

GINECOLOGIA.

Quiste ovárico unilocular.—Ovariectomía.—Curación.—Legitimidad de la Laparotomía exploradora.

Memoria leída en la Academia N. de Medicina de México, la noche del 16 de Mayo de 1894.

SEÑORES:

GL hecho clínico que voy sucintamente á referiros es bien sencillo, pero sugiere algunas enseñanzas.

El 15 de Junio del año próximo pasado era recibida en el servicio quirúrgico del Hospital de Jesús una enferma llamada R. R., nacida en Ayapango, de 36 años de edad, casada y de buena constitución. Sus antecedentes hereditarios y patológicos no ofrecen nada interesante; el padre murió de alcoholismo crónico; y no proporciona la paciente dato alguno acerca de la causa que motivara el fallecimiento de la madre.

A la edad de siete años enfermó de sarampión, y ocho años después apareció normalmente la primera menstruación, que continuó con regularidad, y duraba cinco días; casó á los 18 años, y á los 22 daba á luz por vez primera un niño que falleció á los tres años; pocos días después de este suceso nació su segundo hijo que murió dos años más tarde; un año después tuvo el tercero, que vive aún; y finalmente á los 24 meses de este alumbramiento, abortó un producto de tres meses, á consecuencia de un esfuerzo.

Hace como seis años sintió arriba de la ingle derecha un tumor duro, alargado, y del tamaño de un huevo de gallina; al principio indolente, el tumor tornóse doloroso hace cinco años; el dolor se irradiaba hacia la izquierda; dolor y abultamiento fueron aumentando de día en día, hasta la entrada de la enferma al hospital, en donde, merced al reposo, disminuyó el primero.

El día que la examiné, presentaba su vientre abultado; por la palpación podía reconocerse la existencia de un tumor intra-abdominal, de consistencia dura, sin huella de fluctuación, móvil, de figura ovoidea que partiendo de la porción más inferior del hipogastrio, llegaba hasta un poco arriba del ombligo.

El tacto vaginal hacía reconocer el cuello uterino alargado; el útero móvil, y el fondo de saco lateral derecho algo borrado.

La exploración bimanual enseñaba que los movimientos que se imprimían al tumor no se comunicaban al órgano gestatorio, y *viceversa*; y que aquel gozaba de extensa y libre movilidad.

Valorizando los datos que consigno, parecióme que el diagnóstico no podía fluctuar sino entre estas dos enfermedades: *quiste ovárico unilocular y fibroma sub-seroso de evolución abdominal*. Si su aparente independencia del útero hablaba en favor del quiste, podría explicarse, en caso de fibroma, reflexionando que el largo pedículo que revelaba la exploración le hacía, si puedo explicarme así, clínicamente independiente de la matriz; y por otra parte la falta de adherencias y la consistencia durísima, militaban en favor del fibromioma.

No pretendo ciertamente que un quiste ovárico aún de mucha mayor edad que el que refiero, no pueda permanecer sin adherencias, pero estoy persuadido de que todos los médicos que están versados en la cirugía abdominal ginecológica, habrán notado como yo, la rareza de ese hecho.

Así pues, me incliné más bien á admitir la existencia de un tumor sólido; y convencido de que, en una ú otra eventualidad, la indicación quirúrgica era extirparle, no completé la exploración, recurriendo, como debí hacerlo, al cateterismo uterino, que habría resuelto el problema.

El día 26 de Julio del año próximo pasado practiqué la operación: antes de trasladar la enferma á la sala operatoria, supliqué á mis distinguidos compañeros y hábiles cirujanos, los Dres. Zárraga y Garay, se sirvieran examinarla, y ambos creyeron justificada mi opinión.

Previas las precauciones antisépticas y ayudado por los Dres. Zárraga, Garay, Magaña, Martínez Felipe y López Rafael, y de los practicantes Sres. del Raso y Saldaña, hice una incisión como de 12 cent. de longitud, que comenzando á 6 cent. arriba de la sínfisis púbica llegó hasta el ombligo; abierta la cavidad abdominal toqué el tumor, y ví que no era fibroma, sino quiste; introduje una mano y confirmé que era completamente libre, y que se prolongaba muy más allá del ombligo; que el límite superior era aparentemente más bajo, merced á la disposición del tumor que

á nivel del ombligo presentaba una abolladura en su pared anterior y luego se dirigía bruscamente (acostada la mujer) hacia abajo y hacia atrás; en esta depresión se hallaba una parte del intestino delgado interpuesto entre el quiste y la pared abdominal anterior; prolongué la incisión arriba del ombligo; puncioné la bolsa con el bisturí, en tanto que los Dres. Zárraga y Magaña, oprimiendo los labios de la herida contra el tumor, impedían que el contenido cayera en la cavidad peritoneal; extraje la bolsa; ligué fuertemente con hilo grueso de seda el pedículo, que fué reducido después de la sección; resequé una parte del gran epiplón que sangraba bastante; loción intraperitoneal con solución muy diluida de bicloruro de mercurio para extraer la sangre derramada; y concluí con la sutura en planos, haciendo uso del catgut para la interior y media, y de seda para la exterior; y por fin cura y vendaje antisépticos.

