

González Urueña, Gutiérrez, Hurtado, López Hermosa, Lugo Hidalgo, Mendizábal, Núñez, Orvañanos, Ramírez de Arellano N., Ramos, Ruiz, Soriano, Toussaint, Villada y el Secretario que suscribe.

ISMAEL PRIETO.

CIRUGIA GINECOLOGICA

**Estudio clínico y estadístico de veinte laparotomías
ejecutadas del 12 de junio al 30 de sep-
tiembre del presente año por el
Dr. Francisco Hurtado.**

El móvil principal que informa el presente estudio lo constituye la consideración de que todo jefe de servicio quirúrgico creo que está en la obligación estricta de dar á conocer los resultados estadísticos de su propia práctica, y si personalmente no lo he hecho hasta el presente, ha sido por tropezar con dificultades de orden práctico y por haber seguido otra regla de conducta, que considero viciosa, y que ha consistido en efectuar comunicaciones verbales ó escritas pero aisladas y disímolas, y ahora intento volver sobre mis pasos, categorizando y comparando mis observaciones clínicas brevemente anotadas en el libro de historias, que al efecto se lleva con todo esmero, en mi servicio quirúrgico.

No pretendo haber llegado á la perfección, confío en la benevolencia y justa crítica de mi auditorio, de quien espero se servirá hacer las indicaciones correctivas que exija mi labor imperfecta, de cuyas indicaciones, que estimo en alto grado, me prometo tomar nota, para que en otra vez y con más amplia experiencia, resulte aquella más digna de vuestra consideración, que lo es la presente.

Dada la imperfecta é insuficiente organización de nuestros actuales servicios hospitalarios, se comprenderá que he tenido que luchar para disminuir á cero la mortalidad de esta serie que reputo como muy feliz, y no lo hubiera conseguido si no hubiera contado con la gratuita y bondadosa cooperación de mis amigos médicos y estudiantes, que me asisten en mis operaciones, y que aceptan el cuidado de algunas enfermas,

debiéndose en algunas veces la curación de éstas, más que á mis propios esfuerzos, á los de aquellas dedicadas y estudiosas personalidades, complaciéndome en este momento en expresarles toda mi gratitud.

El número de laparotomías ejecutado en el breve espacio de ciento diez y siete días, sin ninguna mortalidad, creo que prueba suficientemente que con perseverancia y disponiendo del material bien clasificado de todos los entusiastas operadores de la capital, se podían anualmente recoger algunos centenares de hechos que pondrían muy alto el pabellón de nuestra cirugía nacional, dándonos á todos los que de cirugía nos ocupamos con predilección, fuentes de enseñanzas propias y grande experiencia, que nos serviría para conducirnos con acierto en el dédalo á veces inextricable que caracteriza la variedad de las dolencias de que sufren los enfermos del vientre, y nos ilustraría, por última consideración, en el planteamiento de las indicaciones operatorias radicales ó conservadoras.

El número total de celiotomías ejecutadas (diez y nueve en mi servicio y una en la práctica civil, en este lapso de tiempo, asciende á veinte, siendo quince de celiotomía abdominal y cinco de celiotomía vaginal.

Mi predilección por la vía alta se desprende del estudio de mis observaciones, reasumiendo mis razones en las siguientes: nuliparidad de las enfermas, en las que siendo estrecha la vagina considero, aquella vía superior á la vaginal: en que en muchos de los hechos la lesión afectaba la totalidad de los órganos sexuales fijándose en la cavidad pelviana y abdominal por fuertes adherencias, que algunas veces pude diagnosticar previamente á la operación; en la consideración de que proponiéndome conservar hasta los límites de lo posible los órganos enfermos, considero superior la vía alta, pues no exige las tracciones á veces inmoderadas que demande la báscula del útero, á fin de resolver si las lesiones anexiales son uni ó bilaterales.

Con efecto, una vez abierto el vientre en la línea media, el cirujano puede resolver lo conveniente sin ocasionar ninguna perturbación de la topografía anatómica de las vísceras, resultando la importancia de esta conducta, por manera inequívoca, y aceptada por la mayoría de los operadores, en los casos de embarazo ectópico, de

los cuales, y como comprobante de lo expuesto cuento con un hecho en esta corta estadística.

