

Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LX.

MEXICO, JULIO DE 1929.

Núm. 7.

TRABAJOS REGLAMENTARIOS

LAPAROTOMIA LATERAL

POR EL DR. FRANCISCO REYES

DESDE el año de 1926 vengo en estudio de este problema de terapéutica quirúrgica, no para hacer crítica fundamental por lo que se refiere a las distintas incisiones, o de las regiones en que se aplican para atacar los órganos contenidos en la cavidad abdominal; pongo, por ejemplo, las incisiones de Rous, Jalaguier, Mac Burney y Gosset para apendicectomías; la de Alquier Alexandre para acortamiento de los ligamentos redondos, la de Bassini para herniotomías. Mi punto de vista es otro: consiste en el aprovechamiento, ya no accidental como lo hacía al principio de mis operaciones, que al intervenir sobre órganos extraños al apéndice y siendo la apendicectomía el plan u objeto exclusivo de la operación, aprovechaba la incisión lateral para explorar el útero y sus anexos; y si su estado lo requería, practicaba las intervenciones indispensables: anexotomías derecha o izquierda, resección de trompas o de los ovarios, histerectomía total o subtotal, corrección de desviaciones, sin haber recurrido nunca a incisiones complementarias, como lo hacen algunos cirujanos y se aconseja en las obras clásicas. Y no he vacilado en utilizar la incisión de Bassini para la práctica de la apendicectomía, la anexotomía, la histerectomía la histerectomía con anexotomía, la histerectomía, anexotomía y apendicectomía

por herniotomías izquierdas, limitándome a una incisión de ocho o diez centímetros y siguiendo la técnica clásica de Bassini.

Sobre las intervenciones del útero y sus anexos con motivo de las apendicectomías, el ex-alumno de la Escuela Médico-Militar, hoy Mayor Médico Cirujano, Juan S. Rojas, escribió su tesis profesional que tituló: "Tratamiento quirúrgico de los padecimientos anaxiales, combinados con apendicitis, por la incisión lateral oblicua de Mac Burney" (año de 1927).

Juan S. Rojas colaboró conmigo en las dieciseis observaciones que señala en su referida tesis, y la parte descriptiva de la técnica y grabados demuestran con claridad los distintos aspectos o fases de la técnica; pero Rojas, consecuente con mi primitivo criterio, dice: "hay que aprovechar la intervención sobre el apéndice por la incisión clásica para explorar el útero y sus anexos, y que intervenirlos si su estado así lo reclama", es decir, que dicha intervención habría de ser **accidental**, en tanto que ahora, y de antemano, acepto la **laparotomía lateral** para mis intervenciones útero-anaxiales, estén o no complicadas de apendicitis, usando como método de excepción, la laparotomía sobre la línea blanca o mediana, sub o supra-umbilical. Tras de los tres primeros casos que operé en 1926, siguieron los dieciseis que señala el doctor Rojas en su tesis, y después han venido otros muchos que habré de significar en este trabajo cuya lectura puede dar idea de lo que es perfectamente posible lograr de la técnica que describo. Pero yo no quise exclusivamente atenerme a datos probantes de simple exposición descriptiva o de láminas que he sacado del natural, sino que aproveché la oportunidad de contar con algunas de mis operadas en el Hospital Escandón y Militar, y, anticipándome a este trabajo, presenté a esta Academia los siguientes casos:

María X —Diagnóstico: hernia inguinal izquierda directa y metritis se-nil hemorrágica.—Intervención y técnica: hernioplastia por el método de Bassini. Incisión de diez centímetros; resección del saco, medianización de la incisión, exploración del apéndice que encontré largo, de dieciseis centímetros y de paredes gruesas; resección y peritonización. Tras de la apendicectomía la histerectomía sub-total y anexotomía bilateral. Cierre completo del vientre cicatrización por primera intención, habiéndose retirado las grapas a los cinco días (Véanse grabados 1, 2, 3 y 4).

María X.—Diagnóstico: quiste del ovario izquierdo, que alcanzaba el

ombiligo.—Incisión lateral de doce centímetros. Apendicectomía y extirpación del quiste sin punción. Cierre del vientre. Cicatrización: primera intención. Se retiraron las grapas a los cinco días.

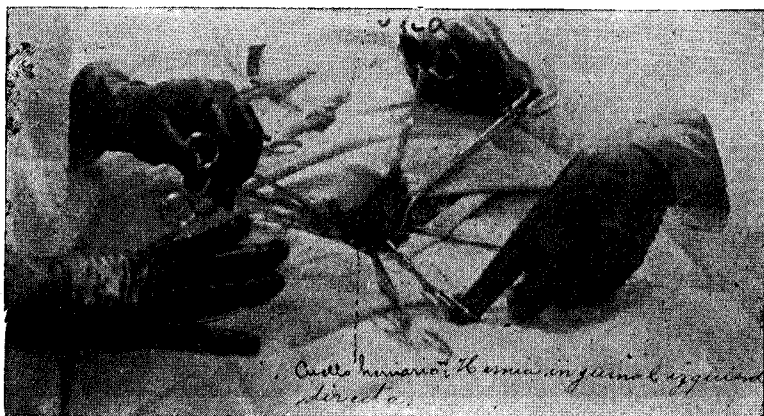


Figura 1

María X.—Multípara, al igual que las dos anteriores.—Diagnóstico: **hernia inguinal izquierda estrangulada, tercer estrangulamiento.** Intervención de urgencia: herniotomía. Incisión de Bassini. Asa del

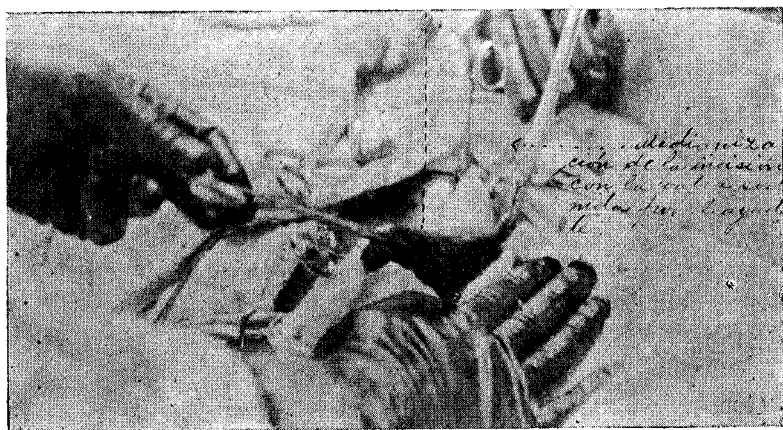


Figura 2

del intestino delgado estrangulado, su reducción; exploración de la matriz y anexos: fibromas, el mayor del volúmen de una naranja grande; histerectomía subtotal y anexotomía bilateral.

