

GINECOLOGÍA.

SEIS CASOS DE INJERTO DEL OVARIO EN LA MATRIZ

(OOFORO - HISTEROSTOMIA).

TÉCNICA DE ESTA OPERACION.

Por el año de 1895, el Dr. Morris, de Nueva York, ¹ "injertó en la pared del útero de una joven de 20 años, que no había tenido jamás sus reglas, un pedazo de ovario de otra mujer. Las reglas aparecieron dos meses después de la operación y duraron ocho días." En otra enferma de 26 años, afectada de salpingitis, el mismo Dr. Morris extirpa los ovarios y una parte de las trompas y "transplanta un fragmento de ovario en el pabellón conservado de una de las trompas." Al mes la enferma tuvo sus reglas y tres meses después abortaba un feto bien desarrollado.

GLASS ² injerta el ovario de una enferma en el fondo de Douglass de una otra, seccionando el fondo vaginal posterior y fijando el ovario con suturas de catgut. Esta paciente, que había sufrido una doble ooforoctomía y que había perdido el instinto sexual, padecía de insomnio, depresión mental, bochornos, palpitaciones y dolores pélvicos; seis días posteriores á la operación empezó á tener eretismo sexual y sueños eróticos que le duraron muchos días. Dos semanas más tarde aparecieron las reglas y ocho meses después todas las perturbaciones habían desaparecido y su salud era excelente.

Palmer Dudley ³ hizo un injerto ovárico en una mujer de 21 años, afectada de piosalpingitis doble. Los dos piosalpinx son extirpados por el abdomen y cortado el útero longitudinalmente, cerca del fondo, hasta llegar á su cavidad, para abrigar al ovario derecho, que extirpado y lavado en agua salada, fué incluido en el útero con un doble plano de suturas. Posteriormente la enferma se hizo embarazada. ⁴

En la sección de Ginecología del X Congreso Internacional de Medicina y Cirugía que se reu-

¹ New-York, Med. j., 1895, p. 436.

² New-York, Med. j., 6 de mayo de 1899.

³ Congreso de Ginecología de Amsterdam, "Anales de Ginecología," 1899, T. II, pág. 270.

⁴ Palmer Dudley, Medical Record, 19 de mayo de 1900, pág. 487.

nió en París el año de 1900, le oí al mismo Palmer Dudley, referir cuatro casos más de injerto ovárico en la matriz seguidos de éxito aunque no tan sorprendente como en el hecho anterior.

Estos casos, como los seis otros de injerto ovárico en el tejido celular subcutáneo con cuatro fracasos terapéuticos inmediatos ó tardíos relatados por el Dr. Mauclair, de París, en la misma Sección de Ginecología, son factibles de la crítica que la experimentación sobre animales llevada á cabo por Knauer, ¹ Gregorieff ² y Marchese ³ arrojan sobre los auto-injertos y hero-injertos en que se desprende el ovario para incluirlo en el seno de los tejidos, porque se atrofia las más de las veces, desapareciendo siempre los óvulos y, aunque parece que en algunos casos se conserva la secreción interna de la glándula ovárica (que se dice preside á la regularización de las funciones genitales y del sistema nervioso), no sucede habitualmente así, dado que la atrofia del ovario injertado es completa cuando no reabsorbido por los tejidos ambientes.

De todos modos, si desprendiendo el ovario de sus conexiones vasculares y nerviosas, da su injerto el resultado que indican Morris, Dudley, Glass, etc., tanto desde el punto de vista de la conservación de la menstruación, regularización de las acciones nerviosas reflejas que tienen su punto de partida en el aparato genital, como de la aptitud para la fecundación, es lógico suponer que el injerto ovárico será tanto más eficaz cuando el ovario guarde sus conexiones ligamentosa, vasculares y nerviosas.

(Concluirá)

¹ Knauer. Zur Ovarien transplantation. Centralbl. fur Gynak., 1896, p. 528.

² W. Gregorieff. Centralbl. fur Gynak., 1897, pág. 663.

³ Marchese. Archivio italiano di ginecologico-di Napoli. Agosto de 1898.

RECTIFICACION.

En la página 252, segunda columna, dice: Un caso de dolor sifilítico de origen neuralgiforme. Debe decir: *Un caso de dolor neuralgiforme de origen sifilítico.*

asunto, exponiendo las ideas que profesan á este respecto. Me complazco en ver confirmadas las mías relativas á generalizar el pensamiento de la conveniencia y necesidad que hay de obrar oportunamente en los casos de difteria y *croup*, no dejando progresar la enfermedad, como ocurre desgraciadamente cuando se quiere contar antes con la confirmación bacteriológica del diagnóstico.

