CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVI }

LIMA, FEBRERO 15 DE 1899.

} N.º 243

TRABAJOS NACIONALES

TRATAMIENTO

DEL ABORTO INCOMPLETO

TESIS PRESENTADA ANTE LA FACULTAD DE MEDICINA, PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR, POR EDUARDO BELLO.

Señor Decano:

Señores Catedráticos:

El adelanto y la vulgarización de la Ginecología ofrecen, hoy, á buena parte de la humanidad doliente, inesperados horizontes de salud: al lado de aquellas grandes intervenciones que alcanzan tumores que se sospechó inaccesibles, que extirpan un órgano sexual por que sus irremediables lesiones caquetizarían todo un organismo, y le salva, que tendiendo á ese fin, realiza lo que sólo cupiese dentro de lo maravilloso é increíble si no se contase ya por millares los éxitos que coronaron su provechoso atrevimiento; al lado de esa gran Cirujía — que ya establecieron definitivamente nuestros maestros — alienta otra que no alardea tan gran atrevimiento operatorio, pero que es, en la pluralidad de los ca-

sos, tan salvadora como ella. Las operaciones menores precisan en todo momento, son, ó deben ser, la labor diaria del que practica en los hospitales de mujeres, y no por ser más modestas disputan con energía menor sus derechos á la muerte.

Y tiene esta cirujía sobre la primera prioridad para un estudio individual obligado, porque combate temidos accidentes de los que casi nunca se ve libre la mujer en la época de actividad de sus órganos genitales.

El curetaje es una de las más antiguas, simples y generalizadas entre estas intervenciones, y quizá también más importante. En efecto, de todas las afecciones genitales femeninas es la endometritis crónica post-abortum la que con mayor frecuencia se nos presenta; muy numerosos son los medios tópicos que contra ella se emplean, todos tienen entusiastas defensores, todos han curado muchas enfermas; pero en la práctica todos fallan también muy á menudo, y se comprende: se trata de una infección encerrada en un órgano cavitario, abrigada por una mucosa difícilmente accesible á cáusticos y antisépticos, é hipertrofiada por la acción irritante de los agentes morbígenos. Si antes de la extirpación de la mucosa enferma re-

sultan insuficientes los medios terapéuticos locales, tampoco tiene valor la higiene ni la medicación general hasta que se haya llenado este requisito; después que la cura haya suprimido el foco que envenenaba el organismo todo cambia. Valdrán los antisépticos para impedir que se infecte la mucosa de nueva formación, el régimen tónico para favorecer el desarrollo normal del nuevo endometrio.

No es mi intención ocuparme detenidamente, en el presente trabajo, de esta operación ya antigua y de todos conocida; pero, como quiera que al estudiar la mejor manera de tratar el aborto incompleto entra ella como uno de los medios más seguros con que contamos para exonerar el útero de los residuos del huevo, y su técnica presenta en este caso ciertas particularidades, le dedicaremos algunos acápites en el capítulo reservado al tratamiento.

Para poner de manifiesto la importancia y ventajas del método intervencionista, designación dada por los partidarios de la expectación á la manera de proceder de los prácticos que, valorizando los peligros del aborto incompleto, se empeñan en evacuar el útero lo más pronto posible, método que con algunas restricciones hemos adoptado, comenzaré ocupándome de las generalidades del aborto y de su mecanismo, para deducir de allí la frecuencia de las expulsiones incompletas antes de término y las malas condiciones en que se encuentra la matriz para desembarazarse de los residuos del huevo.

Después pasaré en revista las consecuencias de la retención prolongada.

Discutiré en seguida los diversos tratamientos preconizados contra esta complicación del aborto, señalando las objeciones que se han hecho al método evacuador y exponiendo las razones que á mi juicio invalidan esos argumentos.

Comprobadas las ventajas del método intervencionista, describi-

ré la manera cómo hemos procedido, en el hospital de Santa Ana, al tratar las enfermas confiadas á nuestro cuidado, asunto que especialmente motiva mi trabajo.

Por último, señalaré los resultados obtenidos, comprobándolos con diez historias clínicas escogidas al acaso entre un número cinco veces mayor de enfermas, tratadas y curadas por la evacuación instrumental de la matriz.

Entre los accidentes que ocurren durante la preñez, el aborto es, sin disputa, uno de los más graves y frecuentes. Sus peligros no solamente son inmediatos: hemorragias é infección, sino que es el punto de partida de la mayor parte de las afecciones genitales crónicas de la mujer que convierten su vida en un martirio prolongado.

Con el nombre genérico de aborto se comprende "la expulsión del producto de la concepción en la época en que el feto no es viable." Casi todos los autores clásicos aceptan la antigua división del aborto de Guillemot en: *ovular*, que se verifica en los veinte primeros días que siguen á la concepción; *embrionario*, de los veinte á los ochenta días; y *fetal*, que se efectúa entre el cuarto y sexto mes. Tarnier y Budin, y con ellos Ribemont Dessaignes en su novísimo tratado de partos, distinguen hasta cuatro grupos de expulsiones prematuras del feto, fundándose en particularidades de sintomatología y marcha propias de cada grupo.

No me detendré en exponer las múltiples causas del aborto que se hallan señaladas en todos los tratados de partos, y explican la frecuencia de este accidente; estimada de muy diversa manera según las estadísticas, llegándose á evaluar en algunas en la enorme cifra de un aborto por cada cinco ó seis partos (1) (Guillemont y Devilliers, citados por Tarnier). Charles esti-

(1) Tarnier y Budin. *Traite de l'Art des Accouchements*, T. II pág. 474.

ma como media la proporción de un aborto por cada doce ó quince expulsiones á término. (2) No es mi mente y considero inútil para el fin que me he propuesto hacer un estudio completo del aborto; tampoco me ocuparé detalladamente de su sintomatología, tratando sólo la parte que se relaciona con el accidente retención. Expondré el mecanismo de esta, sus causas, su diagnóstico y consecuencias para deducir de allí las ventajas del método evacuador.

Cuando el producto de la concepción se aproxima á su completa madurez, es decir en el último tercio del embarazo, se establece una separación gradual entre las envolturas del huevo y la mucosa uterina, que partiendo de la vecindad del cuello asciende progresivamente hasta alcanzar el contorno de la placenta. En el segundo trimestre, por el contrario, existe una fusión completa entre las dos caducas y firme adherencia de estas membranas á la pared muscular. Durante el primer trimestre las caducas ovular y uterina son completamente distintas y se hallan separadas una de otra, pero la mucosa uterina—caduca uterina—sufre desde el principio del embarazo modificaciones tales que si se interrumpe la preñez debe ser expulsada junto con el huevo.