María X.—Múltipara.—Diagnóstico: **apendicitis; gran útero escleroso y ovarios poliquísticos.** Incisión de Gosset. Amplia resección del epiplón adherido al apéndice y anexo derecho; apendicectomía, histerectomía subtotal y anexotomía bilateral. A los cinco días se retiraron las grapas. Cicatrización por primera intención.

María X.—Múltipara.—Diagnóstico: **metro-anexitis bilateral; gran útero escleroso y pelviperitonitis crónica.**—Técnica: incisión lateral. Apéndice de catorce centímetros adherente al anexo vecino; apendicectomía; liberación de las adherencias peritoneales, anexotomía izquierda, resección del ovario derecho y los dos tercios distales de la trompa; salpingostomía y su fijación al ovario. Canalización con gaza yodoformada. Marcha normal. A los quince días la herida estaba cicatrizada.

Sobre las intervenciones combinadas del vientre, dice en su tesis el doctor Rojas, que es a partir de 1905, que en Europa y América han tomado carta de naturalización, y hoy se ven frecuentemente en manos de cirujanos hábiles, como pude verlo de Edderman, profesor de la Escuela de Post-Graduados de Nueva York, la apendicectomía y la colecistectomía; la esplenectomía y la colecistectomía. En México ya se hacen estas cosas, y yo, en número reducido, cuento una que otra colecistectomía; dos casos de histerectomía por fibromas gigantes y colecistectomía; con una histerectomía con apendicectomía y la operación de Depage para ayudar a levantar el estómago e hígado, y otra más de Depage con colecistectomía. El tipo de operaciones combinadas de uso corriente, es la apendicectomía con motivo de la laparotomía mediana sobre la línea blanca para intervenciones sobre el útero y anexos.

Pero si es muy frecuente la apendicectomía como consecuencia de las intervenciones genitales pélvicas, operándose sobre la línea blanca (debo citar un caso excepcional de apendicectomía por histerectomía vaginal, en que el ciego y el apéndice muy grueso, ocupaban la cavidad pélvica), no lo son las intervenciones sobre el útero y anexos con motivo de las apendicectomías operadas siguiendo la técnica usual de Jalauguiet, Gosset o Mac Burney; y está aconsejado en las obras clásicas que en estos casos se utilicen las incisiones combinadas. Citaré otro ejemplo de operaciones combinadas, la técnica de Gosset: cura de la hernia inguinal derecha con apendicectomía (Journal de Chirurgie 1910) y en la cual el eminente cirujano francés recomienda, cuando no se alcanza y desciende el ciego, a combinar el Bassini, prolongando hacia

arriba la incisión y disociando el transverso y pequeño oblicuo. Yo que siempre tengo por regla la exploración del apéndice en la hernioplastia derecha, y la apendicectomía, no me he visto precisado a la combinación

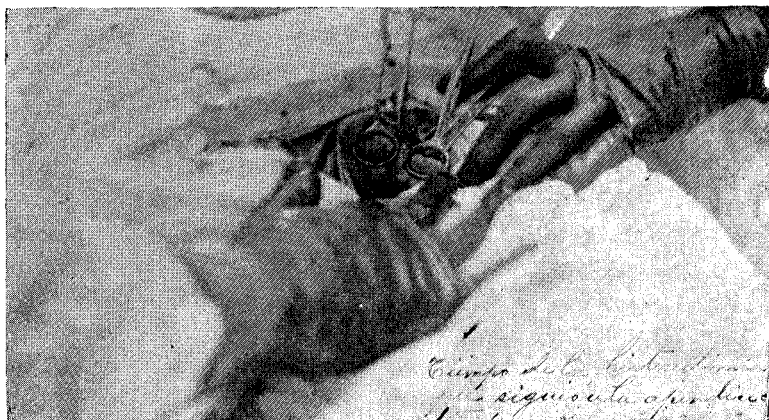


Figura 3

de la incisión, y me basta la trasposición de la incisión hacia arriba por fuerte tracción con una valva para alcanzar el ciego. Complico también el Alquier Alexandre del lado derecho con la incisión del peritoneo; ex-



Figura 4

ploro el apéndice y el anexo correspondiente; y cuento varias apendicectomías y dos o tres anexotomías sin necesidad de combinar la incisión inguinal de Bassini.

Tengo por entendido que mi manera de pensar y proceder, que al declararme partidario de la **laparotomía lateral**; que al elevarla como **método de elección** sobre la laparotomía media, y declarar a ésta como de exclusión, contrario no sólo la fuerza del hábito y el acto medular instintivo de la costumbre, sino que desacato reglas generales de técnica quirúrgica e imperativos de anatomía que se tienen como fundamentales e inmutables.

Los hechos ya numerosos por una parte, y variados por otra, por lo que se refiere a la clase de padecimientos y condiciones personales (múltiparas muchas, nulíparas otras, vírgenes algunas de éstas, flacas y obesas otras) y la correcta y satisfactoria evolución post-operatoria, son un buen argumento estadístico; pero hay otros más. La estadística de las hernias quirúrgicas y espontáneas de la línea blanca dan un saldo muy crecido a favor de éstas que no se cuentan sino en reducido número en la región lateral anterior del abdomen, más explícitamente, sobre la región apendo-cecal, que yo elijo de preferencia a la del lado opuesto para simplificar el tiempo de la apendicectomía.

La anatomía y la fisiología normal y patológica parecen apoyarme.

