

# CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XVII }

LIMA, 31 DE MAYO DE 1900.

{ N.º 274

## TRABAJOS NACIONALES

### El decúbitus acutus como complicación de la histerectomía vaginal

El 16 del presente el Doctor Carvallo practicó la *histerectomía vaginal*, siguiendo el procedimiento de hemisección anterior de Doyen, á la enferma que ocupa la cama N.º 8 de la sala de la Merced del hospital de Santa Ana y en donde funciona la clínica ginecológica.

Esta enferma afectada de *perimetro-salpingitis supurada* terminada por la formación de un absceso pelviano del lado izquierdo, fué tratada, primero por la *laparotomía extra peritoneal*, seguida de punciones que no dieron en foco, por lo que el Doctor Carvallo manifestó la necesidad de proceder por la vagina, siguiendo la práctica de Pean, Segond, Pozzi y Richelot que, en casos semejantes, practican la histerectomía. Si la multiplicidad de adherencias no permiten sea total, se limita á la extirpación del útero solo y aún incompleto, realizando lo que han denominado la *histerectomía vaginal evacuadora* (Pozzi), que pone á las operadas en muy buenas condiciones de curación.

La operación fué bien laboriosa

el útero, como dice el Doctor Pozzi, se encontró en este caso inmóvil, no bajaba de manera alguna, al rededor de él todo estaba espesado, friable y sangraba. No obstante, la operación fué llevada á término con la extracción total del útero, habiendo quedado establecida la hemostasis de los ligamentos anchos con las dos pinzas elásticas grandes de Doyen, una para cada uno, y por seguridad, las dos pequeñas de refuerzo.

Ningún accidente sobrevino durante el curso de la operación, y después de ella no se presentaron las complicaciones inmediatas ó mediatas señaladas en estas grandes intervenciones, la temperatura se mantenía normal el siguiente día 17 y en la mañana del 18; pero en la tarde subió á 39°, y en la mañana del 19 á 38°.

Impuesto de esta elevación el Catedrático, en la visita de la mañana, la juzgó insólita y no en relación con el estado de la enferma, y habiéndose procedido á un minucioso exámen de ella, el alumno de guardia hizo notar una escara en el lado izquierdo de la región sacra, la cual no la tenía el día anterior. El Doctor Carvallo indicó que tal era la causa de la elevación de temperatura, presentando la enferma como complicación tardía de la histerectomía, en ella practicada, el decubitus acutus, y

se expresó en los siguientes términos:

#### Señores:

Esta enferma en la que hemos practicado hacen tres días la *histerectomía vaginal* sin presentar ninguna de las complicaciones que se desarrollan como consecuencia de estas intervenciones, viene hoy á ser interrumpida en su bienestar por una elevación de temperatura hasta 39°, y con ella, la aparición súbita de una escara ocupando el lado izquierdo de la región sacra, dolorosa, muy sensible á la presión y que constituye para la enferma, en este momento, su único sufrimiento.

Esta escara no la tenía ayer, se ha presentado rápidamente, y es fácil para ustedes distinguirla de las que con frecuencia han visto formarse en la región sacra de los enfermos condenados, por distintas enfermedades, á una hipostasis prolongada. Esas escaras, á diferencia de la que nos ocupa, se ven venir: se nota en los sitios que soportan la presión, primero una rubicundez que vá acentuándose, se ennegrece en su centro, viniendo después un trabajo de eliminación; pero todo ello dura algunos días, se presienten, á diferencia de esta que nos sorprende y que solo la elevación térmica ha hecho descubrir.

Pues bien, estamos señores en presencia de una complicación posible, rarísima después de la *histerectomía vaginal*, y solo la lectura que hice de un magnífico artículo publicado por el señor Segond en el primer fascículo de la Revista de Ginecología y cirugía abdominales, en enero de 1897, con el título de: *El decubitus acutus, complicación posible de la histerectomía vaginal*, me pone en el caso de diagnosticarla, señalándola como un caso tal y aprovechar esta ocasión, que quizá no se repita, de llamaros la atención sobre ella y poder deciros algo sobre su historia, sus caracteres clínicos, etio-

logía, patogenia, pronóstico y tratamiento.

El *decubitus acutus* es la expresión nosológica metonímica creada por Samuel para designar la formación rápida de escaras en el curso de ciertas enfermedades. Este desorden trófico, parte del síndrome de ciertas afecciones del aparato cerebro-espinal, fué señalado dor vez primera por Benjamin Brodie en 1837. Este cirujano vió formarse una escara al segundo día de un traumatismo de la médula (1).

Hechos análogos fueron sucesivamente señalados por Bright, Jeffrys, Olivier d'Angers, Gurlf, Brown-Sequard, pero es á Mr Charcot (2) á quien se debe una historia verdaderamente nosológica del mal.

El ha dejado perfectamente establecidas las principales circunstancias en las cuales se produce el *decubitus acutus*; ha precisado las afecciones del cerebro y de la médula espinal bajo cuya influencia se genera; las variedades de sitio y evolución que presenta, y ha ido hasta discutir y fijar la teoría patogénica á la que debe atribuirse la producción de este desorden trófico, que como hemos dicho ya queda aceptado como formando parte del síndrome de buen número de afecciones del aparato cerebro-espinal.

Registrando la literatura médica llegamos á encontrar que es Leprevost, del Havre, el que, en una interesante comunicación presentado en la 6.ª sesión del congreso francés de cirugía, en París, 1892, sobre "Las gangrenas consecutivas á las reseciones sacro coxigias", describió por la primera vez, entre las complicaciones precoces de esas operaciones, lesiones que "por su aspecto, sitio, aparición súbita y rápida evolución, ofrecen todos los caracteres de los desórdenes tróficos de origen espinal de-

(1) Injuries of the Spinal Cord, in Med. Chir Transact t x.

(2) Leçons sur le systeme nerveux—2 edición, T. I., pag. 65.

signados por Samuel bajo el nombre de Decubitus acutus", y que también había estudiado Charcot refiriéndolos á las afecciones cerebro-espinales.

En 1894 en París, Moresteim, en su tesis sobre "Las operaciones que se practican por la vía sacra", se ocupa de la mayor ó menor frecuencia del decubitus acutus en esas operaciones.

Después de Leprevost, dice el señor Segond fácil sería, sin citarlos, reunir numerosos casos que generalizan la cuestión y demuestran que el decubitus acutus es una complicación posible después de las operaciones en las que los nervios de la pelvis son estirados, cortados ó comprimidos.

