

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LXIV

Febrero de 1933

Número 2

OPERACION DE MARTIN Y DE HAGNER

El clínico que ejerce la especialidad ginecológica es interrogado en la intimidad del hogar de su clientela con muy diferentes preguntas, que algunas significan problemas morales muy difíciles de resolver. Deontológicamente y en el aspecto patológico tiene que poseer conocimientos firmes para dar una orientación, que no peque en lo más mínimo con la moral y la verdad. Muchas de las personas aquí presentes habrán sido interrogadas por el esposo o la esposa en un matrimonio en el sentido de preguntar, ¿por qué no ha habido fecundación? Se encuentra aun el médico un pasado feliz y tranquilo en la mujer, sin revelar sospecha morbosa. Otras ocasiones relatan las consultantes las diferentes etapas terapéuticas que han recorrido para terminar quizá en una operación quirúrgica que no ha logrado el fin ambicionado. Algunas mujeres teniendo la exquisita virtud de la conformidad, pacientemente soportan su destino y resignadas disipan el pensamiento de llegar a la maternidad.

No podría relatar el número de enfermas que me han consultado en este sentido durante mi vida profesional. En algunas la esterilidad es primitiva, en otras secundaria, y otro grupo, quizá más numeroso es esclavo de una esterilidad voluntaria. En el estudio de estas clientas es donde la semiótica brilla más por su profundidad para interpretarla, y el clínico tiene un campo muy propicio donde demostrar su pericia y bien disciplinado razonamiento. Mujeres hay que han sido destrozadas por la cirugía, y llevan en su cuerpo el certificado indeleble de las cicatrices, expresión muchas veces de errores de diagnóstico e intentos poco fundados para crear la fecundidad. De cualquier manera la mujer siempre es el blanco donde se apunta, como culpable de que el hogar sea estéril, y quien la exhibe así es el cónyuge que sin piedad y sin razones suficientes, siempre ve en ella la culpa.

Desgraciadamente el médico se deja arrastrar por esas primeras impresiones que nacen de la narración del marido. Para el esposo es

su consorte la culpable y empieza siempre haciendo uso de la palabra narrando síntomas tan expresivos que se diría habían sido sentidos por él mismo.

Los años que son nuestros mejores consejeros, unidos a una paciente observación y estudio, nos dan la luz, y un resplandor viene a disipar las tinieblas que envuelven ese misterioso estado de la esterilidad. En muchos de los servicios hospitalarios que se ocupan en estos asuntos, ya imponen como orden clínico y lógico, el iniciar las investigaciones de este asunto por el hombre, que con toda probabilidad debe ser el culpable en la mayoría de los casos de la esterilidad de la mujer; consciente o inconsciente, tal vez desde las primeras aproximaciones en el tálamo nupcial; veces y no raras en él se detiene el estudio; no hay que ir más allá; es tan vidente lo encontrado que basta ello para explicar la causa.

Este trabajo al hombre se concreta, y en él a una de las expresiones etiológicas que por su frecuencia constituye el presagio fatal para quien lo tiene, y la desesperación en la vida matrimonial. ¡La blenorragia, siempre la blenorragia! que como un Proteo, no hace más que cambiar su ropaje clínico para ser siempre el fantasma de la venereo-logía y de la sociedad. Con terror hablaban nuestros antepasados de los orejones inutilizando al niño y a la niña; de la escarlatina volviendo infecunda a la mujer; pero no afocaban sus temores a lo que limita más la multiplicación de la especie, a los destrozos que hace el germen de Neisser en los delicados tejidos de las vías genito-urinarias. El obscurantismo que da el pasado en este aspecto de la patología se ha disipado, y hoy por el contrario absorbe nuestra atención el kaleidoscopio morboso que desarrolla el gonococus. Vamos más y más adelante en la descripción de sus horrores; pero poco se avanza en la manera de corregirlos.

El niño ha llegado en el desarrollo de su vida al momento en que joven, tiene su primer contacto sexual; la inexperiencia o la fatalidad, lo estigmatiza desde este primer momento, y la sintomatología de la uretritis, inicia su largo proceso de años y más años, cuyo fin nadie puede prever. Cruel el germen de la blenorragia, no se limita a lastimar y quizá a matar al que atacó, sino que en otras ocasiones con una especie de horror por la humanidad, inutiliza la glándula de la fecundación para impedir la propagación de la especie.