Los rectos anteriores del abdomen son músculos frágiles a pesar de la protección que les presta su complicada vaina aponeurótica. Su gran longitud en contraposición con su reducida amplitud por una parte; la disposición longitudinal de sus fibras y la delicadeza y fragilidad de las mismas; su casi absoluta libertad dentro de su estuche aponeurótico, son condiciones favorables para que ceda a las distenciones de causa fisiológica o patológica a que está expuesto, mellándolo en toda su longitud la presión abdominal desde sus inserciones costales hasta las públicas (eventraciones o hernias de las múltiparas, obesas, grandes tumores y ascitis). Y este peligro, este debilitamiento natural del músculo, mengua más con motivo de las cicatrices quirúrgicas, que por correctas que sean, son tejidos de cicatriz, tejido fibroso. Debo citar también como causa de degeneración de los músculos rectos las inflamaciones que por contragolpe recibe, transmitidas por el peritoneo, de las flegmasias frecuentísimas y extensas de los órganos pélvicos.

La cosa varía en la región parietal apendo-cecal. Tres poderosos músculos refuerzan aquí la pared; el gran oblicuo en su porción aponeurótica con fibras descendentes muy oblicuas hacia la región inguinal, el músculo pequeño oblicuo con sus fibras oblicuas tendiendo a la horizontal y el transversal con fibras francamente horizontales. En

conjunto estos músculos forman una maya resistente; en su intersección aponeurótica sobre la línea de Espigel antes de alcanzar el borde correspondiente del recto estas tres aponeurosis se unen entre sí poderosamente. Además, las inserciones fijas de éstos músculos sobre esqueleto, aponeurosis y masas musculares es extensa y las defiende eficazmente de la presión intra-abdominal normal o patológica; y poco afectará su natural resistencia la cicatriz de la laparotomía, que por otra parte, queda situada cerca de sus inserciones, o lo que es lo mis-

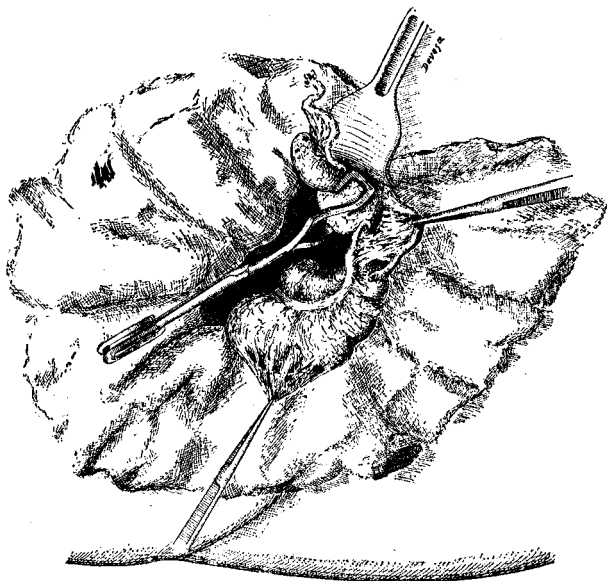


Figura 5

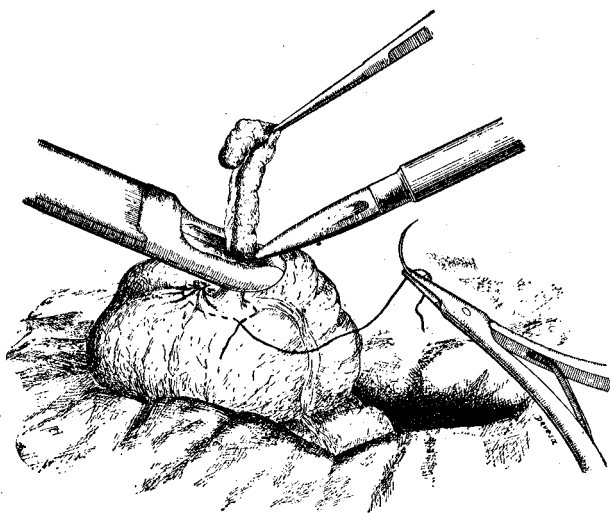


Figura 6

mo, cerca de la masa sacrolombar, de la pelvis y la columna vertebral. La apendicitis, con ser tan frecuente, no la afecta en gran extensión.

La región predilecta por mí es más vascular. Yo diré, está mejor nutrida. Sin embargo, la epigástrica está más cerca de la incisión que

en la línea media, pero como no hay qué operar sobre este músculo, cesa el peligro constantemente señalado por el propio músculo que la correcta colocación de una compresa habrá de protegerlo contra la tracción de la valva suprapúbica fija a la horqueta interfemorale o del separador de Gosset. La valva y su tracción por la mano de un ayudante, rara vez encuentra aplicación; su uso en esta forma es indispensable, cuando se trata de hacer la resección del nervio simpático o simpático o simpatectomía del presacro (Cotte).

Las ramas de la ileo-lombar y la circunfleja iliaca, y los nervios de la región: no tienen interés siguiendo la técnica que yo he planteado y que tiene algunos puntos de contacto con la de Jalaguier, con las modificaciones siguientes: hago la incisión de la piel, oblicua y no paralela al borde del músculo gran recto anterior, siguiendo la perpendicular de la línea espino-umbilical; divido la aponeurosis del gran oblicuo para caer exactamente en el espacio de Espigel, cuyo límite externo lo forman las inserciones internas aponeuróticas del pequeño oblicuo y transverso, íntimamente unidas entre sí y al peritoneo. La amplitud de este espacio es variable; falta en ocasiones, en cuyo caso, el recto, pequeño oblicuo y transverso se tocan; entonces el operador entra en el territorio de la epigástrica cuyas ramas se caracterizan por su extraordinaria fragilidad, carácter que las aproxima a los vasos epiploico-mesentéricos, razón que nos obliga a ser delicados en su tratamiento y muy escrupulosos de la hemostasia. Hay que pegarse mucho al plano muscular del transverso-oblicuo cuando el espacio de Espigel no existe.

Técnica.—Ya en su mayor extensión queda descrita; resta solamente exponer el tiempo culminante para ponerse sobre los órganos útero-anexiales, es decir, la exposición de la región operatoria. La llamo yo MEDIANIZACION y ABATIMIENTO de la incisión. Primeramente lo lograba con la colocación de una valva, ancha y larga sobre la que el ayudante tiraba lo bastante hasta conseguir el transporte de la incisión a la altura de la línea media y sobre el pubis. Hoy solo apelo a esta maniobra para la práctica de la resección del simpático presacro cuando el separador de Gosset no amplía lo bastante para la medianización y elevamiento de la incisión conforme a la técnica de Bassini para la histerectomía o anexotomías y apendicectomías por hernioplastias o Alquier Alexandre; y para apendicectomías para elevación de la incisión por operación de hernia inguinal derecha o Alquier Alexandre (ilustraciones 1, 2, 3 y 4); técnica de Bassini: her-

nioplastía, apendicectomía e histerectomía subtotal y anexotomía por haberse encontrado muy grueso el apéndice y largo de 16 centímetros,



Figura 7

y útero escleroso y oyaritis escleroquística. Se ve en el tiempo de la apendicectomía y la histerectomía la valva medianizadora mantenida



Figura 8

por el ayudante y la impresión de que se está operando en la línea media.

