

## GINECOLOGIA.

## SIETE NUEVAS LAPAROTOMIAS.

**M**UY breves instantes, señores Académicos, distraeré vuestra atención; someramente me propongo referiros las historias patológicas relativas á mis últimas siete laparotomías, para ocuparme después, con prudente sobriedad, en algunos puntos de detalle acerca de la técnica de esa operación; inspirándome exclusivamente en las enseñanzas, bien ó mal interpretadas, de mi práctica personal.

1.<sup>a</sup> OBSERVACIÓN. — *Piosalpinge*. — A. A., nacida en Guanajuato, de 30 años de edad y de oficio planchadora, ingresa á mi sala ginecológica del hospital de Jesús el 30 de Junio del año próximo pasado.

El padre y la madre de esta enferma murieron de tifo; en su niñez padeció ella también esta misma enfermedad y algunas fiebres eruptivas (viruela y sarampión).

La primera menstruación apareció á los 14 años, era dolorosa, muy abundante, duró seis días, y continuó con regularidad.

Ha tenido tres partos naturales.

Su actual padecimiento data de 6 años; sobrevino con fenómenos flogísticos de parte del peritoneo, 15 días después de un alumbramiento; tuvo después, cada 15 ó 20 días, fuertes metrorragias y abundante leucorrea.

Cinco años más tarde sobrevino nueva peritonitis que la obliga á estar en cama dos meses; al levantarse siente un tumorcito del tamaño de un huevo de gallina, situado en la fosa ilíaca derecha, doloroso espontáneamente y por la presión, y con irradiaciones al flanco correspondiente.

Este tumor creció en 5 meses hasta dar al vientre la apariencia de un embarazo de seis meses; los dolores aumentaron progresivamente hasta impedirle andar, y por fin, aparecieron calosfríos, calenturas de tipo intermitente irregular y sudores.

Explorando á la enferma compruebo la existencia de un tumor duro, no fluctuante; parece indudable su origen flogístico. Practico la laparotomía y extirpo una bolsa purulenta formada por la trompa derecha.

La enferma sale curada el 19 de Marzo de 1895.

2<sup>a</sup> OBSERVACIÓN. — *Quiste supurado del ovario izquierdo.* — S. B., de Cuernavaca, de 29 años, casada, entra al hospital de Jesús el 20 de Junio de 1895.

Vive el padre y goza de buena salud; la madre murió, según puedo congeturar, de una afección cardíaca.

La enferma ha sufrido anteriormente de ictericia catarral, paludismo y ataques epilépticos ó epileptiformes. Su primera menstruación aparece á los 13 años y continúa regularmente; ha tenido tres partos naturales y un aborto de 40 días, entre el primero y segundo alumbramiento.

Hace tres años, y sin causa aparente, experimenta un dolor en todo el abdomen, más acentuado en el hipogastrio; después, ascitis abundante, calosfríos, calenturas y copiosos sudores vespérales. Hace seis meses, después de la administración de diuréticos, desapareció la ascitis y pudo tocarse en el vientre un tumor situado en el mesogastrio, inclinado hacia la derecha; en un principio, doloroso por la presión, y más tarde, espontáneamente; el dolor era pulsátil.

Desde un mes después de comprobada la existencia del tumor hasta el ingreso de la enferma al hospital, tiene vómitos matutinos de materia puriforme.

Cuando examino á la paciente encuentro á nivel del ombligo y á la derecha de la línea media un tumor esférico, como de 0m.10 de diámetro; renitente, libre al parecer en toda su extensión, salvo á la altura de la cicatriz umbilical con la que parece estar soldado; una punción capilar me permite conocer el contenido purulento de la bolsa.

El 27 de Junio practico la laparotomía y encuentro la bolsa llena de pus, de paredes delgadas, adherente á la pared abdominal, al gran epiplón y á los intestinos; y en conexión con la trompa izquierda, merced á un largo pedículo en que se ven algunos racimos de pequeños quistes. Extirpo el tumor, y mal grado todas mis precauciones, rómpese á nivel de una adherencia y cae cierta cantidad de pus en la cavidad abdominal; lavo la serosa con solución de cianuro de mercurio al 1 por 4,000 y suturo la herida del vientre.