La tempestad ha pasado; todo escurrimiento uretral ha desaparecido; la enorme tumefacción que envolvían las bolsas se ha borra-

do; el microscopio aún no da documentación positiva, y ante este expediente clínico el médico tratante autoriza la legitimidad de un futuro matrimonio.

Los años en efecto ratifican la ausencia del germen; pero también los destrozos producidos; pasa el tiempo sin ninguna fecundación en la vida matrimonial. La mujer no está infectada; su aparato genital perfecto. El hombre no tiene el gonococcus, pero sus epididimos están obstruidos. No hay espermatozoides en ninguno de los exámenes del líquido eyaculado. La conformidad es la única solución del problema médico. Si los dolores epididimarios vuelven intolerable la vida, reseca los epididimos; ligar el cordón, y dejar aquel testículo como el órgano que produce la hermona y nulificado para producir la especie. Todavía en la última obra de Marion y Toupet que salía a la luz en las librerías de París la víspera de mi regreso (14 de marzo del presente), como tratamiento no enuncia, sino lo que acabo de describir.

Afortunadamente Martín y Hagner en tierra sajona, han sido más compasivos y más interesados con estos mutilados por la blenorragia. No piensan en quitar el dolor únicamente, sino se enfrentan con el problema funcional de que el espermatozoide salga del encierro fatal a que lo ha destinado la anatomía producida por el gonococcus.

Hoy el acuerdo es unánime de impugnar al hombre una gran culpa en la falta de fecundación; aun ya se cataloga en números esta falla masculina. Para Grosse el 18% de los casos el hombre resulta responsable; Kerr y Lier llegan a la cifra elevada de 40 por 100, y Hunner establece un 20%.

Si se hacen comparaciones entre el hombre y la mujer desde el punto de vista etiológico en lo que atañe a la esterilidad, se llega al convencimiento de que hay tanta pluralidad de causas en el uno como en la otra y que se disputan el lugar en la infecundidad. Enfréntanse con la etiología femenina 1o. la aspermia en el hombre; es decir la ausencia de semen; 2o. la azospermia en que el semen no contiene espermatozoides; 3o. la oligospermia, en que los espermatozoides son pocos en número, están sin movimiento, o sus movimientos son de tránsito; 4o. las anormalidades que evitan el paso del espermatozoide.

Si se estudian cada uno de estos poderosos motivos asombra el que la infección de Neisser sea protagonista en sus diversos disfraces para producir esta etiología. En la aspermia por ejemplo puede haber dos tipos: el que el flúido seminal no llegue a la uretra, o que lle-

gando no vea la luz del meato. Ambos ejemplos expresan una estrechez en que la blenorragia ha tenido la causalidad preponderante, alterando algún canal o congestionando el verumontanum. Si a la azospermia me refiero, hago a un lado la idiopática por lo común, y asociada con anormalidades de sexo; trato de la adquirida; cuando la función espermatogénica cesa por enfermedad o porque haya alguna obstrucción que evite el dejar a los testículos el producto; el obstáculo puede encontrarse en cualquier punto de los conductos, pero más frecuente es en los epididimos; exudados inflamatorios y abscesos dejan como recuerdo cuando se absorben tejidos de cicatriz que obstruyen el epididimo más frecuentemente que el deferente o los eyaculadores; el gonococcus más en escena que cualquier otro germen. Cunningham, de Boston, da un 63% de etiología blenorragica en estas obliteraciones. Todas las estadísticas conformes en que es la epididimitis la causa más común de esterilidad del hombre. Es bien sabido que en la epididimitis gonorréica el "globus minor" es la parte del epididimo más a menudo atacada y aquí es donde la oclusión compromete demasiado, porque de este sitio sale el único conducto eferente. Aprovechando el "globus mayor" aun indemne, se puede hacer la anastomosis entre éste y el "vas deferens". Sin esta operación el paso del espermatozoide es imposible, y entonces perded toda esperanza. Hay otras muchas causas de esterilidad que pasan a segundo orden como por ejemplo la epididimitis traumática; la masturbación y excesos sexuales, del mismo modo que el alcoholismo, la obesidad y el tabaco son considerados como factores de azospermia. En la sífilis, tuberculosis, y degeneraciones malignas la función espermatogénica puede acabar cuando las lesiones son bilaterales. Los rayos X, otra causa de azospermia. Cuando la próstata es atacada en una gran extensión y en block los canales eyaculadores, entonces cuando el orgasmo se verifica, aparecen algunas gotas de líquido que contiene principalmente pus y celdillas prostáticas degeneradas; pero no espermatozoides.

