

16

9-45

TRATAMIENTO
DEL
DESCENSO UTERINO

CONFERENCIA DADA EN EL COLEGIO MÉDICO DE MÁLAGA

EL 17 DE JULIO DEL PRESENTE AÑO.

POR EL DOCTOR

DON ANTONIO GOMEZ TORRES

CATEDRÁTICO DE OBSTETICIA

DE ENFERMEDADES DE MUJERES Y NIÑOS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE GRANADA

DIRECTOR Y PROPIETARIO DEL PERIÓDICO CIENTÍFICO LA GACETA MÉDICA DE GRANADA

EX-OFICIAL DE BANDERA MILITAR, SOCIO DE MUCHAS CORPORACIONES

CIENTÍFICAS, NACIONALES Y EXTRANJERAS, &c.

(De la Prensa Médica.)

Donado á la Biblioteca Universitaria
de GRANADA por
Franc^{co} L. Hidalgo Rodriguez

GRANADA

IMPRENTA DE VENTURA SABATEL

1880

BIBLIOTECA HOSPITAL REAL
GRANADA

Sala:

C

Estante:

002

Numero:

077 C16

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23

R. 29055

4528

TRATAMIENTO DEL DESCENSO UTERINO

por el Dr. Gomez Torres,

Catedrático de la Facultad de Medicina de Granada. (1)

SEÑORES:

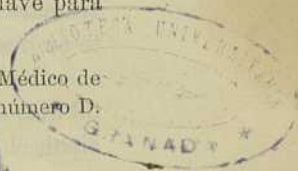
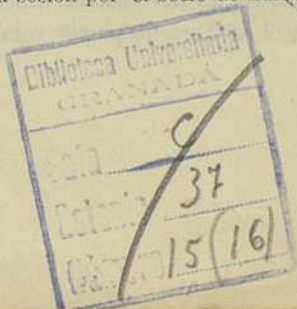
Debo ante todo dar las más expresivas gracias al Sr. Presidente por las galantes frases que me ha dirigido, las cuales vienen á ser la expresión no de mis merecimientos, sino de su benevolencia; debo además aprovechar estos momentos para felicitaros por la creación de este centro científico, que viene á demostrar que si las artes, la industria y el comercio se encuentran en Málaga á envidiable altura, no por eso descuidan los hijos de esta privilegiada tierra el cultivo de las ciencias.

Cumplidos estos deberes, que no revisten el carácter de actos de mera cortesía, me parece oportuno dar á conocer los motivos que me han obligado á molestar vuestra atención, siquiera sea por cortos instantes. Hablando ayer con dos queridísimos amigos y compañeros, me dieron noticia de la fundación de este Colegio y me invitaron para dar una conferencia acerca de un punto cualquiera de la especialidad á que, por deber y por afección, estoy consagrado desde el principio de mi vida profesional. Me negué repetidas veces; pero insistieron de tal modo que, aun con la seguridad de defraudar todas sus esperanzas, accedí al fin contando con vuestra benevolencia, compañera inseparable de la verdadera ilustración. Sin estos precedentes sería temeridad injustificable venir aquí, sin preparación alguna, con la pretensión de decir algo que pueda interesar á un público tan respetable como ilustrado.

Sentados estos precedentes que justifican mi penosa situación, paso, sin más exordio, á ocuparme del tema que es, sin género de duda, uno de los más interesantes de la ciencia ginecológica; voy á hablaros, señores, del *Tratamiento del descenso de la matriz*.

Pero antes de abordar la cuestión terapéutica me permitiréis hacer algunas indicaciones, que considero importantes, acerca de la patología de tan rebelde enfermedad, las cuales han de darnos la clave para

(1) Resumen de una conferencia dada el 19 de Julio en el Colegio Médico de Málaga, según las notas recogidas durante la sesión por el socio de número D. José Morales.