Escogí la celiotomía vaginal en cuatro casos en que la encontré ampliamente indicada por la extensión que la multiparidad me proporcionaba, y que fueron dos de prolapso uterino de tercer grado y dos de perímetro anexitis.

Los casos operados por celiotomía abdominal fueron diez y seis, siendo catorce de estos de laparotomía suprapúbica y variando la incisión entre ocho y diez y seis centímetros, y no siendo en ningún caso necesario prolongarla más allá del ombligo.

Los dos casos tratados por celiotomía lateral lo fueron por vasto absceso hepático del lóbulo derecho descendido abajo del nivel del ombligo y que no presentaba adherencias; y el segundo lo fué ejecutando la fijación ó ingerto del epiplón, bajo los músculos abdominales, radicándose la incisión á nivel del borde derecho del músculo recto derecho del abdomen, con el fin de curar ó mejorar á una enferma de cirrosis de Laéne.

Hice la castración total por fibromiomas y por celiotomía suprapúbica en tres casos, dejando entreabierto la vagina en dos de ellas, é hice la amputación supravaginal en el tercero, por tratar se de una virgen, y disminuir la duración de la curación, que se abrevia considerablemente cuando esta última variante de la castración se encuentra indicada.

Las enfermas de esta categoría salieron ya del hospital en perfecto estado.

Sufrieron la castración total por perímetro anexitis crónica y por la propia vía alta tres enfermas nulíparas; dos de las cuales salieron curadas y las tres restantes saldrán próximamente, faltando muy poco para que termine la cicatrización vaginal; en dos fué supravaginal la intervención curándose éstas en menos tiempo que las otras tres, en que se extirpó el cuello.

Por castración total abdominal se está curando una enferma en quien se rompió la trompa derecha, se abortó el huevo incompletamente á la cavidad pélvica, generándose hematocele retro uterino enquistado y se comprobó el diagnóstico por la presencia del cuerpo amarillo en el ovario del mismo lado y por el estudio histológico que reveló en la porción correspondiente de la pared tubaria la presencia de elegantes y exuberantes vellosidades coriales, y de células deciduales, im-

plantadas ambas entre un coágulo adherido á los restos de las paredes adventicias del saco embrionario.

Las consideraciones importantes que se desprenden del análisis de esta observación, constan en la historia especial del hecho en cuestión, permitiéndome darle mayor amplitud descriptiva que espero se me perdonará en gracia de la importancia del asunto.

Hoy hace apenas diez días que operé en condiciones de gravedad excepcional y con principios de sepsis, á una enferma cifótica de pelvis infundibuliforme (pélvis cifótica) en quien se intentó la provocación artificial del parto al 6.º mes y medio de embarazo, por medio de las sondas despegadoras de las membranas, y cuya faena, que duró once días sin resultado plausible, había agotado á la paciente.

Por enfermedad del distinguido y hábil partero que tenía á su cuidado á la paciente, se me encargó de su asistencia, y como las condiciones apremiaban, opté hacerlo por laparotomía alta, por encontrar los huesos del isquion muy acercados (3 y medio centímetros) y juzgar el parto imposible ó muy difícil de hacerse por la vía natural.

El diámetro biparietal del producto de la concepción midió 6 y medio centímetros, lo que justifica mi conducta que fué ejecutar la operación de Porro, esto es la castración total supravaginal mediante el lazo elástico, con el fin que no se oculta á la ilustración de mis profesores y cuya conducta es clásicamente aceptada en el mundo científico, ginecológico y obstétrico.

Murió el niño cuatro horas después de extraído por falta de desarrollo y carecer de la estufa incubadora, que no pudo conseguirse.

La madre está en buena vía de curación, pues el muñón está por caer, habiendo apresurado su desprendimiento por cauterizaciones con el termocauterio, ejecutadas bajo la anestesia clorofórmica, que la enferma tolera admirablemente.

En su oportunidad haré la historia pormenorizada y las reflexiones á que se presta este hecho para lo cual cuento con la debida autorización de la familia de la enferma.