El Sr. Dr. Macouzet ha tratado un punto muy importante al encarecer el recurso de la entubación laríngea, que en su concepto ofrece muchas ventajas para ser preferida á la traqueotomía. Desearía que se sirviera decirnos si ha tenido algunos casos de *croup* en que la haya empleado. Yo ví practicar la entubación de la laringe en los Estados Unidos, en Boston, y de allá traje los instrumentos para hacerla. La he empleado con magnífico resultado en una niña hija de un compañero nuestro, la que tenía un edema de la glotis. En los casos de *croup* me ha dado miedo emplearla, porque he temido que las secreciones de la parte enferma y las falsas membranas, pudieran obstruir el tubo, y sobre todo porque después de la entubación se necesita dejar al lado del enfermo un ayudante competente para que en caso de asfixia sepa quitar el tubo y practicar la traqueotomía. Por otra parte, esta operación tiene la ventaja de dejar en reposo el órgano enfermo.

El Sr. Dr. Macouzet.—En contestación á lo que acaba de expresar el Sr. Dr. Icaza tocante á la entubación de la laringe, le diré que siempre que tengo la fortuna de asistir desde los primeros momentos un caso de *croup* practico la entubación, é invito al Sr. Dr. Icaza á que en todos los casos de difteria laríngea haga la entubación aun cuando hayan estallado los fenómenos de asfixia; esté seguro de que obtendrá un resultado favorable. La entubación de la laringe es una operación tan sencilla, que sólo requiere cierto hábito de hacerla y entonces puede ejecutársela con plena seguridad. Las familias la aceptan con menos repugnancia que la traqueotomía y ya ésta es una de las causas que deben hacerla preferible. Tan luego como se presenten los primeros síntomas de asfixia se debe hacer la entubación antes que la traqueotomía; ciertamente en la práctica nada de esto se ve. Por eso tengo empeño en la clínica, que es á mi cargo, en que la practiquen los alumnos, aunque sea en el cadá-

ver, y algunos de mis discípulos, que ya se han recibido y han tenido ocasión de practicarla, me aseguran que la han hecho con la misma facilidad que la ejecutaban en el cadáver. Para mí, es la operación de elección en los primeros momentos y no hay riesgo ninguno en decidirse á hacerla, pues si no da resultado, se puede ocurrir más tarde á la traqueotomía. En cuanto á que los tubos se obstruyan con las membranas y las secreciones de las partes enfermas, conviene asegurar que nada de esto se observa en la práctica. Yo invito formalmente al Sr. Icaza á practicar siempre la entubación desde los primeros momentos y estoy cierto que quedará satisfecho, como yo lo he quedado siempre. Cuando la ejecuto dejo á la cabecera del enfermo á un practicante de confianza, á quien recomiendo la vigilancia constante.

El señor Presidente hizo saber á la Academia que con motivo del retraso con que se ha estado distribuyendo la "Gaceta Médica," había sucedido que la convocatoria publicada últimamente para proveer las vacantes que ahora existen, no había circulado con la oportunidad debida, y en tal virtud el plazo concedido para la presentación de las solicitudes referentes, no podía ser contado de la manera que prescribía dicha Convocatoria. En consecuencia, juzgaba prudente consultar á la Academia que se sirviera acordar una nueva declaración, haciendo constar que el plazo para la remisión de las solicitudes se prorrogaba por un tiempo igual al del retraso experimentado.—La Academia acordó de conformidad, resolviendo que se prorrogara el plazo hasta el 26 inclusive de diciembre próximo y se hiciera la publicación correspondiente en el "Diario Oficial" del Supremo Gobierno y en uno de los diarios políticos de mayor circulación en la capital.

L. TROCONIS ALCALÁ.

GINECOLOGÍA.

SEIS CASOS DE INJERTO DEL OVARIO EN LA MATRIZ (OOPORO - HISTEROSTOMIA).

TÉCNICA DE ESTA OPERACION.

(CONCLUYE.)

En efecto, antes de que yo hubiera tenido oportunidad de hacer el primer injerto ovárico, había observado al igual de otros operadores

como repetidas veces lo he expresado ante esta Academia, que: la conservación de una parte ó la totalidad del ovario sano, pendiente del ligamento infundíbulo-pélvico, consecutivamente á las panhisterectomías por fibromiomas, afecciones supuradas de los anexos ó hidroquistes voluminosos y adherentes, evitaba las manifestaciones de la menopausa prematura. Y que fiel á la idea que en 1900 emití en la Sección de Ginecología del citado Congreso reunido en esa época en París, de conservar la genitalidad de la mujer en cuanto fuera compatible con la salud y la vida, en más de una ocasión he entretenido vuestra atención con la relación de casos de pacientes á quienes he extirpado ambas trompas purulentas ó hidroquísticas con la casi totalidad de ambos ovarios, conservando sólo una delgada correhuela y conseguido con esto, que la menstruación haya continuado, no se hayan presentado los accidentes de la menopausa anticipada, y un estado completo de salud y bienestar. Y en una de las sesiones pasadas visteis un niño dado á luz por una paciente á la que sólo pude conservar un fragmento de ovario con la mitad de la trompa correspondiente y aunque esta semi-salpingo-ovario-sindesis no pueda propiamente llamarse un injerto, da idea de lo que se podría obtener suprimiendo la parte de trompa y llevando el ovario hasta asomar en el interior de la matriz misma.

