

No siempre la operación es tan sencilla, pues dice el autor que muchas veces se necesita hacer la ablación de las apófisis espinosas que sobresalen. En dos casos ha tenido que resecar una cuña en la parte posterior de la columna vertebral y seccionar ésta en la parte anterior para obtener el enderezamiento del raquis. Mr. Calot dice que el tratamiento dura de 5 á 10 meses; y parece que lo ha aplicado siempre en niños ó en adolescentes y cuando es reciente la jibosidad. Asegura que hay un beneficio, supuesto que los otros tratamientos duran de 2 á 3 años.¹

El tratamiento que vengo recomendando, nunca ha durado 2 años, y la permanencia en la canal de Bonnet no ha pasado de 1 año; no necesita procedimientos violentos ni operaciones quirúrgicas; pero no quiero compararlo aún con el de Mr. Calot, hasta que ensaye yo este último y me cerciore de que traerá consigo, un verdadero progreso científico.

México, Marzo 3 de 1897.

E. LICÉAGA.

GINECOLOGÍA.

Un caso de hidrosalpingitis unilateral operado con éxito por la celiotomía vaginal anterior.

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Antes de entrar en materia, creo de urgente necesidad defender y definir á la vez la nueva nomenclatura que aparece en el título de este humilde trabajo, que me permito someter al recto juicio de esta Asamblea, pues se usa, á mi entender, hoy por primera vez en el seno de esta docta Sociedad la palabra "Celiotomía." Siendo la significación de las palabras en sus principios meramente convencional, hasta que con el curso del tiempo quedan definitivamente consagradas por el uso y las costumbres, no hay inconveniente en inventar y proponer nuevos vocablos con tal que se puedan comprobar los mejores derechos que tengan sobre aquellos que se pretende sustituir.

¹ La Semaine Médicale, pág. 512.—1896.

Hará más de 5 años que se están haciendo ciertos esfuerzos para purificar nuestro lenguaje científico, y quien más empeño ha tomado en este asunto ha sido el médico americano Rob. P. Harris, de Filadelfia, quien en una minuciosa disertación lingüística¹ llegó á probar que la palabra sacramental de "Laparotomía," que en la actualidad es casi la única usada para designar la apertura de la cavidad peritoneal por la incisión media, en sí no tiene tal significación, compuesta, como lo está, de las dos raíces griegas, *λαπάρα*, el flanco y, *τομή*, el corte. No puede, por consiguiente, esta voz significar otra cosa que "una incisión hecha en los flancos," dejando completamente á un lado, como cosa secundaria, lo que hoy día, al usarla, se considera tácitamente como lo esencial, es decir, la apertura de la cavidad abdominal.

Laparotomías, en el sentido estricto de la palabra, son pues únicamente aquellas incisiones que cuando menos, caen fuera de la línea media, como, v. gr., las que se practican en los abscesos ilíacos, en las supuraciones hepáticas, en las colotomías, en las nefrectomías, etc., etc.; pero, hablar de una laparotomía ó, traducida al español, de una incisión látero-abdominal, cuando el lugar de elección es invariablemente la línea media, no deja de ser un abuso lingüístico que ya es tiempo de corregir.

Mayor se hace aún la confusión, cuando autores de la competencia de un Sneguireff y Goubaroff, hablan de "laparotomía extraperitoneal"² al querer designar la incisión inguino-subperitoneal, que recomiendan para la canalización extra-peritoneal de los abscesos pélvicos, localizados en la base del ligamento ancho. En el mismo error craso caen aquellos cirujanos modernos que hablan de "Laparotomía vaginal," pues, una incisión flanco-abdominal, que á la vez esté situada en la vagina, es el mayor contrasentido que se pueda imaginar.

Como quiera que los argumentos producidos por el Dr. Harris son poco conocidos, creo de actualidad intercalar aquí un extracto de sus opiniones tal como lo publicó en la Gaceta central de Ginecología en el año de 1892.³

"¿Qué entendíanlos griegos—dice Harris—con la palabra *λαπαρά*? ¿Seguramente no el abdomen con su cavidad peritoneal, pues el que alguna vez haya leído los autores griegos, sabrá que la palabra correspondiente se llama *Κοιλία*. "En el Nuevo Testamento se encuentra esta voz diez veces, y en la traducción inglesa la vemos perfectamente bien traducida en la palabra "beliy," lo que significa el abdomen."