En cuanto á lo que á la ginecología operatoria se refiere, si bien el señor Segond, en junio de 1899, observó un caso muy claro en una joven de 30 años, laparotomizada por supuración pelviana, su observación quedó inédita. Después, los señores Terrier y Hartman observaron tres casos entre 36 hysterectomías, pero no hicieron hincapié en esa complicación: su objeto fue otro, y lo dice el título de su trabajo "*Resultados inmediatos y lejanos de la hysterectomía vaginal en el caso de cáncer del útero*"—París 1892. Pero á quien corresponde el honor de haber sido el primero en clasificar y admitir el descubitus entre las complicaciones de la hysterectomía vaginal es á Baudron, quien hizo de ese desorden trófico un estudio particular en su tesis inaugural presentada en París, 1894, bajo el título "*La hysterectomía vaginal aplicada al tratamiento quirúrgico de las lesiones bilaterales de los anexos del útero*". En 1896 Legueu leyó en la 1.<sup>a</sup> sesión del congreso periódico de ginecología, obstétrica y pediatría de Burdeos una comunicación titulada "*De las escaras sacras consecutivas á la hysterectomía vaginal*", siendo muy sensible que olvidase por completo la prioridad que en este asunto pertenece á Baudron.

El decubitus acutus es una complicación muy rara de la hysterectomía vaginal; así lo manifiestan las observaciones de Baudron, quien, en 542 hysterectomías practicadas por Segond, sólo encontró esta complicación en 6 casos. Citaré también las tres observaciones de Terrier y Hartman en 36 hysterectomizadas. Por lo que á mi respecta, en 6 hysterectomías que he practicado, 2 por cáncer, 1 por inversión uterina por fibroma implantado en su fondo, y 3 por supuraciones pelvianas, es la primera vez que se me presenta.

De las observaciones de Baudron resulta que este accidente se observa de preferencia en las enfermas jóvenes, entre 29 y 36 años. La nuestra tiene 26 años.

Cuatro de los 6 casos de Beaudron han sido observados en enfermas que tenían lesiones inflamatorias peri-uterinas como en nuestro caso.

No parece influir en manera alguna en la aparición del decubitus la duración del acto operatorio: 5 de los casos de Segond fueron operaciones que no duraron más de media hora, una sola duró una hora. Nuestra hysterectomía fué practicada en 45 minutos.

En cambio, tiene alguna influencia el tiempo de sufrimiento ó de enfermedad: 5 de las enfermas de Segond sufrían desde hacía largo tiempo; 1 sola era de data reciente. En el caso que motiva esta lección se trata de una anexitis iniciada hacen 7 meses.

Las operaciones laboriosas predisponen á esta complicación. No suele observarse en las hysterectomías por cáncer ó tumor fibroso, en que la operación es simple. Lo inverso sucede en las operaciones laboriosas, en que hay que destruir adherencias y comprimir ligamentos suculentos, lo que impone casi su trituración, como ha sucedido en el caso que nos ocupa.

La característica clínica de esta complicación está en su aparición brusca, como hemos podido apreciar en nuestra enferma. Se pre-

senta generalmente entre el 3.º y 4.º día después de la operación. La hemos visto coincidir en nuestro caso, y esto sucede siempre, con una elevación notable de la temperatura. Un dato clínico de suma importancia es la unilateralidad de la escara; en nuestra enferma ocupa el lado izquierdo de la región sacra; carácter que la diferencia del decúbitus crónico, en el que generalmente son medias. La escara, muy dolorosa á la presión, está rodeada por una zona eritematosa y descansa sobre tejidos tumefactos.

La evolución de estas escaras, el trabajo de eliminación y reparación se desarrollan sucesivamente y van á una cicatrización definitiva.

La escarificación brusca, los caracteres clínicos que hemos señalado y que venimos estudiando en esta enferma, corresponden exactamente á la descripción clásica del decúbitus acutus de causa espinal, y principalmente á la del decúbitus consecutivo á las lesiones traumáticas de la médula. Descripción que encontraréis en la Patología interna y allí vereis la observación de Ashurt, quien ha manifestado que el desorden trófico tiene mayores probabilidades de producirse á medida que la herida interesa una parte más inferior de la médula, circunstancia que es favorable á la interpretación patológica del decubitus acutus en el caso de histerectomía vaginal. Si existe tan marcada analogía entre estos procesos, todos deben ser justificables de una misma interpretación. Pero no siendo de mi competencia entrar en este estudio, sólo dejaré constancia de las conclusiones que dejó establecidas el Profesor Charcot en su estudio fundamental á que ya hice referencia: los lesiones del decúbitus acutus son desórdenes trópicos consecutivos á lesiones irritativas de los centros nerviosos ó de los nervios.

Ahora bien, aplicando la analogía que existe en los caracteres

clínicos á la interpretación patológica, diremos con el Prof. Segond: "El decubitus de las histerectomizadas es un desorden trófico provocado por la propagación de las lesiones nerviosas irritativas que resultan de la forcipresión ó de las tracciones sufridas por los tejidos peri-uterinos"

Evidentemente que al practicar la hemostasis de los ligamentos anchos en el curso de la histerectomía vaginal, las pinzas ejercen constricción y magullan los tejidos y con ellos filetes nerviosos más ó menos importantes; el proceso irritativo que de allí resulta, puede ascender á lo largo de los nervios de la pelvis hacia los centros medulares y de aquí los desórdenes tróficos del lado de la piel.

Esta interpretación, modestamente consultada por el Prof. Segond á su colega y amigo el Dr. Babinski, tuvo de parte de este su aprobación aceptando la existencia de un decúbitus acutus consecutivo á la irritación mecánica de los nervios pelvianos.

Las lesiones del decúbitus acutus no parecen modificar, ni influir, en el pronóstico. Tal se deduce del estudio de Baudron, quien afirma que las 6 enfermas del Dr. Segond curaron, si bien pudo retardar algo la curación. No obstante, por los sufrimientos que ocasiona, como vemos en nuestra operada, y por los gastos de la supuración en enfermas que tiene un largo pasado patológico, debemos considerarla como una complicación desgraciada.

El tratamiento obedece á las mismas indicaciones, que todo proceso de mortificación. Cuidaremos de dar á la enferma una posición conveniente que impida la presión que le es dolorosa, poniéndola alternativamente en el decúbito lateral derecho ó izquierdo, ya poniendo un anillo de jebe.—La someteremos á rigurosos cuidados de antisepsia y facilitaremos el trabajo de eliminación de la escara

exisándola parcialmente con las tijeras. Por último, se empleará la medicación tónica reclamada por el estado general de nuestra operada.

Dejo así espuestas las ideas que respecto á esta complicación poseo. Hago votos por que ella no altere la marcha de nuestra intervención, y porque las histerectomias que Uds. practiquen en el curso de su carrera profesional sean ajenas á esta, como á toda complicación.

Lima, mayo de 1900.

### Específico de las enfermedades bacterianas

Hemos leído en el número 19 de la *MEDICINE MODERNE* correspondiente á este año, un artículo del Doctor Gaube finalizado por estas pomposas expresiones: "Sea de ello lo que fuere, respecto al valor de estas experiencias, tengo la convicción de que acabo de suministrar á la medicina el arma más poderosa que haya jamás conocido para la defensa del hombre".

Se refiere á un compuesto químico nuevo, de propiedades terapéuticas benefactoras en alto grado, es decir, *iodobenzoilioduro de magnesio*.