BIBLIOTECA HOSPITAL REAL
GRANADA

Sala:

C

Estante:

002

Numero:

077 (16)

R. 29055

4528

TRATAMIENTO DEL DESCENSO UTERINO

por el Dr. Gomez Torres,

Catedrático de la Facultad de Medicina de Granada. (1)

SEÑORES:

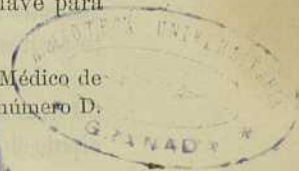
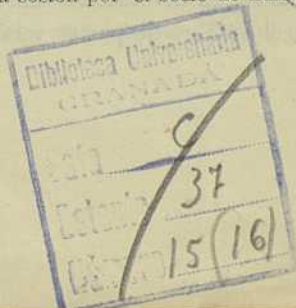
Debo ante todo dar las más expresivas gracias al Sr. Presidente por las galantes frases que me ha dirigido, las cuales vienen á ser la expresión no de mis merecimientos, sino de su benevolencia; debo además aprovechar estos momentos para felicitaros por la creación de este centro científico, que viene á demostrar que si las artes, la industria y el comercio se encuentran en Málaga á envidiable altura, no por eso descuidan los hijos de esta privilegiada tierra el cultivo de las ciencias.

Cumplidos estos deberes, que no revisten el carácter de actos de mera cortesía, me parece oportuno dar á conocer los motivos que me han obligado á molestar vuestra atención, siquiera sea por cortos instantes. Hablando ayer con dos queridísimos amigos y compañeros, me dieron noticia de la fundación de este Colegio y me invitaron para dar una conferencia acerca de un punto cualquiera de la especialidad á que, por deber y por afección, estoy consagrado desde el principio de mi vida profesional. Me negué repetidas veces; pero insistieron de tal modo que, aun con la seguridad de defraudar todas sus esperanzas, accedí al fin contando con vuestra benevolencia, compañera inseparable de la verdadera ilustración. Sin estos precedentes sería temeridad injustificable venir aquí, sin preparación alguna, con la pretensión de decir algo que pueda interesar á un público tan respetable como ilustrado.

Sentados estos precedentes que justifican mi penosa situación, paso, sin más exordio, á ocuparme del tema que es, sin género de duda, uno de los más interesantes de la ciencia ginecológica; voy á hablaros, señores, del *Tratamiento del descenso de la matriz*.

Pero antes de abordar la cuestión terapéutica me permitireis hacer algunas indicaciones, que considero importantes, acerca de la patología de tan rebelde enfermedad, las cuales han de darnos la clave para

(1) Resumen de una conferencia dada el 19 de Julio en el Colegio Médico de Málaga, según las notas recogidas durante la sesión por el socio de número D. José Morales.



justipreciar los diversos medios hasta el día empleados para conseguir su curacion.

El útero se encuentra sostenido en su posicion normal por varios vínculos, entre los cuales merecen especial mencion los ligamentos útero-sacros, llamados por Huguier ligamentos útero-sacro-lumbares, porque su insercion postero-superior se prolonga frecuentemente hasta las últimas vértebras lumbares; por los ligamentos anchos y redondos; por el mal llamado ligamento útero-vexical y por la vagina. Todos estos medios de sustentacion, exceptuados los ligamentos anchos, se fijan próximamente en el punto de union del cuerpo con el cuello, y unos más, otros menos, todos influyen para evitar que la matriz descienda; la mayor parte de ellos sirven además para que este órgano conserve su direccion normal, paralela con el eje del estrecho superior. Por lo que respecta á la vagina, no ha faltado quien le niegue este uso; però bastará medir la distancia á que el hocico de tenca se encuentra del orificio vulvo-vaginal y repetir la mesuracion despues de haber dilatado dicho conducto con un speculum bivalvo, para que no nos quede la menor duda acerca del importante papel que la vagina desempeña como medio de sustentacion de la matriz.

Para que la accion de estos vínculos sea eficaz, es indispensable que conserven su tono y dimensiones normales y que el órgano que sostienen no aumente considerablemente su peso medio; si los ligamentos se relajan ó el peso de la matriz traspasa ciertos límites, se altera el equilibrio que debe existir y el útero desciende. Prescindiendo ahora del descenso repentino y fijándonos únicamente en el que se opera de una manera lenta y gradual, vemos que las condiciones en que se encuentran los agentes de sustentacion y el órgano sostenido despues del parto, son sin duda alguna las más abonadas para que, mediante cualquiera infraccion del severo régimen higiénico á que debe estar sometida la mujer durante el puerperio, se inicie el descenso. Efectivamente; con motivo de la gran hipertrófia fisiológica de que es asiento el útero durante el embarazo, la mayor parte de los ligamentos se prolongan y en el momento del parto el conducto vaginal sufre una relajacion inverosímil: por otra parte el útero, despues del alumbramiento, principia á reducirse mediante un movimiento regresivo, que no hay inconveniente en designar con el nombre de *atrófia fisiológica*, llegando á alcanzar su volúmen y peso normales dentro de un plazo que oscila entre 30 y 60 dias segun diversas circunstancias entre las cuales figura, como principal, el número de partos y la frecuencia con que estos se han sucedi-

do. Bastará, pues, que la mujer abandone prematuramente el lecho ó se consagre á sus ocupaciones habituales antes de tiempo, para que se inicie el descenso; puesto que por una parte los ligamentos se encuentran relajados y por otra el órgano que han de sostener tiene el duplo ó el cuádruplo del peso que normalmente le corresponde. Iguales efectos se producirán cuando la matriz sea asiento de una metritis parenquimatosa, de fibromas, hipertrófia, etc.