Al tocar la oligospermia es también la blenorragia la protagonista; que puede atacar además de los epididimos la próstata y las vesículas seminales. Está demostrado que la sangre y el pus hacen perder su vitalidad a los espermatozoides, y los obligan a disminuir su motilidad.

Todo lo anterior impone una conclusión que es decisiva, aplastante; "En un matrimonio estéril debe pensarse en el hombre, y empezar el examen por este último cuando exista un silencio patológico por

parte de los cónyuges". Recordar igualmente que la blenorragia flota como el fantasma de un pasado en estos matrimonios sin hijos, y que su localización más habitual son los epididimos donde se leerá la causa de la desdicha matrimonial; quien piense lo contrario se declarará en rebelión con la verdad.

Pasaba el tiempo y aún conocida la causa nada se podía hacer; la lesión era irreparable y había triunfado como muchas veces triunfa el espíritu del mal. Una noche impenetrable a los recursos de la ciencia se presentaba siempre ante los ojos del observador; los pacientes se clasificaban como perdidos en el terreno de su función. Otros menos escépticos tenían fe en un porvenir no bosquejado, pensando quizá que los progresos no se hacen todos en una sola etapa.

¡Qué frecuente es ver en el curso de la vida esas mutaciones, esos cambios inesperados, que nos asombran y nos llenan de perplejidad! En asuntos de nuestra profesión lo que hoy es poniente, mañana se transforma en levante.

MARTIN, con genio creador y avanzado en el pensamiento fisiológico ve la luz y adquiere la esperanza para tratar esta especie de esterilidad. Contempla los destrozos hechos por el gonococcus y piensa para corregirlos en la operación que lleva su nombre. La vi practicar en Londres, con un lujo y delicadeza de técnica que estimulaban al aplauso, y cuando salí del hospital deseaba vehementemente ya estar en mi patria para yo practicarla.

La intervención lleva el pensamiento anatómo-fisiológico de establecer una comunicación entre la parte de epididimo permeable y la porción de canal deferente aún no obstruido; es una vaso-epididimostomía que se ejecuta de la manera siguiente: Practíquese una incisión al partir de la piel escrotal dividiendo todos los planos que cubren el epididimo, alejándose del lado por donde pasa la arteria espermática para no herirla; la arteria del canal deferente es empujada a un lado y una pequeña incisión es ejecutada en el "vas deferens", a lo largo de su eje, teniendo cuidado que no atraviese la luz del vaso; al practicarse esta incisión debe procurarse el calcular un sitio adecuado para que más tarde corresponda a la pequeña ventana que se efectuará en el "globus mayor" donde tiene que ser la anastomosis. Se proyecta esta última ventana pellizcando con dos pinzas muy finas mono-bigrifas una porción del "globus mayor" y un colgajo elíptico es entonces avivado, que debe corresponder en dimensiones a la abertura del "vas". En este momento con habilidad y rapidez exprímase el "globus mayor"

y el flúido que sale llévese a la lámina porta-objeto que ya debe tenerse preparada y examínese inmediatamente por el encargado del microscopio, la preparación, investigando si hay espermatozoides con movimiento. El resultado siendo positivo pásese a verificar si el canal deferente más allá de la incisión es permeable rumbo a la uretra; para ello aplíquese la maniobra de Belfield, operación que consiste en inyectar un flúido que tenga color en la luz del vaso, el que aparecerá en la uretra posterior, y un cateter puede comprobar su presencia. El temor de fracaso depende de que la herida al nivel de la cabeza del epididimo se cierre rápidamente; para evitarlo, Bernart, de Chicago, aconseja introducir un alambre de plata en la porción proximal del "vas" que lleva una pequeña asa en su extremidad, hasta que ésta se pone en contacto con la herida epididimaria. La otra extremidad libre es traída al exterior de la herida escrotal y allí doblada. Viene en seguida la sutura. Agujas bien curvas y finísimas que la mano y el porta-aguja parecen toscos al manejarlas, son enhebradas con Catcut 00. Un primer punto llamado de anclaje se coloca en el ángulo distal de la herida del "vas" para pasarlo por el ángulo correspondiente del corte epididimario y allí sujeto firmemente. Dos suturas laterales aplicadas en los bordes sangrantes del epididimo y levantando algunos de los tubulis cortados unen estas porciones a los bordes cruentos del deferente. El último punto es ejecutado como el primero, uniendo el ángulo restante y con inmensa precaución para no cerrar la luz. Suturar las diferentes tunicas de las bolsas y la operación está terminada.

