

CONTRIBUCIÓN PERSONAL A LA CIRUGÍA CONSERVADORA DE LOS OVARIOS

(Trabajo de Ingreso leído en la sesión extraordinaria celebrada el 29 de mayo de
1907)

Sr. Presidente. Sres. Académicos:

Dos tendencias contrapuestas se han sucedido en la evolución de la cirugía ginecológica: la **radical**, que trataba de conservar la existencia mediante el sacrificio de las funciones de reproducción, y la **conservadora**, que quiere preservar la integridad anatómica y fisiológica del aparato reproductor; y yo que he asistido al desenvolvimiento de ambas durante mis estudios y el tiempo que llevo de ejercicio profesional, intentaré bosquejar, en este solemne acto, los resultados de mi labor quirúrgica conservadora: sobre el ovario; órgano primordial que, por los altos fines de sus funciones, amerita la determinación que anima a los cirujanos del presente de conservar su existencia, total o parcial, de modo que realice la misión fisiológica que le corresponde. Bosquejo científico, que, sin pretensiones de originalidad dedico como homenaje de filial respeto a la memoria de un académico insigne, a cuyos sanos consejos, hijos de su sabia previsión, de su inmenso caudal científico y mundano, de su intachable honorabilidad, procuro ajustarme en el ejercicio de la profesión que supo enaltecer con sus virtudes y con su saber. Me refiero al doctor Vicente Benito Valdés, el amigo de mi padre, que a esta Corporación honró con sus modestas y notables producciones, legándole además el ejemplo de su escrupulosa rectitud y de su inagotable bondad.

I

La castración practicada por los romanos con el objeto de producir la esterilidad en las prostitutas o de refrenar pasiones vivas y desordenadas, entró en el dominio de la terapéutica, gracias a **Percival Postt** (1790) —que trató por ella un caso de hernia de ambos ovarios. Posteriormente la utili-

zaron por quistes bilaterales del ovario, **Astlee, Clay, Baker-Brown, Spencer- Wells, Koeberle y Pean**; pero fue **Lawson-Tait** (1871), quien la aplicó de un modo sistemático a las afecciones de los anejos uterinos, revolucionando la terapéutica de las enfermedades pelvianas con los brillantes resultados alcanzados por su método, impuesto a la opinión científica de la época, a pesar de las protestas de **Bailly**, al denunciar las profundas alteraciones físicas y fisiológicas que determinaba en la mujer.

La terapéutica radical se mantuvo triunfante largos años frente a las operaciones conservadoras de **Schroeder** (1878), **Martin** (1879), **Spencer- Wells** (1882), y la tenaz oposición de **Mundé, Noegerath, Doleris, Terrillon, Quenu, Pichevin, Polk**, hasta que en 1889 se publicó la brillante memoria de **Gloevecke** sobre los trastornos físicos y morales consecutivos a la ablación bilateral de los ovarios; trastornos comprobados por **Schmalfuss, Kerppler, Gottschalk, Scbautta, Zweifel y Knauer**, en Alemania; **Grammatikati**, en Rusia; **Pozzi, Pinesse, Canu, Pauchet y Jayle** en Francia; **Lusk y Goodwell** en Norteamérica, y por cuantos hayan seguido el curso ulterior de todas sus operadas.

De esta memoria partió, en realidad, el grito de alarma y se originó la reacción conservadora de la cirugía ginecológica que ha culminado hoy en resultados satisfactorios, a veces ineseprados, que registran las estadísticas de todos los cirujanos contemporáneos.

II

La castración en plena actividad sexual determina la menopausia prematura, suprime la posibilidad del embarazo y lo que es más serio, origina trastornos y perturbaciones en el organismo femenino debidos a la supresión brusca y violenta de la ovulación y de la llamada **secreción interna del ovario**; función compleja cuya existencia se admite por analogía a lo que ocurre en otras glándulas cerradas como el tiroides y las cápsulas supra- renales, a las que se atribuye una secreción indeterminada que probablemente consistirá en la elaboración de una sustancia que absorbida y utilizada por la economía mantiene un equilibrio fisiológico, concurriendo al conjunto de las funciones orgánicas, equilibrio que se rompe cuando son destruidas sus fuentes de producción.

Hoy se admite, por generalización, que todo órgano glandular suministra elementos que contribuyen a la nutrición general del organismo de que dependen. Tienen dos funciones, una propia, externa, visible, y otra interna de orden colectivo; a los productos de elaboración glandular que vierten al

exterior, se agregan otros llevados a la sangre, de composición ignorada, cuyo carácter esencial es favorecer las oxidaciones, en otros términos, activar los fenómenos de nutrición.

Desde que **Kocher** y **Reverdin**, en 1882, comprobaron los perniciosos efectos de la ablación del cuerpo tiroides y estudiaron la fisiología del órgano dándose cuenta del origen de dichos trastornos, se procuró por analogía investigar la influencia de la ablación de la glándula ovárica sobre la nutrición general y el desarrollo del sistema genital de la mujer.

Los conocimientos fisiológicos adquiridos por las notables investigaciones de **Brown-Secquard** (1889), facilitaron determinadas tentativas terapéuticas y dieron a conocer los buenos resultados de la opoterapia y del injerto tiroideo, en los casos de insuficiencia funcional del tiroides, tanto congénita como adquirida.

Los trastornos que suceden a la castración son idénticos a los que se observan en los casos de hipoplasia congénita o detención del desarrollo del ovarios por infecciones ascendentes o generalizadas. Unos y otros ceden con las trasplantaciones ováricas y las publicaciones de **Lomean** (1892), **Routh** (1894) **Landan** (1895), **Muret** (1896) y **Jayle** (1896), permitieron establecer dicha identidad.

Según **Caratillo**, **Tarulli**, **Wendeler** y **Jayle**, el ovario fabrica una sustancia que actúa sobre el sistema simpático. En el estado normal esa secreción se realiza durante la ovulación y su acción se ejerce sobre los nervios vasodilatadores del útero determinando la menstruación, cuya periodicidad y modificaciones están sujetas a las oscilaciones de dicha secreción.

La existencia de esa secreción interna se funda sobre los trastornos que siguen a la castración y sobre la acción del jugo ovárico. El estudio fisiológico de la cuestión no permite considerarla más que como una hipótesis verosímil; pero el estudio histológico del ovario demostrando la presencia de un tejido comparable al de una glándula, constituye una confirmación aceptable de las teorías que explican los trastornos subsiguientes a la castración por la supresión de una función secretoria interna.