Una vez iniciado el descenso, los vasos se desvian de su direccion normal y este cambio de direccion de los conductos vasculares produce necesariamente una perturbacion circulatoria, cuyo resultado es entorpecer el retorno de la sangre por los vasos venosos; de aquí ese estado de congestion permanente que favorece el desarrollo de la metritis y de otros trastornos morbosos, si es que ellos no existian antes que el descenso, en cuyo caso se agravan.

Estas ligeras indicaciones acerca de la fisiología patológica del descenso, que no explano porque vuestra ilustracion puede suplir con ventaja cuanto yo pudiera decir, nos dan razon de la frecuencia con que se observa este padecimiento, sobre todo en las multiparas, y han de servirnos á la vez para fundamentar el tratamiento. Pero antes de presentar á vuestra consideracion el plan curativo que desde hace algunos años vengo empleando, séame permitido hacer un ligero análisis crítico de los diversos medios recomendados por los más ilustres ginecólogos contemporáneos.

Dividiremos el tratamiento en *preventivo y curativo*. El primero puede decirse que está reducido á la escrupulosa observancia de un buen plan higiénico durante todo el período puerperal, el cual debe tender principalmente á evitar toda perturbacion fisica ó moral capaz de entorpecer el proceso atrófico ó regresivo, que se inicia en el instante mismo del alumbramiento, y termina más ó menos tarde segun el número de partos y algunas otras condiciones individuales. El segundo comprende el empleo de ciertos *agentes mecánicos* y *las operaciones quirúrgicas*.

El empleo de los *agentes mecánicos* para corregir el descenso uterino data de la más remota antigüedad; y se comprende bien, puesto que la primera idea que debió ocurrirse á la vista de un prolapsus, hubo de ser la de restablecer el útero á su posicion normal y sostenerlo por medio de un pesario más ó menos ingenioso. Así sucedió en efecto, segun puede verse en las obras de nuestros más ilustres predecesores; mas si examinamos con la debida atencion este importantísimo punto

de terapéutica ginecológica, nos chocará desde luego el número casi infinito de pesarios que sucesivamente se han ido inventando y desechando, sin que en la actualidad sea posible encontrar uno que, en mayor ó menor grado, no presente todos los inconvenientes que obligaron á desechar los pesarios primitivos.

Examinemos, señores, el modo de obrar de estos agentes mecánicos y nos convenceremos fácilmente no solo de su inutilidad, sino también de su inconveniencia y acabaremos por adquirir el convencimiento de que cuanto se haga en esta línea ha de ser completamente infructuoso. Quizá os parezca demasiado atrevida esta afirmación, que pugna abiertamente con cuanto se consigna en las obras de los más eminentes ginecólogos; pero me prometo dejar tan perfectamente demostrado mi aserto, que si, entre los que me dispensan la honra de escucharme, hay algún partidario de tan peligrosos medios, ha de decaer mucho su entusiasmo.

Entre los pesarios hay unos que para sostener la matriz toman su punto de apoyo en el conducto vaginal y otros que lo buscan al exterior por medio de aparatos más ó menos ingeniosos; sobre unos ú otros ha de descansar forzosamente la matriz, cuyo órgano sostienen, ya por medio de un anillo que abraza el cuello uterino, ya por medio de un tallo que penetra en el conducto cervical. En ambos casos la matriz es asiento de compresiones y roces que mantienen en ella un estado de excitación constante, capaz á la larga de provocar flegmasías y otros accidentes ó de exacerbarlos si anteriormente existían. Si el pesario encuentra su punto de apoyo en la vagina, relajará necesariamente este conducto y, en la parte donde descansa, se producen perturbaciones circulatorias, contusiones, flegmasías y ulceraciones que pueden llegar á destruir las paredes vaginales, penetrando á veces el pesario en la vejiga, en el recto ó en la cavidad pelviana, de lo cual registra la ciencia numerosos hechos.