HAGNER ha hecho algunas modificaciones que las presencié en las operaciones que tuve la oportunidad de ver. Primero abre ampliamente la vaginal, lo que me parece más quirúrgico y más efectivo, pues se exhibe casi todo el epididimo y se tiene así mayor campo para elegir el lugar donde se encuentren espermatozoides en abundancia y con motilidad. Ya no se hace la inyección del deferente, sino que para investigar su permeabilidad se introduce un finísimo estilete, más delgado que un cateter lacrimal, que es substituido por una crin de Florencia, la que puede penetrar a diez o veinte centímetros, índice que asegura la permeabilidad del vaso. Una obstrucción más allá debe hacer perder toda esperanza.

"Si esta operación fracasara una vez, debe repetirse y se tendrá éxito"; estas frases las escuchaba del operador. Generalmente después de meses o un año, aparecen los espermatozoides bajo el control de la

investigación. Welbarst refiere 22 casos en que en uno solo falló; los demás, un éxito.

Al regresar de mi viaje, cuatro operaciones he practicado y con resultado. En uno de los operados la primera eyaculación fue muy dolorosa, al grado de tener que inyectarle morfina, después todo sin el más mínimo dolor.

Una gran firmeza de mano; una delicadeza parecida a la que se desplega para preparar las más finas ramificaciones nerviosas o vasculares en una preparación anatómica; un instrumental finísimo, cuchillo de cataratas en lugar de escalpelo, son los elementos que pide esta intervención.

Recuerdo también de conocimientos anatómicos. Procurar al dividir las bolsas ir restañando la sangre con el mayor cuidado, pues si en otro lugar un hematoma puede pasar por inocente, aquí es de tomarse en consideración; dividida la piel escrotal y el dartos se llega a la celulosa o fascia de Cowper, que es un esbozo de serosa; lugar muy propicio para dar albergue a las colecciones líquidas y gaseosas. Tiene muchos vasos arteriales y venosos, llamados superficiales, procedentes de las pudendas externas e internas que es indispensable tomar. Haciendo en seguida la incisión en la eritroide no olvidar que en plano inmediatamente subyacente está la fibrosa provista también de riqueza vascular, principalmente al nivel del ligamento escrotal, por donde se verifica la anastomosis entre la circulación superficial y la profunda; tener particular cuidado en no olvidar ligaduras, pues no ligando el hematoma es evidente. Repito mucho estas minuciosidades de hemostasis por el papel pernicioso que el derrame hemático determina mecánicamente, comprimiendo la anastomosis y obliterando la comunicación.

Aunque sostenidos el testículo y el epididimo por el cordón y el ligamento escrotal, no por eso se les deja de enuclear fácilmente, y al tenerlos ya a la vista, recuérdese que la orientación normal de la glándula seminal y su correspondiente epididimo pueden variar; y estas variaciones constituyen las llamadas "inversión del testículo o del epididimo", siempre unilaterales; no hay que olvidarlas en la busca del epididimo y no deben desorientar al operador. Se toma para clasificarlas la posición anormal del epididimo; hay una inversión superior en que el epididimo es horizontal; inversión lateral interna y externa en que el epididimo queda colocado en una de las caras laterales del testículo. Inversión anterior en la que el testículo ha girado 180° y el epididimo

ha quedado antero superior. De todas estas inversiones recuerde el cirujano que es la anterior la más frecuente y tenga gran cuidado al practicar la incisión de no ir a cortar el testes o el epididimo.