Para las intervenciones del útero y anexos, el ayudante ha sido ventajosamente substituído por el separador interfemoral y valva de Doyen (ilustración 5, tomada del natural).

Como tengo establecida la regla de hacer la apendicectomía, trátese o no de apéndices enfermos, comienzo siempre por ella; de suerte que la valva interfemoral la coloco hasta que concluyo con dicha operación, para pasar en seguida al tiempo de la intervención ginecológica; histerectomía total casi siempre, rara vez subtotal, anexotomías, resección de ovarios o trompas; pexias, miomectomías, y sobre cuya técnica sería impertinente si me ocupara. Según las circunstancias y como recurso excepcional, canalizo, ya sea por la vagina, ya por el vientre con tubos y gaza yodoformada.

La ilustración 6 (tomada del natural), expone el tiempo de la apendicectomía por laminación del vermis y cauterización al galvano-cauterio. Las ilustraciones 7 y 8 se refieren a la enferma Petra S. con quiste gigante del ovario derecho, y las números 9 y 10, a la enferma María X., con quiste hemorrágico intraligamentario derecho y apendicitis, a quien se le extirpó el quiste y el apéndice.

Indicaciones.—La técnica de la laparotomía lateral (derecha de preferencia a la izquierda), conforme a mi técnica, tiene las mismas indicaciones que se le atribuyen a la laparotomía mediana con excepción del Wertteim verdadero, porque si no haría imposible el vaciamiento sobre el lado izquierdo de la pelvis, sí se corría el peligro de desgarrar la vena hipogástrica y herir al útero; sin embargo y por error de diagnóstico (útero y ligamentos anchos esclerosos, que resultó ser un cáncer del cuerpo con invasión al anexo izquierdo y bloqueo del ureter) me fué posible practicar la histerectomía total y liberar el ureter en una extensión de cinco centímetros íntimamente adherido a la base del ligamento ancho.

Podré expresarme, en términos generales, que la laparotomía lateral logra, en igualdad de condiciones, lo que permite la laparotomía mediana; que todos los tiempos se consuman al parejo con igual facilidad o dificultades semejantes, según el caso de que se trate: aislamiento de la región, liberación de adherencia, desagüe de exudados y órrames escasos o abundantes con o sin aspirador; formación de pedículos, su forcipresura, corte y ligadura; peritonización y canalización; todo igual, pero con la diferencia de que la laparotomía lateral supera a la mediana por que la cicatriz que se obtiene es más resis-

tente si se sigue la técnica que describo (incisiones cruzadas) y porque las aponeurosis y músculos son más resistentes y estos planos

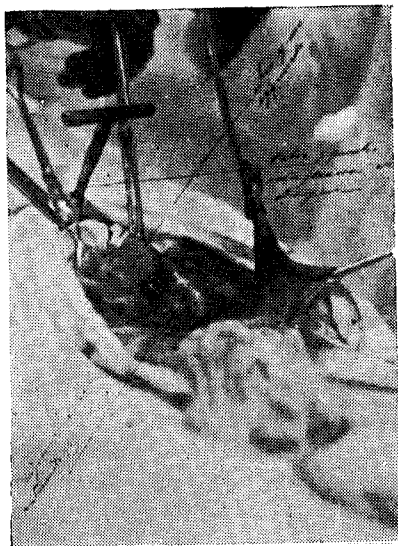


Figura 9

están defendidos por su proximidad a la pelvis columna y la masa sacrolombar,, mejor que el largo y debil recto anterior de cuya de-



Figura
10

generación y relajación está plagada su historia con menoscabo de la escultura del talle de la mujer y perturbando profundamente la estática y funciones de los órganos ventrales.

**Enfermas operadas en el Hospital Escandón por el
Dr. Francisco Reyes
por "Laparotomía Latereral Oblicua"**

Caso No. 1.—Nombre: Julia Meneses, de 26 años, casada.—Fecha de ingreso: 29 de Sept. de 1928; sala 4, cama 12.—Diagnóstico: Metrosalpingitis crónica.—Operación: incisión derecha; fecha: 10 de Oct. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo y apendicitis crónica. Tratamiento operatorio: Anexotomía derecha y apendicectomía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 7º día.—Alta: el 5 de Nov. de 1928.

Caso No. 2.—Nombre: Angela Viqué, de 30 años, casada.—Fecha de ingreso: 11 de Sept. de 1928; sala 4, cama 10.—Diagnóstico: Ovarios poliquísticos.—Operación: incisión derecha; fecha: 26 de Oct. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo y Salpingitis crónica bilateral.—Tratamiento operatorio: Anexotomía apendicectomía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 8º día.—Alta: el 15 de Nov. de 1928.

Caso No. 3.—Nombre: María Mota, de 38 años, casada.—Fecha de ingreso: 4 de Oct. de 1928; sala 3, cama 6.—Diagnóstico: matriz fibrosa.—Operación: incisión derecha; fecha: 8 de Nov. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: Histerectomía total.—Evolución: cicatrizó 1ª intención al 9º día.—Alta: el 12 de Enero de 1929.

Caso No. 4.—Nombre: Marta Castillo, de 37 años, casada.—Fecha de ingreso: 11 de Nov. de 1928; sala 3, cama 10.—Diagnóstico: matriz precarcinomatosa.—Operación: incisión derecha; fecha: 14 de Nov. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo y apendicitis crónica.—Tratamiento operatorio: Histerectomía total y apendicectomía.—Evolución: cicatrizó 8º día, 1ª intención.—Alta: el 30 de Nov. de 1928

Caso No. 5.—Nombre: Encarnación Rivera, de 27 años, casada.—Fecha de ingreso: 26 de Oct. de 1928; sala 3, cama 4.—Diagnóstico: fibroma uterino; anteversión.—Operación: incisión derecha; fecha: 15 de Nov. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: histerectomía total y apendicectomía.—Evolución: cicatrizó 1ª intención al 10º día.—Alta: el 30 de Nov. de 1928.