El día 29 de agosto de 1903 se me presentó el caso siguiente, en quien por primera vez puse en práctica el abrir una brecha en la matriz para meter allí una porción del ovario en conexión con sus ligamentos, vasos y nervios y formando, por decirlo así, una trompa (aunque extremadamente corta), por donde los óvulos fueran á la cavidad uterina. He aquí cómo sucedió el hecho:

La paciente Antonia Ozorno, de 20 años, casada, fué al hospital González Echeverría á consultar sobre su enfermedad; una sola vez, dice, le vino su período y esto fué á los 18 años, la noche misma de sus bodas, y no se volvió á presentar, como tampoco antes de casarse. Se quejaba de dolor de cintura y de vientre, el que le parecía había aumentado de volumen; además tenía un flujo blanco que la molestaba. Su marido es de buenas costumbres y la paciente no acusa ningún otro padecimiento si no es los que la hacen sufrir las relaciones conyugales.

Por la exploración bimanual se siente la matriz en retroversión adherente y ambos anexos quísticos y duros dando la sensación de nudosidades y toda la masa no siendo mayor de cada lado que el volumen de una naranja mediana. Diagnóstico: endometritis crónica, retroversión uterina adherente, anexitis quística con celulitis pélvica esclerosa ¿quistes dermoides?

El 29 de agosto se procedió á la operación con anestesia por raquicocainización con 1 c. b. de solución isotónica estéril de clorhidrato de cocaína al 3 por ciento, empleando aguja delgada, dejando escurrir 40 gotas de líquido céfalo-raquideano, permaneciendo 15 minutos la aguja con la jeringa y retirando un centímetro cúbico de líquido céfalo-raquideano cocainizado un cuarto de hora después de haber puesto la inyección.

Operación: dilatación y raspa uterina, celiotomía vaginal anterior, difícil desprendimiento de la matriz, que se encontraba firmemente adherida al intestino; se desprenden con no pocas dificultades los anexos y se luxa la matriz y con ella el anexo derecho quístico, blanquecino, duro y pastoso; el ovario así transformado está íntimamente adherido con la trompa afectada profundamente en su estructura y cerrado su pabellón; viéndose que nada se puede conservar se liga el infundíbulo pélvico con catgut fuerte y se secciona entre la ligadura y el tumor que en este momento se abre y empieza á ensuciar el peritoneo con una gran cantidad de sebo y pelos; se coge con unas pinzas el cuerno uterino de este lado y apresuradamente se extirpa el tumor y la trompa, lavando ampliamente el peritoneo; se substituye la pinza por una ligadura con catgut fuerte y se luxa el otro anexo que se encuentra en las mismas condiciones que el anterior, solamente que hay una pequeña parte del ovario, cerca de su hilo, que está sana. Se liga el cuerno uterino y, rasando la trompa para no herir el arco arterial útero-ovárico, se llega sobre el tumor y se le secciona conservando la porción del ovario cercana del hilo. Se revienta el quiste y la substancia caseosa ensucia el peritoneo, que se lava otra vez. Con catgut delgado se hace un surjete que aproxima las dos hojas del ligamento meso-salpingeano y con puntos entrecortados de catgut se sutura el ovario dejando largos los cabos. Con otros tres puntos entrecortados de catgut delgado se aproxima el

peritoneo del ligamento ancho vecino al borde inferior del hilo del ovario con el peritoneo del borde posterior é izquierdo de la matriz y se hace una incisión en la cara posterior de dicho órgano, á medio centímetro de esta sutura hasta llegar á la cavidad de la matriz y se introducen por esta incisión los cabos de catgut que se dejaron largos al hacer la sutura del ovario. Se reduce la matriz y se cogen con una pinza dichos cabos, que salen por el cuello; se hace una ligera tracción sobre ellos á manera de introducir el ovario en la incisión practicada en la matriz, se vuelve á luxar la matriz y se arregla el ovario en la incisión referida; se sutura y se fija con tres puntos entrecortados de catgut el peritoneo del borde superior del hilo del ovario con el vecino del borde interno de la incisión de la matriz, haciendo las suturas á la Lembert; se termina con la vesico-fijación por mi procedimiento. Se introduce una gasa en la cavidad de la matriz, cuidando de que los cabos de catgut de la sutura ovárica queden fuera del hocico de tenca, ligándolos á este nivel con un haz con la gasa de canalización y taponando la vagina se termina la operación, la anestesia siendo completa.

TEMPERATURAS.

Primer día: a. m. 36'6, p. m. 36'8.

Segundo día: a. m. 37', p. m. 38'.

Tercer día: a. m. 36'4, p. m. 37'5.

Cuarto día: a. m. 37'1, p. m. 37'7.

Siguió con temperaturas normales diez días después de operada, subiendo hasta llegar á 39'5, se le ministró un purgante y comenzó á descender poco á poco la temperatura hasta llegar á la normal.

PULSO.

Primer día: 64 por minuto, débil, regular y lleno.

Segundo día: 84 por minuto, con los mismos caracteres.

Tercer día: 80 por minuto, con los mismos caracteres.

