

Cuando el cirujano no tiene seguridad en una sutura por él efectuada, el drenaje se presenta como la única posibilidad de salvación, en el caso de resultar fundados sus temores. Pero aun siendo indudable su indicación, su valor es bastante precario. Véase la misma estadística citada sobre el tratamiento de las úlceras gastroduodenales perforadas. La salvación está tan ligada a la supresión de la causa contaminante, que apesar de todo, la pilorogastrectomía proporciona un mayor tanto por ciento de curaciones, que la simple oclusión de la perforación; porque ésta fracasa en muchos casos, sin que baste el drenaje generalmente colocado, para remediar dicho fallo.

Como conclusión podemos decir: El drenaje es actualmente el tratamiento del absceso peritoneal. El drenaje no es el tratamiento de la peritonitis en la verdadera fase de inflamación.

El triunfo del peritoneo o de la infección, dependerá por una parte de la capacidad individual para defenderse aquél; por otra parte de un conjunto de circunstancias: virulencia microbiana, tiempo de contaminación, difusión de la misma, etc.

Sobre el factor capacidad para defenderse el peritoneo, estamos actualmente muy desarmados. Es a no dudar un campo de progreso para la terapéutica, cuyo cultivo, puede proporcionar óptimos resultados.

El progreso de la Cirugía va disminuyendo cada día los factores nocivos para el peritoneo. Ahora bien, esta disminución se va logrando a beneficio de la perfección quirúrgica. Ya hemos visto en cambio el valor relativo del drenaje.

Vale más una intervención larga pero completa, que no disminuir la duración de la misma, confiando al drenaje la suplencia de las deficiencias operatorias. La perfección quirúrgica es, mientras estemos desarmados contra los factores esenciales de la infección peritoneal, el único medio de disminuir la mortalidad en las intervenciones, por grave contaminación. Y de hecho, esto se va logrando, como puede verse estudiando las mismas estadísticas citadas de las intervenciones por perforación gástrica y de las intervenciones abdominales en cirugía de guerra.

No vamos a estudiar en detalle las indicaciones del drenaje en las distintas afecciones. En todo caso, como hemos dicho ya al comienzo, esta indicación debe surgir de un juicio clínico, fundado en el cotejo de los diferentes factores estudiados aplicados al caso clínico de que se trate.

Vamos, para terminar, a exponer la siguiente historia clínica, que consideramos sumamente interesante, como ejemplo de juicio clínico para sentar una indicación peritoneal.

Alejandro S. A. 18 años. Antecedentes familiares y patológicos sin valor. El día 30 de Noviembre de 1924 a las 9 de la noche, dolor fortísimo en el epigastrio con vómitos intensos. Al cabo de algunas horas, calman los vómitos y el dolor, menos intenso, pasa del epigastrio a la parte inferior del abdomen. Al tercer día el enfermo se encuentra mejor, haciendo espontáneamente una deposición.

Ingresa en el Hospital Clínico, el cuarto día, donde le veo como médico de guardia, en el siguiente estado: Cara abdominal, 104 pulsaciones por minuto, pulso bastante tenso, temperatura 37.6. Han cesado completamente los vómitos. Vientre algo abombado, doloroso a la palpación, asentando el máximo dolor en el

hipogastrio y fosas ilíacas. Defensa muscular paralela con el dolor, sin ser extraordinariamente acentuada. Por tacto rectal Douglas doloroso y bastante empastado. El diagnóstico de peritonitis se impone. No puedo precisar la causa, pero sin hacer el diagnóstico etiológico exacto, puntualizo mentalmente los siguientes hechos, sobre los que fundamento la conducta seguida.

El enfermo ha comenzado con un cuadro dramático de peritonitis. Espontáneamente ha mejorado al tercer día y actualmente, su estado es de buena defensa por parte de su organismo. La infección peritoneal, como lo demuestra la tendencia a localizarse en la parte baja, está en vías de limitación.