Las operaciones conservadoras sobre los anejos y la matriz fueron en número de cinco y espero hacer todos mis esfuerzos por aumentarlas y disminuir en los límites de lo posible la cifra

de la castración total reduciéndola á sus indicaciones terminantes, con el fin de evitarme todo reproche propio y extraño.

Fueron ejecutadas por vía suprapúbica y los detalles pormenorizados constan en las historias respectivas.

Dos salieron curadas; tres están en curación.

La última operación fué de laparotomía incompleta, justificada la no terminación por las consideraciones que se verán en la historia respectiva.

Castración total por fibromas de la matriz.

Se realizó en tres enfermas, encontrándose los anejos degenerados, remontados hacia la parte superior de los neoplasmas, y más ó menos fundidos entre sí, hasta el punto de hacerse imposible su conservación ó fijación, por lo menos de un ovario al peritóneo pélvico reconstituido por la sutura continua, no habiéndose intentado igualmente la fijación ó ingerto de la glándula al tejido celular de la herida abdominal, por faltarme experiencia acerca de esta práctica, recomendada últimamente por algunos operadores, quienes afirman no marchitarse el órgano por semejante intento, y que me prometo realizar á mi vez, siempre que las lesiones escleroquísticas lo permitan.

Clasifico las tres intervenciones cuyo relato sucinto constituye las observaciones núms. 1, 2 y 3, como castración total, aun cuando en la observación núm. 3, por tratarse de enferma virgen, creí deber dejar la porción vaginal del cuello, pues no creo que la no extirpación de esta porción del órgano, sea razón poderosa para diferenciar radicalmente la histerectomía abdominal en total y subtotal, como es de uso denominarla en una y otra eventualidad, optando el cirujano por una ú otra, según las alteraciones que demuestre al llegar á la porción supravaginal, fundando la conducta que seguí en los tres casos, por medio de una nota que va puesta al final de las observaciones.

Los motivos de la intervención fueron: la magnitud de la neoplasia en la 1.^a y 3.^a observación y la inclusión cavitaria de la misma en la 2.^a, y en todas, la sintomatología característica de la inflamación pélvica ocasionada por el crecimiento rápido de los tumores, los cuales salían del campo de las indicaciones de la cirugía conservadora,

comprendiendo la misma electrización, pues por la carencia de hemorragias muy leves en la 2.^a enferma y constancia de la peritonitis perineoplásica dejó de estar indicada.

El crecimiento rápido de la neoplasia y la invalidez de las enfermas constituyó igualmente la indicación operatoria.

Es de mi deber advertir que ninguna de ellas se sometió con anticipación y en su oportunidad á ningún tratamiento serio y sostenido, no juzgando por mi parte deber intentarlo, por creerlo fuera de propósito, y por la poca constancia y dificultades prácticas para hacerlo correctamente, si se atiende á las condiciones de pobreza de las pacientes, y al juicio diagnóstico prooperatorio, que espero que se justificará por el examen de las piezas anatómicas que tengo el honor de exhibir y que confío que demostrarán que se llegó en los tres hechos al punto preciso, en que es conveniente no diferir la intervención operatoria.

En todos pudimos hacer el diagnóstico previo, viniendo la operación á perfeccionarlo en la 2.^a, pues se había diagnosticado fibroma mural anterior, y fué intracavitario, con aplasia de la pared anterior de la matriz, cuyo detalle es difícil que se hubiera reconocido por ser la porción del cuello relativa al istmo muy alargada y dura y estar el neoplasma fuertemente inserto al fondo y cara posterior del útero, al grado de que, aun usando la tijera, costó trabajo desprenderlo parcialmente, cuando al concluir la operación se dividió por la mitad la cara anterior del órgano; y si á esta consideración agregamos la circunstancia de encontrarse profundamente lesionados los anejos, se vendrá á concluir en la superioridad de la castración total, sobre la conservación del útero y anejos si se hubiera procedido por la vagina á extirparlo, fraccionando el tumor incluido.

Esta operación, últimamente recomendada por algunos cirujanos franceses y que ya he realizado alguna vez, exige mayor habilidad y tiempo por parte del operador, produciendo mayor traumatismo y aumentando el coeficiente de la mortalidad, por la razón obvia, de que la división mediana de la cara anterior de la matriz que exige, expone á la gangrena y á la pelvis celulitis consecutivas.