Siguió con el pulso normal hasta el día en que se fué, no obstante haber subido la temperatura.

Se le dió su alta por curación el 4 de septiembre de 1903.

Esta paciente ha seguido en buen estado de

salud, ha tenido su período con regularidad, poca sangre, tres días y sin dolor.

Como éste son los cuatro casos siguientes por piosalpinx doble más ó menos voluminosos con la variante de que en éstos, dada la cortedad del ligamento infundíbulo-pélvico, fué necesario colocar una pequeña pinza de forcipresura á permanencia durante 44 horas.

Observación II.—Isidora Riojano, de 20 años, casada, de Calpulálpam.

Se presentó por primera vez en el Hospital Ginecológico el 7 de diciembre de 1903, solicitando un reconocimiento. Dijo que su período fué por primera vez á los 15 años, con abundancia, tres días y sin dolor; su última menstruación hacía ocho días le había pasado, durándole 4 días y con dolor. Sus padecimientos dijo eran: dolor en la cadera y vientre, más acentuado al lado derecho, dolor y ardor al orinar. Hacia 3 años había tenido un hijo.

Diagnóstico provisional: endometritis crónica, retroversión uterina adherente y anexitis quística bilateral ¿pútrulenta?

El 18 de enero de 1904 ocupó la cama número 3; se le hizo un segundo reconocimiento y se ratificó el diagnóstico. Se operó el 13 de febrero del mismo año con cocaína (3 c. b.) y cloroformo (15 gr.). No tuvo perturbación alguna. La punción se hizo con aguja delgada, se dejaron salir 65 gotas de líquido céfalo-raquídeano; después de 15 minutos de puesta la inyección, se sacó 1 c. b. de líquido céfalo-raquídeano cocainizado.

Operación. Dilatación y raspa uterina, celiotomía vaginal anterior; la luxación de la matriz es muy difícil por sus íntimas adherencias con el intestino y ambos anexos; se desprende el del lado derecho, rompiendo el quiste seroso, pero sin abrir el piosalpinx; al luxar al exterior el anexo se ve que no se puede conservar por el volumen del piosalpinx y por el estado del ovario que formaba parte de la pared del quiste. Este era del tamaño de una naranja mediana. Se desprende el anexo del lado izquierdo y se ve que la trompa no se puede conservar por sus paredes tortuosas y endurecidas, pero sí el ovario, aunque reseca su tercio interno. Se extirpa la trompa de este lado ligando el mesosalpinx y conservando el círculo arterial útero-ovárico; el anexo del lado derecho se extirpa, colocando una pinza en el ligamento infundíbu-

lo-pélvico y ligando el cuerno uterino del mismo lado, sin comprender el ligamento redondo; se reseca el tercio interno del ovario izquierdo y se ponen puntos entrecortados de catgut sobre su sección, dejando los cabos largos, se injerta el ovario y se termina la operación como queda dicho.

TEMPERATURAS.

Primer día: 8 p. m. 37'4.

Segundo día: 7 a. m. 37'2.—7 p. m. 37'5.

Tercer día: 7 a. m. 37'4.—7 p. m. 38.

Cuarto día: 7 a. m. 37'7.—7 p. m. 37'7.

Quinto día: 7 a. m. 37'5.—8 p. m. 39.

Al sexto día se le ministra un purgante y se abate la temperatura á la normal, se da de alta el 2 de marzo de ese año.

Observación III.—Concepción Vargas, de 23 años, casada, no ha tenido hijos. Se presentó al hospital Ginecológico por primera vez el 6 de abril de 1904. Primeras reglas á los 16 años, de tres á cuatro días, abundante, con dolor; las menstruaciones eran regulares, pero de algún tiempo á la fecha venían cada 15 ó 20 días; la última fué el 10 de abril, duró dos días, muy abundante y dolorosa. Acusa dolor en la cintura y vientre, más acentuado del lado derecho, con irradiaciones á la pierna del mismo lado; flujo amarillo, abundante, fétido, dolor y ardor al orinar. Se la reconoce y se diagnostica provisionalmente endometritis crónica, retroversión adherente y anexitis bilateral purulenta.

Entró al hospital el 25 de abril ocupando la cama número 3. Se le hizo un segundo reconocimiento, rectificando en algo el diagnóstico anterior: endometritis blenorragica, retroversión uterina adherente y piosalpinx bilateral más voluminoso del lado derecho. Se operó el 11 de junio de 1904 haciendo la raquicocainización con 3 centigramos de cocaína según la técnica mencionada.

Operación. Dilatación y raspa uterina, celiotomía vaginal anterior, desprendimiento de la matriz y anexo derecho, previa incisión de la trompa para dar salida al pus; se abre el quiste seroso y se desprende el ovario purulento. El piosalpinx izquierdo es más chico y se ve la posibilidad de conservar el ovario esclero-quístico, que se reseca en la mitad de su extensión y se extirpa la trompa correspondiente, ligando

su extremidad uterina y suturando las dos hojas del ligamento ancho para hacer la hemostasis de las arteriolas del arco útero-ovárico. En el lado derecho se coloca una pinza de forcipresura en el ligamento infundíbulo-pélvico, por ser difícil su ligadura, dada su extrema corteidad; se liga la útero-ovárica con el cuerno uterino y se extirpan la trompa y el ovario purulentos y la porción restante del ovario izquierdo se injerta en la matriz como queda dicho.

