistas de la ovariotomía, y concluido por hacerla ocupar un lugar importante entre las operaciones mas útiles de la cirujia.

Descripcion de la operacion.

Scanzoni la describe, segun el procedimiento de Langenbek del modo siguiente:

« Se coloca la enferma en la posicion horizontal, á una buena luz, con las piernas dobladas sobre los muslos; la anestesia será lo mas completa que sea posible mientras dure la operacion, que puede calcularse en una hora y media á dos. El cirujano situado al lado derecho de la enferma, comienzan dividiendo la pared abdominal en una estension de 8 á 10 centímetros, yendo prudentemente capa por capa. Practícase la incision en la línea blanca á igual distancia del ombligo y de la sínfisis. Luego que se divide ligeramente el peritoneo, se dilata la incision sobre una sonda acanalada, hasta que sea tan grande como la de la piel.

« Las manos de los ayudantes comprimen el tumor contra la pared abdominal, y despues de dividido el peritoneo, aparece en la herida con la coloracion blanca y brillante que le es propia. Se le mantiene en esta posicion por medio de erinas y se vacia el quiste con un trocar grueso. Una presion suave sobre el abdomen impide tanto la salida de los intestinos como la entrada del aire ó del líquido en esta cabidad. A medida que el quiste se vacia, se le tira hácia afuera de la abertura practicada y si tuviera adherencias con los órganos abdominales, se destruirán con ligeras tracciones ó con el vistúri, hasta que por último aparece en la herida el pedículo del tumor; entonces se corta poco á poco este último, cuidando de hacer por separado la ligadura de cada vaso importante. Se mantiene en la herida la porcion que queda del pédiculo, de tal modo que la parte del peritoneo que cubre á este último, permanezca en contacto con la pared abdominal. Una vez estirpado el quiste, se repondrán las vísceras y se procurará con el mayor cuidado posible sacar por medio de una esponja á propósito todos los líquidos derramados en la cabidad abdominal. En seguida se cierra con cuidado la herida, por medio de una sutura de puntos separados que no interesen el peritoneo, pero que algunos de cuyos hilos pasen por el pedículo.»

Añadiremos, que la primera indicacion del tratamiento consecutivo es prevenir la peritonitis y las hemorragias que se verifican á veces en la estremidad del pedículo del tumor. Para llenar esta indicacion, los mejores medios son la aplicacion de compresas de agua con hielo sobre el vientre y mantener libre este, por medio del calomelano. Si la inflamacion se presenta

seria preciso echar mano de sanguijuelas y demas medios usuales en la peritonitis. Contra una hemorragia consecutiva, no hay otro recurso que la ligadura, que no presenta dificultad cuando el pedículo está mantenido entre los bordes de la incision; pero cuando el pedículo ha sido repuesto en el abdomen y se observan síntomas de una hemorragia interna, hay precision de abrir de nuevo la herida, buscar el vaso que dá sangre y ligarlo. Las hemorragias producidas por la ruptura de las adherencias del quiste, están generalmente fuera de los recursos del Cirujano. El peor de todos los accidentes que pueden sobrevenir despues de esta operacion, es el colapso, que es casi siempre el precursor de la muerte, sobre todo despues de la estirpacion de tumores voluminosos. Aparecen á veces despues de la operacion y á consecuencia de las tracciones y contusiones que sufren los nervios del pedículo, dolores muy fuertes; otras veces hay vómitos, que si son muy tenaces, son un signo de muerte probable. Estos síntomas reclaman el uso de los narcóticos.

Antes de pasar á la estadística voy á ocuparme del momento en que ha cambiado la direccion de los espíritus, en favor de la ovariotomia.

Este cambio se inició con la invencion de la *grapa* para la ligadura del pedículo, invencion debida á Spencer Wells. En vez de ligar el pedículo y cada vaso por separado, Spencer Wells aplicó su *grapa* que comprimiendo la totalidad del pedículo, le reponia en el ángulo inferior de la herida. En el espacio de seis dias, cae la grapa por sí misma.

Backer Brown adelantó un poco mas. Ligó el pediculo lo cortó y luego lo cauterizó con el hierro can-

dente, reponiéndolo en seguida en el abdómen, *ligatures perdues* de los Franceses.

Pero el último grado de perfeccion alcanzado en la ovariotomía por la cirugía moderna se debe á Koeberlé y á Spiegelberg, que usando la galvano-cáustica para seccionar el pedículo, cortan y queman al mismo tiempo. Ellos son los que hasta ahora han obtenido los mejores resultados en esta grave operacion.

Estadística.