Marcadas estas localizaciones y la vaginal a la vista, también avivar recuerdos; tener en la mente siempre fijo que el borde postero superior del testículo y el borde interno del epididimo constituyen la zona peligrosa porque es la zona vascular; lugar que no cubre la vaginal; es el hilo del testículo. Nunca atreverse a atacar el epididimo por este lado, sino valientemente 'abrir la vaginal donde el órgano epididimario formará saliente y será fácilmente reconocido para las maniobras. El testículo y el epididimo no están libres en la cavidad vaginal como lo está el corazón en su serosa, sino que aquí la serosa los rodea incompletamente. La visceral cubre cara interna, externa, borde inferior del testículo; pero en el borde superior se refleja y lo deja sin cubrir lo mismo que parte del cuerpo del epididimo. Adelante la vaginal tropieza la cabeza epididimaria cubriendo algunos milímetros de cordón espermático para en seguida reflejarse y venir a ser parietal. Atras en la cola del epididimo la serosa no la cubre porque se lo impide el ligamento escrotal. Descubierta ya el epididimo y apoyándose en la precisión que dan estas señales anatómicas, emprender la busca del deferente. No consiste esta investigación en dar golpes de sonda aquí y allá; sino proceder con un conocimiento distinto a descubrirlo. Recordar que es una prolongación del epididimo; que camina al principio al lado interno de su cola y de parte de su cuerpo en tejido celular, para en seguida ascender rumbo al orificio inguinal. En este trayecto vasos, nervios, y tejido celular lo rodean, y la fibrosa envuelve a todos. Un grupo vascular anterior formado por la arteria espermática y las numerosas venas que la acompañan. Un tractus conjuntivo que representa la reliquia del canal peritoneo-vaginal obliterado; todo esto siempre adelante del deferente. Cuando el canal peritoneo-vaginal persiste y hubiera derrame, buscar el deferente siempre hacia atrás, lo mismo que en caso de hernia donde se le encontrará pegado a la pared del tumor.

Hacia atrás el deferente está relacionado con el grupo venoso posterior, la arteria deferencial y la funicular. De todas, la deferencial es la protagonista; ella está unida al canal, le da nutrición y se la da también al testículo y al epididimo por su anastomosis con la epididimaria posterior rama de la espermática. De manera que si la espermática es ligada puede vivir la glándula seminal por esta nutrición.

No herir la deferencial jamás, no despellejar el deferente. Todos estos elementos son acojinados por un tejido celular flojo que es perjudicial para el operador, porque en él se filtran líquidos que nublan el campo operatorio al buscar el deferente. Cuando estos casos se presentan (hematomas funiculares o funiculitis) redoblar la vigilancia y siempre orientar la disección en busca del deferente y su arteria.

Un olvido en los detalles de técnica anatómica que he expuesto puede arrastrar a la catástrofe o a la trágedia; pues la atrofia de un testículo no la perdona un operado, y ya neurópata o loco, toma represalias que han llegado hasta el crimen, como lo demuestran los memoriales en escultura que se encuentran en algunos establecimientos médicos de París, representando la figura de maestros víctimas de un ascenso.

Dr. Gabriel M. Malda.

Octubre 19 de 1932.

COMENTARIOS

Dr. Gabriel M. Malda.

Dr. Francisco Castillo Nájera.—Voy a hacer algunas consideraciones sobre la intervención sin ocuparme del asunto de esterilidad; esta operación se pensó hace 25 años y recuerdo que en 1908, Crevassu publicó en París un estudio sobre estas intervenciones en las que hacía también algunas modificaciones. (Pasa al pizarrón y se excusa por su torpeza para dibujar). Voy a explicar cómo se producen las lesiones, y cómo la operación original consistía en cortar el canal e insertarlo en el epididimo; pero primero hay que puncionar para ver si hay espermatozoides vivos, y cuando esto se confirma entonces se hace la anastomosis. Los franceses desechaban el epididimo y hacían la anastomosis en el polo superior del testículo; hacían la incisión dividiendo el deferente de tal manera que una herida de un lado y del otro correspondieran; se hace entonces la sutura con seda muy delgada y el éxito es muy posible. En esta operación se han obtenido mayor número de éxitos que con la simple de Martin. Después Handel introdujo otra modificación consistente en hacer una ventana en el deferente y otra en el epididimo pero aún así se ahogaba el canal y fué entonces cuando vino la modificación de Kinelan que el doctor Malda atribuye a Hagner, en realidad yo no sé a punto fijo de quién es, pero si sé que consiste en pasar un hilo de plata