"*Λαπάρα* es una voz griega muy antigua por la cual, en tiempo de Hipócrata

1. Rob. P. Harris: Internat. Med. Journal, 1891.

2. Sneguireff et Goubaroff. Congres Internat. de Bruxelles, Pág. 95—98.

3. Rob. P. Harris. Centralbl. F. Gynaek. 1892, Pág. 877.

“tes, se subentendía la parte hueca que se extiende entre las costillas falsas y “la cresta del hueso ilíaco.”

“La palabra “laparotomía” se encuentra por primera vez en una disertación latina, escrita en 1811, por un médico alemán, Friedrich August Fiedler,¹ en la cual describe con este nombre una operación practicada en un hombre de 50 años de edad por una afección del cólon. En este caso se hizo, pues, “una verdadera laparotomía, en el sentido riguroso de la palabra, y el enfermo se encontraba, de hecho, acostado de lado.”

“Más tarde, en 1817, escribió Fiedler sobre el mismo tema, permitiéndose “entonces formar palabras enteramente absurdas, como laparo-gastrotomía, “laparo-raphia, laparo-hysterotomía, y lo raro es que un error tan patente “haya podido extenderse por todo el mundo científico sin protesta alguna.”

Inspirándonos en estos argumentos tan claros, creo que á ejemplo de muchísimos autores americanos, ingleses, alemanes y franceses, ya no debemos vacilar en adoptar y propalar el uso de la palabra “celiotomía” para designar la apertura de la cavidad abdominal, agregándole cada vez una segunda palabra explicatoria, conforme al lugar de la incisión: luego, hablaremos de “celiotomía abdominal” cuando se abra el vientre por arriba; “celiotomía abdominal media,” nos indicará que la incisión se ha hecho en la línea media, y “celiotomía vaginal anterior,” nos dirá que la cavidad peritoneal se ha abierto por la vagina, haciéndose la incisión en el fondo anterior.

Dejando así explicado el título de mi trabajo reglamentario, que me honro en presentar personalmente á mis ilustres compañeros de la Academia de Medicina, paso á relatar en breves frases la historia de mi enferma.²

Se trata de una mujer de 33 años de edad, bien conservada y que se casó hace 16 años. No ha habido ni partos ni abortos. Sus quejas, al presentarse á la consulta, se reducían á dolencias vagas en el vientre bajo y á un tumor en la fosa ilíaca derecha que en los últimos tres años había ido creciendo paulatinamente. El examen local reveló el estado siguiente:

Vulva y vagina de un color encendido y embarradas con un flujo abundante. La vagina, angosta; el fondo derecho, borrado por un tumor que se palpa inmediatamente abajo de la mucosa vaginal. El cuerpo uterino, del tamaño normal, repelido adelante y á la izquierda por el tumor, que se encuentra á la derecha y detrás de él. El tumor, del tamaño de la cabeza de un feto de 7 meses, se siente liso, de forma irregular, semifluotante, y parece estar íntimamente adherido al útero; á la presión no hay dolor. En el polo inferior del tumor, co-

1. De laparotomía novissemo, que ejus exemplo.

2. Registro de operaciones. Núm. 43, Pág. 45.

rrespondiendo al fondo vaginal derecho, se siente como una tripa, es decir, un cuerpo blando, fluctuante, de dos dedos de ancho por seis dedos de largo. Del lado izquierdo se palpan la trompa y los ovarios normales.

El diagnóstico vacilaba, pues, entre estas tres afecciones:

1ª Pío-salpingitis y pío-ovaritis del lado derecho;

2ª Pequeño quiste ovárico combinado con una hidro ó hematosalpingitis del mismo lado;

3ª Hidro ó hemato-salpingitis unilateral derecha.

Con el fin de obtener un diagnóstico más exacto, antes de proceder á la operación me decidí á hacer la punción del tumor por la vagina, lo que se practicó el 4 de Junio de 96 con todas las precauciones antisépticas y sin clorofor-mo, resultando un líquido transparente, amarillento, no viscoso.

Quedaron, pues, en pie únicamente las dos posibilidades siguientes:

1ª Quiste ovárico y pequeña hidrosalpingitis derecha;

2ª Enorme hidrosalpingitis unilateral.