En los primeros tiempos y cuando se ligaba el pedículo y cada vaso por separado, la estadística de Scanzoni daba una mortalidad de 72 por 100, proporcion que justifica su calificativo de *temeridad quirúrgica* aplicado á la ovariotomía.

Mas tarde, cuando se tuvo mas exactitud en el diagnóstico y no se operaron ya los carcinomas, la proporcion de mortalidad cayó, segun Fock á 59 por 100.

Este cambio hizo ya decir á Vidal. «En caso desesperado, un Médico haria mal abstenerse de operar.»

Spencer Wells inventó la grapa, y desde entonces solo perdió 21 entre 75 operados, lo que equivale á 28 por 100.

Keith, operando en las mismas condicionos que Spencer Wells, perdió de 48 operados solo 11, igual á 23 por 100.

Backer Brown, el inventor de la cauterizacion del pedículo, perdió 5 de 36 operados, ó sea un 14 por 100.

Segun la última estadística compilada por el profesor Veit en 1866 se practicó la ovariotomía 100 veces en ese año y curaron 77 enfermos, muriendo solo 23 por 100. Veit puede decir por eso: «Este hecho, basta para convencer á los adversarios de esta operacion. Este método está plenamente justificado y es un beneficio para las desgraciadas que reclaman la ovariotomía.»

La estadística demuestra, pues, que la sencilla amputacion de los miembros tiene una mortalidad mucho mas desfavorable. En efecto, segun la estadística de Paul de 8,315 amputados, murieron 2,622, igual á un 31 por 100: y la amputacion de los miembros inferiores dá una mortalidad de 46 por 100.

Tales cifras hablan muy alto en favor de la ovariotomía.

Lo que importa en esta operacion la destreza y habilidad personal lo demuestra el ejemplo de Keith. Hizo 48 veces la operacion y obtuvo:

En las primeras	16 operaciones.....	6	muertos
« segundas	16 «	3	«
« terceras	16 «	2	«

Estos hechos incuestionables que destruyen la última duda en la ejecucion de esta operacion, imponen á los cirujanos el deber de adiestrarse en ella como en todas las operaciones, para encontrarse en disposicion de practicarla con buen éxito cada vez que sea necesario y esté indicada á fin de librar á las pobres mu-

jeres, de una enfermedad que las hace morir lentamente en medio de molestias sin fin y martirizadas con punciones inútiles y con inyecciones peligrosas.

Paso á la relacion de las dos únicas operaciones de ovariotomía que se han hecho en Buenos Aires y cuyos pormenores debo al distinguido cirujano que las ejecutó Dr. D. Juan Alston.

« La Señora Doña I. de O. — Edad 40 años, viuda, y madre de varios hijos, la primera vez que la ví fué en el mes de Agosto de 1869. La enfermedad que la aquejaba habia sido diagnosticada como prolapso del útero, obligándola á usar durante algun tiempo un pesario. Despues de un reconocimiento prolijo quedé convencido de la existencia de un tumor en el ovario, el estado de la enferma se habia deteriorado mucho, el apetito faltaba del todo y existia una irritabilidad excesiva del estómago, todo movimiento le era penoso, y apenas podia caminar de una pieza á otra, el desarrollo del vientre habia sido rápido y constante. Cerciorado pues de la naturaleza de la enfermedad, y á fin de ganar tiempo para estudiar lo que se presentaba en el cuello del útero, me limité á mejorar la salud general de la enferma, y al mismo tiempo consultar la opinion de algunos de mis cólegas sobre si el caso era para practicar una operacion, y si esta podia efectuarse aquí ó era necesario que se hiciera en Europa.

« Los Dres. Alvarez, Aberg, Rawson y Molina estaban conformes con el diagnóstico de un tumor en el ovario, pero en cuanto á la naturaleza de los tumores del cuello, habia divergencia de opinion, unos los consideraban como simple hipertrofía con induracion, y otros como tumores distintos; aceptaron el tratamiento adoptado, acordando en la *puncion* del tumor una vez que se presentára el mo-

mento oportuno, oponiéndose por otra parte á la idea de un viaje á Europa.

«Sobre la operacion radical no emitieron su opinion, la enfermedad sin embargo seguia progresando, y á fin de Enero fué necesario *punzar* el tumor, lo que efectuado, dió salida á un líquido oscuro, de la consistencia de la miel de aveja, cuya cantidad no pasaba de cuatro litros, habiendo el volúmen del tumor disminuido poco y revelando que el *Kiste* ocupaba mucha estension, y era de tamaño enorme, en estas circunstancias una intervencion enérgica se necesitaba, si no queriamos entregar á la enferma al destino que la aguardaba, pues las fuerzas disminuian cada dia mas, sobreviniendo náuseas contínuas é hipo. Llamé entonces á los Dres. Leeson, Marengo, Quinche y Finck, quienes confirmando mi diagnóstico, me aconsejaron practicase cuanto antes la operacion radical, como el único remedio para postergar el êxito fatal que amagaba de un dia para otro. Como el período mensual se acercaba, nos resolvimos esperar que este pasase para entonces proceder á la operacion.