Veamos ahora si al lado de tan graves inconvenientes existen algunas ventajas.

Demostrado, por el ligero estudio patogenético anteriormente hecho, que la causa del *descenso lento* es siempre la falta de relación entre el peso de la matriz y la resistencia de los vínculos que la sostienen; probado también que la presencia del pesario nada puede hacer para tonificar los ligamentos, y antes por el contrario relaja el conducto vaginal que, á manera de una columna, sirve para sostener el útero; y siendo por último evidente que la presencia de estos aparatos lejos de disminuir

el peso del órgano dislocado, provoca ó agrava las flegmasias ya existentes, resultará demostrado, por estas ligeras pero importantes consideraciones, que del empleo de los pesarios no podemos prometernos el menor beneficio, y en cambio pueden ellos dar origen á gravísimos trastornos.

Por lo que respecta á las fajas abdominales, por esmeradamente que se hagan, tampoco es posible que eviten la gravitacion de las vísceras sobre el fondo ó sobre la cara anterior del cuerpo del útero; pero el empleo metódico de estos aparatos no ofrece el menor inconveniente y alguna vez podrá reportar alguna utilidad disminuyendo la *presion intra-abdominal*.

La mayoría de los ginecólogos contemporáneos fian la curacion del descenso, en cualquiera de sus diversos grados, á las operaciones quirúrgicas más ó menos ingeniosas ó arriesgadas; examinémoslas á la radiante luz de la anatomía patológica y veamos lo que de ellas podemos temer ó esperar; vamos, señores, á pasarles ligera revista.

Los métodos operatorios tienen casi todos por único objeto el estrechamiento ó la oclusion de la vagina ó del orificio vulvar; con alguno de estos fines emplean unos *el pellizcamiento*, otros *la cauterizacion* y otros *la excision* seguida de sutura. De todos vosotros son bien conocidas estas diversas maniobras operatorias, en cuya descripcion no hay para qué entrar, y todos comprendéis al mismo tiempo, que estrechando la vagina, esta hará el papel de un pesario; pero como nada hemos hecho contra la causa del descenso, sucederá forzosamente que la matriz gravitará sobre el punto estrechado y dentro de un plazo variable, pero nunca largo, vendremos á parar en que el útero habrá relajado el punto donde existía el angostamiento y la enferma se encontrará en idénticas condiciones que la víspera de la operacion. Lo que he dicho de los casos en que provocamos artificialmente una estrechez del conducto vaginal, es aplicable tambien á aquellas operaciones que tienen por objeto la completa oclusion de la vagina ó de la vulva, puesto, que si en estos casos la matriz no sale al exterior, formará un tumor herniario y quedará además expuesta á los graves accidentes que siempre ocasiona la retencion de los ménstruos y de otros productos segregados por la mucosa útero-vaginal.

Basta, señores, reflexionar por un momento acerca de la etiología y patogenia del descenso, para adquirir el convencimiento de que ninguno de los procedimientos operatorios que hemos mencionado podrá jamás restablecer el equilibrio que debe existir entre el peso del útero y



la resistencia de los agentes encargados de sostenerlo en su posición normal; las curaciones referidas por Sims, Emmet y otros no son, ni pueden ser, otra cosa que mejorías transitorias, que durarán todo el tiempo que necesite la matriz para vencer el nuevo obstáculo representado por la estrechez artificial de la vagina.

No quiero terminar lo concerniente á las maniobras quirúrgicas destinadas á corregir el *prolapsus*, sin hacer mérito de una operación ideada por el Dr. Abeille y que ha dado á conocer con el nombre de *método útero-vaginal igneo*. Consiste en practicar cierto número de incisiones y cauterizaciones con las cuales ha logrado curar algunos descensos, flexiones, etc. No son de extrañar los satisfactorios resultados obtenidos por este ilustre cirujano, puesto que, actuando sobre la vagina y el útero con el instrumento cortante y con el cauterio actual, no solo puede obtenerse la resolución de la metritis y el angostamiento del conducto vaginal, sino que también se provoca la tonicidad de los ligamentos; lo que hay es que la maniobra operatoria no es sencilla, ni tan inofensiva como supone el Dr. Abeille.

Examinados y juzgados con la rapidez que las circunstancias me imponen los diversos medios empleados actualmente para conseguir la curación del descenso, abusaré todavía por algunos momentos de vuestra benevolencia para exponer el plan curativo que desde hace algunos años vengo empleando, y con el cual he tenido la satisfacción de triunfar muchas veces de tan rebelde padecimiento. El plan á que dejo hecha referencia, tiene un doble objeto; es el primero hacer que el útero recobre su volumen y peso primitivos; la tendencia del segundo es devolver á la vagina y á los ligamentos su tono y dimensiones normales.