Durante los primeros días se eleva la temperatura y aparecen otros síntomas como de inflamación peritoneal; al quinto día cambio la cura, y veo la herida bien cicatrizada en su parte superior; abajo, entre la piel que está también cicatrizada y el plano muscular, había una colección hemática, que fué evacuada.

Más tarde volvió á agravarse el estado de mi enferma, y después de varios accidentes es dada de alta el 11 de Julio del propio año.

3ª OBSERVACIÓN.—*Fibromioma de la matriz*.—M. E., de México, de 34 años, doncella, entra al hospital de Jesús el día 13 de Julio de 1895.

El padre murió de tuberculosis pulmonar y la madre de algún padecimiento gástrico; sus parientes colaterales son sanos.

La paciente ha gozado perfecta salud, sólo recuerda haber sufrido una neuralgia frontal. Su primera menstruación apareció á los 14 años, fué abundante, indolente, y duró 8 días; siguió menstruando con regularidad siendo cada período de 4 días.

Hace 10 años al caer de un caballo recibe fuerte golpe en el vientre, vomita sangre, permanece 3 días sin conocimiento y guarda cama dos meses, durante los cuales se suspende el flujo catamenial; al levantarse vuelve el período y continúa regularmente hasta hace 4 años.

En esa época notaba frecuentes amenorreas, y cuando menstruaba era con abundancia; duraba 8 días y sentía agudos dolores más exagerados en el lado izquierdo y con irradiaciones á la vulva.

Buscando *el por qué* de estas perturbaciones, mi enferma notó en la fosa ilíaca izquierda un tumorcito del tamaño de una nuez, duro, indolente, móvil en todos sentidos, que creció paulatinamente hasta adquirir en dos años el volumen de una manzana; en esa época empezó á doler, ya espontáneamente, ya cuando andaba la enferma, y disminuía por medio de moderada presión. En los dos últimos años creció notablemente, llegando por arriba hasta encima del ombligo y ocupando á los lados gran parte de los flancos. Las perturbaciones menstruales continuaron, pues sufría menorragias y metrorragias.

Finalmente, la enferma acusaba algunos fenómenos imputables á la compresión de la vejiga y recto, como deseos frecuentes de orinar, ardor durante la micción, tenesmo rectal y alternativas de diarrea y constipación.

En la exploración, palpando el vientre, sentíase una masa dura, irregularmente ovóidea, hundida por abajo en la excavación pélvica y llegando por arriba á la altura del ombligo; el cuello uterino, grande, seguía los movimientos impresos al tumor.

El 21 de Agosto del año próximo pasado hice la extirpación del tumor mediante la laparotomía; y el 31 de Octubre del mismo año salía la enferma completamente curada.

4.<sup>a</sup> OBSERVACIÓN.—*Prolapso de la matriz.—Histeropéxia abdominal.*—D. G., de Pátzcuaro, 64 años, viuda, entró á mi servicio ginecológico el 11 de Octubre de 1895.

Su primera menstruación, dolorosa y durando cuatro días, aparece á los catorce años; continúa después regularmente y con los mismos accidentes.

Tuvo siete partos naturales, el primero á la edad de diez y seis años. Hace 20 dejó de menstruar, lo que atribuye la enferma á que hacía uso continuado, como agua potable, de maceración de corteza de encino.

Su padecimiento data de diez años; sin causa inmediata conocida experimenta sensaciones de peso y cuerpo extraño en la vagina, dolores encima del pubis y estiramientos; todo esto cesaba cuando la enferma levantaba con sus manos una masa carnosa que salía de la vulva, y se reproducía á impulso del andar ó los esfuerzos.

