

GACETA MÉDICA DE MÉJICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉJICO.

GINECOLOGÍA.

OVARIO-SALPINGITIS CRONICA UNILATERAL.—ENUCLEACION Y EXTIRPACION
POR EL ABDOMEN, DEL OVARIO Y DE LA TROMPA.—CURACION.

SEÑORES:

Tengo el honor de presentar ante la ilustre Academia de Medicina, el primer hecho conocido en la República Mexicana, de las operaciones de Battey y de Tait.

La Sra. T. M., de edad de veintiseis años, se presentó á mi consulta particular el día 1.º de Mayo de este año, y me manifestó lo siguiente: Que era natural de Guadalajara, y que comenzó á menstruar á los quince años, sin dolor, durando tres ó cuatro días; se casó el año de 77 y estuvo bien hasta hace dos años y meses: desde entonces comenzó á padecer flujo blanco y ligeros dolores en el vientre bajo: que hace año y medio se creyó embarazada porque le faltó una regla, y con motivo de haber bailado se vió muy mala de una hemorragia que la postró en cama cerca de un mes, al fin del cual se levantó y continuó muy achacosa. Sus menstruaciones continuaron durando doce y quince días, habiendo meses que el escurrimiento de una época alcanzara á la siguiente. Coincidían sus reglas con calenturas y calofrios que duraban con irregularidades varios días, acompañadas de punzadas en el vientre bajo. Aun cuando esos trastornos no eran tan fuertes como antes, pues su periodo sólo duraba diez ó doce días y la calentura no era tan intensa, ella sentía perder sus fuerzas al grado que ya no podía entregarse como ántes á sus quehaceres domésticos. Esto la tenía sumamente abatida, porque no contaba con recursos suficientes para la vida. El andar mucho le ocasionaba inflamaciones, la necesidad de orinar se hacia sentir más frecuente, habiendo estreñimiento habitual desde que comenzó su época achacosa. Tenía su apetito disminuido y se sentía frecuentemente indigesta por las tardes; el sueño regular.

EXAMEN.—Estado general á la vista, regular; facies ovárica, regular talla; buena musculatura; de color trigueño, pulso pequeño, 80 á 92 por minuto; vientre grueso y duro, sensible á la presión hipogástrica, notoriamente á la derecha.

La vagina húmeda y sensible á la exploración, útero de tamaño normal en latero-versión izquierda; un tumor ocupando la mitad derecha de la excavación pélvica, como una naranja de medianas dimensiones, de consistencia pastosa, móvil, sin desalojarse completamente, unido al útero por un pedículo como de una pulgada, grueso; el ligamento ancho envolviendo todo el tumor, pero al parecer fácil de pediculizarse en toda su extensión. Dominaba la saliente del tumor hacia la pelvis; la presión sobre él muy dolorosa; el lado izquierdo sano; el tejido celular de la pelvis todo sano; escurrimiento uterino muco-purulento viscoso, vagina de color normal. En vista de esto diagnosticué, ovaritis unilateral crónica, con ensanchamiento del órgano por neoformaciones. Pronóstico: incurable por otros medios que la castración.

Pensé en recomendar á mi enferma algunos medios paliativos; pero convencido de su falta de eficacia en multitud de hechos semejantes, cuando el ovario ha llegado á ese desarrollo; teniendo en cuenta además, la ausencia de complicaciones inflamatorias agudas y subagudas extraováricas, en esos momentos, las buenas condiciones aún de la enferma y el peligro inminente á que se acercaba, por la influencia que la enfermedad local comenzaba á ejercer en el estado general; en vista de todo esto, interrogué á su valor proponiéndole la extirpación del ovario enfermo por incisión abdominal.

No hizo mi propuesta impresión desconsoladora en ella, sino más bien halagüena, porque veía en mis ofrecimientos mayores probabilidades de salvación que de muerte, siendo por otra parte un tratamiento curativo. Me dijo que lo meditaría y volvería á resolver. Entretanto, se le hicieron aplicaciones de yodo al vientre y se usaron anodinos en diversas formas.