¿Que podría buscarse en este momento con una intervención quirúrgica?

a) Obrar contra la causa de la peritonitis. En este caso no es indispensable, pues la evolución, el mejoramiento de los síntomas demuestra que lo ha hecho ya el enfermo y que dicha causa no sigue actuando. Por otra parte el desconocimiento de dicha causa, llenaría de inconvenientes el acto operatorio. Difusión de la infección, necesidad de extensa incisión en un vientre meteorizado, duración posiblemente larga de la intervención. Desecho por estos motivos la indicación para obrar contra la causa.

b) Establecer un drenaje. En primer lugar, en una peritonitis no bien limitada como no lo es la de este enfermo, el drenaje sería incompleto. Por otra parte tiene muchos inconvenientes. Posibilidad de romper las sutiles adherencias peritoneales de esta fase de infección, posibilidad de eventración tratándose de un vientre todavía meteorizado, etc. Además ¿que iba a ganar con el drenaje este peritoneo que se defendía bien.

Fundándose en los hechos citados no intervengo al enfermo, dejándolo a merced de sus defensas que afortunadamente, fueron suficientes para limitar la infección. La defensa muscular y el dolor se limitaron a la mitad infraumbilical del abdomen, el estado general del enfermo mejoró y el día 12 de Diciembre fué intervenido, pero lo fué para drenar una colección ya limitada que no se reabsorbía espontáneamente.

Véase lo que nos dice el Prof. BARRINA, jefe de la clínica donde ingresó el enfermo y quien lo intervino, en la hoja operatoria. Hállase un foco de peritonitis supurada en el hipogastrio, con adherencias muy fuertes de las asas intestinales, que impiden y contraíndican explorar más allá del foco supurado, no sabiéndose por consiguiente la causa de este absceso intraperitoneal.

Drenado el foco el enfermo entró en vías de franca curación.

NOTAS Y RESEÑAS

LOS ENDOMETRIOMAS

Consideramos muy interesante y de gran actualidad el dar una idea clara y hacer una exposición resumida de la cuestión de los endometriomas y en intento de ello vamos a exponer el extracto de los trabajos que, a nuestro modesto juicio, nos parecen los más demostrativos y que más se ajustan a la verdad de los hechos comprobados hasta hoy día.

DOSSENA comunicó a la *Societá Médico-chirurgica de Pavia* (Sesión del 11 de Julio de 1924) sus trabajos de experimentación, ejecutados sobre conejos y ratas blancas: Diseminando en la cavidad abdominal el raspado de la mucosa uterina de tales animales, comprobó más tarde, por autopsia, el que tanto los elementos epiteliales como los musculares se injertan en todas partes, pero de preferencia en el ligamiento ancho, en la pared superior de la vejiga y en los intestinos. Tales elementos se injertan sin determinar previamente ninguna lesión favorable a su implantación y se desarrollan dando origen a formaciones que revisten el tipo de cistoma, cistoadenoma, cistopapiloma, y formas adenomatosas. Estas formaciones después de 150 días de la autotrasplatación se mantienen bien conservadas y en vías de activo desarrollo.

GAIFAMI publicó en *La Clínica Obstétrica* (Noviembre de 1924), un trabajo sobre los endometriomas ováricos y pelvianos.

Los endometriomas son formaciones por lo general pequeñas, quísticas, de contenido hemorrágico o con pigmentaciones hemáticas, que tiene asiento de preferencia en el ovario o están diseminadas en la pared posterior del útero, en los ligamientos úterosacros, en el conducto inguinal y que se caracterizan por la presencia de una pared que histológicamente reproduce por completo la estructura de la mucosa uterina.

Tales formaciones, que son conocidas por todo operador, tienen como sitio de elección el ovario, donde han sido halladas durante el curso de laparotomías practicadas por anexitis, fibromiomas, retroflexiones, etc.; pero hasta hace poco habían llamado la atención los focos diseminados por la pelvis que pasan con facilidad inadvertidos si no se buscan deliberadamente, salvo los casos raros en que alcanzan mayores dimensiones, como una nuez.

Los estudios angloamericanos de estos últimos tiempos han puesto en evidencia estos hallazgos, a los que han dado el nombre de implantaciones endometriales benignas o malignas.

Según SCICKELÉ, tales formaciones no constituyen una novedad, ya que proliferaciones de tejido de tipo del endometrio en el ovario y en la pelvis, han sido observadas desde hace tiempo. Pero los estudios modernos han demostrado que estas formaciones son verdaderas trasplantaciones del endometrio, con desarrollo autónomo y que se hallan con frecuencia impresionante y no como casos aislados (RUSSEL 1889, PICK, 1905, KOCK 1911, CULLEN 1919).