Cuando entró al hospital, veíase, salido de la vulva y casi colgando entre los muslos de la enferma, un gran tumor rojizo constituido por el útero luxado; sentía la paciente disuria y tenesmo rectal, el chorro de la orina era desviado.

Pocos días después de admitida en el hospital la hice la laparotomía y fijé su matriz á la pared abdominal anterior; en menos de un mes, á partir de ese día, salía de mi sala completamente curada.

5.<sup>a</sup> OBSERVACIÓN.—*Quiste ovárico y oclusión intestinal.—Dos laparotomías.*—M. M., nacida en Toluca, de 34 años de edad, casada, entró al hospital el 6 de Febrero de este año.

Tuvo su primera menstruación á los 14 años, poco abundante, indolente, durando 8 días; continúa después regularmente y con idénticos caracteres.

Casada á los 15 años, tuvo otros tantos hijos y un aborto de 3 meses entre el 4.<sup>o</sup> y 5.<sup>o</sup> parto, cuya causa fué desconocida, cinco años más tarde sufría un dolor agudo en el vientre y sacro con irradiaciones á los muslos, acompañado de hemorragia uterina: dolor y hemorragia duran tres meses.

Hace dos años tornóse dismenorreica; dos días antes del flujo menstrual la atormentaba un cólico que desaparecía antes que la sangre.

Cuatro meses después de la dismenorrea notó en su vientre pequeñísimo tumor, duro, indolente y completamente móvil; este tumor crece lentamente sin ocasionar molestias y la enferma se cree grávida, sorprendiéndola sólo la continuación de las menstruaciones. No acusaba fenóme-

nos de compresión en la vejiga y recto, pero sí dolor y adormecimiento en el muslo derecho.

Examinando á la enferma se reconoce un gran tumor abdominal cuyo límite superior llega al epigastrio, y lateralmente, de uno á otro flanco; es mate en toda su extensión y de contenido líquido; los fondos de saco vaginales anterior, posterior y derecho están ocupados; el útero está en anteversión.

Trátase de un quiste (cisto-epitelioma) del ovario izquierdo.

El 8 de Febrero practico la laparotomía y extraigo un enorme quiste de aquel ovario.

Todo camina bien; el octavo día levanto el apósito, la herida está totalmente cicatrizada.

El 27 del mismo mes se queja la enferma de fuerte dolor en el hipocondrio izquierdo con irradiaciones al flanco correspondiente y vómitos; sobrevienen más tarde constipación y meteorismo, se ponen inútilmente en juego diversos recursos terapéuticos, cuya ineficacia impone la intervención operatoria; abro de nuevo el vientre y hallo muchas bridas y adherencias que abrazan las asas de intestino; destruyo estas bridas y adherencias y no cesa el meteorismo; continuando la busca del agente de la oclusión encuentro en el punto correspondiente al dolor inicial una asa de intestino soldada á la pared abdominal anterior, y soldados á la vez los dos cilindros que constituyen el asa; destruyo esta soldadura, y la enferma evacua abundantemente, desapareciendo el meteorismo y los vómitos fecalóideos. Esto no obstante la enferma sucumbe el día siguiente.

6ª OBSERVACIÓN.— *Cisto-epitelioma del ovario izquierdo.* — M. R., de México, 58 años de edad, viuda y costurera, ingresa al hospital el 3 de Marzo de este año.

Su primera menstruación aparece á los 14 años, muy abundante, dolorosa y durando ocho días; al mes siguiente vuelve con idénticos caracteres, y en lo sucesivo hasta la menopausía cada 15 días y dura 8.

A los 28 años siente que su vientre se eleva progresivamente, toca un tumor duro, indolente, situado un poco á la izquierda de la línea media. Hasta la fecha de su entrada á mi sala ha sufrido cuatro punciones: la primera da salida á 12 cuartillos de líquido claro y transparente; la segunda á 45 de líquido amarillento; la tercera á 16 de un color amarillo obscuro, y la cuarta á 30 de líquido negro, espeso y viscoso.