El día 12 de Mayo se presentó á decirme que estaba resuelta, no obstante que todos los médicos que había consultado declararon temerario y mortal mi consejo.

Le di alojamiento en mi hospital particular el día 2 de Junio, terminada su menstruación el día anterior, habiendo durado diez días.

Consulté el caso á mis amigos los Dres. Huici, Mucel y Orvañanos, y en vista de las razones expuestas, estuvieron conformes con mi determinación.

El día 8 de Junio, vispera de la operación, consulté con mi querido maestro y amigo el Dr. Licéaga, y después de exámen y reflexiones cuidadosas, se decidió también porque llevara á cabo mi propósito. El esposo de la enferma, aunque carecía de toda esperanza, no quiso impedir de ningún modo la operación, por no oponerse á la voluntad de su mujer.

En vista de todas estas consideraciones, determiné practicar la operación el día miércoles 9 de Junio, porque contaba con la ventaja de haberme ausentado del anfiteatro nueve días y tenía luego que continuar mis lecciones. Antes de referir la operación y la marcha consecutiva, voy á hacer una pequeña digresión.

Cuando visité los hospitales de algunas poblaciones de los Estados Unidos, especialmente los de Nueva York, en Octubre y Noviembre de 1884, tuve la honra de ser bondadosamente atendido por los especialistas de esa Capital, los Dres. T. A. Emmet, Thomas, Marion Sims (hijo), Hunter, Lee, Bozeman y Munde. Con este motivo, además de las operaciones que me correspondió presenciar como alumno inscrito á la policlínica, la invitación particular de dichos señores me proporcionó ocasión de presenciar entre muchas otras operaciones, nueve gastrotomías en el transcurso de seis semanas; de ellas, cinco fueron practicadas por el Dr. Thomas, una por el Dr. Emmet, una por el Dr. Marion Sims (hijo), una por el Dr. Munde y una por el Dr. Hunter.

Desde luego llamó mucho mi atención ver de cerca lo vulgar que se ha hecho esa operación en el Norte, pues según lo que allí se ve y se refiere se practica tan á menudo como en Europa, y despertó mi curiosidad conocer los motivos que la habían hecho aclimatar entre americanos y europeos.

Anoté desde luego, entre otras cosas, el procedimiento del Dr. Thomas. Dicho señor cuida con gran solicitud de varias circunstancias: primero, operar en piezas separadas del resto de las habitaciones, fabricadas provisionalmente para el objeto en el jardín del hospital. Estas piezas están dispuestas de modo que llenen la condición de buena ventilación y temperatura.

En segundo lugar, la temperatura de la pieza ha de estar rigurosamente mantenida á cerca de 27° centígrados, y á esto dedica una atención de preferencia.

En tercero, abrevia el tiempo de su operación cuanto es posible; cuida con suma escrupulosidad de la limpieza personal, de sus ayudantes, de la enferma, de los instrumentos, ligaduras y esponjas, sobre todo, haciéndolas permanecer constantemente dentro de un baño de solución fenicada, y se observa que todo lo que por accidente cae al suelo, sólo en caso muy necesario se vuelve á usar después de bien lavado. Él y sus ayudantes operan en *pechos de camisa* y con los brazos enteramente descubiertos y bien lavados en agua fenicada.

La enferma tiene bien abrigados el tronco y miembros inferiores.

No percibi atmósfera fenicada notable, y asistíamos generalmente de doce á diez y seis personas, distantes de la mesa. El procedimiento del Dr. Emmet y del Dr. Hunter, en una vez que les vi operar á cada uno fué enteramente calcado en el del Dr. Thomas que acabo de referir.

La operación del Dr. Munde consistió en la extirpación de las trompas y asistí á ella en el hospital del Monte-Sinaí. En la manera de obrar en esa operación no pude notar precauciones especiales de algún género. La pieza estaba en comunicación con el resto del Hospital: varios ayudantes, muchos asistentes, todos estábamos rodeados de la mesa en que se operaba; no percibi ninguna atmósfera fenicada ni se nos hizo recomendación de alguna especie; en suma, nada especial que llamara la atención. Sea dicho de paso que á los siete días nos

comunicó el Dr. Munde, en una de sus lecciones dadas en la policlínica, que la operada acababa de morir por septicemia.