Concluyó la operación á las 5 de la tarde: esa noche fué muy tranquila, no hubo vómitos; la enferma durmió regularmente; orinó con espontaneidad y sentía algunos dolores.

He aquí los resultados de la termometría:

Día 26 á las 8 P. M.	37°2		
„ 27 en la mañana	37°1	En la noche.....	37°
„ 28 ídem ídem....	36°8	Ídem ídem.....	36°4
„ 29 ídem ídem....	36°8	Ídem ídem.....	37°
„ 30 ídem ídem....	36°9	Ídem ídem.....	36°8
„ 31 ídem ídem....	36°2	Ídem ídem.....	No fué tomada.
Agosto 1º de 93 ídem ídem...	36°6	Ídem ídem.....	37°2
„ 2 ídem de ídem....	36°6	Ídem ídem.....	37°1
„ 3 ídem de ídem....	36°7	Ídem ídem.....	37°

El 4 de Agosto se cambió el apósito y se quitaron los hilos de la sutura cutánea, encontrándose la herida completamente cicatrizada.

En una de las últimas sesiones de la extinguida Sociedad Ginecológica, tratóse incidentalmente de la laparotomía exploradora; y las opiniones que entonces se emitieron, demostraron que no estaban bien definidas las ideas acerca de esta cuestión.

Yo he venido sosteniendo desde hace varios años no sólo la absoluta necesidad de emprender esta operación desde el punto de vista del diagnóstico, sino también, que toda laparotomía, aun la que se ejecute para cu-

rar una lesión que parezca de antemano perfectamente definida, tiene algo de exploradora.

Para convencerse de la exactitud de esta proposición basta recordar la historia patológica de los tumores pélvico-abdominales, y á este respecto me tomaré la libertad de recordar someramente algunos hechos.

Sin hablar de las dificultades que presenta á veces el diagnóstico preciso de la longitud y grosor de los pedículos de los cistomas, recordaré la casi imposibilidad de conocer, por la simple exploración, sus adherencias con el intestino delgado, el gran epiplón ó las posteriores.

Respecto á determinar las dimensiones reales de un neoplasma, el caso que he referido parece hecho *ex profeso* para señalar nos las graves dificultades que su exacta determinación comporta, antes de practicar la incisión exploradora.

Si procurase confirmar con respetables autoridades la necesidad de esta operación exploradora, me bastaría citar las siguientes líneas escritas por el Dr. Segond en el tomo VIII, pág. 659 del Tratado de Cirugía de Duplay y Reclus: "En cuanto á las *adherencias viscerales*, no pueden ser reconocidas sino durante la operación. No obstante la aparente precisión de estos diversos elementos de diagnóstico, es imposible, en varios casos, afirmar la existencia ó la ausencia de adherencias;" y en la pág. 661 de la misma obra: "Todos los detalles que preceden, muestran que el diagnóstico de los quistes ováricos ofrece, en ciertos casos, las más serias dificultades. He dicho cómo la punción exploradora podría, en varias circunstancias, darle uno de los más útiles apoyos; pero me queda por hablar de un medio de exploración mucho más directo y seguro, cuyo empleo se generaliza más y más en cirugía abdominal: he nombrado la *incisión exploradora*."

En la "Cirugía Clínica y Medicina Operatoria" de Albert, artículo: "Laparotomía," se lee esta significativa frase: "El hecho de las laparotomías exploradoras, es, en cierto modo, como la firma de la cirugía de nuestra época."

En cuanto al hecho clínico que motiva esta breve comunicación, si bien es cierto que la incisión abdominal rectificó mi juicio, debo manifestar que, entre otras razones, la extraordinaria abundancia y la gran presión á que se hallaba el líquido del quiste, puedan explicar el error que, según ingenuamente he confesado, pudo rectificarse mediante el cateterismo de la matriz.

México, á 16 de Mayo de 1894.—T. NORIEGA.