No es esta la primera vez que se lanzan al campo médico anuncios tales de prodigio. Por desgracia algunos de ellos después de haber conmovido á la humanidad y llenádola de risueñas esperanzas, se han derrumbado con un estrépito en razón directa del entusiasmo despertado en el condenado á morir que anhelaba una curación imposible, ó en el curable que creía ver muy disminuido el ciclo evolutivo de su mal.

La decantada linfa del doctor Koch no nos dejará mentir.

Pero no sera lo mismo con el remedio descubierto por el doctor Gaube, pues por lo menos tiene

bases en que apoyarse, que si no nos hacen pronunciar por una decidida credulidad, por lo menos nos inclinan á experimentar con entusiasmo su medicamento.

El nombre del compuesto nos dice que está formado de sustancias antisépticas cuya manera de acción aún se nos escapa. Conocemos el modo de obtener la inmunidad y el suero inmunizante contra varias enfermedades microbianas por medio de inyecciones en animales sanos de la toxina bacteriana y el tricloruro de iodo, pero no sabemos á punto fijo como obra el tricloruro para producir esta inmunidad.

¿Será porque el tricloruro ataca de hecho la vitalidad de las bacterias? ¿Se tratará de aquella mineralización de que nos habla el doctor Gaube? Es posible aún presumir que el tricloruro obre disminuyendo la virulencia microbiana, ó excitando el poder leucocitógeno de los órganos linfoides, ó por una acción quimiotáctica positiva favoreciendo la fagocitosis, ó estimulando en fin los poderes éxito-eliminador y éxito transformador con que el organismo se defiende de las colonizaciones microbianas.

El iodobenzoilioduro de magnesio nos presenta ahora todas estas acciones ó algunas de ellas, en mayor grado que el tricloruro, según lo dice la experiencia obtenida por Gaube en las siguientes enfermedades.

**Antrax.**—Se hacen una ó dos inyecciones de 2 c. cúb. cada una del soluto de iodobenzoilioduro en la base del tumor, cuidando de que la aguja vaya paralelamente á la piel y de la periferia al centro. El dolor decaparece con rapidez y el ántrax comienza á resolverse al cabo de 12 horas.

**Adenitis agudas.**—Las de origen microbiano desaparecen con tal rapidez bajo la acción de una ó dos inyecciones de 1 á 4 c. cúb. según el sujeto, que puede decirse que después de conocido este remedio, no deben haber más adenitis supuradas.

**Adenitis crónicas.**—Son muy rá-

pidamente modificadas por las inyecciones sub cutáneas del soluto.

*Pústula maligna.*—En cualquiera parte del cuerpo se hacen dos inyecciones de 4 c. cúb. cada una y con 24 horas de intervalo. El estado general y el local se mejoran muy rápidamente, el edema desaparece y las vesículas se aplanan prontamente.

*Influenza con ó sin fiebre.*—Es curada en 48 horas por una inyección de 4 c. cúb. de la solución.

*Pneumonia.*—De 1 á 4 c. cúb. de una inyección en cualquiera parte del cuerpo, baja la temperatura por lo menos de 1 grado en 12 horas. En los casos lijeros basta una inyección; en los más graves 2 y aún 3 con 12 horas de intervalo.

*Pleuro-pneumonia tuberculosa de los niños y de los adolescentes.*

—Esta enfermedad principia como la pneumonia ordinaria por calorío, dolor de costado, temperatura elevada; el derrame pleurítico es poco abundante, el soplo de la pneumonia es intenso al nivel del tercio medio del pulmón ó al nivel de la fosa supra espinosa; á menudo esta pneumonia tuberculosa aguda interesa el pulmón izquierdo. Se practica cada tres días una inyección de 2 c. cúb. Después de la tercera inyección se hacen otras solo de 8 en 8 días. La enfermedad se yugula en 5 ó 6 semanas.

*Bronco-pneumonia gripal.*—Las inyecciones de soluto son seguidas de una mejoría tan rápida como en la pneumonia franca, el mayor tiempo de su evolución ha sido de 72 horas. Hoy no se debe morir ni por esta enfermedad ni por la pneumonia franca.

*Tuberculosis pulmonar.*—La tuberculosis en primer grado se cura, mediante inyecciones de 2 c. cúb. de iodobenzoilioduro de magnesio cada 5 días, ó de 3 c. cúb. cada 8 días; según el estado general y local se van distanciando más hasta suprimir el número de las inyecciones.

Los análisis de los esputos practicados por M. Billon en un caso

de tuberculosis en segundo período con abundante hemoptísis han sido concluyentes.

He aquí los resultados de estos análisis:

*1er análisis:* Los esputos tratados por el método de Ehrlich, ostentan bacilos tuberculosos bastante numerosos y reunidos algunas veces en masas pequeñas. Los esputos no contienen hematíes ni células de epitelio vibrátil ni fibras elásticas. Se practica una primera inyección de 3 c. cúb. del soluto al día siguiente de este análisis y una segunda después de 8 días.

*2º análisis:* Los esputos recogidos el segundo día después de la segunda inyección, se presentan bajo la forma de pequeñas masas grisáceas que nadan en un líquido opalino.

Su olor es nulo, su reacción es débilmente alcalina. Examinados sin coloración, se muestran formados al microscopio, por los elementos siguientes:

- 1.º células epiteliales en degeneración grasosa;
- 2.º Glóbulos grasientos;
- 3.º Numerosos glóbulos blancos.
- 4.º Flora bacteriana muy variada donde domina la forma á estreptococos. No hay hematíes, ni células de epitelio vibrátil, ni fibras elásticas.

En varias de las preparaciones examinadas no se han encontrado bacilos tuberculosos; en algunas otras se han hallado pero en muy escaso número y muy pequeños. (Billon).

El enfermo ha sufrido 6 inyecciones de 3 c. cúb. cada una, en siete semanas.

*3er análisis después de la 6.ª inyección.*—Algunos raros bacilos siempre muy delgados, en algunas preparaciones solamente. (Billon).

El estado general es muy satisfactorio, el enfermo toca á la curación. La tuberculosis pulmonar avanzada se puede curar, siempre que la vida sea compatible con grandes cicatrices de grandes cavernas. Quedan en estos casos de que aminoran el

poder curativo del iodobenzoilioduro de magnesio, y son la facilidad con la que se implantan gérmenes patógenos en las cavidades cicatrizantes y el estado de desquiciamiento orgánico que resulta del largo contacto entre los elementos anatómicos y las toxinas del tuberculoso.

Las inyecciones de 3 c. cúb. se practican cada 5 días ó cada 8 días, teniendo lo siguiente por norma: si la temperatura es alta, acercar las inyecciones, si es baja ó normal, alejarlas sucesivamente.

*Tuberculosis quirúrgicas.*—Una inyección de 2 ó 3 c. cúb. lo más cerca posible de la lesión y otra de 1 á 2 c. cúb. en cualquiera parte del cuerpo, hacen desaparecer prontamente la evolución tuberculosa, siempre que las alteraciones anatómicas no sean graves.

*Blenorragia.*—Los dolores se apagan con rapidéz y las secreciones se modifican mucho con una inyección sub-cutánea de 4 c. cúb. de la solución iodo-benzoiliodurada.