La última de estas operaciones la vi practicar al Dr. Marion Sims (hijo); para ella fui bondadosamente invitado por el mismo doctor, recomendándome las precauciones de asepsia. Asistimos á verla sólo los Dres. Lee, Miranda, Orvañanos y yo. En esa operación encontramos el conjunto de casi todos los preceptos del método de Lister; eran las nueve de la mañana: el lugar de la operación estaba saturándose desde horas antes con dos pulverizadores de ácido fénico, calentada como á 28° centígrados, reducida, sin más objetos que los estrictamente necesarios para la operación. Sin embargo, aunque la pieza estaba aislada, guardaba alguna comunicación con el resto de la casa; el piso y paredes perfectamente limpias. Los operadores muy aseados y sin ropa exterior en el tronco, arreglaban, en medio de la atmósfera fenicada que formaba una niebla espesa, todos los útiles para la operación, dispuestos con el mayor orden y aseo. Poco después entraron las enfermeras con la enferma ya anestesiada. En esos momentos ya sudábamos y se nos colocó como á distancia de dos metros de la mesa. Desde poco antes dejaron de funcionar los pulverizadores; la atmósfera del departamento estaba empañada por los vapores. Se procedió á la operación, y los cuidados durante ella fueron los mismos que en las operaciones del Hospital de Mujeres; pero prolongó la operación la excesiva limpieza que hicieron en la cavidad peritoneal, no obstante haber sido el quiste unilocular, sin adherencias, bien pediculado, y haberse vaciado del todo al exterior, y sin presentarse hemorragia alguna. El apósito fué compuesto del protector, gasa, algodón y vendaje correspondiente.

Como se ve, en esta última operación se reunieron casi todas las precauciones principales de antisepsia que se aplicaron en las demás. Todos usan el agua caliente para lavar las esponjas, la sutura metálica de puntos cortados y abandonar el pedículo en la cavidad; pero la severidad para la antisepsia fué más notable en esta operación del Hospital Elisabeth.

La verdad es, que aunque todo esto y mil detalles más son conocidos en México, acerca del tratamiento de Lister aplicado á esas operaciones, nunca se han puesto quizá en ejecución con toda prolijidad en las ovariotomías que se han practicado aquí, y quién sabe hasta qué punto haya motivado eso la estadística desfavorable de la ovariotomía. Esto hizo determinarme á observar en la operación que iba á practicar las mayores precauciones antisépticas que estuvieran á mi alcance, con tanta mayor razón cuanto que la operación de que se trataba, era incomparablemente más laboriosa, más larga y expuesta á traumatismos en el peritoneo, de mucha mayor consideración que los de una simple ovariotomía.

Para alcanzar mi objeto había venido disponiendo meses antes una pieza *ad hoc* en mi hospital privado, para esa clase de operaciones. Ésta recibe luz por

el Oriente y el Sur; está interrumpida toda comunicación directa con las habitaciones de las enfermas; picada, raspada y fumigada previamente; pintados al oleo techo y paredes, para lavarlos cuando se quiera.

La vispera se saturó la pieza de ácido fénico con un pulverizador de gran modelo, y se puso dentro de ella toda la ropa que debía servir á la enferma en los momentos de la operación, así como lienzos, sábanas, camisetas para nosotros y delantales impermeables. Las esponjas yo mismo las preparé como se recomienda.

La enferma tomó ligeros laxantes y alimentos líquidos los días próximos á la operación, así como también baños é inyección apropiados.

El día de la operación tomó un baño alcalino y no se le permitió volver á su alojamiento ni ponerse en contacto con las demás enfermas.

Tres horas antes de la operación se repitió la pulverización, y una hora antes se encendió una estufa de recámara provista de la correspondiente chimenea para establecer el tiro con seguridad, obteniendo así una temperatura que oscilaba entre 25 y 26° centígrados. En estos momentos me ocupé de disponer los útiles, las ligaduras de seda y alambre, así como las agujas de Gintrat y de sutura en baño de solución de bicloruro de mercurio al milésimo. Los demás instrumentos en solución fenicada al 2.50 %.

