

bles, corriendo entonces gran riesgo de generalizar la infección o todo el peritoneo, como me ha ocurrido una vez, a pesar de dejar un drenaje de MIKULICZ.

Los casos ya antiguos, y sin temperaturas, se tratarán todavía como una anexitis quística molesta, por laparotomía.

Los casos febriles, sea cual fuere su fecha, se tratarán según las reglas de cualquier afección pelviana supurada, y, por tanto, por colpotomía o por incisión en el sitio que más asequible sea la colección hemática supurada.

Extirpada la trompa enferma y limpia la pelvis de coágulos, se presenta el problema de la conservación de los otros anejos y de la facultad reproductiva; pero al mismo tiempo surge la posibilidad de la producción de otro ectópico. Ambas cosas son posibles. En mis 70 casos, descontando los 10 operados por colpotomía y 4 muertes (una por neumonía y otras por circunstancias muy especiales), quedan 56; con la casuística siguiente:

Histerectomía subtotal . . . . .	4
Extirpación de la trompa opuesta . . . . .	5
Salpingostomía por obturación del pabellón.	3
Casos que tuvieron hijos posteriormente. . .	6
(uno de ellos después de la salpingostomía).	
Casos en que se repitió el ectópico . . . . .	5
(De estos 2 tuvieron hijos entre uno y otro ectópico, y uno de ellos tuvo después del primer ectópico 2 hijos, luego un ectópico reabsorbido espontáneamente, y luego el otro ectópico operado.	
En uno pudo operarse antes de la ruptura . .	1
Ectópicos de sólo un mes de fecha . . . . .	6
Aborto uterino y aborto ectópico al mismo tiempo . . . . .	1
Quiste fetal abdominal . . . . .	1

Los demás casos nada tenían de especial después de extirpado el anexo correspondiente.

En los 5 casos que repitió el ectópico, hubo 2 que

tuvieron hijos entre uno y otro, de modo que la conservación del anexo opuesto no fué infructuosa. Además, no poseo la estadística completa de las enfermas que han tenido hijos posteriormente, pero siendo por lo menos 6 entre 46 operadas (descontando los castradas totalmente), la proporción es aceptable ya para inclinarse siempre que sea posible a hacer una operación conservadora aun haciendo salpingostomías.

Una última cuestión se presenta. ¿Hay que dejar drenaje en una laparotomía por hematocele?

Nunca se puede ser sistemático en cuestión de drenaje peritoneal, pero tratándose de un hematocele la cosa queda muy simplificada desde el momento en que se opera en campo no infectado. En los casos recientes, cuando no se han organizado los coágulos ni ha habido fuertes adherencias, el campo puede quedar limpio y sin sangrar, y no hay por qué dejar drenaje; es la ventaja de operar prematuramente. Si se han tenido que romper fuertes adherencias, con tal que éstas no sangren después de comprimido el campo breve rato con gasas secas, tampoco debe dejarse. Pero si el campo sangra abundantemente y no es posible peritoneizar las superficies desnudas, el drenaje de MIKULICZ cumplirá dos fines: hemostasiar el peritoneo desnudo y evitar la nueva aglutinación de los órganos que convergen en él. Estas circunstancias no se dan con mucha frecuencia, y yo soy cada día más parco en drenar. Tomando los casos de los 10 últimos años, noto 20 ectópicos laparotomizados, en los primeros 5 años, con 6 MIKULICZ; en los últimos 5 años también 20 casos con sólo 4 MIKULICZ; las dos muertes de estos 40 casos (una de ellas de neumonía), llevaban precisamente drenaje abdominal (1). Por tanto, sólo en pocos casos será necesario el drenaje abdominal como medida de precaución.

(1) En el año 1928 he operado 1 caso por colpotomía y 3 por laparotomía sin drenaje, con éxito.

## NUEVA MODIFICACIÓN AL MÉTODO RAPIDO DE DEL RÍO HORTEGA

por el doctor

**DIEGO FERRER**

Profesor A. de Histología

con la colaboración de

**S. SIPER**

**V. LORDA**

internos del Laboratorio de Histología.

Convencidos de las indudables ventajas que presenta el método de DEL RIO, en la práctica diaria del laboratorio para el diagnóstico rápido de las neoplasias, lo empleamos casi continuamente, aplicando como coloración de fondo la solución de picro-fuchi-

na de van GIESON, que indudablemente dado el color oscuro que presentan los núcleos, es la que presenta mayor contraste.