En 6 de Junio del mismo año, es decir, dos días después de la punción exploradora, procedí á la extirpación del tumor por celiotomía vaginal, en presencia de los Sres. Dres. Estrada, Uzeta, Campos, Westmoreland y Parra, á quienes les doy las más debidas gracias por la valiosa ayuda que me proporcionaron.

La marcha de la operación fué la siguiente: Después de haber desinfectado bien vulva y vagina, se afianzó el cuello uterino con unas pinzas de Museux y se procuró atraerlo con tracciones enérgicas hasta fuera de la vulva, con el objeto de facilitar más la incisión longitudinal media de la pared vaginal anterior. No siendo posible esta maniobra por las adherencias del útero, me resolví á hacer la incisión *in situ* y abrí la vagina en todo su espesor, desde el bulbo uretral hasta su inserción en el cuello. Con el dedo y tijeras curvas despegué cuidadosamente la vejiga de la pared vaginal y de la cara anterior uterina hasta llegar al pliegue peritoneal vésico-uterino, el que se abrió por una amplia incisión, teniendo cuidado de afianzar inmediatamente con dos pinzas de Péan el colgajo peritoneal correspondiente á la vejiga. Con el fin de proteger este último órgano, introduce un *separador* rectangular de Péan á través del ojal peritoneal y con el índice llegué á través de la misma abertura, á la cavidad abdominal, palpando con toda facilidad el tumor adherente á la pared pélvica. En estas manipulaciones se verificó el prolapso de un pedazo de omento, el cual se repuso inmediatamente. Al tratar de librarlo de sus adherencias se reventó el tumor, dando salida á un líquido transparente, ligeramente teñido de sangre. Con el fin de poder inspeccionar bien todos los demás órganos de la pe-

queña pelvis, traté de invertir el fondo uterino á través del ojal peritoneal; pero retenido como estaba por adherencias al recto, no fué posible hacerlo y las pinzas sólo consiguieron desgarrarlo haciendo dos heridas superficiales en la pared anterior, cerca del fondo. No siendo de mayor importancia sacar el cuerpo uterino fuera de la cavidad abdominal, y temiendo lacerarlo más de lo conveniente, me limité á atraer á la vagina la bolsa vacía del tumor, el que resultó ser la trompa derecha enormemente distendida.

Resequé una parte de ella, dejando sin temor el resto en el abdomen, en vista de su contenido aséptico. El ovario derecho se sintió chico y adherente á la pared pélvica. Los anexos izquierdos, normales. Después de haber limpiado cuidadosamente la cavidad peritoneal con gasa esterilizada, y resecado el pedazo del omento que en varias ocasiones había salido, reuní el colgajo peritoneal correspondiente á la vejiga con el fondo del útero por medio de dos suturas de catgut, dejando así extraperitoneal toda la cara anterior uterina. Con catgut suturé las dos heridas del útero provocadas por las pinzas, y antes de reunir los labios de la incisión vaginal, pasé por los dos bordes de la herida y á la vez por la pared uterina un *hilo de Florencia*, manteniendo así el útero en anteflexión (la llamada vaginofijación uterina). En el ángulo posterior de la incisión se colocó una tirita de gasa esterilizada á título de drain, y se rellenó finalmente la vagina con gasa yodoformada. Sonda vesical permanente.

La narcosis duró una hora y 37 minutos; la operación, una hora y 17 minutos. Cloroformo usado, 20 gramos.

			T	P	R	
Junio	6	12 A. M.	36°9	106	20	
"	"	6 P. M.	37°4	95	24	Orina clara, ventosidades.
"	7	9 A. M.	37°3	90	22	
"	"	6 P. M.	38°2	100	26	(Hielo sobre el vientre, se quita la sonda vesical.)
"	8	8 A. M.	37°5	100	24	(Se quita el tapón vaginal y la gasa de <i>drainage</i> . Inyecc. vaginal con Lap-sól.)
"	"	4 P. M.	37°4	100	28	(Purga con Magnesia: 2 posiciones.)
"	9	11 A. M.	37°0	76	22	(Estado general, excelente. Se quita el hielo.)
"	10	10 A. M.	37°3	84	22	(Se sienta en la cama.)
"	11					Se levanta la enferma. Estado bueno.
"	14					Alta. Herida cicatrizada.