Ahora bien, considerando la época en que la expulsión del producto de la concepción—óvulo, embrión ó feto—lleva el nombre de aborto, vemos que este accidente se verificará en condiciones anatómicas enteramente distintas según se efectúe en el primero ó en el segundo trimestre de la gestación. En el primer trimestre el huevo no tiene grandes adherencias con el órgano en que se desarrolla, y son tanto menores á medida que mas reciente es el embarazo; en el segundo trimestre las cosas cambian por completo, la unión entre las caducas se convierte en soldadura, la placenta está

bien desarrollada y forma cuerpo con la pared uterina; se hace pues muy difícil que el órgano gestador por sus propios esfuerzos se desembaraze enteramente de su contenido, mucho mas si se recuerda que sus fibras musculares constituyentes no han adquirido todavía el desarrollo suficiente, propiedad exclusiva de la preñez á término. Estas solas consideraciones bastan para explicar la frecuencia del aborto incompleto en el segundo trimestre del embarazo.

Durante los tres primeros meses es también común esta complicación del aborto. Por los datos anatómicos referentes á las caducas que llevamos apuntados, parece á primera vista que debería suceder lo contrario; pero fijándonos en el estado de la matriz y de sus relaciones con el huevo en esa época, tenemos: Un útero que no ha sufrido todavía la hipertrófia fisiológica que debe dotarlo de enérgicas fuerzas expultrices, á dificultades menores se opondrán esfuerzos débiles, subsistirá pues en el fondo la misma causa de retención que en segundo trimestre. Por otra parte, si la placenta existe ya—segundo y tercer mes—sus adherencias son relativamente demasiado fuertes para que basten á desprenderla las débiles contracciones del útero en este periodo; la caduca uterina no se halla bien diferenciada del resto de la mucosa; simplemente engrosada y de consistencia gelatinosa, esta membrana que sin pertenecer todavía al huevo debe sufrir su misma suerte, no podrá seguirlo inmediatamente en su salida, el órgano gestador solo se desembarazará de ella poco á poco, marchita é inútil, sin cohesión, se fragmentará á medida que se desprende y será lentamente arrastrada con el flujo loquial. Sin considerar pues la placenta, el aborto en el segundo trimestre será con frecuencia incompleto por retención de parte ó de totalidad de la caduca uterina, y esto desde el primer mes.

Hasta aquí hemos señalado solamente las causas fisiológicas, por

(2) N. Charles. Cours d'Accouchements, tomo II, pág. 58.

decirlo así, que determinan en el aborto la retención de los anejos del huevo. Además de ellas existen otras patológicas que nos contaremos con enumerar, porque ello basta para significar su importancia, tales son: la endometritis, que determina adherencias anormales entre las caducas; la ruptura del huevo y salida del líquido amniótico, que reduciendo considerablemente su volumen hace ineficaces, por falta de punto de apoyo, las contracciones uterinas expulsadoras; la inserción de la placenta en el segmento inferior, que modificando el mecanismo de desprendimiento del huevo—casi siempre iniciado al nivel de la placenta—y efectuándose en este caso por un proceso análogo al modo de alumbramiento de Duncan: mientras el huevo en su descenso hacia el cuello desprende la parte inferior de la caduca uterina, arrastra solo la parte superior de esta membrana, la cual sin resistencia suficiente se rompe en el mayor número de casos. Las lesiones sifilíticas del útero y todas las demás alteraciones de estructura que puede sufrir este órgano, son otras tantas causas de adherencias anormales del huevo, y por consiguiente capaces de generar la retención. Y debe tenerse presente que el aborto es determinado casi siempre por alguno de estos estados patológicos.

Mecanismo del aborto incompleto.—La práctica ha enseñado que el aborto es más frecuente en el tercer mes de la gestación. Tomaremos pues como tipo de este accidente, para describir el mecanismo de la retención, el que se efectúa en esta época; de allí con los datos anteriormente expuestos podremos deducir lo que pasa en los periodos extremos, es decir en el primero y el segundo mes, y después del cuarto.

El tercer mes de la gestación, según el doctor Fraisse (1), constitui-

ría una época de transición, poco estable, en la cual el huevo se encuentra muy vulnerable desde el punto de vista de sus conexiones con el órgano gestador: “las vellosidades coriales, lazo de unión primitivo, han sufrido una atrofia casi completa, la placenta recientemente constituida es poco adherente, las caducas uterina y refleja no están soldadas.” Una mujer sifilítica, una alcohólica, una anémica, etc., tendrá pues mayores probabilidades de abortar en este mes que en cualquier otro, y mucho más si á esto se agrega una causa determinante, por decirlo así, un coito que estimula el útero ó lo congestiona, una sacudida ó caída que ponga á prueba los delicados y débiles lazos que unen la matriz á su contenido, un purgante drástico, un emenagogo, etc.

Sea bajo la influencia de una hemorragia que lo desprende mecánicamente, ó en virtud de contracciones uterinas que dan el mismo resultado, el huevo libre de sus principales medios de sosten desciende y se aproxima al cuello que, en virtud del mecanismo bien conocido, se abre para dejarlo pasar. Por efecto de las contracciones uterinas, en esta época ya bastante enérgicas, y actuando sobre envolturas muy delicadas, se rompen estas y escapa primero el embrión. Aquí puede detenerse el trabajo y tendremos ya un aborto incompleto por retención de la placenta y la totalidad de las membranas.

En otros casos, ó bien el huevo sale entero, aborto en un solo tiempo, ó la placenta es expulsada después del embrión junto con la caduca ovular por nuevas contracciones acompañadas de prolongada hemorragia. La caduca uterina sigue al huevo desprendida por su descenso, pero como es muy friable, como sus adherencias al útero son demasiado fuertes, ordinariamente se rompe y sus restos quedan en la cavidad y hacen incompleto el aborto.

Durante el primero y segundo mes la expulsión se efectúa por lo

(1) Doctor G. Fraisse—Essai sur le traitement rationnel de la fausse-couche.—Revue clinique d' andrologie et de gynécologie—agosto 1898.

general en un solo tiempo, el huevo se escapa íntegro de la cavidad uterina; pero no por esto queda vacía la matriz, su mucosa profundamente modificada es ya caduca, y como decíamos antes, aunque no pertenece todavía al huevo debe sufrir su misma suerte: si él es expulsado debe serlo también ella. El aborto solo se hará completo cuando la caduca uterina haya abandonado la cavidad del órgano gestador.

En el cuarto mes, y particularmente en el quinto y sexto, asistimos á un parto en miniatura: será expulsado el feto, lo será también después de más ó menos tiempo la placenta y las caducas ya soldadas; pero debe recordarse que placenta y caducas no han sufrido todavía el trabajo de separación preparatoria del parto, que por consiguiente son muy adherentes y el mecanismo de su retención muy fácil de explicar.

