

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 estercoral 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

externos, y que el vacío dejado por la reunión incompleta de los párpados, estará como llena por un tercer párpado, aislado sobre el globo. Por eso desde 1838 he sometido á la atención de los observadores la cuestión de saber si no hay una concordancia del dermoide con el coloboma congénito de los párpados. Parece que esta relación ha sido demostrada en un caso observado por Ammon, en que el coloboma del párpado superior, correspondía, en su situación y en su dirección, á un dermoide conjuntival, implantado en la parte superior del globo."

Admitase ó no la patogenia indicada por Ryba, ó acéptese con otros el mecanismo propuesto por Verneuil para los quistes foliculares de la cola de la ceja, es decir, el enclavamiento de un pliegue cutáneo, durante la vida fetal, de cualquier modo los observadores están de acuerdo en que el sitio de predilección de los dermoides conjuntivales es el limbo corneal y de preferencia en la parte infero-externa.

Siendo según Panas excepcionales en la cercanía de los fondos de saco, deben serlo aún más en el mismo fondo de saco superior, sin conexión alguna con la córnea ni con la esclerótica, como el que tuve oportunidad de observar.

La forma, tamaño, consistencia, coloración y estructura de estas producciones son variables, pudiendo decirse que, de un modo general, entran en su composición los diversos elementos de la piel, encontrándose en ellas, además de tejido célula-grasoso, pelos, glándulas, cebáceas y sudoríparas, y en algunos casos raros, pequeños núcleos de tejidos óseo y cartilaginosa, completamente extraños á los elementos normales de la piel.

Sus dimensiones varían en extensos límites, pues habiendo algunos del tamaño de media lenteja, se encuentran otros comparables á una avellana; los hay blandos, depresibles y también se observan otros de consistencia dura, renitente, fibrosa y aún cartilaginosa, pudiendo tener un color amarillento pálido ó sonrosado; su forma varía mucho, según el sitio en que radican, pudiendo ser más ó menos aplastados ó globulosos. Sin dificultad se comprende, que cuando dominan sobre la córnea en grande extensión, pueden comprometer más ó menos la función visual, y que cuando están provistos de pelos salientes, sobre todo si son rígidos, producirán un estorbo persistente y darán lugar á fe-

nómenos irritativos. Pueden, coexistir con diversos defectos de conformación del globo ocular, y aún con su atrofia completa, habiéndose reseñado algunos casos en que coincidían con deformaciones teratológicas diversas.

El caso que tuve oportunidad de observar y operar no hace mucho tiempo, me parece digno de ser consignado; el 10 de septiembre del año anterior fui consultado por la familia de la niña María Monteagudo, en Zitácuaro (Estado de Michoacán), á donde había ido para atender á una enferma. Dicha niña, de 10 años de edad, y nacida en una población próxima á Zitácuaro, presentaba desde su más tierna edad una extraña afección, calificada por su familia de *pelos en un ojo*. La pequeña paciente, bien conformada, sin antecedentes patológicos hereditarios, gozando de buena salud habitual, sólo se quejaba de molestias continuas en el ojo izquierdo, que consistían en escozor, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño y ligero grado de fotofobia, todo lo cual daba lugar á frecuente parpadeo. La inspección revelaba una ligera inyección conjuntival, caída poco apreciable del párpado superior, pequeña saliente redondeada y circunscrita, inmediatamente abajo del arco superciliar, correspondiendo al tercio externo del fondo de saco conjuntival superior; por la palpación podía limitarse perfectamente el pequeño tumor, que no era adherente á las partes profundas, y que no revelaba dolor alguno, ni espontáneamente ni por la presión. Pero lo más notable del caso era la presencia de un cadejo de pelos, negros, algo gruesos y resistentes, que salían de arriba á abajo, por la abertura palpebral, y que contorneando el borde ciliar del párpado superior, describían una curva de concavidad superior, terminando por su extremidad libre á más de tres centímetros de distancia los más largos. No me fué permitido invertir el párpado superior, lo que hubiera completado eficazmente mi estudio, pues la niña en extremo indócil y desconfiada, no consintió de ningún modo en aquel sencillo medio de exploración. No era indispensable, sin embargo, invertir el párpado, pues el diagnóstico se imponía; la existencia de los apéndices pilosos, la presencia del pequeño tumor, su movilidad y el origen congénito de la producción, no permitían dudar que se trataba de un quiste dermoide conjuntival, perfectamente circunscrito é implantado en un sitio insólito,

en el fondo de saco superior, estando la córnea libre en toda su extensión, y no habiendo coincidencia de coloboma palpebral, ni de otra deformación apreciable.