Al mes de operada se quitó la ligadura de Silkworm que tenía el útero fijado á la pared vaginal anterior. El tacto vaginal revela en lugar del antiguo tumor, una resistencia del tamaño de una nuez de Castilla, probablemente correspondiente al resto de la trompa. Por lo demás, todo en el más perfecto estado, no se siente exudado intraperitoneal alguno, no existe dolor ni sensibilidad; en una palabra, la enferma está perfectamente bien.

Los resultados de esta operación han sido tan altamente satisfactorios, que casi me atrevo á calificarlos de *ideales*. La temperatura subió por única vez en la noche del segundo día á 38°2, para oscilar, por lo demás, entre 36°9 y 37°4. El pulso estuvo en los primeros tres días entre 90 y 100 pulsaciones; más tarde bajó á 76 por minuto. La respiración fué (término medio) de 24 por minuto. AL CUARTO DÍA SE SENTÓ LA ENFERMA EN SU CAMA, AL QUINTO SE LEVANTÓ Y AL OCTAVO FUE DADA DE ALTA.

El que está acostumbrado á ver el curso tan distinto de las operaciones abdominales, aun de las más felices en sus resultados, no puede menos de estar altamente admirado de la benignidad patente de esta intervención.

Esta circunstancia unida á la rapidez notable de la convalecencia, es para mí de tanto peso, que cada día me voy inclinando más y más á adoptar de toda preferencia la vía vaginal en casos de esta naturaleza.

La primera ventaja que tiene la celiotomía vaginal sobre la abdominal, es la falta de cicatriz, y con ella los riesgos de una hernia ventral, lo cual para la clase pobre es de incalculable valor.

En segundo lugar, es un hecho incontrovertible que el choque operatorio y las consecuencias inmediatas de la intervención vaginal son incomparablemente menores que los de la abdominal: prueba de ello es la conyalecencia tan extraordinariamente rápida de 6 á 8 días.

Por otra parte, no desconozco en lo absoluto las ventajas positivas que presenta á su vez la celiotomía abdominal, como son la facilidad de reconocer todo el campo operatorio y de evitar lesiones de los órganos vecinos en caso de adherencia, la seguridad absoluta de la hemostasia por la ligadura directa de los vasos sanguíneos, etc., etc. Sin embargo, á pesar de todas estas ventajas, me inclino sin vacilación á la celiotomía vaginal, por supuesto en los casos adecuados, por creerla de menos riesgo para la enferma á la par que de más rapidez en cuanto á convalecencia.

I. Como casos adecuados considero en primer lugar todo tumor unilateral que esté adherido, ó cuando menos, muy próximo á los fondos vaginales, v. gr., quiste ovárico enclavado en la pequeña pelvis, hidro y piosalpingitis unilaterales, hematosalpingitis y embarazos ectópicos intratubarios.

II. Una segunda indicación para las celiotomías vaginales la dan los casos de retroflexión uterina, causada por las múltiples adherencias del útero á los órganos vecinos, especialmente al recto, pues por medio de la incisión del pliegue véstico-uterino se pueden destruir estas adherencias, sea con el dedo, sea con el Paquelin. Aprovechándose de la oportunidad, se puede dar todavía un paso más para la curación radical de la retroflexión, agregando de una vez la operación de Alexander, es decir, el acortamiento de los ligamentos redondos, pero no ya por la vía inguinal, como lo hizo el inventor, ni tampoco por la vía abdominal, como lo hicieron Mann y Frank¹ de Chicago; *sino por la vía vaginal*, según el procedimiento novísimo de Wertheim² y Bode:³ abierto el pliegue peritoneal anterior, se atraen con ganchos los ligamentos redondos, y doblándolos sobre sí mismos se hace con facilidad la sutura que definitivamente los tiene acortados.

III. En tercer lugar, serán beneficiados por la celiotomía vaginal los pequeños miomas subperitoneales que á veces se observan montados sobre el fondo uterino, lo mismo que aquellos que frecuentemente se desarrollan en la pared anterior ó en la posterior del útero. Una vez abierto el peritoneo entre útero y vejiga, se invierte con facilidad el primero á través del ojal peritoneal, y con comodidad se extirpan ó se enuclean los mencionados tumores, previa incisión en la pared uterina caso dado.

Suturando después la cara anterior uterina á la pared vaginal, queda evitado en lo absoluto una infección secundaria de la cavidad peritoneal, pues la incisión uterina ya quedaría extraperitoneal.