*Fiebre tifoidea.*—Bajo la influencia de una inyección de 4 c. cúb. de soluto, la fiebre cae y el estado general del enfermo se mejora de una manera notable en las 24 horas, pero una sola inyección resultaría insuficiente, porque en el período de estado, esta enfermedad es susceptible de reavivarse por nuevas causas de infección. El estado del enfermo guiará la conducta del médico.

*Difteria.*—Sabemos que la difteria tiene un específico y es el suero antidiftérico de Roux y Yersin, pero este suero no obra sobre los microbios que se asocian al bacilo de de Klebs Lóeffler, de aquí la superioridad del iodo-benzoilioduro cuya manera de obrar repercute sobre todas las bacterias que pululan en la parte afecta. Además, las inyecciones del soluto que nos ocupa, son completamente inocuas. Una inyección de 4 c. cúb. baja la fiebre, desinfecta los ganglios y hace desaparecer completamente las falsas membranas al cabo de 72 horas.

*Reumatismo articular agudo.*—El iodo-benzoilioduro trata de destrenar al heróico salicilato de soda en el reumatismo articular agudo. Una inyección de 4 c. cúb. disminuye el dolor y la inflamación articular; en casos graves será menester aplicar 3 inyecciones de 3 c. cúb. cada una con dos días de intervalo.

*Erisipela.*—La erisipela se detiene bajo la influencia de una inyección de 4 c. cúb. de soluto, la placa palidece, la fiebre cae y la tensión dolorosa desaparece.

Hay que notar que en el curso de las enfermedades bacterianas tratadas por el Dr. Gaube, sólo ha prescrito bebidas cálidas ó tisanas, que favorecen la curación por sus propiedades diuréticas y sudoríficas, pero que son ineficaces por sí solas para producir los brillantes resultados obtenidos con las inyecciones sub-cutáneas de iodobenzoilioduro de magnesio.

Este medicamento puede caer bajo el dominio de las siguientes reglas generales y administrarlo:

1.º Toda vez que uno se halle en presencia de un enfermo cuya temperatura alcanza 38 grados en la axila.

2.º Siempre que después del examen atento de un enfermo cuya temperatura es elevada, el diagnóstico quede dudoso é indeciso, se debe practicar una inyección de 1 á 4 c. cúb. de la solución, en relación con la edad del sujeto; este modo de obrar es precioso en las enfermedades de la infancia.

Uno de los rasgos característicos después de la administración del iodo-benzoilioduro, es la desaparición rápida de los dolores que acompañan la evolución de las enfermedades infecciosas y que se hacen en ocasiones intolerables.

El iodobenzoilioduro *detiene la infección*, pero no repara las infiltraciones ó degeneraciones celulares producidas por las toxinas. Sin embargo, como suprime, por mecanismos incógnitos, toda pululación microbiana, permite á la irri-tabilidad de los tejidos el reparar

sus pérdidas con el tiempo, es decir *curar*.

Cada c. cúb. de la inyección de que se trata contiene:

Iodo .....	0'01
Magnesia.....	0'000168 -
Compuesto orgánico..	0'00025

Su modo de administración y las dosis en que se emplea, están implícitas en la anterior relación, solo se añadirá que después de las experiencias practicadas en conejos y relacionando estos hechos con un hombre del peso de 50 kilos, éste podría soportar en una vez, una inyección subcutánea de 120 gramos sin ser sensiblemente incomodado. Si bien es cierto que á veces no se pueden sacar conclusiones del animal al hombre tal pasa al experimentar la belladona, la dosis máxima de 4 c. cúb. por inyección iodobenzoilioduro de magnesio, ha bastado para producir incomparables éxitos.

La lectura del artículo del Dr. Gaube no nos ha dejado de impresionar. El parentesco de su remedio con el triclóruo de iodo que se emplea en la medicación específica del presente y del porvenir ó seroterapia, y las observaciones clínicas concluyentes de dicho médico son bases que á cualesquiera inclinan al terreno de la experimentación.

La tuberculosis tan generalizada en Lima y que tantas víctimas ocasiona, la enfermedad de Carrión casi con certeza de origen microbiano, las frecuentes y variadas formas de gripe en la estación que atravesamos, el tífus exantemático y las difterias de nuestras ciudades de altitud, como Puno y el Cerro de Pasco, la disentería y la hepatitis tan frecuentes en Arequipa, la fiebre tifoidea en muestras poco higiénicas serranías, serían un vasto campo de experimentación nacional.

Otra de las inmensas ventajas de este medicamento, á ser cierta su acción, se obtendría, como muy bien lo dice su descubridor, cuando nos hallamos enfrente de un

enfermo en ese período, prodrómico de muchas enfermedades bacterianas. Una inyección subcutánea del iodobenzoilioduro de magnesio yugularia la enfermedad, la haría abortar. Es cierto que en este caso nos quedábamos con el deseo de establecer el diagnóstico de la enfermedad, pero teníamos la incomparable satisfacción de salvar una vida, de ahorrarle el desquiciamiento orgánico consecutivo á la evolución del mal.

En efecto, toda implantación y pululación microbiana, trae como consecuencia la inherente secreción de tóxicas, éstas impregnan el fluido nutricio y se ponen en contacto con el protoplasma celular. De aquí las infiltraciones y degeneraciones ó mejor, la enfermedad de este protoplasma y la necesidad de repararse después que el organismo haya, en los casos felices, rechazado el ataque microbiano. Si esto no trae como consecuencia perdurables alteraciones anatómicas, por lo menos predispone á nuevas invaciones microbianas. Si se hace abortar en el organismo un cultivo de microbios, á nada de lo anterior queda expuesto este organismo y se defenderá mejor de las causas mórbidas biológicas.

Ojalá se cumplan en todo su rigor las palabras escritas por el Dr. Gaube al dar fin, como ya hemos dicho, á su primer artículo sobre el específico de las enfermedades bacterianas: "Tengo la convicción de que acabo de suministrar á la medicina, el arma más poderosa que haya jamás conocido para la defensa del hombre."

Lima Junio de 1900.

*Edmundo E. Escomel.*

## TRABAJOS EXTRANJEROS

F. TERRIER

### Tratamiento de la apendicitis

Lección dictada en la Facultad de Medicina de París

(semestre de estío de 1899)

(Traducido de la Revue de Chirurgie)

#### Conclusión

3.º *Procedimiento de Kammerer (de New York) (1897)*—El autor insiste sobre la importancia que hay en fijar la situación del borde externo del músculo recto antes de la operación, y para esto aconseja hacer contraer el recto, haciendo sentar al enfermo.