A esta enferma la atendían últimamente los Dres. Sres. Valenzuela y Orvañanos, quienes me dispensaron la honra de consultarme acerca de

la conveniencia de la operación, y resuelta ésta, la de cederme el cuchillo.

Hice la laparotomía y extraje un inmenso quiste del ovario izquierdo, que contenía 42 cuartillos de líquido colóideo. El ovario derecho estaba muy abultado y á la simple vista parecía tuberculoso, le extirpé también. Un mes después salió la enferma completamente curada.

7ª OBSERVACIÓN.—*Fibromioma de evolución pélvico-abdominal.*—*Peritonitis pélvica.*—P. B., de Toluca, 42 años, casada, de buena constitución, entra al hospital el 28 de Abril de este año, enviada por mi excelente amigo, el coronel Dr. Fernando López.

Su primera menstruación vino á los 15 años, poco abundante, indolente, y durando tres días; continuó después con regularidad y más abundante.

Casada al año siguiente, tomó un baño teniendo el flujo menstrual; experimenta entonces dolores de vientre y cintura, fiebre elevada, y se prolonga esa menstruación durante 10 días, terminando con la expulsión de colgajos membranosos.

Hace 8 años, sin causa conocida, le aparece un tumor en la fosa ilíaca izquierda, duro, doloroso, móvil, acompañado de fuerte elevación térmica; á los 15 días el tumor se reblandece y la enferma expulsa por el recto pus amarillo-verdoso con sangre, cesa la calentura y su estado se mejora. Transcurridos dos años, el vientre, que había quedado ligeramente abultado, se eleva más, vuelven la fiebre y los dolores, y aparecen disuria y tenaz constipación; á partir de esa época sus reglas fueron más abundantes y de seis días de duración.

Al principiar el mes de Abril de este año experimenta por tercera vez fuerte dolor de cintura y vientre con irradiaciones á los muslos, dolor de cabeza, intenso calosfrío y calentura; estos síntomas aparecen al día siguiente de concluído el flujo menstrual; la sangre reaparece y se prolonga durante un mes la metrorragia.

Cuando examino a esta enferma noto un tumor duro, muy doloroso, que se extiende de la cavidad pélvica al ombligo, la vagina está ocupada por el neoplasma casi en toda su extensión; hay calentura y sudores profusos en la noche, disuria y constipación.

Una vez mitigados los fenómenos agudos, practico la apertura de la cavidad abdominal y encuentro un gran fibroma sujeto por múltiples adherencias á la pelvis; no creo prudente intentar la extirpación y suture

la herida del abdomen. La convalecencia es feliz, y restablecida la enferma queda con su tumor.

\* \* \*

¿Qué podemos deducir de estas cuantas observaciones tan concisamente referidas?

Desde luego puede notarse que las seis mujeres nacidas en climas templados, han comenzado á menstruar á los 14 y 15 años, y la oriunda de Cuernavaca, á los 13, pequeña diferencia; pero que confirma lo que sabemos acerca de la influencia del clima sobre la época en que aparece el flujo menstrual.

Tenemos en la primera observación un tumor ovóideo, *duro*, situado en la parte media é inferior del vientre, que provoca un padecimiento crónico acompañado con metrorragias; á primera vista hubiérasele podido tomar por un fibromioma uterino, debiendo señalar la importancia de la histerometría entre los recursos enderezados á este diagnóstico diferencial.

En la 2ª observación notamos tres hechos interesantes: trátase de un tumor que parecía exento de adherencias, salvo á nivel de la cicatriz umbilical, y mal grado esta apariencia, estaba soldado á la pared abdominal anterior, al gran epiplón y al intestino. Esto corrobora lo que hace años sostuve en una nota enviada á esta Academia, que las adherencias intestinales y epiploicas no pueden diagnosticarse antes de abrir el vientre.