La condición esencial para poder hacer la inversión del útero miomatoso á través del ojal peritoneal, es que no exceda en su diámetro transversal de 6 á 7 cm. En un caso análogo que operé últimamente no me fué posible hacer pasar el útero voluminoso por la abertura peritoneal,⁴ y después de muchos esfuerzos infructuosos me vi obligado á hacer la extirpación total: la enferma sanó y fué dada de alta al décimo día después de operada.

IV. Finalmente, pueden ser extirpados por la celiotomía vaginal anterior los ovarios inflamados y degenerados, sustituyendo así con ventaja la oforectomía abdominal, que siempre debe considerarse de más peligro. A propósito de la extirpación vaginal de los ovarios y tumores ováricos de pequeño calibre, diré en honor de la verdad que es una operación ya bastante antigua, pues quien la

1. Frank, Americ. Jour of Obst. XXXIII, Pág. 377.

2. Wertheim, Centralbl. f. Gynaecol. 1896, Pág. 265.

3. Bode, Centralbl. f. Gynaecol, 1896. Pág. 357.

4. El útero midió 8 cm. de ancho por 7 de grueso.

practicó por primera vez fué el doctor americano Atlee en 1857; ¹ en 1870 extirpó Gaillard Thomas ² un tumor ovárico del tamaño de una lima por una incisión en el Douglas; en 1877 hizo Battey, ³ y siguiendo su ejemplo, Hegar, en Alemania, una serie de oforectomías, igualmente por la vía vaginal. Entre tanto, invadió, gracias á los adelantos de la antisepsia, la *laparotomía*, en su marcha triunfal, todas las clínicas ginecológicas, y la celiotomía vaginal, mucho menos vistosa que la abdominal, quedó relegada al segundo plan para caer insensiblemente en un olvido casi completo.

A la escuela francesa cupo la gloria de volver á comprender todas las ventajas de la vía vaginal, y en el Congreso de Bruselas oímos á Péan ⁴ expresarse á ese respecto de la manera siguiente: "J'ai dit et je répète qu'il est aussi facile de se rendre compte de l'état des organes pelviens quand on opère par la voie vaginale que quand on opère par la voie abdominale. Il suffit d'ouvrir le cul de sac du peritoine, d'introduire le doig par l'ouverture et de reconnaître l'état des annexes; si elles sont kystiques d'un seul côté il est facile de les attirer et de les extirper. Qu'on enlevève les annexes, on qu'on les laisse en place, quelques points de suture suffisent á fermer l'incision exploratrice."

Después de él propuso Boisleux, ⁵ de París, y muy recientemente Pryor, ⁶ de New-York, abrir el fondo de saco posterior con el fin de despegar el útero retrofecto de sus adherencias patológicas.

Se ve, pues, que la celiotomía vaginal posterior, ó sea la abertura de la cavidad abdominal por una incisión en el Douglas, no tiene la pretensión de ser una operación nueva; y de muy buen grado la acepto como la manera más adecuada para hacer ciertos diagnósticos y extirpar uno que otro ovario ó tumor adherente al Douglas, pero como operación típica me parece mucho más recomendable la celiotomía vaginal anterior, ó sea la incisión del pliegue vésicovaginal inventada por Düehrsen, por la sencilla razón de que en ella todo queda constantemente expuesto á los ojos del cirujano, y en este sentido no me canso de repetir con Segend: ⁷ "ne rien faire sans y voir est au contraire la regle premiere de toute hysterectomie bien conduite." Lo que Segend exige para las hysterectomías—y de ellas exclusivamente se trataba en aquella

1. Atlee, Centralbl. f. Gynecol. 1879, pág. 30.

2. Thomas, Amer. Journ. of Med. Science. Abril, 1870.

3. ef. Goudell, Transactions of the Amer. Society of Gynaecol. 1877.

4. Congres internat. de Gynecol. Bruxelles, pág. 70.

5. Boisleux, Centralbl. f. Gynec. 1892, pág. 561.

6. Pryor. A new method of treating adherent retroposed uteri, Med. Record 1896, July.

7. Congres international de Bruxelles, pág. 59.

discusión—se aplica naturalmente á todas las operaciones vaginales, sin excepción.