Diagnóstico. — Complejo es el problema que debe resolverse cuando se trata de diagnosticar un aborto incompleto, y sin embargo es tanta su importancia que no podría ni debería darse un paso en el tratamiento sin que antes se haya determinado las condiciones en que el útero se encuentra.

En presencia de una mujer con hemorragias ú otros síntomas de aborto, debe determinarse primero si se halla en cinta; esto se consigue mediante los datos que suministran las investigaciones sobre sus reglas, los fenómenos simpáticos de la preñez, aumento de volumen del vientre y del útero, estado del cuello, etc., que no es del caso discutir aquí.

Comprobada la preñez y seguros de que un aborto ha venido á interrumpirla, llegamos al asunto esencial, el útero ha quedado completamente vacío? Ya sabemos cuantas probabilidades hay de que no lo esté, veamos de que signos debemos aprovecharnos para reconocer su incompleta evacuación.

Examinaremos en primer lugar

lo que ha sido expulsado. Desgraciadamente esta investigación es muchas veces imposible, cuando se llega donde la enferma todo ha desaparecido; en el caso contrario podremos encontrar entre coágulos sanguíneos más ó menos grandes, si el aborto es de pocas semanas, si el huevo es de pocas semanas, un huevo entero; ó bien, lo que es más frecuente cuando se trata de una preñez adelantada, un embrión, una placenta y caducas más ó menos fragmentadas. Que un huevo de pocas semanas se encuentre intacto—aborto en un solo tiempo—ó separado el embrión de sus envolturas—aborto en dos tiempos—es asunto para nosotros de poca importancia; sabemos por lo ya expuesto, que en estos casos queda como residuo dentro del útero su propia mucosa, la caduca uterina, susceptible de determinar las consecuencias de la retención. Tiene más importancia como elemento diagnóstico una placenta con sus caducas; se comprende que nos referimos al aborto en período avanzado de la preñez, Auvard dice: "Cuando los anejos son expulsados se puede ordinariamente concluir en la vacuidad del útero."

En presencia de un aborto tienen mucho valor para diagnosticar la complicación de que tratamos, en los primeros meses, la prolongación de las pérdidas sanguíneas; en la gestación avanzada, la repetición de contracciones uterinas dolorosas. Lo primero significan que hay un obstáculo para la retracción natural en un útero sano y vacío, medio hemostático fisiológico y el único eficaz en estas condiciones. Lo segundo, revela la presencia de un cuerpo extraño intrauterino.

Quando han trascurrido varios días de la iniciación del aborto, es signo importante la fetidez de los loquios, y más todavía la presencia en ellos de residuos en descomposición. Es esto uno de los primeros fenómenos que después del resultado del interrogatorio, encamina á la verdad nuestro examen, en el hospital, donde casi siempre lle-

gan las enfermas cuatro, seis ó más días después de comenzado el aborto, presentando ya fenómenos de infección.

Los datos precedentes se obtienen antes de practicar el examen de la paciente, veámos que elementos diagnósticos podemos recojer de este examen.

La exploración bimanual—tacto combinado á la palpación—nos dará enseñanzas positivas respecto al volúmen del útero y su consistencia, estado del cuello, etc. Cuando junto con loquios fétidos y persistencia de la hemorragia ó reaparición de los dolores, se encuentre un útero voluminoso con su cuello abierto y blando, dice Charles, (1) se puede estar casi seguro que el útero no está vacío. Estos síntomas podrían ser originados por una endometritis anterior ó consecutiva al aborto, error sin importancia porque el mismo tratamiento les es aplicable.

Consecuencias del aborto incompleto.—Todos los autores clásicos señalan como complicaciones graves y vulgares del aborto las hemorragias y la septicemia; pero á decir verdad, la expulsión prematura del producto de la concepción, por si sola, raras veces da lugar á copiosas hemorragias si es completa y se realiza de una manera rápida. Tampoco es frecuente que el útero se infecte cuando queda vacío, está enérgicamente contraído, tiene su cuello cerrado, y el poco líquido que de él se escapa arrastra hacia el exterior los gérmenes vaginales lejos de llevarlos á cavidad del endometrio. Por el contrario, si restos placentarios ú otros permanecen en la cavidad de la matriz se tendrá todas las condiciones propicias para que continúe escapándose la sangre, para el desarrollo de una septicemia.

Una placenta retenida puede hallarse parcialmente separada de su inserción ó desprendida del todo. En el primer caso, esa separación lenta, por los vasos que sucesiva-

mente va dejando abiertos, es una fuente prolongada de hemorragias; en el segundo, su presencia impide la contracción hemostática, por decirlo así, del cuerpo uterino. Esta última consideración es enteramente aplicable á las membranas.

Por lo que respecta á la infección, todos sabemos que si el cuerpo uterino no se retrae regularmente cuando está ocupada la cavidad del órgano, el cuello que la también por lo regular abierto, resultando de ello muy fácil la penetración de los gérmenes morbosos al endometrio. Bastará pues, la menor falta de asepsia para que se desarrolle una infección, y es bien conocida la gravedad que puede adquirir y de cuantas complicaciones es susceptible. Los restos del huevo si están libres constituyen otra amenaza, son cuerpos organizados muertos y por consiguiente entran pronto en descomposición dando origen á productos tóxicos, que absorbidos por la superficie cruenta del órgano gestador explican los numerosos signos de intoxicación que presentan las enfermas en estas condiciones.

Pero no son estos los únicos peligros de la retención. Supongamos que afortunadamente la hemorragia no sea bastante para amenazar la vida; que la infección quede leve, sea temporalmente vencida por la antisepsia ó no se presente; permanecerá siempre en la cavidad uterina un cuerpo extraño cuya suerte es variable, y que puede hacerse el punto de partida de muchas afecciones genitales. Entre ellas tenemos:

La subinvolución ó sea el retardo de la involución regresiva del útero después de la gestación, ocasionada muchas veces por la retención parcial de los anejos del huevo que constituyen un obstáculo material para la retracción fisiológica de la matriz, su tonicidad muscular no se despierta oportunamente y quedan los órganos genitales en un estado de flacidez, "que aumenta su receptividad morbida y puede hacerse el punto

(1) Loc cit.

de partida de modificaciones profundas en la estática pelviana" (1).

Estas condiciones de los órganos genitales internos son muy favorables para el desarrollo de una infección tardía del endometrio, la endometritis crónica post-abortiva de Schroder, la afección ginecológica que con mayor frecuencia encontramos en nuestra práctica hospitalaria; esta endometritis es muy hemorrágica, carácter que se explica por la influencia irritativa de los fragmentos deciduales adherentes, que determinan formaciones hiperplásicas muy vasculares.