Convenientemente aseados, vestidos con camisetas y delantales impermeables fenicados, fijamos el plan operatorio, y distribuimos nuestros papeles como sigue: El Sr. Licéaga encargado de sostener por el lado izquierdo la herida abdominal, cuidaría de la hemostasis, y llegado el momento, tomaría el ovario con las pinzas para ayudarme á pediculizar el ligamento ancho en tres porciones, interna, media y externa. El Sr. Orvañanos á la derecha, junto á mí, para cuidar el lado correspondiente de la herida. El Dr. Mucel se ocuparía exclusivamente en levantar el útero por la vagina para elevar así el ovario y hacerlo más accesible. El Dr. Huici se encargaría de la anestesia, y el Dr. Preciado de proporcionar los instrumentos; una enfermera bien aseada, de lavar las esponjas.

Una vez anestesiada la enferma en la pieza contigua, se le cambió la ropa limpia que tenía por otra fenicada y propia para mantener abrigados el tronco y las extremidades inferiores, é inmediatamente se le pasó á la pieza dispuesta, comenzando la operación á las nueve: se limpió vientre y pubis con agua fenicada: hice una incisión desde un centímetro y medio abajo del ombligo hasta dos arriba del pubis. La capa de tejido grasoso media casi cinco centímetros de espesor; llegando á la línea blanca, dividi sobre la sonda acanalada la primera hoja fibrosa del recto, por haber caído la incisión tangente al entrecruzamiento. Después el fascia transversalis, que estaba separado del recto por otra capa de tejido celulo-adiposo y luego el peritoneo. Sólo un ramito de la subcutánea abdominal, en el ángulo inferior, reclamó una pinza de Pean.

El grande epiplón por fortuna estaba arriba y á un lado de la incisión; pero en cambio las paredes median al nivel de la incisión seis centímetros ó algo más, y el peritoneo se presentaba, como era de esperarse, inextensible. Al explorar la pequeña pelvis se hacía ésta más profunda por la dificultad de inmovilizar las paredes del vientre, y aún más por el espesor tan considerable que tenían. Llegando á tocar el ovario enfermo y explorado en su derredor, lo encontré haciendo saliente apenas hacia la cavidad de la gran pelvis y de tal modo sujeto por el ligamento ancho, sobre todo hacia atrás, que era casi imposible su extirpación, siempre que no fuera por medio de una enucleación sumamente laboriosa. La trompa estaba tan gruesa como mi dedo, adherida completamente al ovario en toda su extensión; gruesas sus paredes, y sus vasos varicosos. La movilidad del tumor ovárico que antes había encontrado por la vagina, se confirmó, pero se verificaba á expensas de la parte anterior del ligamento ancho, y no era bastante para poder formar un pedículo de algún modo. En suma: era indispensable abrir de nuevo ese diafragma peritoneal y hacer la enucleación. Estas dificultades, aumentadas seriamente por la profundidad del embudo abdómino-pelviano que teníamos por campo operatorio, me hicieron vacilar para llevar adelante mi propósito; pero todos y con particularidad mi maestro el Sr. Licéaga, con esa serenidad y buen juicio que nunca le abandonan, me animaron á emprender la enucleación. Resuelto ya, comencé á abrir por el lado externo; apenas me lo permitían las arterias iliaca interna y externa; pasé ligaduras dobles de tramo en tramo, cortando el peritoneo en medio de ellas y pasando por delante. Con la tercera comprendí la trompa y la dividí del propio modo cerca de su extremidad uterina. Luego hice lo mismo por el lado posterior hasta llegar al pedículo del ovario, que medía sólo dos y medio centímetros. A cada corte despegaba la cara profunda del tumor. Cuando hube reunido las dos líneas de disección cerca del ángulo externo y completado el enucleamiento despegando todo el ovario de la cavidad de la pequeña pelvis, se llevó á la izquierda, ejerciendo sin embargo alguna tracción para poder ligar el pedículo ovárico, que medía como ocho milímetros de grueso, y apenas era accesible en el fondo del campo operatorio. Pasé por él la misma aguja de Gintrat que me venia sirviendo y se aplicó la ligadura por mitades: en toda esta maniobra no se perdió arriba de media onza de sangre. Como el ovario contenía un líquido espeso, se hizo una pequeña punción para acabar de facilitar su extracción: salió una especie de pus espeso y grumoso, que disminuyó ventajosamente el volumen. Finalmente, se cortó al ras casi de la última ligadura, y ésta, al retraerse el tegumento del ovario, quedó cubierta bajo el peritoneo del ligamento ancho.