La temperatura no pasó de 37'3 y el curso fué el normal, no presentándose perturbación alguna en la paciente, que fué dada de alta, completamente curada, el 22 de junio y actualmente tiene sus reglas.

Observación IV.—Leandra Alvarez, de 26 años, casada, natural de Atzacapotzalco, llegó á este hospital por primera vez el 11 de noviembre de 1903 solicitando un reconocimiento, y al interrogarla dijo que su primer período le vino á los 15 años de edad, con abundancia y dolor, durándole 4 ó 5 días; el último período fué el 9 del mismo mes, durándole 4 días, con abundancia y dolor.

Perturbaciones que acusa la paciente: dolores muy agudos en la cadera y en el vientre; flujo blanco abundante y con mal olor; dolor y ardor al orinar, pujo con frecuencia, la orina escasa, constipación y elevación de vientre.

Diagnóstico provisional: piosalpinx derecho y salpingooforitis izquierda.

Se presentó por segunda vez en dicho Hospital el 18 de mayo de 1904 y entró ocupando la cama número 12 y se le hizo un segundo reconocimiento. Diagnóstico: endometritis crónica, retroversión uterina adherente, anexitis quística, purulenta, del lado derecho, perianexitis y pelviperitonitis plástica.

Se operó el 23 de junio del mismo año, con cocaína (0.03), se hizo la punción con aguja delgada, la salida del líquido céfalo-raquideano fué muy lenta; después de 15 minutos de puesta la inyección se sacó un centímetro cúbico de líquido céfalo-raquideano cocainizado, según la técnica que llevo descrita.

Operación: dilatación y raspa uterina, celiotomía vaginal anterior, se desprende la matriz, que está sumamente adherida con el intestino y se procura luxarla, lo que es difícil por el estrechamiento de la vagina y por las adherencias de los anexos; se trata de desprender el anexo del

lado derecho, que está sumamente adherente; se procede al desprendimiento del anexo del lado izquierdo, que se consigue más fácilmente, luxándose la trompa que está cerrada y llena de pus, teniendo la forma y el tamaño de una salchicha pequeña; se vuelve luego á desprender el anexo del lado derecho, lo que no se consigue sino después de una gran labor, cogiendo la trompa repleta de pus y el ovario con los dedos medio é índice derechos y desprendiéndolos á la vez de sus adherencias, entre sí y con el epiplón, intestinos y peritoneo pélvico y de sus microquistes ováricos, desgarrándose el ovario; se vacía la trompa y se consigue aislar el ligamento infundíbulo-pélvico, que estando muy corto se le coge con una pinza pequeña de forcipresura, que se deja á permanencia; se secciona el ligamento y ligando el cuerno uterino, se extirpa dicho anexo. En el del lado izquierdo se liga al mesosalpinx el cuerno uterino y se extirpa la trompa purulenta; se reseca la porción del ovario que estaba en contacto con la trompa y se le sutura con puntos entrecortados, de catgut, dejando los cabos largos para incluir el ovario dentro de la matriz como queda dicho.

TEMPERATURAS.

Primer día: 3 p. m. 37'8.—8 p. m. 37'6.
 Segundo día: 7 a. m. 37'2.—8 p. m. 37'8.
 Tercer día: 7 a. m. 37'3.—8 p. m. 37'6.
 Cuarto día: 7 a. m. 37'7.—8 p. m. 37'5.
 Quinto día: 7 a. m. 37'4.—8 p. m. 37'.

Las pulsaciones han sido, desde el primer día, normales.

El 30 de junio se le quitó el primer tapón, haciendo un lavado con solución félica débil y nuevo taponamiento con gasa yodoformada.

A las cuarenta y seis horas se retira la pinza que sostiene la útero-ovárica y seis días después se cambia el tapón vaginal por otro, haciendo previamente un cuidadoso lavado con solución félica débil.

Observación V.—Marina Herrera, de 22 años, casada, no ha tenido familia.

Se presentó por primera vez al hospital Ginecológico el 29 de diciembre de 1903, solicitando un reconocimiento; dijo haber tenido sus primeras reglas á los 12 años, abundantes, con dolor, durándole 4 días. El último período fué

el 12 de diciembre, igualmente con dolor, abundante y duró 4 días.

Perturbaciones que acusa: dolor en la cintura y el vientre, más acentuado del lado izquierdo, irradiando á la pierna del mismo lado, calenturas frecuentes, dolor en todo el cuerpo, flujo amarillento abundante, al exonerar arroja mucosidades y pus con el escremento, y ardor y dolor al orinar. Al hacer el reconocimiento se diagnostica provisionalmente: Endometritis blenorragica, piosalpinx izquierdo comunicante con el intestino, anexitis quística derecha y pelvi-peritonitis crónica.