En efecto, **Bohm**, **Fraenkel** y **Lebreton** han demostrado que la estructura histológica del cuerpo amarillo es absolutamente igual a la de las glándulas cerradas, glándulas llamadas de secreción interna; y **Bcmin** y **Limón** han comprobado en el ovario, la presencia de unas células intersticiales agrupadas alrededor del tractus vascular con el que entran en contacto y a las que proponen denominar glándulas intersticiales del ovario. La formación

de esas células durante la vida presexual y después de cada ovulación, podría aceptarse como una prueba en favor de la existencia de la secreción ovárica interna.

III

La supresión de las funciones ováricas produce la amenorrea absoluta. Los casos de persistencia regular o irregular del flujo menstrual reconocen por causa la ablación incompleta de los ovarios o la continuación de las lesiones uterinas que precedieron a las anexiales. En el primer caso, no existen los trastornos generales que suceden a la menopausia artificial; en el segundo, la aparente persistencia de la menstruación no influye, ni atenúa dichas perturbaciones.

Tres aparatos, principalmente, son los que sufren la influencia de la castración: el vascular, el nervioso y el genital.

Los accesos bruscos y pasajeros de vaso dilatación por parte de los capilares subcutáneos constituyen el trastorno más común y persistente de todos los que se observan a las mujeres castradas. Esa vasodilatación es general o parcial, su aparición es súbita sin causa apreciable y sus localizaciones más frecuentes son la cara y parte superior del tórax.

La mujer acusa la sensación de un golpe de sangre que la congestiona, se siente aturdida, turbada la vista los oídos zumbantes, la cara enrojecida a veces vultuosa; se detiene en sus ocupaciones, pues teme asfixiarse y la crisis termina en pocos segundos por restauración rápida del estado normal o por sudoración profusa generalizada o localizada a la cabeza, cuello y manos.

Los accesos se repiten a intervalos variables, sucediéndose con frecuencia en la época correspondiente al período menstrual; de noche pasan desapercibidos, pero si las crisis son intensas las mujeres despiertan angustiadas y cubiertas de sudor frío y abundante.

De poca intensidad y corta duración, esos trastornos, en las mujeres que están próximas a la menopausia fisiológica, son muy acentuados y persistentes en las jóvenes que se hallan en plena actividad genital y suelen faltar, casi en absoluto, en las pacientes que por largo tiempo han sufrido los achaques de la dolencia que motivó la intervención. En todos los casos su acentuación es lenta y concluyen por desaparecer quince o veinte meses después de la operación; es muy raro que persistan mayor tiempo.

En las épocas que corresponden al suprimido período menstrual, son frecuentes las congestiones, principalmente de la laringe, bronquios y pul-

mones; yo he observado un caso de albuminaria intermitente, de corta duración (dos días), en cantidad de 20 a 30 ctgs. por litro, en los primeros ocho meses que siguieron a la intervención. Las hemorragias (epistaxis, hemoptisis, hematemesis, pérdida hemorroidal, etc.) son frecuentes; la púrpura es rara, pero en cambio suele verse que contusiones banales determinan equimosis extensos y duraderos. Las palpitaciones, cefalalgias, sudores profusos, secreciones genitales, son constantes en la época correspondiente a la menstrual durante los primeros meses que siguen a la castración.

La amnesia parcial y pasajera es frecuente. Las modificaciones del carácter, irritabilidad, impaciencia, enervamiento, etc., constituyen cambios de importancia bajo el punto de vista social; pero el conjunto de trastornos neurasteniformes bastante cercanos a los de la verdadera neurastenia, como las cefaleas, astenia neuromuscular y psíquica, dispepsia, raquialgias y otras neuralgias principalmente faciales, el insomnio, perturbaciones sensoriales, cambios fonéticos, etc., mantiene a la mujer en un estado de extrema sobreexcitación, de constante fatiga y quebrantamiento físico y moral que pueden arrastrarla a la melancolía y en algunos casos, por fortuna raros, al suicidio y otros trastornos mentales diversos, más o menos persistentes, pero jamás definitivos, y en cuya génesis debe tenerse en cuenta tanto la predisposición hereditaria como el efecto directo de la intervención mutilante.

El aparato genital de la mujer, privado del estímulo periódico de la congestión ovárica y funciones propias del órgano, sufre modificaciones que casi siempre pasan desapercibidas. La atrofia del útero, de la vagina y de la vulva, que he visto dos veces y, sobre todo, el engrosamiento de los grandes labios, son cambios que ocurren con frecuencia; la atrofia de las mamas no es tan común como se ha dicho.

La vulva y la vagina llenan su papel fisiológico en la recepción masculina, por más que he visto un caso de intolerancia dolorosa. Debo llamar la atención sobre la **dispareunia**, frecuente en la época correspondiente al período menstrual.

La conservación o persistencia del apetito sexual es un hecho de común observación, sus modificaciones son menos frecuentes. La extinción del placer, la perversión, abolición, aminoración y exageración del deseo venéreo son perturbaciones que constituyen graves inconvenientes de orden familiar y social.

El aumento de peso señalado como consecuencia de la ablación de ambos ovarios no es sorprendente, pues es práctica conocida el empleo de los veterinarios de la castración para cebar los animales machos y hembras. La

emaciación es menos común y creemos difícil poder atribuirle a la supresión del ovario. La inalterabilidad del peso no es excepcional.

Las consideraciones expuestas sobre los efectos de la castración en las mujeres adultas, llevan a pensar en las consecuencias de dicha operación en las impúberes, pero los materiales recogidos hasta el día son insuficientes para llegar a conclusiones definitivas, pues se trata de operaciones raras de las que no conocemos más que una observación completa de **Johnstone**, publicada en el **Medical News** de Filadelfia (1900), de ablación ovárica doble por tumor, en una niña de once años, que algún tiempo después encontró convertida en «una bella joven» bien constituida, perfectamente desarrollada, de voz agradable; con sus mamas, órganos genitales y sistema piloso normales.

I V

Las perturbaciones que, por lo expuesto, atribuimos a efectos de la castración sobre el organismo femenino, fueron conocidas y señaladas desde que **Lawson-Tait** generalizó su método de tratamiento para las afecciones pelviana de la mujer; pero junto con el famoso cirujano inglés, mantenían un exagerado optimismo **Puech**, **Lutaud**, **Koeberlé**, **Pean**, **Le Bec** y **Pro-chownik**, afirmando que la mutilación ovárica en nada resentía el estado físico y moral de la mujer, reprochando a los cirujanos conservadores los peligros a que las dejaban expuestas no suprimiendo completamente la causa de sus males, resguardándolas contra una posible recidiva.