Examinadas cuidadosamente las ligaduras que se habían ido poniendo durante la enucleación se pudieron separar sin inconveniente todas, menos la externa, que comprendía la arteria ovárica, la de la extremidad interna de la trompa y la última que correspondía al ligamento del ovario.

Se examinó el ovario izquierdo y estando enteramente sano, se practicó la limpieza perfecta del lóculo del ovario y del peritoneo, y se procedió á la sutura. Aunque era mi intención poner la sutura metálica de puntos cortados, preferí la enclavijada que me aconsejó el Sr. Licéaga, por ser más propia en las condiciones que tenían las paredes del vientre de la enferma. Esa fué la profunda y se puso con seda; la superficial con seda y puntos cortados, y una intermedia, que juzgamos necesaria hacer con hilos de plata: cinco puntos formaron la profunda, cinco la intermedia y cinco la superficial. Se insufló yodoformo sobre la herida, se puso el protector de gasa preparada con sublimado corrosivo, algodón de igual modo y vendaje. La cantidad total de sangre seguramente no pasó de dos onzas. La operación duró dos horas y cuarto y la temperatura de la enferma en esos momentos era de 36°; la de la pieza de 26°.

MARCHA SUBSECUENTE.

Al despertar la enferma siente dolor en el vientre. A las tres, temperatura 36, pulso 76. A las cinco, 37. A las siete, 36 seis décimos, pulso 84: sensación de sofocación, inquietud, náuseas; cucharaditas de leche nevada, pulso 104. A las doce, 36 siete décimos.

DÍA 10.

A las siete: no ha vuelto á vomitar hasta este momento. No ha podido tomar alimentos. No durmió. Sensación de estaca en el vientre. Calor regularizado de la piel: se ha practicado el catesterismo de la vejiga cada dos horas, temperatura 36 siete décimos. A las diez vuelve la basca: poción helada de Rivière; temperatura 37; durmió media hora. A las doce, lavativa de caldo, temperatura 37 tres décimos, pulso 96. A las dos, 37 seis décimos. A las cuatro pulso 116, temperatura 38: lavativa de caldo. A las cinco, 38 seis décimos, pulso 116: vuelve la basca: sinapismos al epigastrio: se aplicó el refrigerador al vientre sin descubrir la herida. A la una T. 38 un décimo. A las tres 38 dos décimos: lavativa de leche.

DÍA 11.

Cinco de la mañana: durmió largos ratos: ha orinado espontáneamente: tuvo una evacuación líquida amarilla, y otra á las seis: temperatura 37 seis décimos, pulso 124. A las diez 37 dos décimos: *suspéndese el refrigerador*. Tarde á las dos, T. 37 tres décimos, pulso 108. A las cuatro, T. 37: se han puesto tres lavativas de caldo. A las diez T. 37 seis décimos, pulso 100.

DÍA 12.

La prima noche inquieta, sin dormir y con dolor en la herida. Muy buen semblante: ha sopor-tado atole de leche por la boca en pequeñas cantidades. A las cinco T. 37: se encuentra descompuesta la curación y dicen que se estuvo metiendo la mano bajo el apósito: se arregló y el algo-dón estaba adherido al punto inferior y con una manchita de sangre: no se quiso mover el protec-tor. A las once T. 37, pulso 100: cucharadas de atole de leche. A las tres T. 37 tres décimos. A las siete de la noche, T. 38 tres décimos, pulso 96. A las diez T. 38 tres décimos.