«El 22 de Abril de 1870, ayudado por los Dres. Leeson, Marengo, Quinche y Finck, practicamos la operacion que segun creo, es la primera que se ha practicado en el país. Habiendo administrado el cloroformo por medio del aparato de *Snow*, practiqué una incision linear en toda la estension de la línea alba, desde una pulgada arriba del ombligo, hasta media pulgada del pubis, cortando mucho tejido adiposo, dividiendo cada lámina de los músculos abdominales una por una hasta que llegamos al tumor. Este era de un gran tamaño y parecido en su aspecto á una placenta, con una capa de linfa en su superficie, y adherente arriba y atras, á los tegidos adyacentes, hubo que ligar una arteria y romper las adhe-

siones, en seguida introdujimos un *trocar* de media pulgada de diámetro y de la forma empleado por el Dr, Spencer Wells, la materia de esta parte no corria por la cánula por ser muy espesa, teniendo que introducir otra cánula de calibre igual en otra parte, con resultado parcial. En esta situacion mis cólegas me aconsejaron que evacuase el tumor mediante una incision libre, lo que acto continuo, se virificó, dando salida á una materia espesa y consistente como la miel de abeja, pero como quedaba todavia poco reducido de volúmen el Dr. Marengo introdujo la mano rompiendo los quistes secundarios, maniobra que completé con las tijeras. Recien entónces nos fué posible evacuar el tumor, sacando con las manos materia coagulada, y demasiado espesa para correr por si sola, en seguida un compañero introdujo sus manos debajo del tumor, lo levantó afuera del abdómen, mientras que otro aplicó el *clamp* al cuello del tumor, el cual corté á la distancia de una pulgada del *clamp*. Los bordes de la herida se reunieron por medio de dos hilos de sutura, una de plata que atravesaba todo el espesor de las paredes del abdómen, otra de seda que solamente interesaba el cútis y tejido celular, encima de este se aplicaron unas ojas de *colchao* las que se cubrieron con una venda ancha de franela, acomodando á la enferma en una cama arreglada á propósito.

Estaba todavia en un abatimiento extremo que resulta de las operaciones capitales, pero afortunadamente no tenia vómitos, ni ningun otro síntoma adverso; se le administró un *supositorio* de opio, y en este estado la dejamos. La operacion duró precisamente una hora, quedando todo este tiempo bajo la influencia del cloroformo. La cantidad que se empleó de este anestésico no alcanzó á una onza. A las cinco de la tarde del mismo dia, la

reaccion se estableció completamente, siguiendo la enferma sin mas novedad que continuando el movimiento febril hasta el 7° dia. La herida se cerró por primera intencion, el *clamp* fué sacado al quinto dia, una parte de las suturas en el cuarto y el resto en el quinto dia. Trece dias despues de la operacion, la herida estaba completamente cicatrizada. La cáscara del tumor pesaba 22 libras, y lo contenido llenó tres palanganas grandes equivalentes cada una á diez libras, resultando el peso todo 52 libras. Los instrumentos empleados fueron los de Spencer Wells. Los síntomas que resultaban de la operacion no tenian nada de interés. El mayor sufrimiento que esperimentó la enferma, era debido á una enfermedad distinta, que sentia desde muchos años á consecuencia de un parto, esta era una movilidad de los huesos que entran en la sinfisis sacro-iliaca, causándola dolores fuertes en las caderas, siempre que se acostaba de espaldas, posicion que es rigurosamente exijida despues de esta operacion. Por lo demas el tumor estaba próximo á reventar, mientras que por el otro lado los órganos contiguos estaban sanos, ó en un estado compatible con la salud, el ovario derecho estaba sano, el útero natural en su forma y volúmen. La única circunstancia que nos habia hecho titubear para practicar la operacion era la afeccion del cuello del útero la que queda hoy dia en el mismo estado que antes; en cuanto á la naturaleza de esta afeccion habia una divergencia de opiniones entre mis cólegas. Unos la miraban como una hipertrofía simple del cuello del útero, otros la consideraban como tumores independientes desarrollados en el tejido uterino, esta última opinion era la mia, y en esta quedé completamente confirmada por el exámen hecho despues de la operacion. La determinacion de este punto tiene una

influencia importante sobre el porvenir de la enferma. Cuando consideramos la frecuencia con que las enfermedades Kisteformes del testículo van acompañados del cáncer del mismo órgano, entónces tenemos que admitir la posibilidad de que estos tumores hoy quizá inocentes, pueden degenerar con el transcurso del tiempo en una enfermedad maligna. »