La incisión se hace á lo largo del músculo, sobre una extensión de dos pulgadas, y la línea ileo-umbilical debe dividirla en dos segmentos, de longitud un poco diferente, el superior algo más largo. Encuentra la piel, el tejido celular sub-cutáneo y la aponeurosis del oblicuo mayor. Se abre la pared anterior de la vaina del recto y el borde externo del músculo queda á descubierto. Es necesario no incidir la línea semi-lunar abriendo la vaina posterior muy hacia afuera. Se debe reclinar fuertemente hacia adentro el músculo recto después de haber destruído como lo aconseja Kammerer, las adherencias fibrosas que sirven para fijarlo. Es fácil separar el músculo de la pared posterior. Se reclina el recto hacia la línea media por medio de dos separadores, y para terminar, se incide la pared posterior de la vaina, la fascia transversalis y el peritoneo paralelamente á la incisión cutánea, y á un centímetro y medio hacia adentro. Con pinzas de presión se mantiene el labio peritoneal.

Después de la ablación del apéndice se hace la reconstitución de la pared por planos separados. Un surjet al catgut cierra la incisión

posterior de la vaina, de la fascia y del peritonéo. Los separadores que reclinan el recto son entonces quitados y el músculo recobra su sitio en su vaina. No es inútil para mantenerlo allí fijar su borde externo al ángulo de la vaina aponeurótica. Puntos separados sobre la pared anterior de la vaina y sobre la piel terminan la sutura de la pared abdominal.

Kammerer insiste particularmente sobre algunos detalles á propósito de los vasos y de los nervios que encuentra la incisión. Si los vasos epigástricos incomodan hay que ligarlos. La sección de una rama nerviosa que cruza transversalmente la vaina posterior en la parte superior de la herida, da lugar consecutivamente, según Kammerer, á una atrofia de la porción del recto innervada por esta rama, y para evitar debilitar la pared, aconseja respetar la rama nerviosa haciéndola levantar hacia el ángulo superior de la incisión.

4.º *Procedimientos de Jalaquier (1897)*—Reúne las ventajas de la manera de operar de Mac Burney, de Battle y de Kammerer. Es muy semejante al de este último, pero ha sido publicado en la "*Presse Medical*" (1897, n.º 10, p. 53), un poco antes que el del cirujano americano (*Med. Record.* 1897, vol. LII, p. 837). Todos los tiempos se han descrito con el mayor cuidado y su concepción, muy anatómica, hace de este un procedimiento elegante comparable al procedimiento de Bassini para la cura de las hernias inguinales.

Sobre el medio de la línea que separa la espina iliaca ántero-superior del ombligo pasa la incisión cutánea. Tiene 8 á 10 centímetros de largo, uno de sus tercios está por encima y los dos tercios restantes por debajo de esa línea; su dirección es paralela al borde externa del músculo recto. Se incide en toda su longitud la aponeurosis del oblicuo mayor; con pinzas de presión se cojen los dos labios, y el labio interno en particular es reclinado fuertemente hacia la línea

media, de manera de hacer abordable la parte externa de la cara anterior del recto mayor, contenido en su vaina. El borde externo del músculo es fácil de ver y de tocar, y un centímetro hacia adentro se incinde la vaina anterior. Sus dos labios son tomados con pinzas y disecado el externo de dentro hacia afuera hasta el borde externo del recto. Esta disección es fácil; la vaina no se adhiere sino a una intersección fibrosa, que tampoco es constante. Con la sonda acanalada se desprende y se rechaza adentro el borde externo del músculo recto, dos separadores lo mantienen atraído hacia la línea media y la vaina posterior del recto aparece á descubierto. El campo operatorio está normalmente atravezado por una arteriola, una vénula y un filete nervioso.

La incisión de la hoja posterior del recto se practica un poco por dentro del ángulo diedro formado por la reunión de las dos paredes de la vaina, y, en esta sección, es menester respetar los vasos epigástricos, situados en la parte inferior de la herida, entre la fascia y el peritonéo.

La reconstitución de la pared se hace por pisos.

*C. Incisión lumbo-iliaca*—Al lado de la incisión mediana y de la incisión lateral, han preconizado algunos autores la incisión posterior, lumbo-iliaca; es poco usada.

1.º *Procedimientos de Grinda* (de Niza)—Grinda ha publicado en 1797, en la "*Revue de Chirurgie*", algunas consideraciones sobre la vía de acceso de las apendicitis supuradas.

Este autor propuso una incisión un poco análoga á la que se emplea en la nefropexia. Sigue hacia atrás el borde externo de la masa sacrolumbar, se incurva hacia abajo paralelamente á la cresta iliaca y un travéz de dedo por encima de ella, y se termina á tres centímetros por delante de la espina iliaca antero-superior. Se penetra así en la fosa iliaca, y se va de atrás á delante en busca del absceso, casi

siempre retro-cecal. Gracias á esta incisión, el drenaje queda bien asegurado y no hay peligros de eventración, pero es una vía indirecta poco emplada hasta el día, y con razón. ¿No es lo más simple ir directamente en busca del apéndice sin tomar, por temor de abrir el peritonéo, una vía extraviada?

2.º *Procedimiento de P. Poirier* (1898)—En este procedimiento, llamado "*a posteriori*", se sigue igualmente la vía posterior. Se lleva la incisión paralelamente á la mitad externa del arco crural, á cuatro centímetros por encima de la espina iliaca antero-superior. Se va directamente hasta detrás del trasverso, y, con el dedo ó la sonda acanalada, se desprende el peritonéo iliaco, como en la ligadura de la iliaca externa. El ciego y el apéndice son abordados por detrás, y de atrás á delante, con el dedo ó la sonda, se disocia el tumor apendicular, se abre el absceso, se desprenden las adherencias. El objeto es evitar la gran cavidad peritoneal y llegar seguramente al apéndice, y el de poder proceder á una especie de palpación bimanual del apéndice para determinar más fácilmente su sitio.

En suma es casi el procedimiento recomendado por Sonnemburg. Este cirujano hace la incisión cutánea como para la ligadura de la iliaca: Divide los músculos siguiendo una línea que una las dos espinas iliacas anteriores y va hasta el peritonéo, que desprende de la fascia iliaca, hacia arriba, en la dirección de los vasos iliacos. Este peritonéo hace hernia en la herida y al travéz de él se pueden explorar las partes infiltradas y aún el apéndice. Nada es entonces más fácil que incidir el peritoneo en el punto donde se sienta el apéndice.

¿Hay necesidad de decir que todos estos métodos tienen sus ventajas y sus inconvenientes? Nosotros tenemos el hábito de emplear la incisión de Roux para las periapendicitis supuradas y la de Jauguier para la apendicitis á frío.

Una vez incindida la pared hay que encontrar el apéndice y extirparlo.

*Investigación del apéndice.* — Cuando se opera precozmente, en las primeras horas, es muy fácil encontrar el apéndice. Está libre y, además, hinchado, “en erección”, y, desde que se abre el vientre, se presenta en la abertura de la herida.

Un poco más tarde el apéndice está oculto por las adherencias y es más difícil buscarlo. Ciertos autores han ido hasta establecer el principio de que jamás debe buscarse el apéndice en una apendicitis con absceso. Otros, como Brun, se esfuerzan en llegar hasta él y parecen no temer la contaminación de la cavidad peritoneal.