que penetra por el escroto. Esta es la operación que yo he hecho en cuatro casos, uno con éxito completo, otra que no pude comprobar por haberse perdido el enfermo, y dos sin ningún resultado. Sobre el enfermo perdido, el doctor Rivero Borrell me ha informado que tiene entendido que ya murió. El doctor Quiroz ha empleado este procedimiento con mucho éxito. Los franceses dicen que cuando está tocado el epididimo no da resultado la intervención y prefieren quitar el epididimo y hacer la anastomosis en el polo. (Delinea en el pizarrón la forma en que esto se verifica y la manera como queda). Mi experiencia se refiere a la operación de Kima que me satisface plenamente; pero es cierto que, no he encontrado casos de grandes lesiones y he podido hacer una epididimotomía parcial. De cuatro operaciones tuve una con éxito ratificado después de muchos años; una cuyo resultado no pude observar con pérdida del enfermo y dos en que no se obtuvo ningún resultado. En 1929, un enfermo se fué a los Estados Unidos después de ver a varios médicos en esta capital inútilmente, el mismo resultado nulo obtuvo en aquel país. Algún cirujano de Berlín aconsejó algo que no se llegó a hacer, y el enfermo continuaba igual; vió a un médico ingl's quien se inclinaba por la intervención de Kima que le recomendé, indicándole las obras en que estaba descrita y, finalmente, el doctor Marion practicó en París la intervención dejando un lado como reserva; por lo demás ignoro el resultado final. Estoy enteramente de acuerdo con la técnica del doctor Malda que está muy completa y brillantemente descrita; además juzgo que esa intervención debe extenderse y vulgarizarse.

Dr. Luis Rivero Borrell.—Como ha dicho el doctor Castillo Nájera, también he tenido oportunidad de hacer algunas de estas intervenciones, viéndome precisado a variar un poco la técnica; desde luego tengo la costumbre de no dejar el núcleo del epididimo, porque casi siempre está infectado y deja un foco, el cirujano que no lo extirpa; si se hace un corte del núcleo, se encuentra pus casi invariablemente en su interior. La anastomosis latero-lateral del deferente con el epididimo resulta mejor que la otra, es decir, la término lateral, porque la comunicación mucho más amplia, y en ese caso, debe cerrarse la extremidad cortada del canal deferente. No he empleado nunca el hilo de plata, porque no tuve oportunidad de hacerlo, pero el resultado es aproximadamente igual, pues lo he hecho pasando una crin de Florencia por el canal deferente, luego por el ojal y por los tejidos

del epididimo y dejándolo unos ocho días se retira después con mucha facilidad. Conviene mucho tener en cuenta que si es cierto que en la mayoría de las veces la esterilidad se debe a la interrupción en la cola del epididimo; también puede hallarse esta obstrucción en el deferente o en los canales eyaculadores y es posible por la exploración distinguir cuando hay un obstáculo por inflamación de estos últimos y cuando es una prostatitis que es como se cataloga generalmente a estos enfermos, aunque sin razón, porque pueden distinguirse muy bien. Este trabajo me recuerda un caso reciente del doctor Valdés: un matrimonio en que había el fracaso citado por el doctor Malda; la señora, casa en segundas nupcias, había tenido del primer matrimonio un aborto de una niña y del segundo nada absolutamente; consultó con un médico quien supuso que con motivo del aborto había quedado mal la matriz, y estuvo tratándola bajo esta base sin resultado; entonces fueron a consultar con el doctor Valdés, quien le preguntó al marido si se había examinado su esperma, en vista de su respuesta negativa se le practicó un examen microscópico y se vió que él era el responsable pues no tenía espermatozoides en el semen. Entonces el doctor Valdés tuvo la bondad de enviármelo, al estudiarlo pude comprobar que en uno de los epididimos había una obstrucción franca, pero no así en el otro. Hice una uretroscopia, en este enfermo, y encontré una masa inflamatoria en el verumontanum que capaba la desembocadura de los canales eyaculadores. Por medio de electrocoagulación, la masa mencionada fué destruída y tres semanas después un segundo análisis demostró la existencia de espermatozoides abundantes y vivos. Conviene pues, tener presente que la nueva anastomosis del deferente es insuficiente para permitir que pasen los espermatozoides si hay obstrucción en otro lugar. Felicito al doctor Malda por el mérito de su trabajo.