«La Sra. de Risso de 28 años de edad, casada y madre de un niño. Vi por primera vez á esta enferma en el mes de Noviembre de 1870, en consulta con los Dres. Gallarani y Amoedo. La encontré con el abdómen enormemente dilatado, edema de las estremidades y de la pared del vientre; la posicion que la era ménos incómoda era semi-acostada, y los movimientos sumamente difíciles. Las funciones gástricas estaban alteradas; habia anoxexia, náuseas, flatulencia, la respiracion fatigosa aumentándose esta con el mas ligero ejercicio; el pulso de 118 por minuto, los latidos del corazon débiles; la enferma habia enflaquecido tanto que estaba reducida á la apariencia de un esqueleto; su moral muy afectada teniendo el convencimiento de que se la acercaba su última hora.

« Dice que hace como un año y medio, ocho dias despues de dar á luz su primero y único hijo, sintió un dolor en el lado derecho de la parte baja del abdómen y poco despues notó en este sitio un tumor que ha ido aumentándose hasta la fecha.

« El tumor comunica al tacto una fuerte sensacion; es elástico inmóvil y en ciertos puntos semi-fluctuante. El abdómen excesivamente dilatado, descansa en las rodillas cuando la enferma se halla sentada. El útero

del tamaño normal, sus tegidos parecen sanos, y la menstruacion era regular hasta hace tres meses.

« La enferma ha sido visitada por muchos miembros de la profesion en Buenos Aires, quienes han indicado á la familia que nada puede hacerse en este caso.

« Un Homeópata hizo la puncion del tumor hace dos meses en la creencia que se trataba de una ascitis extrayendo con dificultad como 25 lbs. de un líquido espeso. Como dos semanas despues, el Dr. Rivas fué llamado para ver á esta enferma, y desde luego hizo una puncion pero solo consiguió extraer seis onzas de un líquido claro y tenaz. Sospechaba que el tumor era de naturaleza ovárica, y á solicitud suya fuí llamado para atender el caso, y llegué por exclusion, á un diagnóstico semejante. La enferma fué despues visitada en consulta por los Dres. Rivas, Gallarani, Amoedo, French y Macdonald, estos señores convinieron en el diagnóstico y aconsejaron la operacion de acuerdo con los deseos de la enferma.

« El caso estaba muy adelantado, sino demasiado para ofrecer la perspectiva de un feliz resultado; pero como no se podia retardar la operacion, se resolvió esperar solo un tiempo favorable para practicarla.

« El 28 de Noviembre (1870) en presencia y con el auxilio de los referidos amigos médicos, procedí á la extirpacion del quiste, abriendo la pared abdominal desde el ombligo hasta el púbis en el sentido de la línea alba. Encontré el peritóneo parietal y visceral en contacto y casi adheridos sobre todo á la parte anterior y lateral del tumor, que era de un tamaño enorme, se separaron cuidadosamente todas estas adherencias y se dejó completamente libre la parte anterior del tumor, con el objeto de que disminuyera

de volúmen, á fin de separar sus adherencias profundas, introduje un trocar grueso en la parte anterior del tumor, pero disminuyó poca cosa lo mismo que en la 2ª y 3ª vez que se repitió la puncion. En este estado uno de mis cólegas con el laudable deseo de separar rápidamente las adherencias posteriores, elevó el instrumento hácia un punto delicado en la superficie superior y posterior del quiste, causando un derrame del contenido del quiste en la cavidad del peritoneo. En tales circunstancias no me quedaba otro camino que penetrar con el briturí en la masa del tumor y disminuir así rápidamente su contenido, á fin de sacarlo de la cavidad abdominal, y extraer inmediatamente la sangre y los contenidos del quiste que se acumulaban allí. Con la hábil y eficaz ayuda de los caballeros presentes se efectuó así: se sacó el tumor y siendo excesivamente cortos los pedículos (eran dos) para aplicar el constrictor, se ligaron reponiéndolos en el abdómen; tambien ligué varias ramas pertenecientes al gran omento.

« El ovario opuesto se hallaba completamente sano, pero el útero estaba atrofiado. Cerré la herida abdominal en la forma usual y se trasladó la operada á su cama. La operacion duró dos horas, se la ordenó caldo flaco y hielo por cuanto habia algunas náuseas, y una tendencia á irritacion de estómago.