En los casos 1.^o y 3.^o hubo enclavamiento real de los tumores, parcial en el 1.^o por inclusión de

un lóbulo en los alones del ligamento ancho derecho, y total en el 3.º, en el que fué necesario usar de tres tirabuzones para poder hacer la báscula, previamente á la decorticación.

La anestesia cloroformica se obtuvo con mínima cantidad, fué fácil y solamente en la 3.ª enferma se presentó ligero síncope respiratorio y espasmo glótico, durante la penosa faena de la báscula del tumor, cediendo el accidente por la supresión momentánea del anestésico, y por las tracciones rítmicas de la lengua y la respiración artificial, que se ejecutaron por algunos minutos.

Las tres enfermas curaron perfectamente y hasta la fecha no han presentado síntomas de menopansia por supresión de la glándula ovárica encontrándose la herida del abdomen sólidamente cicatrizada.

Observación número 1.

Julia Silva, natural de Puebla, de 34 años de edad, soltera, nulípara, cocinera, sufre desde principios de 1898 ataques de inflamación pélvica que la imposibilitan para el trabajo, determinados por la existencia de fibromas múltiples murales y subperitoneales, uno de cuyos lóbulos y el mayor pasa ocho centímetros del recinto pélvico y viene á encontrarse situado en el lugar correspondiente al anejo derecho, con el cual probablemente se ha fundido. Encontré la cavidad de la matriz deformada, siendo preciso dar á la sonda la forma de ese itálica alargada para poder penetrar al fondo y obtuve 12 centímetros de longitud, explicándome la deformación por el desarrollo excéntrico de la matriz degenerada y la predominancia de los fibromas hacia el lado derecho, uno de cuyos lóbulos se diagnosticó como incluido en el ligamento ancho del propio lado, reasumiendo el diagnóstico en la forma siguiente: fibroma total de la matriz, plurilobulado, de evolución pelviabdominal y parcialmente incluido en el lado derecho de la pelvis; revelada á la enferma desde dos años, pero contando más tiempo indudablemente de formación, pues es bien sabido que hasta que no adquieren volumen apreciable y producen síntomas de compresión ó de otro orden, los enfermos ignoran que lo están.

Coexistiendo con la neoplasia uterina comprobé las huellas manifiestas de histerismo, traducidas por zonas de analgesia en los miembros inferiores; vaginismo, cansancio corporal y carácter irritable.

La menstruación, siempre en corriente hasta la última época de su aparición, que lo fué el día nueve de Junio del presente año, ha sido siempre moderada, durándole tres ó cuatro días y acompañada de ligero dolor.

Desea operarse por la frecuencia de los ataques de inflamación peritoneal que le obligan á guardar cama, hasta por dos meses; le producen dolor intenso en la región hipogástrica, síntomas de parálisis intestinal, y han terminado por agotar sus energías físicas y morales.

Hice la laparotomía suprapúbica el 12 de Junio que duró una hora y treinta minutos, pudiendo por incisión de doce centímetros decorticar el neoplasma, desprender adherencias que ofrecía con el epiploon y el intestino, desprenderlo en su porción intralegamentaria, reconocer que el anexo derecho se encontraba torcido y prolapsado en el fondo pélvico por el peso que sufría por parte del lóbulo derecho del tumor, practicando la castración total, reconstituyendo el peritoneo pélvico por la sutura continua y cerrando la herida del abdomen por la sutura de planos.

La anestesia fué satisfactoria gastando solamente noventa gramos de cloroformo.

No hubo accidentes post. operatorios y actualmente está para salir la enferma del hospital, mejorada del histerismo, cicatrizada su herida y permitiendo la palpación del vientre si se realiza esta con alguna energía.

El peso del neoplasma es de quinientos treinta gramos.

La torción que sufrió el anejo derecho, los ataques reiterados de peritonitis que determinaron las adherencias entero-epiploicas, y la falta de hemorragias en enferma que se dijo fué siempre regularmente menstruada, constituyen el interés de esta observación, debiendo agregar, para terminarla, que las manifestaciones clínicas que determina la menopausia artificial no se han presentado hasta la fecha.

Observación número 2.