Por la misma flacidez del útero y de sus ligamentos combinada al estado inflamatorio, por la subinvolución, se generan las flexiones, según mecanismo bastante conocido.

Se ha dicho que el aborto predispone al aborto, y esto se debe á la endometritis que tienen en él su punto de partida. La inferioridad funcional de la matriz será más manifiesta si su mucosa se encuentra cargada de restos adventicios persistentes del embarazo, y peores sus condiciones para regenerarse y sufrir la evolución de una preñez ulterior.

Por último, si los residuos del huevo quedan adherentes y vivos, como otros tantos parásitos pueden dar lugar á múltiples trastornos que variarán según la naturaleza del órgano retenido; así, los fragmentos de caduca con vellosidades coriales incluidas en su tejido pueden continuar vejetando y determinar verdaderos pólipos, la endometritis poliposa con todo su cortejo sintomático. Si son cotiledones placentarios, por su desarrollo darán ya la mola carnososa, ya los deciduomas malignos de pronóstico tan grave y evolución más rápida que el cáncer; ya en fin, si no se acrecientan, constituirán una espina permanente y una fuente de hemorragias inextinguible.

Tales son descritas muy sumariamente las consecuencias del aborto incompleto. Sabemos la fre-

cuencia con que se presenta este accidente, así no es raro que llene con sus víctimas las salas de ginecología. En "Santa Ana," en el servicio del Dr. Néstor Corpancho, bajo cuya acertada dirección sigo hace dos años mi práctica de esta especialidad, ingresan casi todos los días mujeres anemizadas por metrorragias tenaces, enfermas atacadas de violenta y muchas veces ya incurable infección, metriticas crónicas; sufrimientos cuya causa principal es, además de faltas contra la asepsia, el abandono punible después del aborto ó del parto de grandes trozos de caduca, cotiledones placentarios y hasta placentas completas en la cavidad del órgano gestador. Es pues evidente que la idea de pronta evacuación del útero después de un aborto ó de un parto que no se termine por los solos esfuerzos de la naturaleza, la de asepsia en obstetricia no están bien arraigadas en muchos de los que en Lima se dedican á la práctica de esta importantísima rama de la cirugía. Felices somos de poseer verdaderos maestros del arte obstétrico que con sus enseñanzas y su ejemplo nos señalan el camino que debemos seguir para volver la salud á nuestras enfermas, ó mejor dicho impedir que se altere; nuestras clínicas de partos y de ginecología son inagotables fuentes de ciencia y de verdad; pero en el terreno de la práctica urbana muchos olvidan tan saludables lecciones, la inexperiencia ó el temor detienen su brazo, é infecciones ú otros accidentes que se evitarían ó vencerían con una intervención sencilla pero inmediata, anonadan existencia útiles á la sociedad y á la patria.

Otro factor de estos desastres, y ciertamente el de mayor influencia, es la costumbre que tiene la gente del bajo pueblo de hacerse asistir en sus partos por las que llaman *aficionadas*, mujeres por lo general tan sin instrucción como sus clientes, que no entienden de asepsia ni siquiera de aseo, siendo por eso y por su falta de conoci-

(1) G. Fraisse loc. cit.

mientos en el arte á que tan atrevidamente se dedican una verdadera plaga social.

Si en todo país, en todo lugar es deber del médico salvar el mayor número de existencias que le sea posible, en el Perú cuya población es tan poco densa é insuficiente cada individuo salvado significa una esperanza, cada mujer libertada de la muerte por septicemia ó hemorragia un triunfo para el ginecólogo-partero y quizá una familia más para la labor del porvenir. Si pues, el aborto es tan frecuente, más frecuente talvez entre nosotros que lo que indican las estadísticas francesas, y la retención de parte del huevo su complicación ordinaria y causa principal de sus peligros, un tratamiento que asegure la marcha regular del aborto y prevenga sus consecuencias inmediatas y futuras merece ser estudiado detenidamente. Esta es la razón que me ha decidido á someter á vuestro elevado criterio los resultados que hemos obtenido en el hospital de "Santa Ana" siguiendo el sistema intervencionista que, en la actualidad, cuenta con mayor número de partidarios; pero antes de exponerlos y describir el método adoptado, voy á resumir el estado de la cuestión en los grandes centros científicos europeos, tal como se deduce de las últimas publicaciones pertinentes; así, con argumentos y pruebas, no más pues mi escasa experiencia les daría poco valor, sino de los grandes maestros enemigos de la expectación, apoyado en sus brillantes éxitos y en mis propios resultados, trataré de evidenciar las ventajas que obtienen las enfermas con el empleo esclusivo del sistema evacuador.

Como debe tratarse el aborto incompleto.—Existen hasta ahora en los países que gobiernan los adelantos científicos, dos escuelas que se llaman expectante ó intervencionista.

La escuela expectante francesa se apoya en la gran autoridad del profesor Tarnier y está formada

por sus discípulos. Temeroso de los accidentes á que puede dar lugar el raspado del útero, teniendo en consideración las dificultades de la extracción completa de los residuos por medio de la cureta, dando poco valor á la influencia de estos en las complicaciones del post-abortum, y por último, fundándose en sus estadísticas, concluye el citado profesor "que la expectación y la asepsia rigurosamente hecha bastan para salvar la vida de las enfermas." (1) Sin proscribir de una manera absoluta la evacuación del útero con la cucharilla, que reserva para los casos graves, preconiza las irrigaciones uterinas en la infección y el taponamiento contra las hemorragias. Para comprobar la ineficacia del curetaje como medio evacuador, cita el profesor Tarnier casos en que después de practicada esta operación fueron espontáneamente eliminados trozos de placenta, embriones mutilados, etc.

Tal es también en síntesis la opinión de M. Budin, discípulo y colaborador del ilustre tocólogo, si bien modificada en el sentido de emplear la extracción digital de los restos placentarios y la limpieza del útero con el escobillón de Doleris. (2).

Esta práctica se acerca á la de M. Pinard, inventor del *curage digital* ó sea la evacuación sistemática de la matriz por medio del dedo, de cuyo detalles no hablaré por no hacer demasiado extenso este trabajo.

De entre los más modernos ginecólogos franceses figura en este grupo Lavadie-Lagrave que, confesando los brillantes éxitos que da el curetaje, exagera sus peligros y atribuye gran importancia á la irrigación continua de Schücking. (1).

(1) Tarnier-Traité de l'Art des accouchements. T. II pag. 507.

(2) Sesión del 10 de Diciembre de 1896 de la Sociedad Obstétrica y Ginecológica de París.—"La Semaine Gynecologique". N.º 46.