Nuestro primer cuidado á la vista de un *prolapsus*, cualquiera que sea su grado, ha de ser la reducción del útero mediante la taxis. Esta maniobra es de ordinario sencilla; pero á veces ofrece dificultades y para vencerlas importa mucho colocar á la mujer apoyada sobre las rodillas y los codos; con el fin de utilizar las ventajas de la gravitación; si el descenso no es completo ó hemos hecho ya penetrar á la matriz en el conducto vaginal, podemos buscar el auxilio de otro elemento importantísimo, cual es la presión atmosférica; para servirnos de este recurso bastará dilatar con dos retractores ó con un speculum bivalvo el orificio vaginal; poniendo á contribución tan poderosos auxiliares la maniobra es generalmente sencillísima.

Reducida la matriz á su situación normal, lo que nos importa más es mantenerla reducida; y desechado por inconveniente el uso de los

pesarios, apelo en su reemplazo á la posicion y á la quietud; veamos de qué modo. Recomiendo á la enferma que al acostarse se coloque sobre las rodillas y los codos dilatando al mismo tiempo con los dedos el orificio vulvo-vaginal, hasta que note que la matriz ha ascendido, y que, despues de estar un corto rato en dicha actitud, se acueste suavemente, procurando tener un cojin debajo de las nalgas para que estén más elevadas que el tronco. Les encargo tambien que, durante el dia, no hagan ejercicio de ninguna especie: de este modo la matriz se conserva en su situacion toda la noche, y á ser posible, algunas horas del dia. Durante este tiempo los ligamentos están flojos y por tanto en condiciones de ir recobrando, aunque sea lentamente, su tono y dimensiones normales; evitanse tambien los malos efectos de la *presion intra-abdominal*. Á la vez la circulacion uterina se verifica con facilidad, puesto que, por una parte, la sangre venosa no tiene que luchar con las leyes de la gravedad y por otra las venas no se encuentran desviadas y formando ángulos más ó menos agudos, como sucede siempre que la matriz se disloca. Cesa, pues, con la posicion y la quietud el éxtasis sanguíneo y tenemos vencida la principal dificultad con que siempre tropezamos para combatir la metritis concomitante.

Este importantísimo medio, sin el cual es inútil cuanto se haga para curar el descenso uterino, me lo dió á conocer una feliz casualidad y vais á oir de qué modo. Durante el año académico de 1868 á 1869, se presentó en mi clínica una enferma con una fistula vexico-vaginal de fecha reciente; por aquellos dias habia yo leido en un periódico italiano (creo que en *Lo Sperimentale*,) el tratamiento recomendado contra dichas fistulas por el Dr. Giordano, de Turin, el cual consiste fundamentalmente en convertir, por medio de la posicion, en alto fondo de la vejiga el sitio donde la fistula tiene su asiento y evitar con el cateterismo, muchas veces repetido, que salga la orina por el orificio fistuloso. Coloqué á la enferma en posicion conveniente y, hecho el tacto, noté que, además de la fistula, existia un descenso bastante graduado; apliqué el *speculum* de Sims y en seguida el útero fué á ocupar su sitio normal, precipitándose con tal violencia, que se produjo un choque perceptible para los que nos encontrábamos más próximos á la cama. La enferma, modelo de paciencia y perseverancia, permanecia cuando menos diez y ocho horas de las veinticuatro en tan difícil actitud; pero no fueron inútiles sus sacrificios, puesto que, á virtud de la posicion y de algunas cauterizaciones, la abertura fistulosa fué reduciéndose de dia en dia y á los tres meses habia desaparecido por completo. Durante algun

tiempo los movimientos fueron difíciles, pero más tarde recobró por completo la energía y la flexibilidad en las extremidades inferiores. Antes de darle el alta la reconocí de nuevo y la encontré con sorpresa curada del descenso, contra cuya enfermedad nada se había intentado hacer.

Pensando entonces en tan extraño fenómeno atribuí á la posicion tan satisfactorio resultado, y desde aquella época vengo utilizando este importante medio, auxiliándolo casi siempre con los chorros frios, las inyecciones vaginales astringentes, las aplicaciones de tanino en el conducto vaginal y las corrientes eléctricas.