¿En qué límites es permitida la investigación del apéndice? Es difícil precisarlo. Se puede decir, sin embargo, que hay siempre ventaja en quitarlo, pues después de una primera intervención en el curso de la cual haya sido imposible resecarlo se pueden ver estallar nuevos accidentes. He abierto, en una joven, un absceso peri-apendicular sin poder encontrar el apéndice. Todo iba bien hasta que, hacia el vigésimoquinto día, estallaron súbitamente accidentes muy graves para los que me ví en el caso de intervenir de nuevo; en esta segunda intervención quité el apéndice. En otra niña, había abierto dos años antes una colección supuraba peri-cecal, cuando nuevos accidentes me obligaron á intervenir una segunda vez y á resecar el apéndice. Así soy de opinión de buscar el apéndice y de consagrarle cierto tiempo.

En las intervenciones á frío esta investigación es más fácil. No nos detiene entonces el temor de infectar el peritoneo y debemos encontrar el apéndice; “se debe el apéndice al enfermo” (Routier). La cuestión es buscar el apéndice en el punto donde está generalmente, detrás del ciego y ascendiendo á lo largo de la pared posterior. A veces una lámina peritoneal de nue-

va formación lo oculta completamente. Cuando no se le encuentra inmediatamente basta, ó bien emplear la palpación del ciego, como lo recomienda Bobroff, ó bien seguir, según el consejo de Elliot, una de las bandas longitudinales del ciego, la primera que se presente á la vista; es generalmente la banda anterior, que nos conduce forzosamente al punto de inserción del apéndice sobre el ciego.

Es necesario también recordar que el apéndice ha podido ser casi completamente destruido por la supuración y no empeñarse en querer encontrarlo entero á todo precio. Si se tiene cuidado de proceder metódicamente y de seguir la cinta cecal se llega sobre el apéndice entero, ó al menos sobre lo que queda, es decir, á veces sobre un pequeño núcleo fibroso, último vestigio del órgano destruido por la gangrena.

*Tratamiento del apéndice.* — En 1890, Dittmann fijaba el muñón del apéndice resecado en la herida abdominal para evitar la infección del peritoneo; ya no se usa hoy semejante procedimiento.

Véase el procedimiento á que recurre:

Antes de ocuparse del apéndice es menester asegurar la hemostasis por la ligadura del meso. Este será atravesado en su base, *lo mas cerca posible del ciego y bien pegado al apéndice*, con una aguja de Reverdín, y un hilo de seda bastante sólido permitirá ligar todo el meso. Los dos cabos de este hilo se toman con una pinza, sin cortarlos. Después se secciona el meso con tijeras á lo largo de su borde adherente, lo que permite al apéndice alargarse, desarrollarse, y dejarse aislar hasta su inserción cecal. Se anuda un segundo hilo de seda al rededor de la base del apéndice; se coloca una pinza de presión de Kocher sobre el apéndice, á un centímetro por encima, y el apéndice se secciona entre el hilo y la pinza.

Queda por tratar el muñón. Em-

pleo habitualmente el procedimiento recomendado por Cabot. Es decir que disecciono alrededor del muñón un manguito seroso de manera de poder invertirlo hacia el ciego y permitir la excisión de la mucosa enferma. La punta fina del termo-cauterio acaba la destrucción de los tejidos infectados. El manguito es dispuesto de manera de recubrir el punto tocado con el termo-cauterio y cerrado por algunos puntos de sutura con seda fina. En suma, el apéndice se encuentra así cerrado por la ligadura que le coloco en su base y por los puntos de sutura sero-serosos del manguito.

Lo que tiene gran importancia es *hundir ó esconder* en un pliegue del ciego el muñón apendicular. Esto es fácil cuando el ciego es móvil y se acerca bien á la herida. En este caso la base del apéndice está rodeada por una plataforma de tejido cecal, y lo mejor es pasar un surjet á la Lambert, como para la colocación del botón de Murphy, y de recoger en bolsa, mientras que un ayudante rechaza con una pinza, hacia el ciego, el muñón que se quiere enterrar. Si el ciego no es manejable, es más cómodo pasar con una pequeña aguja de Reverdin curva algunos hilos separados, que forjan un pliegue en la pared cecal y permiten alojar allí el muñón.

No queda sino cortar el hilo puesto sobre el meso é introducirlo todo, con drenaje ó sin drenaje.

*Cuidados consecutivos.* — Después de toda anestesia es bueno instituir durante las primeras doce horas una dieta absoluta, para evitar los vómitos. Si la sed es muy viva, si el enfermo es débil, ó si la infección es intensa, acostumbro hacer inyecciones sub-cutáneas de suero artificial, 1000 á 1500 gramos durante las primeras veinticuatro horas.

Durante el segundo día se dan bebidas alcohólicas ligeras. El tercer día, alimentación láctea y agua de Vichy. Solamente al sexto día hago dar un purgante ligero y

enseguida permito la alimentación. Todas las veces que se ha quitado el apéndice se puede alimentar bastante rápidamente al enfermo.

Es bueno, para evitar la eventración, hacen llevar durante algunos días una cintura abdominal; esta cintura debe llevarse puesta durante largo tiempo cuando haya sido necesario drenar la herida de la pared.

En el caso en que el apéndice enfermo presente focos peripendiculares, se sobreentiende que es necesario drenarlos. Pero si el apéndice está gangrenado ú ofrece placas de esfacelo es necesario el *agua oxigenada* al medio ó al cuarto para lavar las partes con el objeto de destruir de la mejor manera posible los anaerobios que determinan estas complicaciones de gangrena simple, y con frecuencia de gangrena gaseosa.

---

A los sordos.—Una señora rica que ha sido curada de su sordera y de sambidos de oídos por los tímpanos artificiales del Instituto Otopático del doctor Nichols on ha remitido á este Instituto la suma de 20,000 francos, á fin de que todas las personas sordas que carezcan de recursos para procurarse dichos tímpanos, puedan obtenerlos gratuitamente. Dirigirse al INSTITUTO, NICHOLSON 780 EIGHTH AVENUE, NUEVA YORK, E. U. A.

---

## MEDICINA PRACTICA

### Combinaciones de la creosota

(“La Presse Medical”)

La creosota de haya no es un producto definido, sino una mezcla de fenoles y éteres en extremo compleja. Se ha hecho muchas tentativas para aislar estos diferentes compuestos. El objeto teórico perseguido es de los más interesantes.

se espera encontrar un elemento que tenga todas las propiedades terapéuticas de la creosota, y le sea superior desde el punto de vista de la tolerancia, facilidad de administración y débil poder tóxico.

Lorot, en una tesis reciente, acaba de estudiar minuciosamente las principales combinaciones etereas de la creosota. Pasa revista sucesivamente al carbonato, tanato, fosfato, tanofosfato, fosfito, valerianato, canforato de creosota. Brissonet ha señalado después la combinación de aldehído fórmico y creosota ó creosofórmico. El creosofórmico parece llamar uno de los grandes *désiderata* terapéuticos, pues conteniendo 96 por ciento de creosota parece desprovisto de toxicidad. Dejando á un lado el estudio químico de estos compuestos, frecuentemente muy complejo, veamos los resultados de su empleo en clinica.