(1) Lavadie Lagrave et Legueu-Traité Médico.—Chirurgical de Gynecologie.

En Belgica, Charles (2) sin declararse en contra de la intervención instrumental, que reserva á determinados casos, prefiere la *abstención* en el aborto embrionario, el *curage digital* en la retención de placenta. Puede pues llamársele eléctrico.

Este modo de tratamiento cuenta también con adherentes en otros países europeos, entre los cuales podemos citar á Müller (3) de Berna y Abel (4) en Alemania.

(Continuará.)

De un nuevo criterio diagnóstico de la vitalidad de los tejidos en los traumatismos graves de los miembros

Cuando un traumatismo hiere violentamente un miembro puede suspender su vida, sea directamente por el inmediato esfacelo de los elementos constitutivos de la parte afecta, sea de una manera secundaria interceptando las relaciones directas del miembro con los órganos centrales superiores.

En el primer caso el diagnóstico de pérdida de vitalidad es claro, se impone, el miembro está manifestamente perdido; solo habrá que escoger entre la amputación inmediata, quirúrgica, y la cura expectante seguida de la *amputación natural* que ultimamente, preconizada por Reclus, ha encontrado el favor de muchos cirujanos, y representa el límite extremo que se atrevido á alcanzar la moderna cirugía conservadora; pero nunca se podrá esperar la salvación del miembro.

Por el contrario, en el segundo caso el diagnóstico de vitalidad del miembro es muchas veces muy difi-

cil, y otras casi imposible. Es verdad que el cirujano, hoy, con la salvaguardia de la antisepsia, puede retardar su diagnóstico; pero en muchos casos este retardo no está exento de inconvenientes, y hay circunstancias especiales en que el diagnóstico de vida ó de muerte es preciso hacerlo pronto, poco después del traumatismo, y para esto es necesario conocer cuantos más criterios clínicos sea posible, de esta manera se conseguirá un pronóstico más exacto.—La familia misma exige del cirujano le diga si el enfermo tendrá que perder el miembro herido, y la dilación en la respuesta crea desconfianza y provoca una dolorosa expectativa; tampoco esta demora está siempre libre de peligros porque, á pesar de la más rigurosa antisepsia, gérmenes sépticos pueden invadir el organismo y determinar una infección rápidamente mortal.

Un miembro que ha perdido su vitalidad se muestra pálido (á veces cianótico), hinchado, frío, insensible, y sin movimientos activos. Estos son los síntomas más visibles y sobre los cuales generalmente se funda el diagnóstico de vitalidad perdida; pero estos mismos pueden algunas veces engañar á quien los observa, disfrazando ú ocultando cambios nutritivos que aunque mínimos existen todavía, y que, favorecidos, pueden ser bastantes para conservar viva la parte traumatizada.

Es precepto quirúrgico quitar, lo más pronto posible después del traumatismo, todo lo que pueda dificultar excéntrica ó concéntrica-mente la nutrición de la parte; hecho esto, para cerciorarme de la vitalidad del miembro, yo procedo de la manera siguiente: Aplico sobre la parte central y sana del miembro, por encima de la lesión, un lazo elástico de Esmarch y lo dejo *in situ* durante un cuarto de hora más ó menos. Es sabido que á la anemia pasiva producida por la compresión del lazo de Esmarch, sucede tan luego como este se quita una hiperemia activa, debida á

(2) N. Charles—Cours d'Accouchements 1892. T. II.

(3) La Presse Medical octubre 10 de 1896.

(4) Discusión de la Sociedad de Medicina de Berlín, "La Crónica Médica", mayo 31 de 1897.

un estado angioparético de los vasos periféricos, por lo cual la piel se pone encendida.

Sobre esta reacción angioparética de los vasos, provocada por la compresión temporal del lazo hemostático, me fundo para establecer la vitalidad de los tejidos. En todos los casos en que he podido provocarla, á pesar de las condiciones graves en que se encontraba la parte, no he dudado para afirmar la subsistencia de la vitalidad de los tejidos. Es este un criterio diagnóstico que, creo, no ha sido señalado todavía por ningún cirujano; que me parece de alguna importancia por no ser del todo subjetivo como los demás, y porque cuando se produce nos demuestra de una manera positiva que todavía existen relaciones nerviosas y vasculares entre la parte periférica lesionada y las partes centrales sanas, las cuales pueden bastar para sostener la nutrición y por consiguiente la vida.

Callao, febrero 2 de 1899.

DR. TITO COSTA.

TRABAJOS EXTRANJEROS

PROF. BERGER

Consejos prácticos para la administración del Cloroformo

(LA FRANCE MEDICALE)

(Continuación)

ADMINISTRACIÓN DEL CLOROFORMO.—El cloroformizador debe estar cómodamente instalado; tener á su alcance servilletas ó compresas, algunas esponjitas finas ó tapones de algodón montados sobre pinzas, la pinza de lengua, el frasco de cloroformo. Yo administro el cloroformo vertiéndolo, con un cuenta gotas, sobre una compresa de tela ó

un pañuelo de grandes dimensiones, y de tejido un poco grueso.

Esta compresa debe ser plegada en seis ú ocho dobleces, para que la anestesia sea más rápida. Prefiero la compresa á las máscaras y á los aparatos diversos propuestos para llenar el mismo fin, porque ella es el objeto más simple, el que repugna menos al enfermo; su empleo permite el uso fácil de la pinza de lengua y la inspección continua de la totalidad de la cara.

Se vierte diez á doce gotas de cloroformo en el centro de la compresa, y se voltea esta de manera que la mancha esté situada en su cara inferior: la mano izquierda fija el borde superior de la compresa sobre la raíz de la nariz, que se presiona ligeramente entre el pulgar y el medio; la mano derecha sostiene el borde inferior y mantiene la compresa ligeramente plegada á lo largo sobre la línea media de manera de darle la forma de un techo. La mano izquierda es fija; la derecha es móvil, y se separa más ó menos de la cara según que sea necesario aproximar ó separar de ella la compresa por las exigencias de la anestesia.

Precaución esencial.—Al principio de la anestesia, la compresa debe ser mantenida bastante lejos de los orificios de la boca y de la nariz, para evitar que el enfermo sea sofocado por el olor del cloroformo; no se baja sino muy gradual y lentamente, pero el aire siempre debe tener libre acceso bajo su borde inferior. Este no debe nunca estar aplicado contra el mentón, como lo veo hacer á menudo.