Ocupó inmediatamente la cama número 13. Antes de operarse estuvo muchos días con calentura, llegando hasta 40', después fué descendiendo, con las curaciones que se le hacían.

Comprobado el diagnóstico, fué operada el 26 de enero de 1904, con cocaina (0.03). La anestesia fué buena. Técnica ya descrita. No hubo perturbación alguna. Para terminar la operación se dieron 20 gr. de cloroformo.

Operación. Dilatación y raspa uterina, taponamiento con gasa yodoformada. Se procedé á la laparotomía suprapúbica. Llegando al peritoneo se encuentra el epiplón adherido con los órganos pélvicos, sobre todo al lado izquierdo; se descubre el tumor y al tratar de separarlo del epiplón se desgarran. Se recoge el pus inmediatamente con gasas esterilizadas y se pone á la enferma en posición inversa á la de Trendelenbourg. Bajo un chorro continuo de cloruro de sodio se aísla el foco purulento con gasas esterilizadas; empieza á sentir la paciente y se le da cloroformo. Se colocan pinzas de forcipresura en el infundíbulo pélvico y en el cuerno uterino izquierdos y se extirpa la bolsa purulenta. Se continúa el lavado. Se inspecciona el ovario derecho y se comprueba la existencia de la ovaritis escleroquística de este lado y de un piosalpinx más pequeño que obligó á extirpar la trompa, no así el ovario, que se podía conservar. Bien seca la pelvis se colocan otras gasas limpias; se inspecciona el intestino, encontrándose una perforación en la S íliaca; se sutura con seda delgada en surjete á la Lembert; con catgut delgado se unen las dos hojas del ligamento ancho, donde estaba comprendido el piosalpinx izquierdo y se extirpa el derecho. Se abre el fondo posterior de la vagina introduciendo un ayudante unas pinzas por la misma;

se coloca un espejo vaginal en dicha abertura, introduciéndolo por el abdomen, con el fin de facilitar el escurrimiento de los líquidos del lavado de la cavidad peritoneal. Se hace un último lavado, se seca bien la pelvis y se pasa una gasa yodoformada por el espejo y se retira éste.

Se vuelve á colocar á la enferma en posición de Trendelenbourg; se hiende la cara posterior de la matriz hacia el lado derecho y, después de haber puncionado los microquistes del ovario, se introduce éste en la hendidura de la matriz y se fija como dejo dicho en la observación primera.

TEMPERATURAS.

Primer día: 3 p. m. 36'8.—8 p. m. 38'2.

Segundo día: 7 a. m. 36'7.—8 p. m. 37'4.

Tercer día: 7 a. m. 36'8.—8 p. m. 37'4.

Cuarto día: 7 a. m. 37'3.—8 p. m. 38'.

Quinto día: 7 a. m. 37'2.—8 p. m. 37'7.

Estaba unos días con temperatura normal y otros subía á 38', 38'6 y 39', que fué la más alta; duraron estas alternativas tres meses, estableciéndose después en 36', 37 y 37'5.

PULSO.

Primer día: 100 por minuto, débil, regular y lleno.

Segundo día: 108 ídem, ídem.

Tercer día: 96 ídem, ídem.

Cuarto día: 114 ídem, ídem.

Quinto día: 84 ídem, ídem.

Duró con estos cambios igualmente tres meses, siendo lo más que se alteró 120 por minuto, estableciéndose después en 84, 90, 96 y 100, con los mismos caracteres del principio.

A los 14 días de operada se notó que se había ensuciado la curación del vientre con pus; se descubrió y se vió que se había formado una fístula estercoral. Se procedió á hacer la primera curación comprimiendo fuertemente las paredes del vientre, con el fin de hacer salir por el orificio de la fístula, todo lo más que se pudiera de pus; después de haber repetido esto varias veces y viendo que ya no salía pus, se limpió con alcohol y solución de bicloruro de mercurio cubriendo en seguida con gasa yodoformada y poniendo un nuevo vendaje.

En seguida se hizo la curación en la vagina,

haciendo un amplio lavado con solución félica, se canalizó con dos tubos de hule, y se taponó con gasa yodoformada.

Estas curaciones se repetían dos veces á la semana, retardándolas á medida que se iba cerrando la fístula, lo que se verificó el día 4 de julio, que fué dada de alta.

Observación VI.—Juana Olguín, de 19 años, casada, de Toluca; hacia un año había tenido un hijo.

Se presentó por primera vez en el hospital Ginecológico el 14 de noviembre de 1903 solicitando un reconocimiento: al tomarle sus generales dijo que sus primeras reglas fueron á los 14 años, con dolor y abundancia, duración 4 días y siguieron siendo regulares.

Perturbaciones que acusa la paciente: dolor de la cadera y del vientre, más acentuado al lado izquierdo, y con calenturas por las tardes; flujo sanguinolento y después flujo amarillo con mal olor.

Diagnóstico provisional: endometritis crónica y piosalpinx izquierdo voluminoso, del tamaño de una naranja; anexitis parenquimatosa y desgarradura unilateral del cuello.