La serie de mil ovariectomías publicada en 1882 por **Spencer-Wells**, destruyó el valor de semejante argumentación, puesto que de 228 mujeres que sufrieron la operación de un solo lado, 120 dieron a luz un conjunto de 230 niños y nada más que seis presentaron después lesiones del ovario conservado. Este resultado dio origen a la primera concepción conservadora en ginecología abdominal: respetar el ovario sano e insindir los pequeños quistes que por su escasa importancia no exigían la ablación completa del órgano; idea que ha necesitado de mucho para arraigarse en el espíritu de los cirujanos, pues abundan aún, los que consideran justificada la ablación de ambos anejos en los casos de pió salpinx unilateral ante la posibilidad de que se infecte el anejo sano después de la ablación del enfermo.

Por esa época; ya **Martin** (1878) había practicado la primera resección típica del ovario y **Schroeder** (1884) recomendaba la conservación sistemática de pequeños fragmentos ováricos después de la ablación de las porciones afectadas, con el propósito de favorecer la posibilidad de la concep-

ción, según demostraban las estadísticas y hechos clínicos de su propia y ajena experiencia.

Posteriormente **Dudley** y **Polk** (1887) en Norteamérica demostraron la posibilidad de restaurar funcionalmente trompas y ovarios enfermos y adherentes y con **Gaillard-Thomas** y **Mundé** contribuyeron a generalizar los fundamentos de la actual ginecología conservadora.

En 1889 publicó **Martin**, de Berlín, numerosas observaciones de resección del ovario con embarazo ulterior, y la cirugía conservadora de los ovarios comenzó a generalizarse en la práctica de todos los cirujanos.

Pozzi (1891) hace en Francia la primera resección del ovario, siguiéndole **Routier**, **Schwartz** y **Richelot**; en Inglaterra la inicia y vulgariza **Butler-Smith**, **Hadra**, **Terrillon**, **Polk** y **Championniere** proponen la ruptura de las adherencias y **Mundé** añade a esa práctica, el cateterismo tubario.

En 1892, precisa y vulgariza **Pozzi** las indicaciones y técnica de la ignipuntura del ovario, ideada por **Pippingskoeld** y llevada a la práctica por **Muller** de Berna un año antes (1891); y en el mismo año de 1891 propone **Polk** la incisión del ovario por la vía abdominal para descubrir y enuclear los quistes profundos, operación que **Vidal** (1900) y **Godard** (1901) practicaron por la vía vaginal.

Jaboulay hace la fijación del ovario prolapsado en 1893, que luego utilizaron **Ziveifel**, **Saenger**, **Hirst**, **Goldsphon**, aunque ya antes **hnlak**, de Liverpool (1885), había acortado el ligamento suspensor del ovario.

Robert Morris de Nueva York (1895), en una mujer amenorreica por desarrollo rudimentario de los anejos injerta en el fondo del útero un fragmento de ovario procedente de otra mujer y obtiene la instauración menstrual a los dos meses de la intervención y en el mismo año, a otro caso le extirpa los ovarios e implanta un fragmento de los mismos en el interior del pabellón tubario logrando el embarazo que terminó por aborto de tres meses, probablemente a consecuencia de adherencias persistentes.

Chrobak, **Knauer**, **Slavansky**, **Grigorief**, **Jayle**, **Preobajensky**, **MacCone** y **Loukashevitch**, con sus experiencias sobre la implantación ovárica y **Morris**, **Dudley**, **Frank**, **Glass**, **Delageniere** y **Mauclaire**, con sus casos clínicos satisfactorios, han encaminado la cirugía conservadora por rumbo fantástico en la apariencia, pero tan reales, de hecho, que el reciente caso de **Morris**, con embarazo y parto a término, a los cuatro años de la intervención, ha superado a las esperanzas concebidas, abriendo dilatados y amplios horizontes a la ginecología del porvenir, creando la cirugía **restauradora** como la denomina mi eminente amigo el doctor Cabrera Saavedra.

V

La evolución sufrida por la terapéutica quirúrgica en el tratamiento de las afecciones genitales de la mujer ha conducido a conservar, siempre que sea posible, la integridad funcional del aparato reproductor (ovulación, menstruación y facultad de concepción) y, en último caso, la función ovárica.

La integridad funcional del aparato reproductor exige, condiciones apropiada por parte de los ovarios, trompas y útero, difíciles de procurar; mientras que la persistencia de la función ovárica se obtiene conservando un fragmento sano o susceptible de reintegrarse a ese estado.

Refiriéndose nuestro estudio a la conservación del ovario, nos abstendremos de describir la cirugía que procura respetar la integridad funcional del aparato reproductor, limitándonos a la que trata de conservar la función de un órgano primordial, el ovario, en condiciones de aptitud para la procreación, cuando lo permite el estado del aparato genital restante, pero útil siempre para evitar los trastornos que origina la supresión brusca de su función secretoria interna, indispensable para el perfecto equilibrio del organismo.

Más nunca olvide el cirujano que en la conservación del ovario existen límites que no debe franquear. La edad de la mujer, la proximidad a la menopausia fisiológica, con sus lentos procesos de reparación, época en que la preñez resulta excepcional aun en casos normales, constituye un elemento digno de tenerse en cuenta para que el cirujano se decida por operaciones radicales, resguardando a la paciente contra la posible necesidad de una intervención secundaria.

Las lesiones malignas o sospechosas de malignidad aunque estén limitadas a un solo ovario constituyen una indicación racional e ineludible de la castración.

El estado general del paciente obliga con frecuencia al cirujano a practicar una operación radical que resguarde a la mujer contra la recurrencia de la afección.

El número de embarazos anteriores, la esterilidad, son factores dignos de consideración para dedicarse a conservar la integridad funcional del aparato reproductor.

Y, por último, la posición social de la paciente se tendrá en cuenta por el cirujano para decidir la clase de intervención sobre el ovario, pues no ha de considerarse de igual manera la mujer cuya existencia esté ligada a la

necesidad constante e inevitable del trabajo material, que la capaz de someterse con más o menos desahogo al plan de vida ajustado al proceso de la operación conservadora, por prolongada que sea y por variables que resulten sus consecuencias. En el primer caso, procederá atinadamente al desembarazar a la paciente de sus dolencias y de toda causa de posible recurrencia; en el segundo, se encuentra autorizado, si no hay riesgo de vida, o de que resulte un mayor peligro que aquél que trata de evitar, a procurar la conservación de las funciones que tan especial e importante papel juegan en el equilibrio del organismo femenino.

En uno y otro caso se consultará la voluntad de la paciente que disfruta del derecho inalienable de decidir el sacrificio de sus órganos pelvianos; a esa voluntad habrán de subordinarse todas las otras consideraciones y si la paciente entrega su caso a la resolución del cirujano, procederá éste como si se tratase de un familiar y, a mi juicio, procurará siempre evitar operaciones que conduzcan a sacrificar la función ovárica.