Este tumor tuvo origen muy probablemente en un ovario, ya por las relaciones que mantenía con una de las trompas, ya porque en su pedículo radicaban racimos de quistes muy pequeños; de todos modos provenía del anexo izquierdo, y sin embargo, evolucionó de tal manera, que se hallaba situado á la derecha.

Por fin, durante la operación, al destruir una adherencia, se perfora la envoltura y escurre cierta cantidad de pus á la serosa abdominal, á pesar de lo cual salva la enferma.

La 3ª observación tendería á confirmar la tan debatida influencia de los traumatismos en el génesis de los neoplasmas; más que dudosa para el ilustre patólogo Conheim, es, sin embargo, invocada de muchos años atrás por diversos autores.

En esta enferma, sin embargo, doncella de 34 años, podría notarse como elemento patógeno, la ociosidad, si puedo explicarme así, del aparato reproductor; pues es notorio que la falta de funcionalidad genital es

invocada por algunos patólogos para explicar la frecuencia del mioma uterino en las doncellas de cierta edad.

La 4ª observación patentiza con luminosa evidencia la eficacia de la ventro-fijación uterina para la curación radical del prolapso genital.

La 5ª demuestra dolorosamente la realidad de la influencia patógena de los tumores abdominales, aún después de extirpados, sobre la oclusión intestinal; esta enferma, curada ya de su cistoma ovárico, sucumbe por las consecuencias de esta afección.

La 6ª observación tiene dos títulos que la hacen interesante; por una parte demuestra que la edad avanzada no es una contraindicación de la ovariectomía, y por otra, que ni la antigüedad de un quiste ni el haber sido puncionado varias veces, son causa segura de adherencias.

La última operación, verdaderamente exploradora, es elocuente ejemplo de impotencia terapéutica.

\* \* \*

Con estas siete laparotomías asciende á 63 el total de las que llevo ejecutadas.

Estas 63 operaciones se descomponen así:

Por histeropéxia abdominal.....	2	Muertos 0
„ quiste ovárico.....	29	„ 3
„ piosalpínge.....	2	„ 0
„ fibromiomas de la matriz.....	25	„ 2
„ peritonitis tuberculosa.....	2	„ 0
„ error de diagnóstico.....	1	„ 0
„ hernia inguinal estrangulada.....	2	„ 2
	<hr/>	<hr/>
Total.....	63	Muertos 7
	<hr/>	<hr/>

De estas 63 laparotomías podemos suprimir las dos por hernia estrangulada, pues se refieren á sujetos del sexo masculino.

El primero era un individuo que fué conducido al hospital después de varios días de estrangulación hernaria; hice la desbridación acompañado de un hábil y docto cirujano que opinó, en vista del asa herniada, que no estaba muerta y que por tanto debía ser reducida. A los tres días murió

el enfermo, y en la autopsia encontré el intestino herniado en completa mortificación.

El segundo enfermo tenía un fragmento de intestino visiblemente muerto, resequé esa parte y reuní los cabos resultantes por medio del botón de Murphy; el paciente sucumbió, y la autopsia demostraba que anduve escaso en la porción reseçada, pues continuó la gangrena en el extremo superior del intestino.

Quedan, pues, 61 laparotomías hechas en la mujer, que produjeron 5 defunciones, ó lo que es igual, 8.33 por ciento de mortalidad.

De estos cinco casos de desenlace letal tres pertenecen á enfermas operadas de ovariectomía y dos á operadas por fibromioma.

En uno de los tres primeros se trataba de un gran quiste que había sido puncionado dos días antes de la operación; la enferma, agotadísima, pedía con urgencia ser desembarazada del tumor.

De las dos defunciones ocasionadas por fibromioma de la matriz, en la primera existía un tumor intraligamentario, de evolución pélvica; hice la enucleación del neoplasma y canalicé con gasa iodofórmica; la enferma murió probablemente de peritonitis.

En la segunda hice la amputación supra-vaginal de la matriz, con la intención de tratar el pedículo según el método de Hegar; mas era tan exigua la porción pedicular situada bajo la ligadura elástica, que me fué imposible aislar la parte superior del pedículo, de la cavidad abdominal.