SAMPSON sobre 170 intervenciones abdominales ejecutadas en un año, halló 43 veces tales formaciones; JACOBSON en 296 operaciones ejecutadas en 1922-23 las encontró 68 veces. SCHWARTZ y CROSSEN examinando su colección de ovarios hallaron un gran número de estos endometriomas.

Pero lo más interesante en estos últimos tiempos es la nueva concepción casi audaz de SAMPSON sobre la patogenia de estas formaciones y cuyo trabajo publicado en *Surgery, Gynecology and Obstetrics* (Marzo 1924), vamos a extractar:

Los injertos benignos de endometrio se desarrollan a menudo sobre los diversos órganos de la pelvis (64 veces sobre 296 operaciones abdominales ejecutadas por SAMPSON). Cualquiera que sea el sitio primitivo de la implantación pueden invadir los planos profundos de los tejidos sobre los cuales se desarrollan; se extienden en superficie y en profundidad.

En sus reacciones menstruales el epitelio puede desprender fragmentos que separándose de las primitivas localizaciones, dan lugar a nuevos injertos.

Las implantaciones en el peritoneo son por lo general pequeñas, de poca importancia; pueden, con todo, extenderse y adquirir poder invasor.

Las implantaciones sobre el ovario son bastante más activas, lo que permite pensar que el ovario representa para ellas un terreno más fértil. Se desarrollan a menudo bajo forma de vesículas o quistes menstruales superficiales o profundos. Los primeros son pequeños, no alcanzan más que algunos milímetros de diámetro; los profundos pueden ser mayores. Pequeñas o mayores, con frecuencia estas vesículas se abren y una parte de su contenido desprendiendo epitelio exaltado por la menstruación cae en la cavidad peritoneal; así se constituyen los injertos secundarios.

El ovario se puede considerar como un lecho caliente, una estufa, una incubadora y un foco de extensión de los injertos secundarios.

Los injertos y los tejidos que derivan, reaccionan a la menstruación, al embarazo y a la menopausia natural u operatoria de la misma manera que la mucosa de la cavidad uterina: están regidos por las mismas leyes que el endometrio y según SAMPSON sufren las mismas transformaciones.

Ulteriores observaciones servirán para demostrar en que medida estos injertos de endometrio y de mucosa tubárica, pueden ser responsables de los tumores ováricos, además de los típicos quistes menstruales.

Si la mucosa del útero está afectada de una degeneración ma-

ligna, los fragmentos que se desprenden pueden injertarse en el ovario o en el peritoneo y dar lugar a tumores malignos.

Las observaciones ponen de relieve que el raspado puede impeler la sangre que contiene fragmentos de mucosa, a través de las trompas y penetrar en la cavidad peritoneal.

El útero puede compararse a una jeringa cuyo pistón está representado por los instrumentos que se introducen en su cavidad o a una pera sobre la que hace presión el palpado bimanual. Si el tejido que es así empujado hacia el peritoneo es canceroso, la enferma podrá morir de una recidiva de cáncer en el peritoneo después de una histerectomía o la aplicación del radium, sin que se trate de un injerto operatorio.

En cuatro casos de cáncer del cuerpo operados por SAMPSON, el examen histológico demuestra la implantación en la mucosa de las trompas de focos cancerosos y en tres de estos cuatro casos habíase practicado el raspado diagnóstico.

De aquí deduce el autor una serie de consideraciones profilácticas y detalles de técnica para evitar esta siembra en la cavidad peritoneal de endometrio canceroso, antes o durante la operación.

En resumen: Los endometriomas no se deben a inclusiones embrionarias y regresiones metaplásicas del epitelio bajo influencias indeterminadas o bajo estímulos inflamatorios, sino a una autotrasplantación de elementos epiteliales o fragmentos de mucosa uterina que por vía retrograda llegan a la cavidad peritoneal a través de las trompas.

Estos fragmentos, llegados a la pelvis, se injertan, especialmente en el ovario, donde se forman focos de posteriores difusiones cuando estas formaciones se rompen por la distensión menstrual, poniendo en libertad otros elementos análogos al endometrio y capaces a su vez de crecer.