Caso No. 6.—Nombre: Enriqueta Rodríguez, de 22 años, soltera.—Fe-

cha de ingreso: 14 de Nov. de 1928; sala 3, cama 8.—Diagnóstico: retroversión uterina.—Operación: incisión derecha; fecha: 30 de Nov. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo y anexitis; ovarios quísticos.—Tratamiento operatorio: resección de ovarios, extirpación trompas, acortamiento ligamentos.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 9º día.—Alta: el 28 de Enero de 1929.

Caso No. 7.—Nombre: Reginalda Gómez, de 39 años, casada.—Fecha de ingreso: 10 de Nov. de 1928; sala 4, cama 9.—Diagnóstico: fibroma uterino.—Operación: incisión derecha; fecha: 4 de Dic. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo y apendicitis crónica.—Tratamiento operatorio: histerectomía sub-total. Apendicect.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 7º día.—Alta: el 26 de Dic. de 1928.

Caso No. 8 —Nombre: Basilia Morales, de 27 años, casada.—Fecha de ingreso: 5 de Nov. de 1928; sala 3, cama 14.—Diagnóstico: retroversión uterina adherente.—Operación: incisión derecha; fecha: 5 de Dic. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo y Apendicitis crónica. Ovarios quísticos.—Tratamiento operatorio: Apendicectomía. Resecc. Ovarios.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 7º día.—Alta: el 17 de Dic. de 1928.

Caso No. 9.—Nombre: Socorro Villagómez, de 28 años, casada.—Fecha de ingreso: 30 de Oct. de 1928; sala 4, cama 3.—Diagnóstico: Metroanexitis. Apend. crónica.—Operación: incisión derecha; fecha: 6 de Dic. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo y Retrov. Uterina.—Tratamiento operatorio: Apendicect. Resecc Tubárica y Ovarios.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 10º día.—Alta: el 28 de Feb. de 1929.

Caso No. 10.—Nombre: Eulalia Flores, 40 años, casada.—Fecha de ingreso: 4 de Nov. de 1928; sala 3, cama 11.—Diagnóstico: fibroma y pólipo uterino.—Operación: incisión derecha; fecha: 7 de Dic. de 1928.—Diagnóstico operatorio: Tumor de aspecto canceroso.—Tratamiento operatorio: Histerect. total Canl-Vag.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 12º día.—Alta: el 23 de Dic. de 1928.

Caso No. 11.—Nombre: Esther Chávez, de 29 años, casada.—Fecha de ingreso: 1º de Dic. de 1928; sala 3, cama 4.—Diagnóstico: Metroanexitis. Apendicitis crónica.—Operación: incisión derecha; fecha: 13 de Dic. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: apendicectomía. Salpingostomía doble. Resecc. Ov. der.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 10º día.—Alta: el 28 de Dic. de 1928.

Caso No. 12.—Nombre: Carmen Cruz, de 40 años, casada.—Fecha de ingreso: 20 de Nov. de 1928; sala 4, cama 4.—Diagnóstico: metritis y anexitis crónicas.—Operación: incisión derecha; fecha: 15 de Dic. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo y apendicitis crónica.—Tratamiento operatorio: apendicectomía. Anexotomía. derecha Resecc. Ov. Izq.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 8º día.—Alta: el 12 de Enero de 1929.

Caso No. 13.—Nombre: María López, de 24 años, soltera.—Fecha de ingreso: 1º de Dic. de 1928; sala 4, cama 1.—Diagnóstico: apendicitis crónica. Ovarios poliquísticos.—Operación: incisión derecha; fecha: 19 de Dic. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo y Retroversión uterina —Tratamiento operatorio: apendicectomía. Resecc. Ovarios—Acortamiento Ligs. Redondos.—Evolución: cicatrizó al 7º día, 1ª intención.—Alta: el 1º de Enero de 1929.

Caso No. 14.—Nombre: Micaela Lavín, de 23 años, casada.—Fecha de ingreso: 12 de Enero de 1929; sala 3, cama 6 —Diagnóstico: metritis con Retrov. Ovs. Poliquísticos.—Operación: incisión derecha; fecha: 13 de Enero de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: Anexotomía apendicectomía. Acortamiento Ligmts. Redondos.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 10º día.—Alta: el 28 de Enero de 1929.

Caso No. 15.—Nombre: Rosario Arteaga, 28 años, casada.—Fecha de ingreso: 7 de Nov. de 1928; sala 3, cama 2.—Diagnóstico: anexitis bilateral con grandes adherencias pélvicas; apendicitis crónica.—Operación: incisión derecha; fecha: 20 de Dic. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo y ovarios poliquísticos.—Tratamiento operatorio: liberación de las adherencias; anexotomía izquierda; resección del ovario derecho; salpingostomía derecha.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 1º día.—Alta: el 27 de Enero de 1929.

Caso No. 16.—Nombre: Luz Mena, de 46 años, casada.—Fecha de ingreso: 26 de Nov. de 1928; sala 3, cama, 11 —Diagnóstico: apendicitis aguda.—Operación: incisión derecha; fecha: 24 de Dic. de 1928.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: Apendicectomía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 7º día. Alta: el 8 de Enero de 1929.

Caso No. 17.—Nombre: Angela Saldaña, de 33 años, soltera.—Fecha de ingreso: 22 de Nov. de 1928; sala 3, cama 7.—Diagnóstico: Metroanexitis crónica —Operación: incisión derecha; fecha: 27 de Dic. de 1928 —Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: tratamiento

de las adherencias Sub-histerectmía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 8º día.—Alta; el 14 de Enero de 1929.

Caso No. 18.—Nombre: Consuelo Rosas, de 50 años, soltera.—Fecha de ingreso 1º de Enero de 1929; sala 2, cama 5.—Diagnóstico: Fibromas Uterinos Gigantes.—Operación: incisión derecha; fecha: 1º de Enero de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo y apendicitis crónica.—Tratamiento operatorio: Histerectomía total y apendicectomía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 6º día.—Alta: el 15 de Enero de 1929.

