

B) Intacto el peristaltismo.

C) Fácil el acercamiento tubo-ovárico, previa salpingostomía en la región ampular.

La técnica es la siguiente: Anestesia general, morfina, Kellenne, éter. Posición de Trendelenburg. Incisión de Pfannenstiel pequeña. Exploración pelvi-abdominal. Intervención anexial, apendicular, etc, necesaria. Comprobada la integridad anexial o lesiones mínimas (microquistes, pequeñas adherencias) teniendo el ligamento ancho con dos piezas de garfio fino, de manera de presentar ampliamente su cara anterior. A 10 o 15 milímetros del borde inferior tubario y cerca del pabellón, practicó una incisión de 10 a 15 milímetros en la hoja anterior del ligamento ancho; apartó los bordes de la incisión y excavó en el espacio celuloso que separa las dos hojas del ligamento, una pequeña bolsa suficiente para contener el pabellón tubario. Sutura en jareta e inclusión, para mayor seguridad, un punto separado fija al ligamento la porción vecina de la trompa. Este órgano conserva movilidad suficiente, no hay acodamientos violentos, y una inspección prolongada no permite percibir trastornos circulatorios de ninguna clase. Terminada la operación, puede comprobarse la facilidad de practicar una salpingostomía ulterior y el fácil adosamiento de la neoboca al ovario, como en la salpingo-ovaropexia clásica. Sutura peritoneal y aponeurótica. Sutura cutánea intra-dérmica, o con garfios Michel.—(J. N.)

“Los progresos de la Clínica.” Madrid.

Complicaciones oculares del tifo mexicano

Por el doctor JOSE DE JESUS GONZALEZ,

(*Anales de la Sociedad Oftalmológica Mexicana.*

Núm 7. Agosto de 1919.

Las complicaciones oculares del tifo son muy raras; sin embargo, durante la epidemia de 1916 a 1917, el autor observó varias.

Hiperemia de la conjuntiva. Es constante y puede servir para el diagnóstico prematuro del tifo.

Conjuntivitis catarral. Se presenta a fines del primer septenario. La producen los gérmenes que habitan la mucosa. El aseo de los ojos las evita.

Ulceras de la córnea. Son precedidas de conjuntivitis catarral y se las observa en los casos de tifo grave. Insiste en la desinfección de los ojos.

Necrobiosis de la córnea. Proceso semejante a la queratitis, neuroparalítica que no comienza por ulceración y que termina con la ulceración de la córnea. Es una complicación del tifo grave.

Epiescleritis y esclero-ciclitis. Cita un caso con epiescleritis de repetición, que se complicó más tarde de iridociclitis. Cedió por tratamiento mercurial.

Irido-ciclo-corooiditis. Señala un caso desarrollado en plena infección tifosa. No había antecedentes específicos. Mejoró por el mercurio.

Glaucoma agudo. Dos casos desarrollados en los primeros días de la infección. Señala como causa determinante la acción vaso-dilatadora de las toxinas y el aumento de albumina en el vítreo y en el humor acuoso.

Ambliopía. Astenopia acomodativa. Paresía de la acomodación. Cita un caso de ambliopía con astenopia acomodativa y algunos de paresía de la acomodación.

Parálisis de los músculos extrínsecos del ojo. Cita un caso de parálisis bulbo-protuberancial.

Contractura de los músculos oculares. Se presenta en el tifo bajo la misma forma que en la meningitis.

Recaída de una queratitis intersticial. El autor indica la acción que pueden tener, para despertarla, los agentes químicos y los traumatismos. Atribuye la misma acción a las toxinas del tifo.

Catarata zonular congénita doble. Se refiere al caso de un niño cuya madre había tenido tifo, durante el embarazo.

Tratamiento quirúrgico de la catarata congénita

Por el Dr. ANTONIO F. ALONSO.

(*Anales de la Soc. Mex. de Oftalmología y Oto-rinolaringología*, No. 1, Enero, 1920)

Después de un estudio acerca del diagnóstico de las diversas formas de la catarata congénita hace el autor la siguiente división en relación con su tratamiento quirúrgico: la catarata llamada zonular; la lechosa líquida, la blanda; la membranosa y arido-silicosa.

Cita dos casos de su práctica: El primero un niño de 9 años de edad afectado de catarata zonular doble, más desarrollada en el ojo derecho, al que se practicó la extracción del cristalino habiéndose encontrado un nudo grande ambarino duro, como si se tratara de una catarata senil. En el otro se practicó una esfinterectomía infero-interna con excelente resultado. Este caso es análogo al que publica el profesor Panas en su tratado. El otro caso publicado por el autor se refiere a un joven de 12 años de edad con catarata membranosa en el ojo derecho, iris móvil y buena proyección visual. El ojo derecho meroftálmico, con proyección rudimentaria a la luz. Se