No todas las lesiones del ovario se prestan a una indicación conservadora. Es preciso seleccionar los casos para lograr un resultado satisfactorio y no caer en los errores tan frecuentes en los primeros tiempos de la reacción contra la operación radical de **Lawson'Tait**. Por esa época muchos cirujanos admitieron el principio de conservar los anejos aun en casos de supuración, siguiendo las tentativas de **Polk** para la expresión de las trompas purulentas, el cateterismo tubario de **Mundé**, la salpingostomia de **Skutsch** y **Zweifel**, la salpingo-ovario-sindesis de **Ciado**, la salpingo-histerio-anastomosis de **Wat- kins**, etc., operaciones de dudoso éxito para la conservación funcional absoluta del aparato reproductor y peligrosas al extremo de estar incluidas las intervenciones temerarias.

La conservación funcional para fines reproductivos requiere previamente, como condición indispensable, la permeabilidad tubaria natural, pues las tentativas quirúrgicas para su restauración han resultado ineficaces, porque como dice **Pozzi** (1907), siempre que las trompas presenten signos de inflamación antigua, de intensidad suficiente para transformarla en quiste o para obliterar su pabellón, la estructura y la función del órgano, se hallan muy comprometidas.

Pero la castración no debe surgir por el hecho de que el útero y las trompas se encuentren afectadas; ambos órganos pueden suprimirse y los ovarios son conservados Íntegros o parcialmente. En los quistes del para- ovario, en el embarazo extrauterino, no existen motivos que obliguen a suprimir los ovarios.

No reina acuerdo entre los cirujanos respecto del destino de los ovarios después de la ablación de la matriz, pues mientras que gran número admiten que las glándulas genitales comienzan a atrofiarse de modo tal que al cabo de pocos meses quedan reducidas al estado de nodulos indurados, aplastados, apenas perceptibles sobre el peritoneo pelviano, otros, no menos numerosos, sostiene por el contrario que tras la supresión del útero los ovarios siguen evolucionando por su cuenta, congestionándose en la época supuesta de las reglas, conteniendo folículos aptos para la fecundación, y elaborando sus productos de secreción interna; hecho que se traduce por la ausencia absoluta de los trastornos de la menopausia artificial. En nuestra práctica hemos observado durante intervenciones abdominales secundarias, la retracción del ovario conservado, pero es innegable que también hemos visto que en las histerectomizadas la conservación del ovario evita casi constantemente los trastornos que se atribuyen a la castración, por continuar el papel fisiológico que corresponde a dichas glándulas genitales, y en frente de hechos tan contradictorios en apariencia, debemos aceptar con la mayoría de los cirujanos la conveniencia de respetar la existencia de los ovarios cuando su estado lo permita.

VI

Las lesiones del ovario que ameritan la conservación, son de dos órdenes: infecciosas y esclerosas. En realidad se trata de fases sucesivas de un mismo proceso, pues no es raro que la esclerosis del tejido conjuntivo del ovario sea consecuencia de lesiones infecciosas. La diferencia sustancial, para nosotros, existe en la evolución lenta, apirética, de las **ovaritis esclerosas** cuyo origen casi pasa desapercibido, pues por lo común han sido enfermedades infecciosas sufridas durante la niñez o la pubertad, como sarampión, viruela, escarlatina, parotiditis, etc., y la sífilis hereditaria o adquirida; mientras que las llamadas **infecciosas** corresponden o suceden a lesiones agudas del ovario, inflamaciones dolorosas y graves, reveladas por signos físicos importantes que al enfriarse y pasar al estado crónico se hallan en un terreno común con la ovaritis esclerosa, pues sus lesiones son diferentes únicamente por la coexistencia de lesiones tubarias y periováricas, casi constantes en las ovaritis llamadas **infecciosas** por **Delbert** y **Faure**.

Si es posible que el ovario se infecte con independencia de la trompa el hecho resulta excepcional. La lesión generalmente comienza por una peritonitis localizada, periovaritis, que se extiende de la periferia al centro del órgano, alrededor de los vasos y folículos.

Paul Petit admite tres formas diferentes de ovaritis aguda; la cortical, difusa y supurada, que no son más que grados sucesivos de un mismo proceso. En la primera fase o forma **cortical**, comparable según **Bernutz** a la vaginalitis del hombre, el parenquima ovárico está intacto y las lesiones se limitan a falsas membranas más o menos resistentes que envuelven el órgano una vez pasada la fase aguda, incluyéndolo, al parecer, en el ligamento ancho para constituir el **falso ovario intraligamentario**. Esas falsas membranas se organizan, oprimen y dislocan el órgano, fijándolo en posición anormal, perturbando su nutrición y funcionalismo.

En la forma **difusa** el ovario está aumentado de volumen, infiltrado de líquido y de producciones embrionarias principalmente alrededor de los vasos y de los folículos distendidos por su serosidad.

Cuando la **supuración** sigue a ambas fases, se forman colecciones miliarese diseminadas en el espesor del órgano que toma el aspecto de una esponja purulenta, o bien se constituye un absceso único, separado del tejido sano por una capa fibrosa, gruesa y resistente. Si por el contrario, los fenómenos inflamatorios se detienen, es posible que asistamos a la regresión de las lesiones, pues la regeneración del tejido inflamado está suficientemente comprobado por la diaria observación. En ese caso habrá notable tendencia a la atrofia; el tejido conjuntivo se organiza en fibroso, se retrae y comprime entre sus mallas los elementos vasculares, nerviosos, musculares y glandulares que constituyen el estroma del ovario, evolucionando el proceso hacia la esclerosis.

La esclerosis del ovario es invariablemente la consecuencia de una infección, lejana o reciente; su asiento es cortical, diseminado o total. En la esclerosis cortical el ovario está aprisionado por neomembranas en las que con frecuencia se encuentran focos hemorrágicos semejantes a los de la paquivaginitis. Si la esclerosis se limita a la superficie constituye un obstáculo a la ovulación y a la circulación determinando la hidropesía de los folículos y focos hemorrágicos en cuya vecindad se producen focos secundarios de esclerosis.

Las placas de esclerosis pueden estar **diseminadas** alrededor de vasos y folículos o comprender todo el órgano. La inflamación intersticial conduce a la hiperplasia conjuntiva que comprime y ahoga los folículos; el ovario se retrae y su superficie presenta una serie de surcos y anfractuosidades que le dan el aspecto de un cerebro en miniatura. Otras veces, la esclerosis no es atrófica, ni retráctil, pues conduce a la hipertrofia del órgano que por hipergénesis del tejido fibroso presenta un aspecto irregular amamelonado,

multiforme, aunque los folículos estén por completo destruidos. Esa hipertrofia es total o está limitada a la superficie del órgano.

Lawson-Tait y **Slavjansky** han descrito la hipergénesis glandular por superfuncionalismo consecutivo a la ablación del ovario opuesto. **Ribbert** ha observado el hecho en los animales.