J. COMAS CAMPS.

A PROPÓSITO DE LAS NUEVAS TÉCNICAS DE INJERTO OVÁRICO

El reciente artículo de TH. TUFFIER y D. BOUR (1) sobre los resultados clínicos y experimentales de los injertos ováricos que aparte de su valor como trabajo de recopilación ofrece particular interés por las consideraciones a que se prestan las estadísticas que aporta, ha vuelto a llamar la atención de los ginecólogos sobre las técnicas de implantación del ovario en el útero en los casos de doble salpinguectomía y en los procesos de aplasia o impermeabilidad tubáricas.

Recordemos que hace poco más de un año y casi simultáneamente W. L. ESTER (2) y el mismo TUFFIER (3) preconizaban en sendas publicaciones dos nuevos procedimientos que permitían obtener posibilidades de embarazo en mujeres salpinguectomizadas.

Tales innovaciones obedecen, como dice HARTMANN (4), a las tendencias conservadoras que actualmente se acusan en Ginecología. Las técnicas clásicas puestas en práctica por casi todos los ginecólogos respetan, siempre que pueden, por lo menos uno de los ovarios en las salpinguectomías completas con o sin histerectomía fúndica, con lo cual, si bien se conserva la menstruación, es casi segura la esterilidad.

A remediar en lo posible esta deficiencia se aplican actualmente los esfuerzos de cirujanos y ginecólogos.

Evidencia el interés del asunto la numerosa bibliografía, tanto experimental como clínica, que de un tiempo a esta parte le ha sido consagrada.

Si se atiende a las características especiales del injerto, pueden clasificarse los métodos de implantación uterina o yuxta uterina del ovario en dos grupos diferentes:

- (1) *Presse Médicale*, núm. 64, 1925.
- (2) *Surgery Gynecology and Obstetrics*, Marzo 1924, pág. 394.
- (3) *Presse Médicale*, núm. 43, Mayo 1924.
- (4) *Gynecologie et Obstétrique*, t. XI, núm. 1, 1925.

a) *Implantación de injertos libres*, es decir, desprovistos de pedículo vascular-nervioso. Se utiliza tejido ovárico del propio sujeto (injertos *autoplásticos*) o bien de otro sujeto de la misma especie (injertos *homoplásticos*). La técnica empleada consiste en depositar directamente el tejido ovárico en la cavidad uterina saturándolo a la mucosa; o bien en hacer abocar a aquélla los óvulos proyectados por el ovario adaptando a la superficie ovárica, bien sea un resto de trompa permeable, bien un conducto artificial obtenido por plicatura del peritoneo; o más sencillamente abandonando el resto ovárico en el ligamento ancho o en el espacio prevesical.

GRIGORIEFF (1897), KRIANER (1909), CASTLE y PHILLIPS (1913), BENESCH y KOHLER (1924) y el propio ESTES han sentado la base racional de estas técnicas demostrando experimentalmente la posibilidad de obtener gestaciones en diferentes especies mediante injertos auto y homoplásticos de ovario verificados en las condiciones antedichas.

UFFREDUZZI (1911) operando en conejos y cobayos mediante transplantaciones de ovario no ha sido tan afortunado, comprobando no obstante que el tejido ovárico conserva *in utero* su vitalidad.

MORRIS fué el primero que intentó, en 1895, conservar la facultad reproductora en la mujer injertando un fragmento libre de ovario en el muñón de amputación de la trompa después de una salpingo-ooforectomía doble. Un mes más tarde la operada se hizo embarazada abortando al tercer mes.

FRANCK (1898), publica tres observaciones de ooforectomía con salpingectomía parcial, en las que la implantación de un fragmento libre de ovario en el muñón de la trompa conservada hizo persistir la menstruación y aún permitió la fecundación en todas ellas determinando un embarazo a término, un aborto, y un aborto extrauterino respectivamente.

FRANKLIN MARTIN (1903) injerta, en dos casos, en el ligamento ancho de una salpingo-ooforectomizada el ovario sano de otra mujer y constituye un canal peritoneal que se abre en el útero. Una de sus operadas regló durante dos años.