La hidroterapia bien empleada despierta la tonicidad de los ligamentos, los cuales se acortan fácilmente, puesto que, gracias á la posicion, la matriz se encuentra elevada, y los ligamentos, por tanto, en relajacion completa. Las inyecciones vaginales, ayudadas por las aplicaciones de tanino, tonifican este conducto, que vuelve á ser una verdadera columna de sustentacion. La electricidad, en fin, no solo sirve para provocar la contractilidad de todos los medios de sustentacion, sino que obra como excelente resolutivo.

Á la vez que el tratamiento que á grandes rasgos acabo de reseñar, deben emplearse la cicuta, el ioduro potásico, la tintura de iodo, la glicerina, el cornezuelo, etc., segun las lesiones concomitantes. Por último, es indispensable atender al estado general de la enferma con los tónicos higiénicos y farmacológicos, y combatir, en suma, cuantas complicaciones generales ó locales puedan presentarse.

No quiero abusar por más tiempo de vuestra benevolencia citando hechos clínicos que vengan á patentizar la eficacia del plan que os recomiendo; haré mérito únicamente de una pobre convecina vuestra que, al pasar de una habitacion á otra, se hundió el pavimento y cayó de piés á la habitacion inmediata; se presentó pocos dias despues en mi clinica con un descenso de tercer grado y salió curada á los dos meses sin haber empleado otros medios que la posicion, las inyecciones vaginales astringentes y las afusiones frias sobre la region lumbar.

Ha trascurrido, señores, más de una hora y voy á terminar; os ruego me dispenseis por haber molestado tanto tiempo vuestra atencion y mis últimas palabras desde este sitio han de ser para expresar mi gratitud por la benevolencia con que me habeis escuchado.

He dicho.





PRINCIPALES TRABAJOS CIENTÍFICOS DEL AUTOR.

TRATADO CLÍNICO DE ENFERMEDADES DE MUJERES. Esta obra constará de 800 á 900 páginas, con más de 200 grabados, en 4.^o prolongado francés. Se está publicando por entregas de 200 páginas, al precio de 16 rs. en Granada y 18 en los demás puntos de España. Se ha publicado la 3.^a entrega, y muy en breve aparecerá la 4.^a y última, que está en prensa.

ESTUDIO SOBRE LA FUERZA Y LA RESISTENCIA EN EL TRABAJO DEL PARTO. Folleto que ha sido muy favorablemente juzgado por el Real Consejo de Instrucción pública, así como por la prensa científica, nacional y extranjera. Precio 8 rs.

Está casi agotada la edición.

PARTO PREMATURO ARTIFICIAL. Memoria basada en dos notables hechos prácticos. *Congreso Médico de Cádiz*, Agosto de 1879: *Prensa Médica de Granada*, Setiembre de 1879.

FÍSTULA VESICO-VAGINAL, TRATADA Y CURADA POR EL MÉTODO DEL DR. GIORDANO DE TURIN. *Gaceta Médica de Granada*, 1869. Traducido al portugués y publicado por el *Escholiaste Médico de Lisboa*.

PARTO DISTÓCICO CON MOTIVO DE ESTRECHEZ MUY CONSIDERABLE DEL ORIFICIO VULVO-VAGINAL. *Gaceta Médica de Granada*, 1870. Traducido al francés y publicado por el *Sud Medical*, 15 de Mayo de 1870.

NOTICIA DE UN MÓNSTRUO COMPUESTO, con dos grabados tomados del natural. *Siglo Médico: Ilustracion Española y Americana: Crónica Médico Quirúrgica de la Habana*, 1876.

OCLUSIÓN COMPLETA Y CONGÉNITA DE LA VAGINA, tratada y curada á los 16 años de matrimonio. *Gaceta Médica de Granada*, 1870.

EMBRIOTOMÍA PRACTICADA CON MOTIVO DE PRESENTACION DE TRONCO CUARENTA Y CUATRO HORAS DESPUES DE LA ROTURA DE LAS MEMBRANAS. ÉXITO FELIZ. *Siglo Médico*, 15 de Abril de 1877. Traducción por el Dr. Prosper de Pietra Santa, director del *Journal d'Hygiene. Archives de Tocologie de Paris*, Julio de 1877.

QUISTE DÉRMICO DEL OVARIO IZQUIERDO: OVARIOTOMÍA: CURACION. Memoria traducida al francés por el Dr. Thévenot, y publicada en los *Annales de Gynécologie de Paris*: vol. IX, pág. 401.