Sin embargo, este método presenta un inconveniente fundamental, y que estriba en la pronta de-

coloración de los preparados, perdiéndose así a poco, la labor realizada.

Para obviar este inconveniente, tenemos la costumbre de hacer siempre alguna coloración de fondo con eosina, pero las propiedades colorantes de este producto, de sobra conocido, son poco selectivas.

Aplicando la fórmula de CAJAL a base de picrocarmin de índigo, en combinación con el método de DEL RIO, los preparados tienen el defecto de presentar escaso contraste. Por ello pensamos que, logrando una coloración rojiza de los núcleos, podríamos realizar, mediante impregnación, coloraciones semejantes a la clásica de CAJAL a base de rojo magenta y picrocarmin de índigo.

Pensando en qué forma podría lograrse dicha coloración y comparando la analogía que presentan los métodos de coloración con los métodos fotográficos, se nos ocurrió aplicar los virajes usados en fotografía a las preparaciones impregnadas según el método de DEL RIO. Para ello solicitamos el concurso del señor Siper, experto encargado del servicio de fotografía. Realizados los primeros ensayos, dieron un resultado infructuoso, pues si bien logramos algún viraje azulado, los rojos no lograron modificar la coloración nuclear.

De momento abandonamos los ensayos, pero pensando en ellos después de 3 años de realizados, se nos ocurrió que tal vez el viraje aurico impidiese la impregnación por el viraje fotográfico, y en efecto, sometidos los cortes a su acción, después de reducida la plata por el formol, se ha logrado el resultado apetecido. En efecto, ordenamos un plan de ensayos, que llevados a cabo por los señores SIPER y LORDA, han dado un resultado apetecido.

- 1.º Fijación en formol.
- 2.º Cortes por congelación.
- 3.º Impregnación en solución amoniacaal de carbonato de plata, dos minutos a 60 ó 70 grados.
- 4.º Reducción en formol 1 %, 1 minuto.

5.º Viraje en sol. cloruro de oro 1 por 500, medio minuto.

6.º Fijación en hiposulfato de sosa al 10 %, un instante.

7.º Lavado.

8.º Coloración por la picro-fuchina.

9.º Lavado y montaje.

El carbonato de plata se prepara de la siguiente manera:

Solución de nitrato de plata 10 por 100, 50 cm.

Solución de carbonato de sosa, 5 por 100, 150 cm.

Amoniaco en cantidad suficiente para disolver el precipitado.

Agua destilada, 550 cm.

#### *Método modificado:*

1.º Fijación en formol al 10 por ciento.

2.º Impregnación por el carbonato de plata, pero no haciendo que se prolongue en exceso la acción del reactivo, a fin de que sólo se impregnen las formaciones nucleares.

3.º Reducción en formol al 1 por ciento.

4.º Sumersión en Ferricianuro potásico al 5 por ciento, en agua destilada, hasta que la preparación quede completamente blanqueada.

5.º Lavado abundante.

6.º Viraje en agua destilada 100 cc.; nitrato de urano, 8 gr.; ácido clorhídrico, 1 cc.

7.º Lavado abundante.

8.º Fijación en hiposulfito de sosa al 5 por ciento.

En este último baño conviene mantener los preparados el menor tiempo posible, pues a veces se debilita el tono.

9.º Lavado.

10.º Coloración de fondo, con picrocarmin de índigo.

11.º Lavado y montaje.

Este método tiene la ventaja de ser más persistente.

## BIBLIOGRAFÍA

J. CORNUDELLA CAPDEVILA: EL OLEOTÓRAX. TESIS DOCTORAL.—Un tomo 17 x 25 cm., de 40 págs., con abundantes radiografías, gráficas y grabados. Publicado en *Annals de Medicina*. Octubre de 1928. Barcelona.

Aparte de que en la presente tesis se contiene todo cuanto se sabe actualmente acerca del oleotórax, es especialmente digno de alabanza el espíritu crítico del autor que, sin dejarse llevar de naturales entusiasmos por el método, señala imparcialmente y por propia experiencia cuanto puede dar de sí en clínica.

Aplicado con las debidas precauciones, buen instrumental y rigurosa vigilancia, el oleotórax es capaz de procurar nos verdaderas curaciones.

Limita la permanencia de los derrames toxi-infecciosos que se presentan como complicación del neumotórax artificial.

Esteriliza rápidamente los empiemas, consecutivos al neumotórax espontáneo o producidos por otro mecanismo. Ocluye algunas perforaciones pleuro-plumonares.

Evita procesos sinfisarios pleuríticos.

Mantiene siempre el colapso pulmonar.