MORRIS practica en 1906 un injerto homoplástico en el ligamento ancho de una mujer privada de sus ovarios pero cuyas trompas eran normales; el polo no seccionado del ovario se dispuso de manera que permitiese la proyección de óvulos en la cavidad peritoneal libre. Cuatro años después, parto normal. TUFFIER cita otros 15 injertos análogos llevados a cabo por el mismo autor con un embarazo seguido de aborto.

BAINBRIDGE (1923) publica la interesante observación de una mujer a la que había practicado un injerto ovárico libre en una trompa y que regló normalmente durante 18 años, quedando embarazada al año y medio y dando a luz un feto normal.

PAUL SIPPPEL (1924) aporta cuatro casos de injertos homoplásticos yuxta uterinos, por distrofia adiposo-genital, amenorrea e hipoplasia, determinantes de menstruación regular y seguidos los cuatro de gestación.

PALMER DUDLEY (1899) fué el primero que practicó en la mujer la implantación de ovario libre en la cavidad uterina, con excelente resultado (dos observaciones).

BELL (1920) implanta con éxito, tejido ovárico en la pared uterina.

W. E. ESTES (1922) obtiene resultados favorables en una serie de 19 enfermas a las que implantó un fragmento de ovario libre a nivel del orificio uterino de una o de ambas trompas. Dos de ellas fueron posteriormente fecundadas, abortando una y dando a luz la otra un feto normalmente desarrollado.

Por último MEYER (1924) practica en cinco casos el injerto intrauterino de un fragmento de ovario suturándolo a la mucosa. En un caso fué expulsado el injerto; en los restantes no se produjeron trastornos de ninguna clase, conservándose la menstruación, pero ninguna de sus operadas se hizo embarazada.

En resumen: la bibliografía actual sobre injertos libres ováricos, intra o yuxta uterinos, comprende 52 casos con cinco

abortos (9'6 %) y ocho embarazos a término (15'3 %) lo que arroja un tanto por ciento global de gestaciones de 24'9.

b) *Transposición intrauterina e implantación uterina del ovario provisto de su pedículo vascular-nervioso.*

También fué PALMER DUDLEY el primero que llevó a cabo esta operación presentando al Congreso internacional de Ciencias médicas de París (1900) cuatro casos de implantación intrauterina de un ovario cuyo pedículo era su propio ligamento.

STORER (1904) aporta la observación de una mujer a quien años antes había practicado una salpingectomía doble con ablación de un solo ovario y en la cual introdujo en el útero, después de incidido el cuerno uterino, la mitad del ovario restante provisto de su pedículo, dando por resultado un embarazo a término por aborto.

RAYMOND PETIT (1908) en una enferma afecta de salpingitis supurada bilateral, extirpa las trompas y un ovario e introduce el restante, parcialmente reseca, en la cavidad uterina mediante una incisión a nivel del cuerpo uterino. El injerto iba provisto de su propio pedículo vascular. Reglas normales y un embarazo llevado a término. Este caso fué presentado en 1922 por TUFFIER a la Sociedad de Cirugía.

ESTES y TUFFIER (1924) comunican por último sus observaciones sobre el particular, aportando el primero cien casos y cincuenta el segundo (1922-1925), y preconizando cada cual una técnica diferente.

Ambos insisten en la necesidad de respetar la arcada vascular anastomótica útero-ovárica y de reducir el volumen del ovario que no podría ser implantado en su totalidad en el útero.

ESTES siguiendo la técnica ideada por su padre, que denomina *implantación uterina del ovario*, reseca una porción del cuerno uterino, ligando la arteria uterina inmediatamente por debajo para evitar la hemorragia. En el centro de la superficie cruenta se distingue el orificio uterino de la trompa que tiene un cuarto de centímetro de diámetro. El ovario, que ha sido reseca por el polo opuesto a su meso, se aplica por su superficie de sección a la herida uterina, fijándolo mediante una sutura continua de catgut cromado; en su último artículo (5) modifica la técnica, aconsejando practicar una resección transuterina más profunda al objeto de ampliar la superficie útil del ovario injertado ya que la abertura del cuerno uterino debe ponerse en contacto con un punto donde se desarrollen folículos de Graaf para obtener posibilidades de fecundación. Por ello insiste en la necesidad de colocar verdadero tejido ovógeno en el foramen tubo uterino; hecho esto se desplaza la aleta del ligamento redondo tendiéndola por encima de la línea de sutura y se fija al útero por puntos sueltos hasta obtener una perfecta peritoneización.