DÍA 13.

Durmió largos ratos; temperatura á las cinco, 37 tres décimos. A las once, 37 cuatro décimos. Tres de la tarde, T. 37 nueve décimos, pulso 100. A las cinco T. 37 nueve décimos: apareció pus en la parte inferior de la herida.

Se prepararon útiles con toda limpieza, nos lavamos perfectamente manos y brazos, se hizo caer la pulverización fénica sobre el vientre y se descubrió toda la herida: de las aberturas del punto inferior profundo salía un poco de pus, y á ese nivel los tejidos estaban ligeramente dolorosos y la piel enrojecida: se quitó, y al exprimir salió como medio dedal de pus por cada punto. Se quitaron todos los demás puntos profundos, no había nada, enteramente secos, así como los superficiales, que también se quitaron, dejando la piel completamente unida; se limpió la herida y se puso nueva curación de Lister. Desde ese momento la temperatura fué bajando hasta 36, que tenía en la mañana siguiente que se cambió la curación.

DÍA 14.

El pus aparece un poco por los puntos profundos inmediatos al inferior; se lava convenientemente y nueva curación de Lister en la noche. La enferma ha tomado alimento mejor, el cual consiste en leche; temperatura 36: ha dormido horas enteras.

Ya no hablaré de la alimentación y de otros pormenores, como de sus funciones digestivas, etc., porque siguieron una marcha casi normal; me ocuparé solamente de algo concerniente á la marcha de la herida; pero antes debo decir que hoy se presentó sangre por la vagina, que por los caracteres que tenía, y contando los días que habían transcurrido desde la aparición de su última menstruación, se dedujo que era la fluxión periódica; duró sólo tres días, y la enferma no creyó que fuera esto porque no había sentido el más leve dolor; mas en vista de todos los datos era incuestionable que se trataba de ello.

La herida se desunió un poco por el centro, y dió por allí cerca de una cucharada de pus, que venía del plano aponeurótico; se canalizó por allí y se practicó dos veces al día la curación de Lister. Un nuevo trayecto se abrió en medio y cerca del ombligo, que tocaba muy inmediato al aponeurosis subperitoneal, á juzgar por la sensibilidad que daba con el tubo que se colocó también allí, y además por la profundidad, que medía cerca de cinco centímetros.

Por fin, á las cuatro semanas los trayectos eran, el mayor de dos centímetros y el menor de uno: se había venido disminuyendo gradualmente el rigor anti-séptico en la curación, y ese día se substituyó por un poco de yodoformo y vaselina, con que se untaba el algodón y tubo en Y, que iban retirándose de la herida. De este modo terminó la curación por completo el 15 de Julio, á los treinta y seis días de la operación.

REFLEXIONES.

Sabido es que la extirpación de los ovarios no es muy nueva. Que el Dr. Hegar, de Freiburg, fué el primero en practicarla con un objeto médico; pero el Dr. Roberto Battey, de Georgia, desde 1872 presentó el primer caso de extirpación de

los ovarios, con objeto de remediar una imperfecta ovulación manifestada por «un excesivo molimen menstrual;» y la llamó, ovariectomía normal, la cual proponía se practicara cuando todos los otros recursos hubieran fracasado.

Por estos motivos ha merecido el Dr. Battey se haya unido su nombre á la operación, pues fué el primero en popularizarla y en llamar la atención de los médicos, según dice el Dr. Emmet.

Pero la circunstancia de practicarse la extirpación de los ovarios casi sanos en las condiciones expresadas, podría ser un motivo para no dar al hecho que hoy exhibo, el nombre de operación de Battey: sin embargo, queda en mi concepto justificada su denominación, cuando existía la indicación del «excesivo molimen menstrual» irremediable por los medios que durante dos años se habían empleado, y cualquiera otro, casi seguro, si no hubiera sido la extirpación. Si se atiende á la notable alteración anatomo-patológica que tiene el ovario extraído, queda evidentemente sancionada la denominación que he dado á la operación. En efecto, la operación de Battey es la misma que la que el Dr. Hegar había practicado antes, pero que mereció el nombre del primero por las razones ya dichas. Mas el Dr. Hegar dijo en un artículo que se publicó en el *Am. Jour. of Obstetrics* de Nueva York de 1880: que no sólo se necesitaba para extirpar los ovarios que hubieran fallado todos los recursos terapéuticos adecuados, sino que debía insistirse en que para servir de base á la indicación, era necesario que se encontrara alteración anatomo-patológica de los ovarios mismos ó del útero y sus dependencias. He aquí el complemento de los fundamentos que me han hecho llamar á esta operación, *de Battey*, no tomando en consideración, como no se ha acostumbrado tomarlo, el que la vía para realizarla fuera la vagina ó el abdomen.