Caso No. 19.—Nombre: Julia Mendoza, de 28 años, soltera.—Fecha de ingreso: 29 de Dic. de 1928; sala 4, cama 9.—Diagnóstico: apendicitis crónica. Ovarios. poliquísticos.—Operación incisión derecha; fecha: 3 de Enero de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: apendicectomía. Resecc. parcial Ovs.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 6º día.—Alta: el 15 de Enero de 1929.

Caso No. 20.—Nombre: Rudésinda Lezama, de 33 años, casada.—Fecha de ingreso: el 4 Enero de 1929; sala 3, coma 11.—Diagnóstico: Quists ovárico izquierdo.—Operación: incisión derecha; fecha. 8 de Enero de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo y apendicitis crónica.—Tratamiento operatorio: Extirpación quiste ovario; apendicectomía —Evolución: cicatrizó por 1ª intención 7º día.—Alta: el 24 de Enero de 1929.

Caso No. 21.—Nombre: Severina Gutiérrez, de 36 años, casada.—Fecha de ingreso: 13 de Dic. de 1928; sala 4, cama 2.—Diagnóstico: Retrov. uterina. adherente Colpocoles-Metro cervicitis.—Operación: incisión derecha; fecha: 5 de Enero de 1929.—Dianóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio; histerectomía total; Conservación ovario derecho apendicectomía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 6º día.—Alta: 30 de Enero de 1929.

Caso No. 22.—Nombre: María García, de 25 años, casada.—Fecha de ingreso: 20 de Dic. de 1928; sala 4, cama 13.—Diagnóstico: piosalpinx; retroversión uterina; apendicitis crónica.—Operación: incisión derecha; fecha: 8 de Enero de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: Sub-histerectomía; anexotmía izquierda apendicectomía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 9º día.—Alta; el 22 de Enero de 1929.

Caso No. 23.—Nombre: Beatriz Domínguez, de 27 años, soltera.—Fecha de ingreso: 8 de Enero de 1929; sala Dist., cama 4.—Diagnóstico: Apend. crónica.—Operación incisión derecha; fecha: 8 de Enero de 1929.

—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: Apendicectomía. Se quitaron adherencias.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 6º día.—Alta: el 19 de Enero de 1929.

Caso No. 24.—Nombre: Clotilde Cerón, 37 años, casada.—Fecha de ingreso: 1º de Nov. de 1928; sala 4, cama 1.—Diagnóstico: Utero Fibroso ovarios poliquísticos Salps. y apendicitis crónica.—Operación: incisión derecha; fecha: 10 de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: apendicectomía; tratamiento adherencia; histerectomía total; anexotomía bilateral.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 7º día.—Alta: el 30 de Enero de 1929.

Caso No. 25.—Nombre: Martina Herrera, de 40 años, casada.—Fecha de ingreso: 8 de Dic. de 1928; sala 4, cama 7.—Diagnóstico: Hematosalpinx. Hematocele Retro-uterino.—Operación: incisión derecha; fecha: 12 de Enero de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo. Apend. crónica Tumor. Ov. der.—Tratamiento operatorio: Extirpación Tum. Ov. Apendicectomía. Quitar adherencias.—Evolución: cicatrizó 2º día por Canclión.—Alta: el 2 de Febrero de 1929.

Caso No. 26.—Nombre: Aurora Zanabria, de 43 años, casada.—Fecha de ingreso: 12 de Enero de 1929; sala 3, cama 2.—Diagnóstico: Utero fibroso; retroversión; pelvipерitonitis; adherencias.—Operación: incisión derecha; fecha: 12 Enero de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: Hstmía total Apdctmía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 7º día.—Alta: el 29 de Enero de 1929.

Caso No. 27.—Nombre: Fulgencia Ortíz, de 30 años, casada.—Fecha de ingreso: 25 de Enero de 1929; sala 1, cama 8.—Diagnóstico: Hematosalpinx derecho; hematocolpos.—Operación: incisión derecha; fecha: 25 de Enero de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: vaciamiento trompas; extirpación de adherencias.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 8º día.—Alta: el 13 de Febrero de 1929.

Caso No. 28.—Nombre: Dolores Calvillo, de 20 años, casada.—Fecha de ingreso 22 de Enero de 1929; sala 3, cama 9.—Diagnóstico: Metritis crónica. Salpingo Ovaritis.—Operación: incisión derecha; fecha: 26 de Enero de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo y embarazo tubario derecho; apendicitis crónica.—Tratamiento operatorio: extirpación del embarazo tubario; quitar adherencias del anexo izquierdo; apendicectomía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 7º día.—Alta: el 1º de Febrero de 1929.

Caso No. 29.—Nombre: Soledad Nurieta, de 35 años, casada.—Fecha de ingreso: 29 de Enero de 1929; sala 4, cama 9.—Diagnóstico: Metroanexitis.—Operación: incisión derecha; fecha: 2 de Febrero de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo y apendicitis crónica.—Tratamiento operatorio: Histmía total Apdctmía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 1º día.—Alta: el 6 de Marzo de 1929.

Caso No. 30.—Nombre: Hermelinda Flores, de 50 años, casada.—Fecha de ingreso: 29 de Enero de 1929; Dist., cama 5.—Diagnóstico: Fibromas uterinos gigantes.—Operación: incisión derecha; fecha: 3 de Febrero de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo y apendicitis crónica.—Tratamiento operatorio: Histerectomía total Apdctmía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 6º día.—Alta: el 18 de Febrero de 1929.

Caso No. 31.—Nombre: Guadalupe Juárez, de 37 años, casada.—Fecha de ingreso: 5 de Dic. de 1928; sala 3, cama 13.—Diagnóstico: Anterversión y metritis crónica.—Operación: incisión derecha; fecha: 6 de Febrero de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo y anexitis bilateral.—Tratamiento operatorio: histerectomía; anexotomía, conservando ovario derecho.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 7º día.—Alta: el 27 de Febrero de 1929.

Caso No. 32.—Nombre: Elena Ramírez, de 29 años, casada.—Fecha de ingreso: 1º de Feb. de 1929; Dist., cama 6.—Diagnóstico: Metritis Flegmón Lig. Ancho Der. Pio-salpinx Doble.—Operación: incisión derecha; fecha: 8 de Feb. de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo y apendicitis crónica.—Tratamiento operatorio: Histmía total Apendctmía. Canalización Vaginal.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 9º día.—Alta: el 28 de Febrero de 1929.