TUFFIER practica una incisión de tres centímetros en la porción postero lateral del útero, partiendo de la base inferior del cuerno. En sus últimas operaciones ha modificado asimismo la técnica (6) e incide transversalmente el fondo uterino comprendiendo el cuerno. Esta incisión interesa la encrucijada tubo-uterina y sangra más que la póstero-lateral. La incisión uterina lateral (7) tiene el mismo inconveniente pero en cambio permite la fácil introducción, en el útero, del ovario que es reseca por su porción distal; luego se fija con catgut a la mucosa pasando dos hebras laterales que lo adaptan a la incisión uterina profunda. Hecha la inclusión, abomba la cara del ovario en el útero y su hilio se esconde en el espesor del músculo uterino seccionado. Se cierran los labios externos de la brecha uterina con tres o cuatro puntos de catgut, reforzados con una serie de hebras de lino muy próximas y pasadas a través de la serosa con aguja redonda. El ovario queda así fijo, sin estar

(5) *The Journal of the Am. Med. Association*, t. LXXXIII, número 9, Ag. 1924.

(6) *Surgery Gynecology and Obstetrics*, oct. 1924, p. 401.

(7) TUFFIER y LETULIE: Transposición del ovario.—*Gynecologie et Obstétrique*, núm. 5 y 6, nov. 1924.

comprimido, y su pedículo es libre. La peritoneización se hace a expensas del ligamiento redondo que se lleva hacia atrás y se fija a la cara posterior del útero.

Todas las enfermas de TUFFIER han curado. ESTES registra dos defunciones. De cien casos, ESTES ha podido seguir 45. Tres de ellos han tenido que ser reoperados a consecuencia de dolores violentos determinados por pequeños quistes ovaricos intramurales. Aparte de cuatro casos que han padecido reglas profusas y uno en el que no se han presentado, las restantes han reglamentado normalmente. Un 33 por 100 ha aquejado dolores premenstruales. Un caso ha presentado signos de hipertiroidismo, y diez hiperexcitabilidad y nerviosismo. Por último dos pacientes se han hecho embarazadas terminando por aborto (7'41 por 100) y otras dos han llevado su embarazo a término (7'41 por 100) lo que equivale a un tanto por ciento global de gestaciones de 14'82.

De sus 49 observaciones, TUFFIER ha podido seguir 41. En dos casos han dejado de presentarse las reglas. Un 50 por 100 aqueja dolores antes de la menstruación. En diez casos las reglas han sido irregulares. Tres casos han tenido que ser reoperados: dos por dolores constantes; uno, por oclusión intestinal nueve meses después. El estudio histo-patológico del injerto ovarico extirpado llevado a cabo por LETULLE ha permitido demostrar a pesar de la presencia de un voluminoso quiste folicular la existencia de puesta ovular lo que evidencia la posibilidad de concepción y justifica este proceder técnico. Del examen histológico de los restantes injertos extirpados nada dice el autor.

En tres años no ha podido TUFFIER recoger un solo caso de gestación. Lo atribuye a que la mayoría de intervenciones fueron llevadas a cabo en cierta categoría de mujeres que no desean generalmente tener hijos. Por otra parte, la misma técnica de TUFFIER fué utilizada por PETIT hace años con éxito.

De todos modos, si relacionamos la cifra total de casos que han podido seguirse, y que asciende a 92, con el número de gestaciones (6) veremos que el tanto por ciento alcanza solo a un 6'5 correspondiendo una mitad a las gestaciones normales y la otra a las interrupciones precoces cifras inferiores a las que anteriormente comentamos suministradas por los injertos libres.

Sin embargo, a pesar de la inferioridad de su estadística debemos de inclinarnos por los injertos provistos de pedículo vascular nervioso propio, más racionales y conformes con las leyes anatomo-fisiológicas, achacando sus mediocres resultados a imperfecciones de las técnicas actuales.

De la valoración comparativa entre los procederes de ESTES y de TUFFIER se deducen algunas ventajas para el primero no sólo en el terreno estadístico, con un mayor porcentaje de fecundaciones a pesar de la escasa superficie ovárica libre que permite la puesta ovular, sino también en el terreno anatómico por cuanto conserva útero y ovario en relaciones menos arbitrarias con arreglo al patrón anatómo-topográfico del aparato genital femenino.