Colocada la compresa de esta manera, y su borde inferior mantenido elevado en el principio, se recomienda al enfermo respirar ampliamente con la boca abierta (1). La cloroformización ha comen-

(1) Esto es muy importante, el acceso de los vapores cloroformícos en las fosas nasales da lugar á una sensación de las más penosas, seguida con frecuencia de reflejos de retención respiratoria y de defensa que se evita haciendo respirar por a boca.

zado; á partir de este momento el que da el cloroformo debe entregarse por completo á este trabajo; debe escuchar, mirar y palpar; cada uno de los sentidos en cuestión tiene su papel en la vigilancia de la anestesia.

El oído escucha la respiración, vijila su regularidad, su ritmo, su amplitud; comprueba mejor que la vista sus interrupciones; reconoce inmediatamente la obstrucción de la faringe y de las vías aéreas por las secreciones, el ronquido estertoroso debido al relajamiento de los músculos de la lengua y del paladar. La cadencia regular es el caracter esencial de una respiración normal, y la oreja está hecha para medir la cadencia.

El ojo le sirve de ayuda, comprobando la ampliación de la caja torácica en cada inspiración; cuando esta falta, busca los movimientos respiratorios que no pueden percibirse sino en el hueco epigástrico y el abdomen. Mal signo; pero tiene otra cosa que hacer; observa la coloración general de la cara y la de los labios en particular, la turgescencia de las venas del cuello, el estado de los globos oculares y de las pupilas, el de los párpados. Volveré á ocuparme de cada uno de estos puntos.

El dedo no permanece inactivo; tiene la vijilancia del pulso, solicita por intervalos el reflejo palpebral; interroga por pellizco ó presión los reflejos vasculares en la cara y particularmente en los labios; la presión del dedo pequeño de la mano derecha hace reconocer, de tiempo en tiempo, cual es el estado de contractura ó de relajamiento de las mandíbulas. Por lo demás, el dedo pequeño está admirablemente colocado para sostener el anillo de la pinza de lengua, y ejercer sobre el una lijera tracción.

En fin, *la nariz* acercada á la compresa, os enseña mejor que la vista el momento en que debe ver-

tirse sobre esta una nueva provisión de cloroformo.

Otros operadores tendrán probablemente distinta manera de observar y seguir los fenómenos de la anestesia, como otra manera de administrar el cloroformo; no la discutido, expongo, dijo, con detalles que pueden parecer pueriles, pero que son necesarios, lo que me ha dado siempre éxito y como reparto mi observación durante la administración del anestésico.

Inmediatamente que la mancha del cloroformo comienza á secarse y que su olor se atenúa, vierto una nueva cantidad en la cara superior de la compresa y la volteo. *Regla absoluta: El cloroformo debe ser administrado de una manera continua durante los primeros periodos de la cloroformización; con intermitencias regulares á partir del momento en que se ha llegado al periodo de tolerancia anestésica, y que el enfermo se encuentra anestesiado y en resolución.*

Sigamos pues la observación de los fenómenos determinados por la administración del cloroformo, y esta administración misma durante los diversos periodos de la cloroformización.

La administración del cloroformo pasa por tres periodos sucesivos, que son: el periodo del principio, el periodo de excitación, el periodo de resolución ó tolerancia.

Periodo del principio.—Para que una cloroformización sea regular y verdaderamente buena, este periodo no debe estar marcado por ningún fenómeno apreciable, por ninguna modificación del estado fisiológico: es lo que sucede cuando se emplea buen cloroformo y se administra bien. A medida que se aproxima la compresa á la boca, que se estrecha la cloroformización, el enfermo se queja un poco del olor: "Qué malo es lo que me dáis"... trata de desviar la cabeza; detiene algunas veces su respiración para hacer inspiraciones precipitadas, como si quisiera acelerar la acción

del anestésico; se admira, se inquieta de no dormir todavía. Es necesario dirigirle algunas palabras para tranquilizarlo, asegurarle que va á dormirse, sin darse cuenta de ello; se le pregunta de cuando en cuando, "Oís ruido"?... "Oigo campanas, oigo el ruido de carruajes, oh! qué silbido..." El enfermo va á pasar al período de excitación: las alucinaciones, ó más bien las sensaciones subjetivas del oído, tan variables pero casi siempre presentes, son el signo cierto. Hasta aquí el pulso ha sido emocional, casi siempre frecuente; la fisonomía no se ha modificado, los ojos cerrados voluntariamente y abriéndose por intervalos; pero la escena puede ser muy diferente.

El período del principio, cuya duración es extremadamente variable, que por ejemplo, es siempre más largo en las personas nerviosas, puede presentar dificultades que se ha juzgado algunas veces invencibles, que pueden ser el presagio de accidentes más graves, y que siempre ó casi siempre dependen de que se emplea mal cloroformo, ó de la mala manera como se administra el anestésico.

Son primero defensas. El enfermo rehúsa respirar, retiene el aire inspirado; después, no pudiendo más, trata de desviar la cabeza; se le sujeta, ensaya desprenderse dando violentas sacudidas á la derecha y á la izquierda, levantándose, luchando; está rojo púrpura, con las venas del cuello hinchadas, se asfixia, mientras los ayudantes lo inmovilizan y mantienen por fuerza la compresa del cloroformo sobre su nariz. Se cree que se halla en el período de excitación; no es así, no se halla sino en el principio, pero demasiado bruscamente sorprendido por el cloroformo, rehúsa respirarlo y no pudiendo respirar otra cosa, se defiende y se asfixia.

Con ó sin fenómenos tumultuosos, se ve sujetos que, desde las primeras inspiraciones, se ponen á toser; esta tos que se acompaña de congestión de la cara, seguida de

hinchazón de las yugulares, á veces de cianosis, es producida lo más á menudo por una acumulación de líquido que obstruye la laringe y probablemente también la entrada de los conductos aéreos. Hay salivación y al mismo tiempo hipersecreción brónquica.

He visto á esta tomar proporciones terribles en enfermos atacados de una afección aguda de las vías respiratorias, que era necesario dormir para una operación. Esta hipersecreción, que resulta de la acción irritante del cloroformo, y particularmente del cloroformo malo, puede producirse sin tos, sin defensa aparente; se continúa entonces durante gran parte de la cloroformización, ó en toda ella.

Las dificultades de este orden, la imperfección de la respiración, la extásis venosa que es su consecuencia, la exagerada tarea impuesta al corazón son las condiciones más propicias para que se produzcan accidentes inmediatos ó tardíos, la síncope cardíaca ó respiratoria. Así nunca se insistirá demasiado sobre la necesidad de evitarlas á toda costa.

Otro accidente que retarda el principio de la cloroformización, pero que no tiene la misma importancia, son los vómitos que sobrevienen frecuentemente en las personas nerviosas y en los niños. Es necesario interrumpir la administración del cloroformo cuando ellos se producen; desocupar, con una esponja montada, la faringe y la boca de las materias que se han acumulado en ellas; y continuar la cloroformización inmediatamente que sea posible.