Pozzi y **Paul-Petit** señalan la frecuencia de la **ovaritis edematosa** en casos de varicocele pelviano y **Dixon Jones** la atribuye a la ectasia linfática; el ovario se presenta triplicado de volumen, de consistencia blanda y elástica, presentando al corte una infiltración gelatiniforme y multitud de pequeños pseudo-quistes formados por dilataciones linfáticas que se distinguen de los quistes foliculares por la falta de pared propia.

La lesión más característica y común de la esclerosis es la ovaritis **folicular crónica** u **ovaritis microquística**. La presencia sobre la superficie del ovario de múltiples cavidades de dimensiones variables, desde la de una cabeza de alfiler hasta la de un guisante, conteniendo un líquido seroso, claro, a veces coágulos, transforman el ovario en un tejido de apariencia alveolar. Estas hidropesías foliculares no tienen significación inflamatoria, ni neoplásica, pues encuentran numerosos ejemplos de que su existencia no haya originado trastorno alguno. La esclerosis más o menos acentuada que las acompaña justifica la denominación de **ovaritis-esclero-quística**.

Los pequeños quistes foliculares se agrupan y funcionan dando lugar a los grandes quistes foliculares conglomerados, que constituyendo las **ovaritis-macro-quísticas** convierten el órgano en una masa de aspecto tabicado y multilocular. El volumen de estos quistes es ilimitado, jamás son mayores que el de un puño y por tanto no deben confundirse con el primer estado de los quistes voluminosos, los quistes prolíferos del ovario.

Los folículos maduros al romperse y llenar su función de ovulación, forman los **cuerpos amarillos** cuyos cambios patológicos importa conocer por tratarse de lesiones limitadas que permiten utilizar las aplicaciones de la cirugía conservadora.

Las lesiones más comunes de los cuerpos amarillos consisten en quistes y degeneraciones, fibrosas y calcáreas. Los quistes del cuerpo amarillo son uniloculares, de dimensiones a veces considerables, de pared gruesa, sinuosa, que por su cara interna presenta una coloración amarilla anaranjada; su contenido es un líquido seroso turbio, pero sanguinolento o sanguíneo. Los quistes hemáticos resultan por la exageración de la hemorragia fisiológica al romperse la vesícula, o por hemorragia en los quistes de los cuerpos amarillos ya constituidos, pues los vasos capilares del quiste, **Grozdew**, (1906). Los hematomas de estos quistes pueden alcanzar

notables proporciones y se encuentran diseminados o difundidos en el espesor del estroma ovárico al que dan un aspecto semejante al de la pulpa espiénica. Entre la hemorragia intravesicular y la apoplejía del estroma, existe una forma mixta descrita por **Besnier**, consistente en un verdadero **hema•tócele** intraovárico por ovulación anormal, que **Maurange, Burger, Bender y Marcille** han reportado como inundaciones hemorrágicas del peritoneo análogas a las del embarazo extrauterino.

Las lesiones de la ovaritis que hemos descrito, por lo común están circunscriptas a una porción del ovario, y la parte sana restante es capaz de continuar llenando las funciones propias del órgano como lo demuestra la experimentación y la observación.

Ese hecho conocido desde los primeros tiempos de la cirugía abdominal ginecológica ha servido de fundamento a los propósitos de la conservación ovárica, pues un pequeño fragmento sano del ovario, conservado o trasplantado, reduce los trastornos de la castración, y si la conservación se ha extendido hasta las trompas y el útero en condiciones fisiológicas aceptables, las funciones de reproducción persisten en su más completa y perfecta integridad.

Pero en las otras lesiones del ovario, la conservación es imposible y aunque **Schroeder** (1882), **Matthei** (1895), **Hegar** (1895) y **Kelly** (1897) hayan conservado fragmentos de ovarios en quistes dermoideos, en abscesos y hasta en sarcomas, la cirugía reconoce por el presente en esas lesiones, un límite infranqueable a los prodigios de la conservación, reservando para ellos los métodos de ablación y de trasplantación que permite al organismo femenino proveerse de los elementos fisiológicos de que le ha privado la patología.

VII

La anterior exposición de las lesiones ováricas meritorias de un tratamiento conservador debe completarse con la valoración de los signos parecidos por el estudio clínico de la paciente.

La menstruación exterioriza de cierta manera el funcionalismo del ovario, revelándose por sus alteraciones la función defectuosa del órgano. La amenorrea, menorragia y dismenorrea son signos funcionales cuyo punto de partida a menudo es ovárico. El hipofuncionalismo o insuficiencia ovárica causa la amenorrea; la ovulación desordenada e irregular por congestión, apoplejía o edema del ovario determinado por éxtasis circulatorio, manteniendo una constante irritación del útero, es causa de menorragia; la ovulación difícil por esclerosis, principalmente cortical, produce la dismenorrea de origen ovárico. La insuficiencia ovárica se traduce por fenómenos seme-

jantes a los que se observan en las castradas; la menorragia de causa ovárica se exterioriza por la ausencia de las lesiones uterina, por las variaciones e irregularidades en la aparición y caracteres del flujo menstrual, por la influencia negativa que sobre ella ejerce el reposo y el movimiento, así como las medicaciones uterinas. La dismenorrea ovárica se caracteriza por los dolores premenstruales.

Las perturbaciones menstruales juiciosamente interpretadas, constituyen un factor importante para la decisión quirúrgica; porque la función menstrual revela el estado fisiológico y patológico del ovario y la mayor o menor posibilidad de modificarlo.

En efecto, cada vez que la menstruación es normal, por considerables que sean las lesiones genitales, el cirujano forma el propósito de preservar su existencia o por lo menos las funciones ováricas, si el estado anatómico del útero y de las trompas no autorizan la conservación fisiológica absoluta del aparato reproductor, y cuando existen alteraciones menstruales, su conocimiento exacto permite al cirujano adoptar la conducta quirúrgica conservadora más ajustada a la lesión ovárica, puesto que dispone de procedimientos quirúrgicos variados para destruir las lesiones anatómicas responsables de la función patológica que realiza un órgano susceptible de ser restaurado al más perfecto fisiologismo.

VIII

Las operaciones que se proponen la conservación del ovario procuran salvar la función del órgano asegurando la desaparición de las lesiones y de los síntomas que producen.