Las pocas operaciones de castración, histeropéxia abdominal, etc., que figuran en esta nota, no produjeron ni una sola defunción y fueron siempre coronadas de éxito.

Entre las operaciones emprendidas con la mira de curar fibromas, figuran tres casos de castración; en los dos primeros pude seguir observando las enfermas mucho tiempo después de mi intervención operatoria, y puedo asegurar que los tumores se atrofiaron de tal modo que llegaron á desaparecer completamente; en la tercera operada no conocí el resultado lejano, porque la enferma solicitó su alta muy poco tiempo después de la operación.

En relación al tratamiento de los quistes del ovario, sólo dos veces me ví estrechado á practicar una operación incompleta, que consistió en la resección del saco y la marsupialización.

\* \* \*

Paso ahora á exponer algunos pormenores de técnica que por su importancia merecen ocuparnos algunos instantes. Son relativos á la asepsia y antisepsia, á la destrucción de las adherencias y á la sutura de la pared abdominal.

1º ASEPSIA Y ANTISEPSIA.—Sin incurrir actualmente en ciertas exageraciones de forma que en un principio adopté, imitando el proceder de varios ginecólogos, me preocupo extraordinariamente en dar cumplido acatamiento á las máximas fundamentales del código listeriano; todas las personas que me hacen la honra de ayudarme pueden atestiguar cuánto me esfuerzo en realizar, con la posible perfección, la asepsia y la antisepsia.

Estas se refieren: á los instrumentos, ropa y piezas de cura; á la enferma y al personal que interviene en la operación.

A. — Los instrumentos son lavados con agua y jabón de cianuro de mercurio, y después, desinfectados en la estufa de aire seco, calentada á 140° centígrados, ó por medio de la ebullición en agua esterilizada que tiene en disolución sosa cáustica ó sub-carbonato de esa base.

A este propósito haré observar que no encuentro justificado el precepto de Pozzi, cuando previene que los instrumentos destinados á la ovariectomía no reciban ningún otro uso, pues estoy convencido *de que está en nuestro poder destruir con absoluta seguridad todos los gérmenes patógenos que pueda tener un instrumento*. Por lo mismo, no parece aventurado asentar que, *sea cual fuere la procedencia de un instrumento, puede usarse en la laparotomía siempre que le hayamos sometido previamente á eficaz esterilización*.

Cuando voy á servirme de mis instrumentos, los coloco en agua esterilizada, sola ó adicionada de pequeña cantidad de cianuro de mercurio.

Las ropas de la cama, las de la enferma, etc., y las compresas y mandiles son esterilizados en el autoclave de Chamberlain.

Por este mismo medio esterilizo el algodón que compramos como antiséptico y diversas gasas de la misma clase; esto podrá parecer extraño; pero cuando se ha visitado, como yo lo hice, algunas de las fábricas que nos proveen de estos artículos, no es difícil convenir en que es imposible que objetos que pasan por infinitas manos y que son sometidos á múltiples operaciones de preparación, empaque, etc., conserven la pureza inmaculada que debemos exigirles.

La enferma toma un baño en agua caliente adicionada de cianuro ó

bicloruro de mercurio el día mismo de la operación, y cuando es dable, se somete á este género de aseo en los días que preceden á la operación.

Antes de cloroformizarla, cambia sus ropas por otras esterilizadas, y ya en la mesa operatoria se la afeita el vello de las partes genitales; éstas, la vagina y el vientre son lavados con jabón de cianuro de mercurio, frotados con cepillo y enjuagados en solución de esa sal al uno por mil; por último, se cubre el vientre con una compresa embebida en esa misma solución y sólo queda libre el campo operatorio.