Francisca Huerta, de Izatlán, de 30 años de edad, fregona de oficio, soltera y nulípara, sufrió á los nueve años de edad de bubón inguinal que supuró. Sus reglas ligeramente menorrágicas duran cuatro días, y dice estar enferma desde hace diez meses por haber sufrido fuerte golpe sobre la cintura, cayendo sobre el tronco de un árbol.

al tratar de sujetar un cerdo que se le escapó; le sobrevino esa vez metrorragia y peritonitis que duró dos meses y la obligó á guardar cama todo el tiempo, al fin del cual sintió fuerte dolor hipogástrico y se hizo leucorreica.

Su constitución es regular aun que algo enflaquecida y las últimas reglas moderadas en su cantidad se presentaron el día dos de Junio pasado.

Como síntomas actuales, acusa además del dolor pelviano, tenesmo recto vexical, micción frecuente y dolorosa al concluir, cefalalgia frontal y falta de fuerza para trabajar como fregona en los restaurants, de donde la despiden á causa de su invalidez física.

Reconozco que se trata de útero fibromatoso antevertido, no pude realizar el cateterismo á causa de la rigidez del istmo alargado, ni alcancé á tocar los anejos, y pude cerciorarme de que la vagina estrecha no permitía ejecutar con facilidad la histerectomía, que se imponía por los antecedentes descritos.

El día 10 de junio practiqué la castración total por laparotomía suprapúbica, por el procedimiento de decorticación, siendo difícil el desprendimiento de la trompa izquierda que encontré fuertemente adherida al recto.

Duró la operación una hora y 10 minutos, gastando ochenta gramos de cloroformo.

Ningún accidente post-operatorio, saliendo curada la enferma el 18 de septiembre próximo pasado; no encontrando al explorarla por última vez dolor ni exudados pelvianos, y siendo sólida la cicatriz abdominal y vaginal.

La pieza anatómica pesó ciento noventa gramos y nos revela un fibroma cavitario del tamaño de una lima, fuertemente adherido á las paredes anterior y posterior de la matriz, de las cuales se desprendió con dificultad aun usando la tijera, y una vez dividida por la mitad de su cara anterior.

Los anejos microquísticos y los trompas muy alargadas.

El diagnóstico de neoplasma intra-uterino sólo pudo haberse hecho por previa dilatación de la cavidad, que hubiera sido muy difícil de obtener por la rigidez del istmo y de la porción vaginal del cuello, habiendo anotado en las reflexiones que preceden á estas observaciones, mi modo de pensar en este caso, en que la castración total se

impuso por la degeneración bilateral de los anejos.

Observación tercera.

La Srita. Antonia Mancera, de México, de treinta años de edad, constitución débil, costurera, soltera, virgen, ha sufrido desde joven de anemia acentuada fuertemente á últimas fechas por el padecimiento que la obliga á operarse. Sufrió el tifo exantemático á los doce años de edad; más tarde dispepsia atónica de forma gastralgia; sus reglas, siempre moderadas, duraban tres ó cuatro días y sólo el primero sentía ligero dolor hipogástrico; las últimas fueron escasas y terminaron el día 10 de Agosto pasado.

Desde mediados del 97 sufre de inflamación pélvica severa y de un modo insensible ha visto que su vientre crece hasta pasar del nivel del ombligo, hasta asemejarse á un embarazo que correspondiese á aquella altura.

Su padecimiento la hace inhábil para su trabajo, que no ha abandonado por completo por imposibilidad de hacerlo, con excepción de los días en que la inflamación le obliga á guardar cama.

Acusa profunda debilidad, vértigo, sueño invencible y ligera leucorrea mucosa.

A fines de 1900 consulta con el Dr. Martel, médico homeópata, quien la propone operarla en el hospital Béistegui y la enferma rehusa.

Mi buen amigo, el señor Dr. D. Francisco Ortega y Fonseca me la confía después de haber levantado las fuerzas de la paciente por el uso diario de inyecciones de cacodilato de sosa, solución de hierro del Dr. O'Farril y todos los tónicos reconstituyentes que con perseverancia empleó durante un mes con el fin de prepararla á la operación, que hubiera sido muy peligrosa sin aquellos recursos, pues el estado que guardaba la enferma era verdaderamente alarmante y temíamos que no pudiera soportar la intervención.