Las vías abdominal y vaginal se han empleado indistintamente para esa clase de operaciones; pero a mi juicio, que es reflejo fiel de la opinión dominante entre los ginecólogos, la abdominal es la única que permite diagnosticar con certeza y tratar con exactitud las lesiones. El examen minucioso de las lesiones ováricas por la inspección y la palpación del órgano seguirá al del útero y las trompas. Las adherencias con los tejidos próximos, su posición, volumen y deformaciones se aprecian con la vista y con el tacto; y si la naturaleza precisa de las lesiones escapan a esos medios de investigación, disponemos de la **punción y sección exploratoria** del órgano. El resultado del examen decidirá al cirujano por el sacrificio o la conservación total o de algún fragmento utilizable del órgano y en ocasiones podrá verse obligado a practicar la ablación e intentar la trasplatación de ovarios o fragmentos de ovarios obtenidos de la misma mujer, de una mujer sana o de otra procedencia zoológica.

IX

Las intervenciones destinadas a la conservación del ovario varían en su técnica e indicaciones y una breve descripción completará el plan que nos hemos trazado.

El **masaje o expresión** del ovario, reglamentado por **Montprofit**, consiste en ejercer con los dedos presiones sobre el órgano, a fin de modificar las condiciones en que se realiza su nutrición, después de aislarlo si estaba adherente, de reponerlo en su posición si estaba dislocado.

Esas presiones ejercidas con suavidad en diversos sentidos sobre todo la superficie del órgano, favorecen la circulación y aplastan los pequeños quistes y vesículas ováricas. En los casos de várices periováricas, y de edema originado por el prolapso, estados que generalmente van asociados a lesiones uterinas y tubarias que exigen la intervención abdominal, las maniobras simultáneas de masaje y expresión son beneficiosas y completan el tratamiento quirúrgico dando lugar a la desaparición de los dolores, sensación de pesantez, trastornos menstruales, etc. etc.

La **punción** de los quistes foliculares, constituye una excelente práctica de uso corriente desde hace corto tiempo, a pesar de que su origen se remonta a los comienzos de la cirugía de los grandes quistes del ovario, cuando en el curso de la intervención los cirujanos tropezaban con pequeños quistes del otro ovario, que no ameritaban la ablación del órgano.

En los pequeños quistes del ovario está principalmente indicada. Se practica con la punta del bisturí o de una aguja; **Pozzi** la asocia al raspado de las paredes del quiste con una pequeña cureta o a la ignipuntura. Nosotros la practicamos conjuntamente con el masaje del ovario, pues tiene la ventaja de reducir el volumen del órgano, favoreciendo la expresión del líquido contenido en los folículos o que infiltra el estroma como en los casos de edema.

La **hemisección** del ovario es una intervención que no tiene propósitos terapéutico, sino realizar una operación útil al cirujano para actuar con conocimiento del estado real del órgano. En ocasiones es el único medio que permite distinguir con certeza una ovaritis difusa de la microquística, el pequeño quiste hemático de un gran quiste en sus comienzos.

Un excelente medio de destruir las producciones patológicas, por profunda que sea su situación en el interior del ovario, es la **ignipuntura**, capaz de determinar importantes modificaciones en las lesiones crónicas y de conducir a la curación, sobre todo, en la ovaritis.

Los pequeños quistes foliculares del ovario, la ovaritis escleroquística y las formas edematosas de la ovaritis, contribuyen a las principales indicaciones de esta intervención cuyos resultados han sido excelentes en manos de **Pozzi**, a quien se debe su vulgarización, y de todos los cirujanos que la utilizan, pues la destrucción del quiste con el termo-cauterio produce una escara aséptica que se reabsorbe dejando una cicatriz que no es inodular y, además, porque limitándose la acción del fuego a los folículos enfermos que destruye, los sanos prosiguen su evolución normal.

La técnica difiere. En los quistes pequeños superficiales y aislados, se introduce la extremidad del termo-cauterio destruyendo sus paredes en algunos segundos de contacto. En los quistes profundos se hace hemisección del ovario y sobre las dos superficies de sección se practica la ignipuntura del modo más completo posible.

Rouffart en 1894, hizo la ignipuntura del ovario por la vía vaginal sin que hasta el presente tengamos noticias de que otros cirujanos hayan imitado su ejemplo.

La **resección del ovario** consiste en la escisión de las porciones enfermas: no debe confundirse con la **enucleación** cuyo nombre se reserva para la ablación metódica de pequeños tumores sólidos o líquidos desarrollados en la superficie o en el espesor del órgano, ablación que no exige el sacrificio del tejido sano vecino, como ocurre en la resección.

Las lesiones que no hayan alterado más de las tres cuartas o las cuatro quintas partes del ovario permiten utilizar la resección. El criterio científico que prevalece hoy sobre esta operación, es que permite conservar toda porción sana del ovario por pequeña e insignificante que parezca.

En los pequeños quistes dermoideos recomiendan la resección, **Schroeder, Matthei, Richelot y Montprofit**, a pesar de la opinión contraria de **Fritsch** fundada en la posibilidad de la residiva, confirmada recientemente por 'os trabajos histológicos de **Schötaender** (1906) que ha encontrado dilataciones linfáticas casi constantemente en las porciones de tejido ovárico de apariencia sana, que pueden constituir puntos de partida de endoteliomas o por lo ni 3- nos de quistes linfáticos, que expliquen la degeneración maligna de los quistes dermoideos y la recidiva cuando se conservan fragmentos ováricos.

En las ovaritis esclero-quísticas la resección prevalece contra la opinión de **Paul Petit** que prefiere la ablación total en los casos típicos y la abstención operatoria cuando se trata de pequeños quistes diseminados. Los trabajos de **Martin, Pozzi, Polk y Montana**, demuestran con estadísticas las ventajas de la resección en las ovaritis esclero-quísticas sobre la operación radical que

deja, entre otros daños, los trastornos penosos e inevitables que suceden a la castración.

En los neoplasmas benignos, en los quistes foliculares, en los del cuerpo amarillo, y en los hemáticos la resección del ovario ha producido maravillosos resultados, sin tenerse en cuenta para practicarla las dimensiones del tejido que se escinde, pues pequeñísimos fragmentos han conservado las funciones ováricas, la menstruación y hasta han permitido la concepción, realizando así el bello ideal perseguido por la ginecología conservadora.

En los abscesos muy localizados, en los quistes de benignidad probable, la resección pudiera intentarse aunque no existen observaciones demostrativas de su eficacia; pero debe rechazarse en lo absoluto cuando se trata de quistes papilares o glandulares de contenido coloideo.

La técnica de la resección consiste en fijar el ovario entre los dedos índice y pulgar de la mano izquierda o con dos pequeñas pinzas de dientes, la escisión se hace con el bisturí o con las tijeras y siempre es conveniente no hacerla después de explorar el interior del órgano mediante la hemisección.

La resección se llama central cuando la porción que se escinde está limitada por dos incisiones paralelas al eje mayor del órgano y polar o terminal si se realiza sobre una de las extremidades del ovario.

La **enucleación** se aplica a quistes y tumores sólidos, benignos, bien pequeños, bien limitados, que pueden extirparse sin sacrificar las porciones sanas próximas.