La segunda reflexión, es; señalar la indicación neta, que en el curso de la operación se me presentó, de practicar la extirpación de la trompa, como lo aconseja el Dr. Tait; pues con menos lesiones en este órgano de las que se vieron en mi caso, se cree justificada la operación.

Casi me parece estar presenciando la operación que vimos practicar, mi maestro el Sr. Dr. D. Ignacio Alvarado y yo, en una enferma del hospital del Monte-Sinaí. Estábamos muy cerca de la operada, tuvimos las dos trompas extirpadas en nuestras manos, y en verdad que no pudimos notar lesiones suficientes que, á nuestro juicio, reclamaran la operación. Sin embargo, el cuadro de síntomas y la resistencia de él á diversidad de tratamientos decidieron al Dr. Munde á proceder como lo hizo.

Pero en lo que deseo llamar vivamente la atención de esta ilustre Academia, es en la inmensa importancia que tuvo, á mi juicio, en la marcha y éxito de la operación, la aplicación rigurosa del método de Lister, así como el mantenimiento de la pieza á una temperatura de cerca de 26° centígrados. En efecto; júzguese cuáles habrían sido las complicaciones no sólo por el traumatismo inherente á las

dificultades que tuvimos que vencer, sino lo que es de no menos importancia, por el enfriamiento que hubiera sufrido el peritoneo en ese día en que por circunstancias transitorias habia en las piezas inmediatas adonde operábamos 18° centígrados.

Además, el abrigo conveniente que procuramos á nuestra operada influyó también, á no dudarlo, para que no obstante lo largo de la operación la temperatura momentos después de ella fuera sólo de 36° centígrados.

En la pieza patológica puede verse el tamaño que tenía el ovario; está un poco retraído por habersele conservado en alcohol; sin embargo, mide como 10 centímetros de largo y siete de ancho, y la forma casi es esférica; las paredes resistentes y gruesas, hasta uno y dos centímetros en algunos puntos, están desprovistas de cubierta peritoneal en casi toda la superficie, debido á la enucleación. En el espesor hay dos cavidades, una grande y otra pequeña, llenas de un contenido en parte líquido y en parte cremoso, formado por pus. La trompa no se ha examinado al microscopio. Ésta se ve sólo ligada cerca de su porción intrauterina; la pieza mide cerca de seis centímetros, está íntimamente adherido el pabellón á la parte externa y superior del ovario, y tiene de grueso como 12 ó 14 milímetros en su parte media. Sus paredes en el momento de la operación eran casi de un espesor triple del normal. A toda la masa está anexo un pequeño quiste que tenía color violado, paredes muy inyectadas y tamaño de una aceituna común, conteniendo un líquido amarillejo.

Aunque la enferma está en pie y va á salir para su casa, no he creído conveniente traerla á la Academia para su examen, para evitar el estropeo que el transporte pudiera originarle; pero ya la han visto los Dres. Licéaga, Huici, Mucel, Orvañanos y últimamente el Sr. Andrade, que bondadosamente se prestó á ello, y á quien suplico rinda el informe que crea conveniente.

Réstame tributar públicamente mi agradecimiento á mi querido maestro y amigo el Dr. Licéaga, á mis queridos amigos los Dres. Orvañanos, Huici, Mucel y Preciado por su muy eficaz y bondadosa ayuda en la operación que acabo de referir.

Julio 17 de 1886.

NICOLÁS SAN JUAN.