Caso No. 33.—Nombre: María García, de 19 años, casada.—Fecha de ingreso: 12 de Feb. de 1929; sala 1, cama 4.—Diagnóstico: Apendicitis crónica.—Operación incisión derecha; fecha: 14 de Feb. de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo y absceso retrouterino.—Tratamiento operatorio: apéndice muy adherido no se extirpó. canalización vaginal del absceso.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 8º día.—Alta: el 27 de Febrero de 1929.

Caso No. 34.—Nombre: Pueblito García, de 22 años, casada.—Fecha de ingreso: 14 de Feb. de 1929; sala 3, cama 10.—Diagnóstico: Absceso apendicular.—Operación: incisión derecha; fecha: 14 de Feb. 1929.—Diag.

nóstico, operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: canalización absceso apendicular retrocecal.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 8º día.—Alta: el 28 de Febrero de 1929.

Caso No. 35.—Nombre: Carmen Cárdenas, de 38 años, casada.—Fecha de ingreso: 22 de Feb. de 1929; sala 3, cama 5.—Diagnóstico: Embarazo tubario.—Operación: incisión derecha; fecha: 2 de Marzo de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo y apendicitis crónica; hemosalpingitis quistes ovarios.—Tratamiento operatorio: sub-histerectomía; apendicectomía; extirpación parcial de los ovarios.—Evolución: Absceso subcutáneo cicatrizó 12º días.—Alta: el 14 de Marzo de 1929.

Caso No. 36.—Nombre: María Barrera, de 24 años, casada.—Fecha de ingreso: 30 de Enero de 1929.—Diagnóstico: Metroanexitis crónica.—Operación incisión derecha; fecha: 2 de Marzo de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo y apendicitis crónica.—Tratamiento operatorio: Resec. Ov. Der. y anexo. Izq. Apdctmía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 9º día.—Alta: Permanece.

Caso No. 37.—Nombre: Lara Rueda, de 20 años, soltera.—Fecha de ingreso: 30 de Feb. de 1929; sala 4, cama 2.—Diagnóstico: Apendicitis crónica.—Operación incisión derecha; fecha: 2 de Marzo de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: Apendicectomía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 6º día.—Alta: el 21 de Marzo de 1929.

Caso No. 38.—Nombre: Loreto Ramírez, de 31 años, casada.—Fecha de ingreso: 12 de Feb. de 1929; sala 3, cama 3.—Diagnóstico: Metritis. crónica anteversoflexión; lateroflexión derecha; ovarios poliquísticos.—Operación: incisión derecha; fecha: 7 de Marzo de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo y apendicitis crónica.—Tratamiento operatorio: resección parcial bilateral de ovarios; acortamiento de ligamentos útero-ováricos; apendicectomía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 7º día.—Alta el 21 de Marzo de 1929.

Caso No. 39.—Nombre: Imelda Vásquez, de 18 años, casada.—Fecha de ingreso: 24 de Enero de 1929; sala 4, cama 13.—Diagnóstico: Metroanexitis bilateral.—Operación incisión derecha; fecha: 14 de Marzo de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo apendicitis crónica, ovarios poliquísticos.—Tratamiento operatorio: apendicectomía. Resec. Trompa Der. Curación Ovaris. Oper. Estes.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 8º día.—Alta: 5 de Abril de 1929.

Caso No. 40.—Nombre: Romana Huerta, de 28 años, soltera.—Fecha de ingreso: 16 de Marzo de 1929; sala 4, cama 10.—Diagnóstico: Apendicitis crónica Ant-verso-flexión.—Operación incisión derecha; fecha: 16 de Marzo de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo y ovaritis poliquística Der.—Tratamiento operatorio: Apendicectomía. Oper. Thiriar. Resec. Ov. Der. Acort. Lgmts. Utero ovs.—Evolución: Abceso. Sub-cutáneo. cicatrizó al 13º día.—Alta: el 10 de Abril de 1929.

HOSPITAL MILITAR.

Caso No. 41.—Nombre: Gertrudis Juárez, 21 años, casada.—Fecha de ingreso: 19 de Feb. de 1929; sala Maternidad y Ginecología.—Diagnóstico: Apendicitis crónica; anteflexión ovarios poliquísticos.—Operación: incisión derecha; fecha: 20 de Marzo de 1926.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: Apendicectomía; extirpación parcial ovarios; fijación matriz.—Evolución; cicatrizó por 1ª intención al 7º día.—Alta: el 4 de Abril de 1929.

HOSPITAL ESCANDON

Caso No. 42.—Nombre: María Espinosa, de 40 años, casada.—Fecha de ingreso: 8 de Feb. de 1929; sala 4, cama 1.—Diagnóstico: Metroforitis crónica.—Operación: incisión derecha; fecha; 20 de Marzo de 1929—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: Apdctmía. Sub-histerectomía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 8º día.—Alta; el 8 de Abril de 1929.

Caso No. 43.—Nombre: Ricarda Montoya, de 18 años, soltera.—Fecha de ingreso: 14 de Marzo de 1929; sala 3, cama 8.—Diagnóstico: fibromas apendicitis. crónica; ovarios; poliquísticos.—Operación incisión derecha; fecha: 25 de Marzo de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: Apdctmía. Resec. parcial Ova. poliquísticos.—Evolución; cicatrizó por 1ª intención al 9º día.—Alta: el 7 de Abril. de 1929.

Caso No. 44.—Carmen Zayas, de 40 años, casada.—Fecha de ingreso: 4 de Marzo de 1929; sala 4, cama 6.—Diagnóstico: Fibromas uterinos Apdctis crónica.—Operación: incisión derecha; fecha: 25 de Marzo de 1929.—Diagnóstico operatorio: el mismo.—Tratamiento operatorio: Sub-histerectomía. Apendctmía.—Evolución: cicatrizó por 1ª intención al 8º día.—Alta: el 15 de Abril de 1929.

Clínica Ginecológica del Hospital Militar

1.—Octubre 1928.—Hermelinda Molina. Casada. Nulípara. Diagnóstico: Utero escleroso y ovaritis escleroquistica. Grandes metrorragias. Raquicocaína (tres centígrms.) Laparotomía lateral para histerectomía total y apendicectomía. 1ª intención.