Diagnosticué gran fibroma subperitoneal de evolución pelvi-abdominal fuertemente enclavado en la pelvis, en la que producía la compresión de la vejiga y del recto, traducida por tenesmo vexico-rectal intenso. El deslizamiento de las paredes del abdomen sobre el tumor me hizo pensar, y la operación lo confirmó, que no había adherencias epiplóicas.

No aceptó la enferma el tacto vaginal y me impuso como condición ineludible que la opera-

ción se había de ejecutar por el abdomen, consintiendo únicamente en la asepsia préoperatória de la vagina que encomendé á los cuidados de la hábil profesora la Srta. Doña Eloisa Barragán.

El 14 de agosto practiqué la castración total por laparatomía suprapúbica mediante incisión de diez y seis centímetros comprendida entre el pubis y el ombligo.

La báscula de la matriz degenerada fué difícil, necesitándose de usar tres tirabuzones y aún así no salió la masa total hasta no haber practicado la incisión en raqueta que recomienda Doyen, sobreviniendo en esos momentos espasmo glótico que cesó tan luego como terminó este tiempo de la operación.

El lóbulo más voluminoso del tumor estaba en relación con el ciego y el apéndice vermicular y á punto de sufrir adherencias. No extirpé el apéndice por estar reducido á un cordón lleno y alargado, aunque hubiese sido fácil el hacerlo.

La vejiga remontaba á gran altura y el útero enviaba un prolongamiento neoplásico fuertemente incluido en el ligamento ancho derecho, que llegaba hasta el piso pélvico, cuya disposición retardó algo la liberación del total de la neoplasia, que sin embargo pude realizarle en muy breve tiempo, por temor de que continuasen los accidentes clorofórmicos, los que atribuyo en casos análogos al estiramiento que sufre la serosa abdominal y á la descompresión violenta de la gran cavidad.

Hice la amputación supravaginal encontrándome, felizmente, con un cuello muy corto y con la porción del istmo delgado y fácil de desprender á su nivel; ligué las uterinas, sin que la enferma perdiese una sola gota de sangre, suturé por la sutura continua y con catgut el peritoneo pélvico afrontando la serosa en amplia superficie, con el fin de borrar la vasta cavidad subperitoneal descubierta por la amplia decortización exigida por la implantación del tumor; hice la toilette peritoneal y no canalicé intencionalmente confiando en la asepsia rigurosa que procuré emplear, terminando por suturar por planos la herida del abdomen y taponando moderadamente la vagina, con el fin de borrar en parte la cavidad pelviana, y favorecer en consecuencia de ello la cicatrización del peritoneo pélvico.

Los tres primeros días reaccionó la enferma hasta tener 39° un sólo día; el intestino sufrió

ligera parálisis pero se venció ésta al cuarto día por los purgantes salinos y enemas de agua oxigenada.

Posteriormente no ha vuelto á sufrir accidente ninguno; no habiendo presentado escurrecimiento de ningún líquido por la vagina.

La curación es completa y perfecta, pues la pelvis puede explorarse sin que se produzca dolor, y si no fuera por la cicatriz reveladora parecería un vientre de nulípara.

La enferma está un poco pálida como es fácil de suponer que sucede por la permanencia en el lecho y por respirar el mal aire hospitalario, debiendo salir hoy del establecimiento; con lo cual espero que pronto se reparará la salud.

El neoplasma pesa 1,700 gramos y parece que nació primitivamente en la cara anterior de la matriz, entre ella y la vejiga, incluyéndose después en el ligamento ancho derecho. Encima del lóbulo anterior, se ve otro y es el mayor, que llegaba arriba del ombligo.

La consistencia es firme al corte, y el aspecto el característico de los fibromas. Se ve que de la cara posterior del útero arranca otro lóbulo más pequeño que el derecho señalado, y que se continuaba hacia abajo incluyéndose en el fondo de saco de Douglass y parcialmente en el ligamento ancho izquierdo, dando por resultado, esta simetría de la forma, que la pieza anatómica se parezca por su aspecto al del Clepsidra, y por cuyo proceso de desarrollo de la forma, me explico que el istmo uterino se halla alargado demasiado ensanchándose la cavidad del órgano hasta medir diez y seis centímetros de longitud, para venirse á constituir el estado que los anatómicos designan con el significativo término de embarazo fibroso.