En el mes de Diciembre de 1893 tuve la suerte de ver operar en Berlín al conocido ginecólogo profesor Düehrsen en un caso de retroflexión uterina complicada con adherencias pélvicas: después de haber hecho una incisión transversal en el fondo de saco anterior á la altura de la inserción de la vejiga al cuello uterino, despegó con los dedos la cara posterior vesical de la anterior uterina hasta llegar al peritoneo, que en la profundidad se destacaba con su color azulejo. Hizo entonces una amplia incisión en el pliegue vésico-uterino, é introduciendo el dedo á través de la abertura peritoneal, lo enganchó atrás del cuerpo uterino, imprimiendo á éste un movimiento de báscula, lo cual lo hizo salir sin gran dificultad de la cavidad abdominal hasta fuera de la vulva, presentándose entonces con toda claridad las travéculas fibro-peritoneales, que partiendo de la cara posterior del útero lo tenían adherido á la cara anterior del recto. Ejerciendo el operador una suave tracción sobre las trompas se sacaron con igual facilidad que el útero ambos ovarios y ambas trompas afuera de la cavidad abdominal: ESTE FUÉ EL PRIMER CASO DE CELIOTOMIA VAGINAL POR INCISIÓN ANTERIOR. En 12 de Enero de 1894 presentó el profesor Düehrsen el caso á la Sociedad Ginecológica de Berlín, y á partir de este momento quedó adquirida para la ciencia la “celiotomía vaginal anterior.”

Una vez encontrado el camino que permitía exponer á la vista del cirujano los órganos intra-abdominales de la mujer sin previo sacrificio del útero, siguió desarrollando el infatigable Martin, de Berlín, la operación y sus indicaciones, y ya en Agosto de 1895 pudo este autor publicar una serie de 96 “colpotomías anteriores” (de *κόλπος*—la vagina y *τομή*—el corte) sin un solo caso de muerte, siendo las indicaciones para la operación las siguientes: ¹

- 19 veces miomas uterinos.
- 14 „ retroflexión uterina.
- 8 „ prolapsos uterinos.
- 43 „ adherencias peritoneales del útero y anexos.
- 7 „ extirpación de ovarios degenerados.
- 6 „ hidro y pio-salpingitis.
- 1 „ embarazo ectópico intratubario.

En vista de estos resultados inmejorables obtenidos en la práctica, y apoyándome en los argumentos científicos expuestos en este desaliñado trabajo, creo poder recomendar á mis compañeros que me han honrado con su atención, la celiotomía vaginal anterior como una intervención quirúrgica exenta casi de

¹ Martin, die Coloptomic anterior. Monats. f. Geburph. Bd. II, pág. 109.

riesgo, de resultados maravillosos; y si llegara el que habla á contribuir en algo á la propagación de operación tan benéfica, reduciendo proporcionalmente el dominio de las incisiones abdominales, sin comparación más peligrosas, se consideraría perfectamente recompensado de la legítima mortificación que experimenta al presentar ante esta ilustrada concurrencia tan insignificante trabajo.

San Luis Potosí, 22 de Julio de 1896.

G. PAGENSTECHER.

Socio Correspondiente.

CRÓNICA.

Segundo Congreso Pan-Americano celebrado en México.*

SECCIÓN DE CIRUGÍA GENERAL Y ORTOPEDIA.

Presidente efectivo: Dr. Rafael Lavista, de México.

Día 16 de Noviembre.—Sesión de la mañana.

(CONTINUA).

DR. A. VALDIVIESO, de Oaxaca.—Lee la historia clínica de un enfermo en el cual extirpó el omoplato entero que presentó á los congresistas. La operación fué indicada por una caries antigua y rebelde á todos los tratamientos, que se ponía de manifiesto por multitud de fistulas de bordes fungosos, sangrantes, dando paso al pus característico de la ostitis tuberculosa.

Día 19.—Sesión de la mañana.

Presiden los Sres. Dres. Lavista, Bandera é Hingston, los primeros de México y el tercero del Canadá.

DR. M. OTERO, de S. Luis Potosí.—Lee un trabajo que titula: "Porvenir de la talla hipogástrica, su manual operatorio y cuidados consecutivos." Hace el autor una apología de la talla hipogástrica, que él practica siempre aunque con algunas modificaciones al modo de operar hasta hoy por los cirujanos más notables. En efecto, el Dr. Otero hace una incisión muy pequeña y cierra por completo la vejiga, aunque no siempre (cuando hay una cistitis), dejando una sonda constante en la uretra. La talla hipogástrica es una operación benigna

* Véase la pág. 306.