Lo único que su familia había hecho hasta entonces en bien de la niña, era recortar de tiempo en tiempo con tijeras, la porción saliente de los pelos, cuando éstos habían crecido demasiado, lo que como se entiende con facilidad, sólo servía para atenuar la extraña deformidad, sin aliviar para nada las molestias, pues el resto de los apéndices quedaba tras del párpado, determinando un constante frotamiento.

La figura núm. 1 da una idea bastante aproximada del aspecto que ofrecía el ojo, antes de ser operado.

A instancias de la familia, procedí en la noche á la operación, pues al día siguiente debía regresar á la Capital.

Asistido por el apreciable Dr. Samuel Ramos, quien cloroformó á la enfermita, procedí á la extirpación del quiste, lo que no presentó ninguna dificultad; el manual operatorio fué de lo más sencillo: invertido el párpado, hice una ligera tracción sobre los pelos, atrayendo el quiste en cuanto fué posible. Noté que estaba perfectamente pediculizado, y como su implantación era muy profunda, me pareció conveniente atarlo del pedículo por medio de un hilo de seda, que aún puede verse en la pequeña pieza patológica que adjunto y que está reproducida con la mayor fidelidad posible en la figura núm. 2. Tirando del hilo puse enteramente á descubierto el punto de implantación, cortando con tijeras curvas, sin dejar nada de la producción morbosa; casi no hubo pérdida de sangre, bastando una ligera compresión para contener la insignificante hemorragia, y como la solución de continuidad era mínima, bastó un punto de sutura empleando un hilo bastante largo, cuyos extremos libres dejé fuera de la abertura palpebral, y que según supe cayó por sí solo unos cuantos días después.

Como era de esperarse, el resultado fué muy simple; según se me comunicó, no hubo accidente inflamatorio, ni de otra especie; hará 10 días ví á una persona que vive con la niña operada, y me refirió que se encuentra del todo bien.

Como puede verse en la pieza anatómica, la pequeña producción tiene una forma irregular-

mente esferoidal, midiendo 8 milímetros en su mayor longitud; su cara posterior, correspondiente al globo ocular, es ligeramente cóncava; la anterior, sub-yacente á la conjuntiva palpebral, es convexa; su superficie, enteramente lisa en la cara anterior, es algo lobulada en la posterior; el color era sonrosado en la pieza fresca, y la consistencia blanda. De una pequeña zona opuesta al pedículo, surgen los pelos en número de 22, los que como se ve en la pieza, son negros, firmes, ondulados, algunos bastante gruesos, sobre todo en su nacimiento, y midiendo hasta cuatro centímetros los más largos.

El hecho que acabo de referir ofrece algunas particularidades dignas de notarse: en primer lugar su rareza, pues en millares de padecimientos oculares, observados en México y en Europa, no me había sido dado notar un caso análogo, lo que no es de sorprender, puesto que Pannas sólo ha reunido 80 observaciones en toda la literatura médica. Llama la atención que se haya dejado durante 10 años á la paciente en tan molesta situación, necesitándose que el azar me llevase á su tierra natal para que fuera tratada como convenía. El desarrollo excesivo de los apéndices pilosos, y su situación, constituyen hechos no comunes; el sitio de implantación del producto patológico, la estrechez de su pedículo, su falta absoluta de relaciones con la esclerótica y con la córnea, no son de lo más á propósito para confirmar la teoría patogénica del Profesor Ryba. Esto prueba que por no ser vulgar la afección, no se han estudiado minuciosamente todas las circunstancias en que puede presentarse; estas diversas razones me han inducido á presentaros el humilde escrito que habéis tenido la bondad de escuchar.

México, junio 12 de 1904.