2.—Octubre 28.—Felipa Téllez, múltipara. Diagnóstico: prolapso 2º grado; esclerosis uterina y ovarios polisquisticos. Metrorragias. Raquicocaína con tres centígrms. Laparotomía lateral para panhisterectomía; suspensión del muñón vaginal a los pedículos de los ligamentos anchos y apendicectomía. 1ª intención.

3.—Octubre 23 de 1928.—Guadalupe Arriola, casada y nulípara con retroversión uterina adherente, metritis crónica y ovarios poliquistísticos. Raquicocaína con tres centígrms. Laparotomía lateral; para apendicectomía y liberación del útero; resección ambos ovarios; suspensión del útero por acortamiento de los ligamentos redondos y su inclusión de un colgajo peritoneo-muscular de la pared anterior. Resección del simpático presacro. 1ª intención.

4.—Nov. 16.—Carmen Pacheco, casada y nulípara. Enfermedad de Pozzi y piosalpinx izquierdo. Raquicocaína con cuatro centígrms. Laparotomía lateral para panhisterectomía. Apendicectomía. Canalización vaginal Cicatrización 1ª intención de la incisión de la pared abdominal.

5.—Juana Gómez, casada y nulípara. Diagnóstico: quiste ligamento ancho derecho; pelviperitonitis y apendicitis. Raquicocaína con cuatro centígrms. Laparotomía lateral para apendicectomía gran apéndice con adherencia al anexo derecho; liberación adherencia y enucleación del quiste. Canalización con tubo y gaza por la herida ventral. Alta a los 29 días por curación. (fotografía 7 y 8.) operada Nov. 16 1928

6.—Dic. 13-1929.—Concepción Hernández, casada y nulípara. Diagnóstico: retroversión uterina adherente. Utero escleroso y ovarios poliquistísticos. Raquí con tres centígrms cocaína. Laparotomía lateral para apendicectomía, liberación de adherencias; resección ambos ovarios; suspensión del útero por plegadura de los ligamentos redondos en acordeón (técnica americana); resección presacro y del plexo venoso panpiniforme; por varicocele pélvico. 1ª intención.

7.—Dic. 18-1929.—Mercedes Martínez, casada y nulípara. Diagnóstico: Fibromas intersticiales y apendicitis. Raquicocaína con cuatro centígrms. Laparotomía lateral para apendicectomía; miomectomía y resección ambos ovarios. 1ª intención.

8.—Dic. 21-1929.—María F. de Salgado, casada y nulípara. Diagnóstico: Fibromiomas, pelviperitonitis y apendicitis. cuatro centígrms. cocaína en raquí. Laparotomía lateral para panhisterectomía y apendicectomía. 1ª intención.

9.—Dic. 28-1929.—María J. Aguilar. Diagnóstico: Fibromas uterinos y hernia inguinal derecha. Novocaína quince centígrms. en raquí. Laparotomía lateral para apendicectomía, histerectomía total. Doble ligadura del cuello del saco por vía intraperitoneal dejando en su lugar al saco. 1ª intención.

10.—Dic. 31-1929.—Josefina Martínez, casada y nulípara. Diagnóstico: Epitelioma quístico ovario izquierdo y apendicitis. Requinovocaína, quince centígrms. Laparotomía lateral para extirpación del quiste y apendicectomía. 1ª intención.

11.—Enero 12-1929.—Dolores Molina, casada y nulípara. Diagnóstico: Metroanexitis quística derecha y apendicitis. Pelviperitonitis. Raquicocaína, tres centígrms. Laparotomía lateral; método de disociación músculos pequeño oblicuo y transversos. Apendicectomía, tratamiento de adherencias y enucleación total piosalpinx. Canalización por la herida ventral. Curación.

12.—Enero 25-1929.—Josefina Hernández, casada y nulípara. Diagnóstico: fibromas uterinos. tres centígrms. de cocaína en raquí. Laparotomía lateral para apendicectomía e histerectomía total. Falleció a las 5 días con fenómenos peritoneales.

13.—Febrero 10-1929.—Estela Osornio de Rodríguez, casada y múltípara. Diagnóstico: Metroanexitis izquierda cuatro centígrms. de cocaína en raquí. Laparotomía lateral para apendicectomía, anexotomía izquierda, resección ovario derecho, resección dos tercios de la trompa derecha y salpingostomía. Canalización por el Douglass. Curación.

14.—Feb. 16-1929.—Carmen Beltrán, casada y nulípara con metroanexitis doble. tres centígrms. cocaína en raquí. Laparotomía lateral para his-

terectomía total y anexotomía. Canalización vaginal. Cicatrización 1ª intención herida abdominal.

Señora E. A. R.—De 21 años de edad, sin antecedentes específicos. Tuvo 2 hijos, cuyos partos fueron normales. Desde hace 4 meses, padece flujo leucorreico, amarillento, en poca cantidad y no constante. Menstruaciones normales, con ligero dolor antes de la fecha. Desde hace 4 meses siente ligera molestia en las fosas ilíacas; de vez en cuando cólicos en la fosa ilíaca derecha, sin fiebre, con exacerbación del dolor, constipación y anorexia. A la exploración física, ovarios dolorosos y aumentados de volumen. A la palpación abdominal, dolor exagerado en el punto de Mac Burney.

Diagnóstico probable: Anexitis bilateral y apendicitis crónica.

Al efectuar la operación, encontramos: ambos ovarios escleroquisticos, apéndice congestionado, con adherencias intestinales y en posición retrocecal ascendente. Se incindieron los dos ovarios, se resecó la parte esclerosada y se puncionaron los quistes intraováricos. Luego se practicó la apendicectomía y se cerró el vientre sin dejar canalización.

Evolución: Sin elevación de temperatura, 4º día se purgó, al 5º día se le hizo la primera curación y se quitaron las grapas y los puntos de acercamiento. Al 10º día se le dió de alta.

Pormenores de los casos en que he practicado la laparotomía lateral: a los señalados en el Hospital Militar. Hay que agregar 10 y una en el Sanatorio Escandón, lo que hace 25, más 44 del Hospital Escandón son 69 que unidos a 16 casos que figuran en la tesis del doctor Rojas suman en total 85.

DR. FRANCISCO REYES