\* \*

El *carbonato de creosota* ó *creosotal* es la más antiguamente conocida entre las sales de creosota. Su gran ventaja es ser de fácil administración por las vías digestivas. Su débil toxidez, su ausencia de sabor y de poder cáustico lo hacen mas especialmente aplicable á la terapéutica infantil. En el adulto, no determina, á la dosis de 6 gramos, ninguna irritación de las vías digestivas; puede ser administrado sin peligro á dosis de *veinte gramos*. El modo de administración más simple es dar media cucharadita de creosotal puro, mañana y noche, en una tasa de leche, se puede aumentar poco á poco la dosis hasta tres cucharaditas por día. En el niño. Jacob principia por la triple dosis cotidiana de una gota, que aumenta progresivamente hasta diez gotas tres veces al día. La mejor manera de hacer aceptable el creosotal es emulsionarlo con una llema de huevo; este medicamento, muy ensayado por Chaumier (de Tours), S. Réinest, Gotheil, no tiene poder específico alguno, presta buenos servicios para combatir la fiebre, dis-

minuye la abundancia y fetidez de la expectoración. Actúa favorablemente también sobre las fuerzas y el apetito. Constituye un recurso real en el tratamiento tan ingrato de la tuberculosis infantil.

\* \*

El *tanato de creosota* ó *creosal* á sido estudiado especialmente por Balland, Blind, A. Robur, Tournier. Tampoco es un específico, pero parece muy eficaz contra la astenia de los tuberculosos. Determina una disminución notable de la opresión y de la toz, deseca mucho los bronquios. Los adultos soportan fácilmente una dosis de 6 gramos por día. La dosis usual es de 3 gramos.

El creosal no puede ser empleado en inyecciones hipodérmicas. Su absorción por esta vía es muy lenta y las inyecciones son muy dolorosas. Por la vía rectal su acción parece más incierta que por la vía gástrica; necesario es, pues, á pesar de su sabor un acre, darlo por la boca.

En el adulto se dará después de cada comida, tres veces por día, en agua azucarada ó jarabe de corteza de naranjas amargas, una cucharada de la solución siguiente:

Creosal..... 20 gramos  
Agua..... 300 „

A los niños, se dará por cada año de edad una cucharadita al día de esta solución al quince, en jarabe de tolú ó de flor de naranja.

\* \*

El *fosfato* y el *tanofosfato*, *FOSOTA* y *TOFOSOTA* son seguramente los más activos de los derivados de la creosota hasta aquí conocidos, pero son también los que demandan mayor vigilancia. Accidentes de intoxicación aguda no parecen temibles aun con dosis elevadas; por el contrario, la dosis media de 4 gramos por día puede con bastante rapidez, al cabo de tres ó cuatro semanas, determinar accidentes nerviosos graves: insomnio, enflaquecimiento, debilidad de las piernas, parálisis. Estos accidentes muy útiles de conocer por el práctico, se aproximan mucho á

as polineuritis alcohólicas. Un punto capital es, pues, preceder por intermitencias, cinco días de tratamiento, cinco días de reposo.

En la administración por la boca Brissonnet ha dado la fórmula siguiente:

Fosfato ó tanofosfato de creosota.....	25 gramos
Jarabe de flor de naranja.....	70 „
Goma arábica.....	10 „
Agua destilada de flores de naranja.....	
C. S. para 125 cent. cub.	

Tres cucharaditas, ó sea 3 gramos por día.

En inyecciones hipodérmicas solo debe emplearse el fosfato. El tanofosfato como todas las combinaciones tánicas, es un poco doloroso. Lorot inyecta el fosfato puro, adicionándole simplemente un décimo de alcohol para fluidificarlo. Una dosis de 5 centímetros cúbicos es perfectamente tolerada. Pero, si no hay que temer accidentes inmediatos, se debe vigilar los efectos de acumulación.

<sup>\*\*</sup>  
El *fosfito de creosota* ó FOSFITAL es notable por la facilidad de su absorción y de su eliminación; no es tóxico aun á la dosis largo tiempo continuada de 15 gramos por día. Es, dice Lorot, el medicamento más activo contra las tisis tópidas y de larga duración. Es bastante irritante, y como su empleo debe ser en general largo tiempo continuado, vale más renunciar á administrarlo por la boca. Lorot para la vía hipodérmica emplea la solución oleosa, 3 de fostotal por 10 de aceite, prefiriendo como vehículo el aceite de pie de buey, que se aproxima por su composición á las grasas del organismo. Basta inyectar cada 2 ó 3 días, dos á 5 gramos de fostotal. Grasset ha obtenido buenos resultados empleándolo en lavativas; podrá utilizarse para ello la fórmula siguiente:

Láudano de S.....	V gotas
Fosfato.....	1 á 3 grm.
Yema huevo.....	N.º 1

Ac. oliva ...	30 grm.
---------------	---------

Leche..... 150 grm.  
Para emulsión.

La lavativa medicamentosa será precedida de una lavativa simple, evacuadora.

El *valerianato de creosota* ó EOSOTA ha sido hasta aquí poco estudiado en Francia, acogido favorablemente en Alemania y Norte América. Parece haber dado éxito en los tuberculosos eréticos; tendría además valor positivo como tónico del corazón y del sistema nervioso. E. Gravitz administra la eosota en cápsulas de gelatina, cada una de las cuales contiene 0.20 centigramos. Se principia por 3 cápsulas al día con mucha leche; se va más tarde hasta 6 ó 9. El olor nauseabundo de este compuesto hace difícil todo otro modo de administración bucal.

En inyecciones hipodérmicas puede usarse la eosota pura, á dosis de 1 á 5 gramos diarios. Como calmante y tónico en los períodos últimos de la tisis, merece ser conservado este medicamento.

<sup>\*\*</sup>  
El *canforato de creosota* ó CREOSALCANFOR se aproxima al valerianato; es también un sedante poderoso del sistema nervioso y circulatorio. Ha dado buenos resultados en casos de hemoptisis de repetición, vómitos incoercibles, neuralgias intercostales rebeldes; actúa útilmente sobre la taquicardia y la disnea, pero agrava á veces los sudores. Este aumento de la diaforesis puede ser bastante acentuado para constituir una contraindicación á su empleo.

Se usará de preferencia la solución oleosa al quinto. Puede darse dos veces por día media cucharadita en una tasa de leche caliente y azucarada, después de las comidas. También pueden inyectarse por la vía hipodérmica 2 á 5 centímetros cúbicos de esta solución; á dosis más elevadas el creosalcánfor podría determinar accidentes de colapsus.

<sup>\*\*</sup>  
La combinación de creosota y al-

dehido fórmico, CREOSOFORMO es muy poco tóxica; á altas dosis causa solamente diarrea.

La combinación del creosoformo y el tanino TANOCREOSOFORMO, podría presentar una indicación especial en caso de enteritis tuberculosa; se da en obleas de 50 centigramos, 2 á 8 por día después de las comidas.