He dicho que casi siempre las dificultades del principio dependen de que se emplea mal cloroformo ó de que se administra mal; no acabaría de explicarme sino diera ejemplos de ello. He visto un niño, hijo de uno de mis colegas, á la operación del cual asistía como amigo, permanecer tres cuartos de hora asfixiándose sin absorber cloroformo; tomé el frasco; exhalaba un clor de eter clorocarbónico que irritaba la

garganta; di un salto donde el farmacéutico mas vecino donde tomé cloroformo muy ordinario; diez minutos después, el niño dormía tranquilamente. Son estos accidentes los que han hecho nacer la leyenda de enfermos que no pueden ser cloroformizados—Hace doce años, uno de mis colegas y mejores amigos me suplicaba fuera á prestarle mi concurso á Cannes, para una señora, en la cual debía practicar esa mañana una ovariectomía, y que había tenido que renunciar á dormirla después de una hora y media de luchas y accidentes de los mas alarmantes. Atendí á su llamada; llegado después de las doce del día siguiente, veía á la enferma muy alentada por la competencia especial que ella me suponía en la materia, y más todavía cuando le presentaba mi cloroformo como el mejor del mundo. Al día siguiente la anestesié sin dificultad alguna, la operó mi colega, vive todavía hoy. No empleé sino cloroformo excelente, presentado al enfermo con precaución, sin brusquedad y sin sorpresa, y quedaréis admirados de la facilidad con que lo aceptará.

El período de excitación, como acabo de decirlo, casi siempre se anuncia por sensaciones subjetivas de sumbidos, de silvidos, de sonidos de campanas; se subdivide en dos tiempos que importa distinguir con cuidado: el primero, de *excitación locuaz* que yo llamo también de *excitación conciente*, falta con frecuencia; está caracterizado por una necesidad de hablar, que degenera á veces en un delirio locuaz donde las emociones tristes, tiernas, religiosas ó violentas predominan según la naturaleza del sujeto; es este momento el que temen algunos enfermos que saben *se habla* bajo la influencia del cloroformo; los nerviosos particularmente, y por consiguiente las mujeres, están más predisuestas que los otros; pero es postestativo del cloroformizador abreviar y hasta suprimir enteramente esta fase acelerando un poco la administra-

ción del anestésico. Mientras dura esta agitación, la cara se halla animada, el ojo brillante, el pulso rápido; el enfermo oye todavía perfectamente lo que se le dice, responde, no está anestesiado, posee todos sus reflejos; poco á poco la agitación locuaz se pierde en una habladería, en un baluceo confuso; después cesa, el sujeto no parece ya reaccionar á las excitaciones, parece dormido; no se halla sino en estupor clorofórmico, la verdadera excitación no se ha producido todavía.

Esta es la *excitación inconciente que nunca falta*, pero que es á veces fugaz y puede pasar desapercibida; derrepente se ve al enfermo alzar la cabeza, hacer como un esfuerzo para levantarse; en este momento, de ordinario, la cara está congestionada, el ojo fijo, la respiración se detiene ó es laboriosa; hay como una contracción generalizada que lleva el cuerpo á la flexión hacia adelante; los miembros están rígidos. Pasados algunos segundos, algunos minutos de esta especie de tetanización, el enfermo vuelve á caer suavemente hacia atrás; la cara palidece; la respiración regular se restablece con algunas inspiraciones profundas; los miembros, todos los músculos se relajan; el enfermo está en la resolución, está dormido.

La comprobación de este período de excitación inconciente, *caracterizado por el levantamiento de la cabeza*, es lo que tiene mas importancia en toda la cloroformización; es un punto de mira preciso que permite anunciar que la resolución clorofórmica no se ha obtenido todavía ó que va á producirse. Se confunde á veces con el período de excitación locuaz, ó al menos le sucede inmediatamente; el levantamiento de la cabeza y del tronco se producen algunas veces mientras el enfermo se entrega á una agitación tumultuosa; importa esperar este momento y sorprenderlo á su paso; mientras no se haya visto producirse esta contracción, el enfermo puede estar

insensible, adormecido, pero no podemos tener seguridad de que se halla verdaderamente dormido.

Es este período de excitación, y en particular el de excitación inconsciente, el momento verdaderamente crítico para los alcohólicos; en ellos adquiere una duración y una intensidad á menudo increíbles; degenera á veces en un verdadero acceso de alcoholismo agudo. Presenta en estas condiciones peligros reales á causa de la irregularidad, de las suspensiones de la respiración, de la fatiga cardiaca, del ataque de los centros nerviosos que lo acompañan; para abreviarlo, para evitar sus peligros, debe forzarse las dosis del cloroformo; lo que no deja de tener grandes inconvenientes, pues cuanto mas larga y violenta sea la excitación, mas restringidos serán los límites del período de tolerancia y se puede temer pasarlos y llegar á los fenómenos de intoxicación y de sobrecarga clorofórmica, sin que el enfermo haya pasado, en apariencia al menos, por el período de resolución.

Vigilad pues la rigidez muscular, vigilad ese levantamiento característico de la cabeza que os anuncia que la resolución y la anestesia están próximas, que os advertirá también que el instante mas difícil y á veces verdaderamente peligroso de la cloroformización ha llegado.

(Continuará)

Sociedad

francesa de Electroterapia

SESIÓN DEL 16 DICIEMBRE DE 1898

Presidencia de M. Doumer

Ensayo sobre el tratamiento de las litiasis por las corrientes de alta frecuencia.

El Dr. Moutier da cuenta de una serie de observaciones relativas á enfermos atacados de litiasis biliar y renal, que ha tratado con buen

éxito por las corrientes de alta frecuencia.

Demuestra que el tratamiento eléctrico puede reemplazar en ciertos casos la cura termal.

Estos resultados están conformes con los que nos enseña la teoría: El Prof. Bouchard ha demostrado, en efecto, que las litiasis son afecciones debidas á una lentitud anormal de la nutrición, mientras que el Prof. D'Arsonval nos ha enseñado que las corrientes de alta frecuencia son uno de los medios mas enérgicos para activar la nutrición.

Seis años de practica electroterápica en ginecología, tratamiento de las endometritis según el método del Dr. Apostoli.

La doctor Mme. Kaplan-Lapina hace conocer los resultados que ha obtenido en los numerosos casos de endometritis que ha tenido que tratar en el curso de su práctica. Este trabajo, acompañado de trece observaciones, la ha conducido á formular las conclusiones siguientes:

1.^a El tratamiento mas rápido y mas eficaz de la endometritis fungosa y de la consecutiva á una retención placentaria es el curetaje, seguido ó no de la aplicación de los diversos tópicos antisépticos intrauterinos.