JOSÉ RAMOS.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS CÁLCULOS VESICALES DE LOS NIÑOS

El dolor, al orinar, de los niños calculosos presenta caracteres peculiares; ven llegar con verdadero terror el momento de la micción; unos se golpean el sacro, otros el pubis, algunos se hacen estiramientos del prepucio. En un niño que operé últimamente, al sentir la necesidad de orinar emprendía una carrera y evacua-

ba simultáneamente la vejiga y el recto, en medio de gritos y lágrimas; en otro he visto que tomaba la posición genu-pectoral, siendo común en la mayor parte la polakiuria, la orina turbia sedimentosa, con arenas, moco y algunas veces pus; la hematuria producida por cálculos es menos frecuente que en los adultos é igualmente la interrupción repentina del chorro de la orina. Se revela desde á primera vista el carácter irritable de estos niños en su semblante desapacible y duro contrastando con la natural suavidad de expresión de ellos.

La ausencia de bajo fondo de la vejiga por pequeñez de la próstata y su forma alargada, nos explica la ocupación de la zona del cuello por los cálculos; no olvidar que éstos también pueden estar encasquillados en un repliegue de la mucosa.

Según mi modo de ver, nunca se debe proceder á una exploración vesical completa en un niño sin anestesia general.

El tacto rectal es de una utilidad grande en estos casos y debe completar siempre la exploración con la sonda metálica.

Siempre he podido coger el cálculo entre el índice de la mano derecha por el recto y la mano izquierda por el bajo vientre y apreciar así su forma y tamaño si es uno ó son varios.

*

Las fimosis exageradas son causa de retenciones parciales de orina que pueden dar lugar con el tiempo á la formación de cálculos: ejemplo de esto, el niño X, de la cama número 3, de mi servicio de Clínica del Hospital de Maternidad é Infancia. Este niño fué operado de un cálculo uretral. Recordemos que en los niños muchas veces el cálculo vesical ha sido primitivamente un cálculo renal producido por un infarto úrico de los recién nacidos.

Respecto á la operación que practico, es casi siempre la talla suprapúbica; he preferido ésta 1^o á la litotricia por la poca dilatabilidad y las exiguas dimensiones de la uretra, aunque se haga la debridación del meato, no obstante las aseveraciones de algún autor que asegura haber podido dilatar la uretra de niños de 3 á 6 años, hasta los números 13 y 14 de la escala francesa, ó sea 4 y medio á 5 milímetros.

2^o á la talla perineal, por el inconveniente de

la incisión de los canales eyaculadores de la posible y fácil laceración del recto y de que para cálculos grandes, como generalmente son los de los niños, no se abre campo suficiente para su fácil salida.

La talla suprapúbica es más fácil, expone á menos peligros; el peritoneo en los niños baja menos sobre la pared anterior de la vejiga que en los adultos, dejando mayor espacio aprovechable sobre aquella; puede uno graduar las dimensiones de la incisión de la vejiga según las dimensiones del cálculo.

He aquí mi modo de proceder.

Purgante la vispera. Lavativa la mañana del día de la operación. Anestesia general. Inyección de solución bórica, 4 por ciento, tibia, á través de la sonda metálica apropiada, líquido que se conserva en la vejiga, obturando la sonda con un tubo de caucho insertado en ella y una pinza de Péan que lo cierre y un resorte al derredor del pene contra la sonda. No uso globo de Petersen; introduzco una esponja al recto. Posición de Trendelenbourg.

Incisión exactamente sobre la línea media, partiendo del pubis.

Al llegar al tejido prevesical el ayudante levanta con su índice el repliegue peritoneal contra el ángulo superior de la incisión y con la otra mano sostiene la sonda metálica, que es un guía.

Incisión transversal de la vejiga.

Fijación de la vejiga por cuatro puntos á los planos musculares de la pared abdominal á los lados, arriba y abajo de la incisión. Para evitar fístulas no comprendo en la sutura ni la mucosa vesical ni la piel abdominal.

Extracción de la sonda.

Extracción del cálculo.

Canalización por medio de dos tubos de caucho en cañón de escopeta.

Fijación por un punto de sutura de estos tubos. Dada la natural inquietud de los niños, tanto la fijación de la vejiga como la de los tubos es una garantía de éxito. Este plan siempre me ha dado buen resultado.

Cuando la vejiga no presente signos de inflamación se puede proceder desde luego á su total oclusión, canalizando con una sonda permanente.

Presento á mi operado de la cama 5. Aquí está el cálculo.

México, octubre 12 de 1904.

ROQUE MACOUZET.