Terminada la resección se sutura el ovario con un solo plano de cat-gut delgado y si es necesario se asocia la operación con la **ooforopexia** o con la fijación del ovario restaurado a la trompa sana (**salpingorrafia ovárica de Pozzi**) o que haya sufrido resecciones más o menos amplias (**salpingo-ovario-síndesis de Cladó**). Hace aproximadamente dos años que en mi práctica he simplificado la técnica de la resección del ovario, haciendo la escisión con el termo-cauterio. Le atribuyo las siguientes ventajas: realiza la hemostasia a la vez que destruye los pequeños quistes y lesiones esclerosas perifoliculares; produce una excitación favorable en el tejido ovárico; hace innecesaria la sutura, y da lugar a la formación de una escara aséptica que se opone a las adherencias y que reabsorbiéndose molécula a molécula, sin trabajo inflamatorio, pone a cubierto de las proliferaciones embrionarias que pudieran originar una esclerosis.

Esa técnica, a nuestro juicio, asocia las ventajas de la ignipuntura a las de la resección.

La resección vaginal practicada por **Ruggi** y cuyo ejemplo seguimos en un caso, está hoy completamente abandonada.

Partiendo de la comparación establecida por **Bernutz** de la esclerosis cortical con la vaginitis en el hombre, en tres casos de esclerosis cortical asociada en dos a quistes voluminosos del ovario opuesto y en uno a lesiones uterinas y del periné, hemos practicado la **decorticación** del ovario en una gran extensión de su superficie, destruyendo las neomembranas ya organizadas y la capa cortical del órgano cuya textura fibrosa, oponiendo un grueso obstáculo a la distensión y ruptura de las vesículas, era la causa de la dismenorrea que sufrían nuestras pacientes.

La técnica es sencilla. Con un bisturí de hoja larga y afilada se hacen dos incisiones sobre ambas caras del ovario a un nivel próximo del hileo, que interesen todo el espesor de la capa cortical; con la punta del bisturí o bien por descortezamiento, como cuando se arranca la cáscara de una naranja, si el caso lo permite, se separa la capa cortical y el resto del órgano, arrugado y atrofiado antes de la operación se distiende, como lo hace una esponja al cesar la presión de la mano que la oprime. Los quistes que quedan al descubierto se enuclean o su punzan con el bisturí, también se puede pasar la lámina del termo-cauterio sobre la superficie descortezada para hacer la hemostasia y formar una delgada escara que proteja el resto del órgano de contraer adherencias con los tejidos vecinos. Si hay prolapso ovárico, desviación uterina, lesión tubaria, se practican las operaciones complementarias que requieren dichas lesiones.

En nuestros casos han sido buenos los resultados; desaparición de la dismenorrea y de los trastornos originados por la hipofunción ovárica.

A los ovarios dislocados que dan lugar a una serie de trastornos locales y generales de consideración, debidos a perturbaciones circulatorias y nerviosas, se aplica la **ooforopexia** o sea la fijación indirecta del ovario por medio de uno de sus ligamentos.

La intervención se ha practicado por las vías abdominal, inguinal y vaginal; más debe preferirse la abdominal que permite explorar los órganos pelvianos, combatir las lesiones que en ellos existen y realizar una fijación más fisiológica.

El mejor proceder de fijación consiste en aplicar dos puntos de seda fina en el espesor de los tejidos existentes entre el ovario y la porción abdominal de la trompa y el borde interno del ligamento suspensor propio del ovario cerca de la eminencia íleo-pectínea. Este proceder aventaja a los otros, que se han recomendado, por el hecho de que ambos anejos conservan su movilidad fisiológica.

Suplir la función de los ovarios insuficientes o suprimidos quirúrgicamente, por la implantación de ovarios sanos o fragmentos sanos de ovario,

procedente de la misma o de otra mujer constituye una operación a la que el porvenir reserva el más prominente lugar de la ginecología restauradora. Se la denomina **trasplantación** si la porción del ovario que se implanta procede de la misma mujer e **injerto** cuando la facilita otro organismo.

Los trastornos funcionales existentes o susceptibles de producirse después de la castración, y las anomalías de los ovarios, aplasia e insuficiencia, constituyen las indicaciones que se han tratado de llenar en esta intervención, cuyos evidentes resultados inmediatos y lejanos estimulan a adoptar con decisión e introducirla entre las operaciones ginecológicas de práctica corriente.

En tres condiciones diferentes se presentan los ovarios haciendo variar la técnica de la intervención: 1º el ovario existe en estado rudimentario; 2º el ovario existe en estado patológico; 3º los ovarios no existen.

En el primer caso se injertan fragmentos de ovarios con el objeto de auxiliar la función de los que existen (**injerto suplementario**) implantándolos en cualquier lugar de la pequeña pelvis. **Morris** (1895) llenó esa indicación con éxito, injertando un fragmento de ovario de mujer sobre el fondo del útero.

Cuando los ovarios existen en estado patológico al extremo de exigir la ablación bilateral, en el curso de la operación radical, puede implantarse un fragmento del mismo ovario que se extirpa en el interior de las trompas como lo han hecho **Morris, Franck y Delageniere**, en el interior de la cavidad uterina como lo ha practicado **Palmer Dudley**, o bien en la superficie del ligamento ancho que a **Morris**, cuatro años después de la operación, ha producido éxito sorprendente, dando a luz la paciente un feto vivo de término.

En el caso de que los ovarios falten, la implantación se ha hecho con éxito por **Glass** (1899) en una joven castrada dos años antes, utilizando el ovario de una joven de 17 años con estrecheces cicatrizales de la vagina consecutivas a un parto laborioso, que constituían un peligro serlo en caso de embarazo.

La técnica de la operación aun no está bien reglamentada. Cada cirujano ha procedido a su antojo y conforme a su propia inspiración. **Montprofit** describe tres métodos principales: **Injertos peritoneales**, **Injertos intraorgánicos** e **Injertos subcutáneos**.

El injerto **peritoneal** fue utilizado por **Morris** en el fondo del útero y en la superficie del ligamento ancho. **Martin** (1902) practicó en el espesor del ligamento ancho cerca del cuerno uterino.

El **intraorgánico** puede ser **intratubario o intrauterino**. El primero ha sido utilizado por **Morris**, tres veces por **Franck** y por **Delageniere**; el segundo por **Palmer Dudley** con éxito en un caso de piosalpinx.

El injerto **subcutáneo** en la región suprapubiana ha sido ideado y empleado por **Mauclaire**.

¹ Como vía e implantación excepcional citaremos el injerto retrouterino intrapelviano practicado por la vía vaginal sin abrir el peritoneo por **Glass**.