El operador y ayudantes no deben haber tratado, en los días que anteceden á la operación, enfermos de padecimientos transmisibles, como erisipela, infección puerperal, septicemias, etc., ni haber concurrido á los anfiteatros; el mismo día de la operación, toman un baño de aseo, generalmente el denominado ruso; recortan cuidadosamente las uñas; lavan sus manos y antebrazos con jabón de cianuro de mercurio frotándolos perfectamente, sobre todo las uñas, con cepillo áspero; lavan las extremidades digitales, á nivel de las uñas, con jugo de limón; vuelven á lavar las manos como anteriormente, y después de enjuagadas, las desinfectan cuidadosamente con solución al milésimo de cianuro de mercurio; bandejas provistas de esta solución se colocan al alcance del operador y ayudantes durante todo el tiempo de la operación, para que enjuaguen frecuentemente sus manos. Por último, todas las personas que presenciaren la operación deben proveerse de un mandil esterilizado en el autoclave.

2º DESTRUCCIÓN DE LAS ADHERENCIAS.—Sobre punto tan importante, la práctica generalmente aconsejada consiste en introducir las manos en la cavidad abdominal y con el borde cubital, insinuado entre el tumor y la pared del vientre, romper las adherencias; reservando la ligadura para las muy extensas ó resistentes; cuando la hemorragia consecutiva no cesa espontáneamente, aconsejase suturar la pared abdominal de cada lado de la incisión aproximando una con otra las superficies sangrantes, para formar lo que se llama sutura *en lomo de asno*. En mi concepto, proceder así, es censurable por varias razones: la sangre que escurre cubre el campo operatorio y obliga después á limpiar la serosa; y es bien sabido que los frotamientos, siquiera sean leves, exfolian esa membrana y abren la puerta á la infección; por fin, el recurso aconsejado para combatir la hemorragia es harto precario.

Durante el poco tiempo que asistí á la clínica del eminente cirujano Péan, pude observar con cuánta delicadeza y eficacia practica este tiempo de la operación; una por una va destruyendo las adherencias, tomando los

puntos que sangran con pinzas hemostáticas, y poniendo ligaduras de catgut; se preocupa únicamente en no descubrir sino el lugar preciso en que radica la adherencia que trata de destruir, evitando así las deficiencias de que hice mérito.

Así es como yo procedo, ó al menos, procuro hacerlo en la actualidad; y solo añadiré, que cuando á pesar de todo, sangran algunas partes de la serosa parietal, me ha dado excelente resultado la cauterización con termocauterio de Paquelin calentado al rojo obscuro. Por lo demás, cuando tengo que limpiar la cavidad peritoneal, no uso esponjas ni compresas, sino bolitas de algodón mojadas en solución de cianuro mercurial y exprimidas fuertemente.

3º SUTURA DE LA PARED ABDOMINAL.—La sutura de puntos separados en la cual cada hebra comprende todo el grueso de la pared, no asegura el exacto afrontamiento de tejidos homólogos; determina, por otra parte, en ciertas ocasiones, la inversión de la superficie de la piel. Desde que supe que el Sr. San Juan preconiza la sutura por planos, que si no me equivoco, denomina *austriaca*, la he puesto en práctica, y la hallo muy conveniente: suture en primer término el peritoneo, por medio de un *surjete* hecho con d-lgado catgut; después, el plano músculo-aponeurótico, también con *surjete* ó hilo de catgut; reuno, en fin, la piel con hebras de seda gruesa y en puntos separados.

Hay un pormenor que parecerá acaso pueril; pero al que doy suma importancia: cuando se hace la sutura, sobre todo, si es de aquellas que exige una hebra larga, si no se tiene especial atención, es muy fácil que el hilo toque las ropas de la enferma ó el lienzo que cubre la mesa operatoria; y conviene evitar que ello suceda; pues por más que estos objetos hayan sido esterilizados previamente, pueden, no obstante, infectar el hilo que los toca, porque en el curso de la operación, se ensucian á menudo, con el líquido, purulento ó nó, que contienen los quistes.

México, á 10 de Junio de 1896.

T. NORIEGA.