Las paredes sufrieron un aumento considerable de espesor; el endometrio está grueso y fibroso, cuya circunstancia explique quizá la falta de hemorragias en la enferma, que son propias de la endometritis fungosa y agotadoras de las fuerzas por su rebeldía y difícil cesación, si no se ejecuta el legrado.

Los anejos se hayan remontados á grande altura microquíticos, y las trompas están en parte atrofiada la izquierda íntimamente soldadas al ovario por la desaparición del meso seroso que une normalmente á esos órganos.

El interés capital de esta observación lo resu-

no diciendo que es preciso no dejar crecer neoplasmas, como el actual que exhibo, pues los enfermos pueden llegar á correr serios peligros, que se evitarían si no se dejaren enclavar y crecer, á pesar de la electrización, que, considero positivamente contraindicada, y que, en consecuencia, deben operarse lo más pronto posible, haciendo la propaganda de la operación radical entre los médicos habituales de estas pacientes, quienes todavía guardan miedo y temor de proponerles á sus clientes la intervención salvadora.

FRANCISCO HURTADO.

LA ESCUELA DE MEDICINA.

EL NUEVO PLAN DE ESTUDIOS.

Se han señalado para el primer año las materias siguientes: Química Biológica, Farmacia galénica, Anatomía Descriptiva, Práctica de disección, Anatomía General é Histología teórico-práctica y ejercicios prácticos relativos á la Anatomía General y á la Histología.

Segundo año: Anatomía Topográfica, ejercicios prácticos de la misma, Fisiología con demostraciones experimentales, Academias de Fisiología y Bacteriología (que comprenderá la Historia natural de la materia y la Técnica de su demostración y de sus cultivos con la práctica de estos últimos). Clínica Propedéutica y Quirúrgica.

Tercer año: Procesos morbosos generales, Anatomía Patológica, que consistirá en el estudio de las piezas anatomo-patológicas, como si fueran ejemplares de Historia Natural, y en la práctica de las autopsias y preparaciones microscópicas, Clínica Propedéutica Médica y disecciones.

Cuarto año: Primer curso de Patología Médica, primero de Patología Quirúrgica, primero de Clínica interna, primero de externa, Anatomía Patológica (complemento del curso anterior),

Bacteriología y ejercicios prácticos de Anatomía Topográfica.

Quinto año: Segundo curso de Patología Médica, segundo de Patología quirúrgica, segundo de Clínica interna, segundo de externa, Terapéutica Médica, general y especial, Terapéutica quirúrgica general y especial, Obstetricia teórica, (tres clases á la semana, una de ellas con el maniquí), y Patología general. Los alumnos asistirán á la Clínica Terapéutica, á los ejercicios prácticos sobre el cadáver y á los de aplicación de vendajes y aparatos, como complemento del curso de Terapéutica quirúrgica, tres veces á la semana.

Sexto año: Tercer curso de Clínica Médica, tercero de Quirúrgica, Clínica de Obstetricia, Clínica Médica de Pediatría y Quirúrgica de Pediatría; Medicina Legal y Deontología, Higiene y Meteorología Médica, Clínica de Ginecología, de Dermatología, de Oftalmología y de Psiquiatría.

Esta ley empezará á regir desde ahora, con excepción de los dos primeros años, que deberán sujetarse al plan antiguo hasta el siete de Enero de 1906, sin más diferencias que adicionarles la Farmacia galénica, en el primer año, y la Clínica Propedéutica en el segundo.

**

El Director de la Escuela ha quedado autorizado para distribuir los estudios de los alumnos que aún no hayan terminado, facilitándoselos en cuanto sea posible.

Turnos de lectura de los socios de la Academia en el mes de Febrero de 1902

Día 12.—Sección de Anatomía normal y Patología.—Dres. Manuel Tousaint y Aurelio Urrutia.

Día 19.—Sección de Fisiología.—Dr. Eduardo R. García; y el socio correspondiente en Monterrey, Dr. Alfonso Martínez.

Día 26.—Sección de Patología y Clínica médicas, Dr. Tomás Noriega.