La trasplantación debe ser *interhumana*. La porción de ovario que se implanta puede proceder de la misma mujer (homeoplástico) o de otra mujer (heteroplástico). Cuando es de procedencia ajena se esmeran las precauciones de asepsia operatoria y los ovarios o fragmentos se conservan envueltos en gasa y sumergidos en una solución salina normal caliente hasta el momento de hacer la implantación.

Es preferible implantar ovarios completos en la superficie de la trompa abierta en toda su extensión; si el estado de las trompas exige su ablación, se fijará el ovario al nivel del cuerno uterino.

El injerto ovárico no ha dado lugar a ningún accidente operatorio; la menstruación ha persistido o reaparecido, el embarazo ha tenido lugar y el parto se ha realizado sin novedad. La única complicación que puede temerse es la supuesta por Frank en uno de sus casos, el embarazo extrauterino.

En todos los casos de que tengo noticias de restauración, el resultado alienta a proseguir esa nueva senda de la cirugía conservadora que los ginecólogos de Norteamérica se han encargado de perfeccionar y vulgarizar. **Morris** en 7 casos ha corregido la insuficiencia ovárica y ha visto desaparecer los trastornos, habiendo logrado en 1906 un parto de término en una de sus pacientes operada cuatro años antes; **Frank** en tres operaciones obtuvo en 1906 un embarazo y parto de término; **Palmer Dudley** en su único caso (1899) vio desaparecer los dolores premenstruales. Dos de **Delageniere** y uno de **Glass** fueron muy notables. **Brennan**, de Canadá (1902) señala un éxito; **Martin**, de Chicago (1903) dos casos y **Mauclaire** en 7 injertos subcutáneos y uno subperitoneal, obtuvo un embarazo en una mujer estéril hasta entonces, pero a la que había respetado el ovario derecho. En suma, 25 casos notables que arrojan viva luz sobre la fisiología del ovario y señalan al cirujano del porvenir la vía restauradora que habrá de seguir en la cirugía de los ovarios,

X

Los resultados de la cirugía conservadora de los ovarios son bien conocidos. Las estadísticas de todos los cirujanos demuestran que la curación absoluta se observa en gran proporción de casos; que la persistencia de las funciones ováricas preserva contra los accidentes de la menopausia prematura; que el embarazo puede sobrevenir una vez tratadas las lesiones del órgano que constituían la causa de la esterilidad; y, por último, que la posibilidad de necesitarse una operación ulterior por persistencia de los mismos trastornos

o por una nueva afección del órgano, no debe considerarse como un argumento contra la conservación de los ovarios, pues la operación primera jamás constituye un obstáculo para la nueva intervención, dado que las dificultades intraabdominales que suelen encontrarse al reabrir un vientre, no son de tal magnitud que por sí solas detengan la decisión de un cirujano adiestrado en las operaciones abdominales.

La estadística personal de mi labor conservadora sobre los ovarios comprende un conjunto de **ciento veinte casos** y pueden descomponerse en dos series de muy desigual importancia. La primera agrupa las operaciones que permiten conservar todas las funciones que corresponden al aparato genital reproductor, ascendente a la cifra de 89 casos; y la segunda incluye los casos en que hemos conservado ovarios o porciones de ovarios a pesar de sacrificar los otros órganos genitales y asciende a 31 casos.

Es la primera, la más interesante, la que damos a conocer en todos sus detalles. Sus resultados no pueden ser mejores; los inmediatos, operatorios, han sido benignos en todos los casos. Los consecutivos pueden considerarse excelentes, pues si en muy contado número de pacientes han persistido algunos trastornos ligeros, el mayor número ha derivado beneficios de la intervención y algunas han concebido, evolucionando el embarazo sin accidentes.

La segunda serie se refiere a 31 casos de fibromas uterinos, en los que hemos practicado la histerectomía abdominal con ablación de los anejos y dejando uno o ambos ovarios. La conservación ha sido completa en 26 casos y fragmentaria en 5. De los 31 casos, todos curados, en 7 no se han observado los trastornos que se atribuyen a la castración y en dos de histerectomía supravaginal, la mucosa del muñón cervical ha sangrado en las épocas correspondientes al período durante los primeros meses. Ignoramos las consecuencias en los 22 casos restantes.

Las operaciones conservadoras practicadas son:

Punción y masaje del ovario: 7 casos.

Ignipuntura, 23 casos.

Resección con el bisturí y sutura: 37, de los cuales 3 fueron asociados a la salpingo-óvaro-síndesis.

Resección del termo-cauterio, 28 casos.

Decorticación, 3 casos.

Resección por la vía vaginal, 1.

Ooforopexia, 3 casos.

De los 89 casos que hemos conservado íntegra la función genital ignora mos los resultados lejanos en 48; en 36, el éxito ha sido manifiesto, en 3 hai

persistido algunos trastornos dolorosos y uno, es demasiado reciente para tenerlo en cuenta.

Seis pacientes de las que hemos seguido algún tiempo; han concebido. De dos ignoramos el resultado, dos han abortado y otras dos han llegado felizmente al término de su embarazo.

Una sola de las pacientes, que sepamos, ha sido reoperada y realmente por causa ajena a la primera intervención, y, otra tendrá que serlo en breve por persistencia de algunos dolores en el ovario conservado.

X I

La exposición que antecede nos autoriza a formular las siguientes conclusiones:

1ª La cirugía conservadora de los ovarios constituye actualmente el propósito de los ginecólogos por dos razones: primera, porque suprimir la función ovárica es una mutilación grave que inutiliza a la mujer durante el resto de su existencia para el cumplimiento de su misión social; y segundo, porque es un hecho ya demostrado, que la conservación de un fragmento ovárico no agrava el pronóstico de la operación, y con frecuencia basta para mantener el equilibrio necesario entre las diversas funciones que constituyen la vida genital de la mujer.

2ª Los propósitos de la cirugía conservadora de los ovarios se logran con dos clases de intervenciones: unas que preservan la existencia total o parcial del órgano, y otras que restauran sus funciones trasplantando porciones sanas del ovario cuando éste ha perdido sus conexiones vasculares o bien utilizando ovarios sanos o fragmentos sanos de ovarios procedentes de otra mujer.

Y antes de dar por cumplido, el deber reglamentario que me ha obligado esta noche a molestaros, permitidme hacer presente mi sincero y cordial reconocimiento a los señores académicos que r.e han aceptado por compañero en las tareas científicas de esta corporación, a que sólo puedo aportar el concurso de una buena voluntad estimulada con el afán de corresponder a la honra dispensada, y a vosotros, mis amigos, que habéis honrado este acto solemne atendiendo la lectura de esta deshilvanda memoria.

* ■

(De la revista científica «Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana», t. XLIV, jp. 74-117, mayo 1907).