2.^a La endometritis catarral complicada de lesiones anexiales no supuradas y de un estado constitucional neuro-artrítico mas ó menos marcado, es particularmente justificable de un tratamiento eléctrico local y general apropiado (según el método de Apostoli.)

3.^a Localmente, el tratamiento de elección será la galvanocáustica química intra-uterina, repetida dos á tres veces por semana, durante 10 á 15 aplicaciones, á dosis progresivamente crecientes.

4.^a El tratamiento general adicional será, según la preponderancia relativa de la neurastenia hística ó artrítica, sea la estática, sea la alta frecuencia, ó bien los dos modos asociados.

FORMULARIO

Contra la sarna

Naftalina	1 partes
Lanolina.....	9 —
M.	

Usos: Una ó dos fricciones bastan para curar.

* *

Vegetaciones

(*Silbexmintz*)

Colodion ricinado.....	8 partes
Resorcina.....	2 —
M.	

Usos: A la primera aplicación las vegetaciones se arrugan; á las dos ó tres se desprenden, dejando una escoriación que cura con la sola aplicación de polvos astringentes.

* *

Dipsomanía

Apomorfina	20 centg.
Tintura de colombo....	30 gramos
„ de cápsicum	XV gotas
„ de nuez vómica	30 gramos
„ de quina com- puesta.....	50 —

M.

Dosis: Tomar una cucharadita después de las comidas en un poco de agua.

* *

Sacaruro granulado de brea

Brea vegetal.....	25
Tintura de tolú.....	50
Polvo de lirio.....	25
Polvo de regaliz.....	25
Azúcar granulada	920

Disuélvase la brea en la tintura de tolú (que se emplea á título de correctivo en vez del alcohol), y viértase esta solución en el alcohol S. A.; manténgase el sacaruro sobre el baño de maría hasta la volatilización del alcohol, punto que se alcanza cuando el granulado, después de haber mostrado tendencia

á la desecación, se humedece de nuevo, volviéndose viscoso por fusión de las resinas; retírese entonces la paila del baño de maría, y cuando el sacaruro esté medio frío mézclesele con los polvos de regaliz y de lirio. Pásese por tamiz.

Título, 275 por 100; una cucharada de café contiene 0'10 de brea.

* *

Intermitentes rebeldes

(*Bacelli*)

Sulfato de quinina....	4 gramos
Tartrato férrico-potásico.....	10 —
Acido arsenioso puro..	10 centg.
Agua destilada.....	300 gramos

Usos: El primer día que sigue al acceso de fiebre, el enfermo toma de hora en hora una cucharada de esta disolución; el segundo día se administra una cucharada cada tres horas, y en los días siguientes con intervalos mayores.

* *

Tisis pulmonar

(*Gram*)

Carbonato de creosota	10 gramos
Oxido de magnesia.....	5 —
Polvo de regaliz... }	aa 6 gramos
„ de carragahen.... }	

M. y H. S. c. 100 píldoras.

Dosis: De 9 á 20 al día y aun mas.

Publicaciones Recibidas

Traitement des Dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques.—Lecciones dadas en el hospital Broca-Pascal por *L. Brocq*, médico de los hospitales, recogidas por el Dr. Déhu.—1 vol. en 8.º cuadrado, de 288 págs. con 20 fig. empastado á la inglesa—Precio 6 francos.

Georges Carré et C. Naud, editores, 3 rue Racine —Paris.

Desde su introducción en la terapéutica dermatológica, los métodos quirúrgicos han sido objeto de un favor siempre creciente, y sus aplicaciones se hacen cada día mas-numerosas.

Importa pues que todos los prácticos los conozcan y sean capaces de recurrir á ellos si las circunstancias lo exigen. Para los que habitan los grandes centros y pueden seguir los servicios hospitalarios de dermatología, nada mas simple que instruirse con el ejemplo de los maestros y familiarizarse *de visu* con la técnica operatoria. Pero los médicos que no pueden frecuentar las clínicas especiales tropiezan con frecuencia, á propósito de la menor intervención, con pequeñas dificultades imprevistas que los embarazan y los detienen.

Si, por ejemplo, consultando para un caso dado su tratado de enfermedades cutáneas, encuentran en el recomendado el *raspado* ó *escarificación*, esta simple indicación no les revela absolutamente el medio de realizar el tratamiento. Como debe practicarse la operación? Qué instrumentos conviene emplear? Como deben usarse? Puede recurrirse á la anestesia y por que procedimiento? Cuál debe ser la curación consecutiva?

El libro que acaba de publicar el doctor Brocq tiene precisamente por objeto reponder á todas estas preguntas. Es, al mismo tiempo, el resumen de la experiencia personal del autor en todo lo concerniente al tratamiento quirúrgico de las dermatosis. No solo los procedimientos técnicos, sino también las indicaciones y los resultados de cada método, están expuestos allí con esa precisión y prolijidad de detalle, que caracterizan la enseñanza del eminente médico del hospital Broca-Pascal.

Ensayos de Seroterapia en la tuberculosis siguiendo el método del prof. Maragliano, hechos en la

Clínica Médica de la Universidad de Génova por el Dr. G. ZANONI.

La Radiographie et la Radioscopie cliniques, par le Dr. Régnier, chef du Laboratoire de radiographie á l'hopital de la Charité. 1 vol. in-16 carré de 100 pages, avec 11 figures, cartonné. (*Actualités Médicales*). . . . 1 fr. 50.

Librairie J. B. Bailliére et fils —19 rue Hautefenille (pres du boulevard Sain Germain), á Paris.

Método que debe seguirse en el estudio de la medicina, trabajo leído en la Sociedad "Amantes de la Ciencia" por don César Sánchez Aizcorbe.

Lima-1898.

ACABA DE APARECER **Anatomie des Regions** en sus relaciones con la medicina y la cirugía por el DR. GEORGE MAC-CLELLAN, D. M., profesor de Anatomía descriptiva y Topográfica en la Escuela de Anatomía de Filadelfia. *Ilustradas con fotografías que el autor ha hecho de preparaciones anatómica diseccionadas exclusivamente para esta obra; las planchas han sido coloreadas por él del natural.*

El médico que suscribe, certifica que ha usado con buen éxito la Emulsión de Scott en la bronquitis, raquitismo y afecciones escrofulosas; y ha preferido siempre esta preparación en las enfermedades indicadas porque es mas asimilable y de mejor gusto que el aceite de hígado de bacalao puro.

Piura, enero de 1893.

Dr. Juan B. Cueva.

El mal gusto y el olor del aceite de hígado de bacalao no se notan en la Emulsión de Scott, gran medicina para adquirir fuerzas y recuperar carnes.