Aparte de ello, en buena lógica han de ser menores las molestias que ocasione a la paciente, en las intumescencias determinadas por el molimen menstrual o en las falsas hipertrofias producidas por la frecuente degeneración quística del injerto, un fragmento de ovario, provisto de conexiones nerviosas, en parte libre y prominente en la superficie uterina, que otro, igualmente sensible, comprimido entre paredes musculares contractiles y abombando en un espacio prácticamente virtual.

Resumiendo, diremos que en los úteros relativamente indemnes con endometritis ligera y miometritis escasa, o mejor nula, en los que el cuerno uterino se halla poco interesado preferimos el ESTES ampliado.

También recurrimos a la implantación ovárica de ESTES en las salpingitis tuberculosas con útero indemne al objeto de no propagar el brote tuberculoso.

En cambio en los úteros con intensa metritis y reacción esclerosa, cuando la inflamación comprende la porción intramural

de la trompa y todo el cuerno uterino, es mejor recurrir a la transposición ovárica intra-uterina de TUFFIER.

Descartamos naturalmente los procesos agudos y los sometidos a frecuentes episodios de agudización en los que ambos métodos están formalmente contraindicados.

El próximo Congreso de Ginecólogos franceses concederá seguramente a este asunto la importancia que tiene realmente, siendo de desear se marquen en él orientaciones definidas conducentes a una buena y segura técnica a la que, hoy por hoy, no hemos llegado todavía.

J. VANRELL.

CRÓNICA

LA EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

Dentro de breves días va a inaugurarse una vez más el curso académico recobrando nuevamente nuestros centros de enseñanza su actividad un tanto adormecida durante el largo y forzoso descanso veraniego.

Digamos también que en esta ocasión como en años anteriores ningún hecho trascendentalmente renovador en el orden científico vendrá a alterar la monorrítmica existencia del futuro curso tan característicamente ligada al automatismo propio de la oficialidad del acto inaugural.

Con todo y tan apacible estabilidad, implicaría ciertamente un desconocimiento de la realidad de los hechos si creyéramos que la estructura y mecanismo de nuestra actual vida universitaria pueden satisfacer al criterio científico menos exigente. Es una convicción profundamente arraigada en el ánimo de todos, la imperiosa necesidad de renovar y transformar tarde o temprano nuestro plan de enseñanza superior, y de un modo especialísimo ciertas disciplinas que como la Medicina son esencialmente opuestas a la rígida inmutabilidad de un sistema excesivamente especulativo.

Nuestra organización docente encerrada desde hace años en los estrechos límites de un plan académico arcaico y caduco no responde ni de mucho a las actuales exigencias científicas y es patente su máximo fracaso en lo que a la enseñanza de la medicina se refiere.

La misión cultural de nuestras Facultades de Medicina, al igual que las demás enseñanzas universitarias, queda concretada—con exclusión, podríamos decir obligada, de toda otra iniciativa,—a la simple labor de formación escolar, siendo ello a nuestro modo de ver uno de los fundamentales vicios de sistema y el que con mayor intensidad ha determinado tal vez, el que nuestros centros de cultura superior no se hallen incorporados al consorcio científico mundial en la medida que todos deseáramos.

Justo es reconocer por otra parte, que el profesorado aparece en términos genéricos, absolutamente ajeno a este sensible estado de cosas. No podemos olvidar que la gestión profesoral sufre la exigencia de un pie forzado y que su eficacia docente queda diluida y anulada por la presión de un conglomerado de imperativos disciplinarios tan injustificados como es por ejemplo la obligada y rutinaria explicación del programa.

El profesor es indudablemente la primera víctima y no es humanamente posible exigirle, sin una previa transformación del sistema, una eficaz y activa labor extra cátedra que no puede obtener en los momentos actuales sino una compensación puramente moral; todo ello en el supuesto de que aquella labor sea susceptible de realizarse y no venga dificultada o imposibilitada por las propias limitaciones del plan académico.

La extensión universitaria, entendiéndose como a tal la función docente encaminada a divulgar el conocimiento de las modernas adquisiciones de la ciencia, haciéndola asequible a la generalidad de la masa estudiosa sin limitaciones perso-