Ingresó al hospital el 8 de enero de 1904, ocupando la cama número 7. Se le hizo un segundo reconocimiento, resultando el diagnóstico definitivo: endometritis crónica, retroversión uterina adherente, piosalpinx izquierdo voluminoso más grande que una naranja y el anexo derecho quístico más pequeño ¿también purulento?

Fué operada el 11 de febrero de 1904 con cocaína (3 c. b.) y 20 gramos de cloroformo en el último tercio de la operación; tuvo basca durante la operación. Dilatación y raspa uterina, taponamiento con gasa yodoformada, laparotomía suprapúbica. Por el escurrimiento sanguíneo de la herida se comprende las íntimas adherencias del epiplón; al abrirse el peritoneo parietal se ve, en efecto, la unión que guardaba el epiplón con los órganos pélvicos; se separa el epiplón y se pone á descubierto el piosalpinx izquierdo, luxado en el Douglas; por la tensión se comprende lo delgado que está y se teme que estalle la bolsa purulenta.

En este momento la enferma comienza á quejarse y se le da cloroformo. Estando la paciente en ligera posición de Trendelenbourg, se aísla de la gran cavidad serosa y el recinto pélvico la

bolsa purulenta, con compresas de gasa esterilizada, secas y se empieza á desprender el pio-sálpinx del lado izquierdo, cuidando de no romper la bolsa; se hace el desprendimiento de abajo hacia arriba; se consigue aislar la bolsa del fondo peritoneal, al luxarla al exterior se rompe, derramando su contenido purulento en la cavidad pélvica. Rápidamente se coloca á la paciente en posición inversa á la de Trendelenbourg y, bajo un amplio lavado de cloruro de sodio se extirpa la bolsa purulenta con el resto de su contenido cogiendo rápidamente, con pinzas de forcipresura, el ligamento infundíbulo-pélvico y el cuerno uterino correspondiente.

Se continúa el lavado y se desprenden las adherencias de la matriz con el intestino grueso y el delgado hacia atrás y con la vejiga hacia adelante. La trompa del anexo derecho estando purulenta se extirpa y se punciona el ovario escleroquistico. Se decide la conservación incluyéndolo en la matriz por lo que se suspende el lavado, quitando las compresas, y se reemplazan por otras secas, lavando previamente los órganos pélvicos y abdominales que se presentaron. Vuelta la paciente á la primera posición se hizo una incisión sobre la cara posterior de la matriz, cerca de su borde derecho, y allí se incluye el ovario por el procedimiento ya descrito. Estando maltratado el apéndice se le extirpa con una doble sutura en bolsa colocada en su muñón. Se abre el fondo vaginal posterior y se pasa por allí del abdomen hacia la vagina un pequeño espejo para facilitar el escurrimiento de los líquidos de un último lavado abdominal, que se hizo volviendo á invertir la posición en que se encontraba la paciente; se retira el espejo y se coloca una gasa yodoformada, raspando con ella restos de membranas del fondo pélvico izquierdo. Estando maltratado el intestino á este nivel, se pone una sutura en bolsa con catgut sobre la parte músculo-serosa exfoliada y descubierta. Se sutura el vientre por mi procedimiento, haciendo la histeropexia al mismo tiempo. La intervención duró 1 hora 40 minutos, sin que la paciente sufriera perturbación alguna.

TEMPERATURAS.

Primer día: 7 p. m. 37.

Segundo día: 7 a. m. 37'3.—8 p. m. 37'5.

Tercer día: 7 a. m. 36'6.—8 p. m. 37'4.

Cuarto día: 7 a. m. 37.—8 p. m. 39.

Quinto día: 7 a. m. 38'5.—8 p. m. 39

se le ministra un purgante. Siguió con temperaturas arriba de la normal hasta el décimotercer día de la operación, siendo la más alta de 39; después tuvo temperatura normal.

Pulsaciones por minuto: Primer día, 96.—Segundo, 90.—Tercero, 90.—Cuarto, 98.—Quinto, 108.

Siguió con pulso algo deprimido, siendo el más frecuente 124 por minuto, después siguió el pulso normal.

Se le cambió el primer tapon vaginal á los 9 días, haciéndole un amplio lavado con solución félica; á los seis días se repitió la misma operación quitando parte del hilo de plata de la sutura del vientre y se cambió curación por primera vez; á los 19 días de operada se acabó de quitar el hilo de plata y el tapón vaginal.

No obstante haber tenido algunos días temperatura alta, su estado general era satisfactorio, su lengua se conservó húmeda y no hubo una gota de pus en la herida ventral ni en la vaginal.

Se dió de alta el 2 de marzo, quedando enteramente bien la paciente.