Dr. Gabriel M. Malda.—Cuando ví operar al cirujano Wright en Londres lo primero que vino a mi mente fué la importancia que tiene, sobre todo para los que trabajen en ginecología, la responsabilidad del hombre en la esterilidad. Indudablemente que los especialistas en vías urinarias del hombre están muy familiarizados con estas intervenciones, están muy bien documentados, etc., pero los que hacemos ginecología tenemos la tendencia de todos los especialistas: ver todo en el fondo de la especialidad; de manera que al escuchar a Wright que habla con genio y convicción sobre la esterilidad, me im-

presioné mucho y sobre todo me interesó su manera de operar; yo recuerdo que por el año de 1910, don Ramón Macías, con el talento que muchos aquí presentes le conocieron, tuvo la idea de esta operación sin conocer ningún detalle de las ideas de Martín de que ya se hablaba, y cuando yo platicaba con el doctor Wright le decía que un mexicano había tenido el mismo pensamiento muy avanzado, lo que equivalió a buscar desde entonces el pensamiento fisiológico en las intervenciones quirúrgicas. Respecto a lo que dice el doctor Rivero Borrrell debo aclarar que hizo la punción en la cola del epididimo e inmediatamente, como se acostumbra en esas personas tan bien dotadas, se fue a buscar el germen en el laboratorio, y se hizo simplemente la anastomosis aplicando el alambre de plata porque con él se forma un pequeño hongo para que colocándolo debidamente impida que se aproximen los labios de la herida a la luz del canal que así no puede cerrarse.

Dr. MALDA

RESUME

La femme est fréquemment accusée de la stérilité conjugale, et le mari est le premier à partager cette façon de penser. Le médecin a l'obligation de commencer l'examen par le mari qui, dans la majorité des cas, est le coupable par suite d'une blennorrhée qui a stérilisé la glande de la fécondation, en obstruant les épидидymes.

Jusqu'il y a peu de temps il n'y avait d'autre remède, dans les cas de douleurs intolérables, que de sécher les épидидymes et lier le cordon, en laissant le testicule uniquement comme producteur de l'hormone.

Le Dr. Malda fait voir que des causes de stérilité chez l'homme, la blennorrhée est la principale, et il mentionne comme remède l'opération de Martin, qui consiste à communiquer la partie perméable de l'épididyme avec la portion non obstruée du canal déférent.

Il décrit l'opération qu'il a vu faire à Londres, durant son dernier voyage en Europe, qu'il a faite lui-même quatre fois, avec succès, à Mexico, et qui exige des connaissances anatomiques, un matériel chirurgical délicat et une grande fermeté et délicatesse dans les mains.

Le Dr. Malda donne quelques enseignements pratiques, basés sur ses connaissances anatomiques, pour effectuer cette opération, et termine en rappelant qu'un oubli dans les détails de la technique anatomique ne sera jamais pardonné à l'opérateur par le patient.

Dr. MALDA

SUMMARY

Very frequently the wife is accused of conjugal sterility, and the husband is the first to admit this way of thinking. The physician has the obligation to examine the husband in the first place, as in the majority of cases, he is the guilty person, due to a blennorrhœa that has sterilised the fecundation gland, obstructing the epididymis.

Up to recent times the only remedy, in cases of intolerable pain, was to dry the epididymis and to tie the cord, leaving the testicle only as producer of hormones.

Dr. Malda shows that of all causes for sterilisation in man, blennorrhœa is the principal, and mentions as remedy Martin's operation, consisting in communicating the permeable part of the epididymis with the not obstructed portion of the deferent duct.

He describes the operation that he saw in London, during his recent visit to Europe, which he has practised four times, with good results, in Mexico, and which requires for its execution an accurate anatomic knowledge, a very delicate surgical material and hands of great firmness and delicacy.

Dr. Malda gives some practical teachings for the execution of the operation, based in his knowledge of anatomy, and concludes calling the attention to the fact that any oversight in the anatomical technique, may be the occasion of a tragedy, since the patient will never forgive the operator for the atrophy of a testicle.