« 28 de Noviembre, 7 de la tarde.—La enferma se encuentra regularmente, se queja de dolor en el vientre, ha tenido algunas náuseas, la lengua húmeda, el cutis traspirando, caliente y húmedo, el pulso 150, filiforme.

« 29 de Noviembre, 9 de la mañana.—Ha pasado buena noche, ha dormido un poco, ha tomado hielo y

pedido un poco de caldo y agua con vino que tambien ha tomado; pulso 160, respiracion buena, el cutis y la lengua húmedos, no tiene dolor, la orina que ha sido movida cada cuatro horas por medio de la sonda, es clara y abundante; ha tomado caldo y se encuentra bien, el mismo tratamiento.

« 29 de Noviembre, 7 de la tarde.—Sigue bien, el mismo tratamiento.

« 30 de Noviembre, 9 de la mañana.—La enferma ha pasado muy buena noche, ha tenido ligeros dolores cólicos que desaparecieron despues de alguna flatulencia, se la administró un supositorio de ópio y durmió toda la noche; temperatura buena, lengua seca, aspecto bueno, con muy buen ánimo y deseo de conversar: pulso 160, vibratorio, quiere caldo, sigue el mismo tratamiento.

« 30 de Noviembre, 5 de la tarde.—Dice siempre que se encuentra bien y sigue con buen humor, ha tenido algunas náuseas, el estómago ácido, lengua seca, pero clara y roja; traspirando, orina abundante, pulso 150 fuerte y vibrante. Mis cólegas en consulta fueron de opinion de que el caso marchaba bien, y que los resultados eran mejores de lo que habiamos esperado; manifestando la enferma, que dentro de pocos dias se levantaria. A la noche nos llamó la atencion la fuerza y vibracion del pulso, pues entraba en un dia de crísis.

« Diciembre 1°, 8 de la mañana.—Cerca de las once de la noche anterior la enferma empezó á desfallecer pero despues de una cala de ópio se encontraba mejor á las 5 de la mañana cuando la vió el Dr. Rivas; despues de esta hora tuvo un acceso de sofocacion, se fué debilitando gradualmente y ahora se en-

cuentra en agonía. A las ocho y media de la mañana murió.

« La herida del abdómen ha cicatrizado por primera intencion. Los parientes de la difunta no permitieron se hiciera la autopsia.

« El notable poder de resistencia despues de la operacion, contra la idea formada al encontrar tan íntimas adherencias, me dió mucha esperanza de curacion; y prueba de un modo satisfactorio, segun la opinion de todos los médicos presentes, que si la operacion se hubiese ejecutado algun tiempo ántes, hubiera tenido un resultado feliz.

« El tumor tenia el enorme peso de 70 lbs. adherente en todas sus partes; la enferma anémica y sin fuerzas; en vez de aplicar el *constrictor* á los pedículos, y sostenerlos en la herida, fué necesario usar de la ligadura y reponerlos en el abdómen. El contenido del tumor y los coágulos que á pesar del cuidado con que se procuró extraerlos, deben haber quedado: todo contribuia á temer un mal éxito; sin embargo de que mi propia opinion confirmada por la de mis comprofesores, era de que si no hubiera sido por la probable formacion de un coágulo cardíaco, habriamos conseguido salvar á la enferma.

« Me he estendido sobre este caso con la esperanza de que mis demas cólegas puedan apreciar con mas claridad la inmensa importancia de esta operacion, y la de ejecutarla á tiempo, como el *único medio* de evitar una muerte segura.

« Tambien creo que todos los insucesos de operaciones grandes y en especial las que tienen un carácter de ensayo, debieran hacerse conocer de todos, á fin de

que alguno mas inteligente, en virtud de tales datos pueda descubrir los obstáculos que burlaron las esperanzas del cirujano operador, y venga á ser asi para él y para todos, el paso que lo aleje del peligro y de la muerte.»

Vº Bº

N. Albarellos.

Esta Tésis está conforme con las prescripciones del Reglamento de la Facultad.

Manuel Arauz.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1ª ¿La vida es un principio ó un resultado?

2ª ¿Cómo obran los agentes sustitutivos?

3ª *In ictericis hepar durum fieri malum* (Hipoc. Aphor, 42, sec. 6ª.)

4ª ¿En qué se distingue la periostitis de las otras enfermedades de los huesos?

5ª ¿En qué casos la amputacion *sur le champ* está indicada?

6ª ¿A qué se llama *trismus nascentium?*

7ª Del secreto en Medicina.

8ª Causas que reconoce la ascitis.