La inclusión de todo ó parte del ovario en la pared de la matriz y desembocando en la cavidad uterina es verdaderamente un injerto cuando se le conservan á aquel sus lazos de unión y fuentes de nutrición é inervación? Injerto es el acto por medio del cual se lleva en el interior de los tejidos de un órgano vivo un órgano ó parte de órgano que se supone también vivo, del mismo individuo ó de otro diferente; propiamente hablando, la operación que yo describo no es un injerto ni aún una autoplastia, aunque haya allí la unión de dos órganos vecinos pertenecientes al mismo sujeto, pues estos órganos son diferentes y no es la plástica lo que se busca; aquí, sucede algo semejante á la desembocadura de una asa intestinal con otra ó con la vesícula biliar ó del uréter en la vejiga ó en el intestino; así, pues, esta operación es más bien una anastomosis ovario-uterina, vertiéndose el contenido del ovario en la cavidad de la matriz por intermedio de la abertura practicada en ella ó sea una OOFORO-HISTEROSTOMIA.

He aquí seis intervenciones que han librado á

muchas jóvenes de la mutilante castración, conservándoles los atributos de su sexo y la salud, no obstante la gravedad de la afección en algunas de ellas. Todas se sienten bien, dicen no tener molestia alguna y excepto la última, sujeto de la observación cuarta, que aún no tiene tres semanas de operada, todas han tenido sus reglas con regularidad, sin ninguna perturbación y se sienten sanas y felices.

Las ascensiones térmicas en algunas de las operadas se explican por el trabajo flojístico desarrollado en el peritoneo pélvico por los microorganismos de la supuración, proceso terminado por resolución, excepto en la paciente de la observación quinta, en quien la fístula osterocoral favoreció el desarrollo de la supuración, sin otro inconveniente que retardar su curación.

¿Qué pronóstico se puede dar de la gravedad de la operación cuya técnica dejo expuesta? 6 operaciones, 6 éxitos; lo que quiere decir que por sí no aumenta en nada los riesgos inherentes á la intervención indicada por el padecimiento. ¿La fecundación tendrá lugar en algunas de las operadas? Es cosa que no podré afirmar, aunque los órganos que conservé están en condiciones de desempeñar esta función, los óvulos vertiéndose directamente sobre la mucosa uterina, el tiempo lo dirá y al tener verificativo tan augusta función como lo asegura Dudley, se fijaría definitivamente la indicación de esta laboriosa operación en la terapéutica ginecológica.

México, julio 7 de 1904.

J. VILLARREAL.

OFTALMOLOGIA.

UN CASO DE QUISTE DERMOIDE CONJUNTIVAL.

SEÑORES ACADÉMICOS:

Los quistes dermoides de la región superciliar, especialmente en su extremidad externa, se presentan con relativa frecuencia, por manera que todos los cirujanos han tenido oportunidad de verlos y de operarlos. Los que radican en la conjuntiva, por lo contrario, son bastante raros, al grado que el distinguido y crudito Profesor Panas, ha logrado reunir 80 observaciones sola-

mente, que encontró diseminadas en diversos tratados de Oftalmología y en publicaciones periódicas.

No debe sorprender la relativa frecuencia de aquellos quistes en la región superciliar, y su notable rareza en la membrana conjuntival, si se atiende á la patogenia de dichas producciones; si no son comunes en toda la conjuntiva tomada en su totalidad, lo son aun menos en la cercanía de los fondos de saco, en la carúncula y en el pliegue semi-lunar, debiéndose considerar como excepcionales en estas diversas regiones; el Profesor L. de Wecker dice textualmente, en la página 417 del tomo I de su *Tratado completo de Oftalmología*: "Estos pequeños tumores ocupan constantemente el borde de la córnea, de preferencia la parte infero-externa, y radican por mitad en esta membrana, insertándose por otra parte sobre la esclerótica." Cita el aludido Profesor algunas observaciones, pertenecientes á él mismo, á Virchow, á de Graefe y á Ryba (de Praga); he aquí lo que este último Profesor, citado por de Wecker, dice sobre la producción de los quistes dermoides conjuntivales:

"Es bien sabido que en los primeros tiempos de su desarrollo fetal, la conjuntiva tiene una estructura del todo idéntica á la de los tegumentos en general, y que antes del desarrollo de los párpados, es lisa, y se encuentra tendida sobre los ojos. Esta parte de la piel se adelgaza poco á poco, y después de la décima semana se forman en la periferia superior y en la inferior rodetes lisos (rudimentos de párpados), que al fin del tercer mes ó al principio del cuarto, se tocan, se adhieren y se reunen. De aquí resulta, que la parte horizontal del ojo, en donde el dermoide conjuntival ha sido observado exclusivamente hasta la fecha, se encuentra más largo tiempo no cubierto por los párpados. Todas las partes del sistema cutáneo que hasta el perfecto desarrollo del feto, quedan descubiertas en la superficie del cuerpo, adquieren poco á poco la estructura conocida de los tegumentos cutáneos bien desarrollados, y por lo contrario, las partes de la piel invertidas hacia adentro se transforman en membranas mucosas. Supongamos ahora que los párpados, que deben tocarse por la parte media, no se cierran por completo, de suerte que después del cuarto mes aún quede una parte de la conjuntiva á descubierto; resultará que dicha parte adquirirá la propiedad de los tegumentos