Muchas otras <sup>\*\*</sup> combinaciones creosotadas han sido obtenidas, pero no han sufrido todavía experimentación clínica suficiente. Su estudio no ofrecería pues interés. Entre las combinaciones no realizadas todavía, algunas parecen *a priori* merecer particular atención: el benzoato, vanadato y cacodilato son señalados con justo título por Lorot; hay allí campo de estudios muy vasto y que probablemente será en extremo fecundo.

En fin, todas las combinaciones de la creosota, hasta ahora, no han sido estudiadas sino desde el punto de vista de la tuberculosis confirmada. Como lo nota Lorot, su empleo precoz en los casos simplemente sospechosos permitiría sin duda realizar á menudo util profilaxis de la tuberculosis.

A. F. PLICQUE.

**Lumbago y reumatismo espinal**

El Dr. Picaud, en su nuevo estudio, tiende á demostrar que el lumbago, en ciertos casos por lo menos, debe ser considerado como una meningo-mielitis ligera de naturaleza reumática. Robin y Londe piensan en una artritis reumática. Faisans, haciéndose eco de la opinión de Andral, admite en razón de la bilateralidad de los accidentes, de los fenómenos nerviosos que á veces lo complican, recidivas, etc., que se trata en ciertos casos de una localización reumática en la médula y su cubierta.

Los medicamentos usados en el lumbago son innumerables. Los

medios locales han sido puestos en juego. Para Robin, el medicamento mejor es el jaborandi: macérese 4 gramos de hojas, durante ocho á doce horas, en 10 gramos de alcohol, y á esta maceración se añade 150 gramos de agua hervida. Tómese una vez al día, por la mañana en ayunas. Las cardiopatías son una contraindicación.

El salicilato ha obtenido también éxitos. En un lumbago mediano, 4 gramos han sido dados al comienzo; más tarde podrá cambiarse, si hay mejoría, por la antipirina. En los brígticos, los cardiacos y alcohólicos inveterados, está contraindicado.

En algunos casos, el reposo, la envoltura en algodón, algunas ventosas escarificadas en la región lumbar, con el régimen lácteo si la fiebre es intensa, son bastante. (*Journal de Méd. et de Chir. prat.* 1900.)

**FORMULARIO**

**Congestión de los órganos pelvianos en la mujer**

- Sulfato de magnesia.. 22 gramos.
- de hierro. } áá. 6 —
- de man- } ganeso .....
- Acido sulfuroso diluido..... XXXXV gotas.
- Agua destilada..... 90 gramos.

D. *Dosis:* Una cucharada en un cortadillo de agua, antes de la comida.

**Constipación de los niños**

(Sevestre.)

- Agua hirviendo.... 200 gramos.
- Maná en lágrimas... 30 —
- Folículos de sen... 4 —
- Polvo de café tostado..... 10 —
- Infúndase y fíltrese.

*Dosis:* Se toma toda la fórmula

## Publicaciones recibidas

**Sobre el tratamiento del ozena con el suero normal de caballo y la electrolisis.**—*Exposición de un caso clínico de sarcoma secundario del conducto auditivo externo izquierdo.* Comunicación al congreso español de oto-rino-laringología, setiembre de 1899, por D. PEDRO BORRAS Y TORRES, oto-rino-laringólogo de la Policlínica del hospital del Sagrado Corazón.

Barcelona. Tipografía "La Académica" de Serra hermanos y Russell. Ronda Universidad 6—1900.

**Lutaud.**—*Manual complet de gynecologie medicale et chirurgicale* (Nouvelle édition entièrement refondue, contenant la technique operative complete. Un fort volume in 8 de 730 pages et 607 fig. Paris. MALOINE EDITEUR.

Este volumen aparece oportunamente para resumir las nociones modernas que debe tener el práctico sobre la ginecología. Ocupa un lugar intermedio entre los simples *mementos* y los gruesos tratados publicados en estos últimos años.

Pero lo que caracteriza este nuevo manual es el cuidado que el autor ha tomado en la descripción de la técnica, no solamente de las grandes operaciones abdominales, sino de las intervenciones más modestas *abordables por todos los prácticos.*

"Me he dedicado particularmente, dice el autor, á hacer conocer las operaciones accesibles á la inmensa mayoría de los médicos.

Así no he respetado ningún detalle relativo á la *cirujía menor, asepsia, elección de instrumentos, posiciones y exploraciones ginecológicas.* A riesgo de ser prolijo, trato de hacer conocer el arsenal ginecológico moderno que los fabricantes franceses han llevado á un alto grado de perfección, nunca alcanzado en el extranjero.

Las *operaciones autoplásticas.* (Perineorrafias, colporrafias, etc), que hoy están al alcance de todos los prácticos, han sido descritas con minuciosidad y acompañadas de numerosos grabados.

Doy gran desarrollo á la descripción y *tratamiento mecánico de los desplazamientos uterinos.* Una experiencia de más de veinte años que ha enseñado, que se puede amenudar, con un pesario apropiado, corregir las más graves desviaciones para las cuales se había aconsejado la histerectomía.

El más modesto médico de campaña puede y debe en estos casos, prestar los mismos servicios que el más ilustrado maestro.

Igual cosa sucede con el *vaginismo, la esterilidad, las afecciones inflamatorias é infecciones de la vulva, de la vagina y del útero* cuya terapéutica rara vez es operatoria.

Consagro un capítulo al *tratamiento hidro-mineral de las metritis,* que considero recurso precioso"

Pero si el autor conserva á la terapéutica médica y no operatoria la importancia que merece, no olvida de hacer figurar en su obra la técnica de las intervenciones más recientes y audaces. Consagra capítulos nuevos la *á preñez extra-uterina y su tratamiento quirúrgico á la histerectomía sub-total aplicada al cáncer uterino, á los tratamientos de las supuraciones pelvianas, etc.*

Los métodos operatorios más recientes de Segond, Doyen, Kelly Pozzi Ricard se hallan claramente expuestos.

Pero lo que hace la obra esencialmente útil á los prácticos, es el número considerable de figuras que contiene (más de 600), y el lugar importante consagrado á la terapéutica.

**Leçons cliniques sur les maladies des enfants, faites á l'hôpital Saint-Sauveur 1896—97, 1897—98, 1898—99** por *E. Ausset*, professeur agrégé á Lille—3 vol. in 8... 15 fr.

Callao, Abril 19 de 1893.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy Señores Míos:

La Emulsión de Scott tiene importante aplicación en casos de tuberculosis incipiente y aún en períodos más avanzados cuando las funciones del estómago son normales. También en el raquitismo es un poderoso auxiliar dicho medicamento para dar vigor á organismos cuya nutrición no vá en armonía con el desarrollo de la edad y finalmente en las bronquitis crónicas es de muy benéfica acción ayudada por el uso de los balsámicos.

Soy de Uds. Atto. S.S.,

MODESTO SILVA SANTISTEVAN.

Imprenta y Librería de San Pedro—21,003.