

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XIX } LIMA, 15 DE OCTUBRE DE 1902. } N.º 331

TRABAJOS NACIONALES

La Celiotomía vaginal en las afecciones pélvicas

Tesis sustentada en la Facultad de Medicina de Lima para optar el grado de Bachiller, por don Antonio Tello y León.

A los doctores:

Constantino T. Carvallo, Catedrático del curso de Ginecología, y Pablo S. Mimbela, jefe de Clínica ginecológica de esta Facultad.

Señor Decano:

Señores Catedráticos:

En el siglo que comienza preséntase la cirugía, en general, con tendencias conservadoras. Y ese respeto por la integridad anatómica y funcional de los órganos, tiene trascendental importancia tratándose de las regiones especiales que son del resorte de la Ginecología.

Acogiéndonos á dicho movimiento reaccionario, hemos dedicado nuestra atención á una enfermedad frecuente á la par que grave, y que es tema de actualidad entre los cirujanos. Nos referimos á las afecciones pélvicas.

Desde luego, no es nuestro propósito abarcar en esta tesis el estudio completo de las lesiones que se domicilián en la cavidad pélvica. Con-

creta bien nuestra intención esta pregunta:

¿Siguiendo el rumbo que hoy toma la ciencia, cuál será el tratamiento de las afecciones pélvicas que, obteniendo su curación, ahorre al mismo tiempo mutilaciones genitales innecesarias?

Hay un tratamiento benéfico y al alcance de los más inexpertos, que se puede oponer á un gran número de enfermedades de que la mujer es víctima exclusiva. Ese método al que deben los ginecólogos dedicarle sus preferencias, se denomina: CELIOTOMÍA VAGINAL.

Algunas consideraciones son indispensables antes de entrar en materia.

Los operadores llaman indistintamente á las intervenciones por la vagina para llegar á la pélvis colpotomía ó celiotomía vaginal: una rectificación se impone. Hay colpotomía con la simple incisión vaginal; no hay celiotomía sino se abre el fondo de saco de Douglass; y es este precisamente el punto principal de nuestro tema.

Preconizamos la celiotomía vaginal posterior, de una manera general, como el tratamiento más adecuado en las afecciones pelvianas. Entre estas, serán las supuraciones anexiales las que más beneficien del método; pero no queremos limitar á esos casos solamente su esfera de acción.

La celiotomía vaginal no se ejecuta solamente con un fin curativo

en los piosálpinx; tiene también gran valor como medio fácil de exploración de los órganos contenidos en la pélvis, completable en caso necesario, por la extirpación de los anexos, ó ya por la histerectomía vaginal misma.

Así comprenderemos en el decurso de este trabajo la aplicación del procedimiento á un gran número de afecciones pelvianas: retroversiones, ruptura de adherencias, extirpaciones de quistes dermoides, de fibromas del ovario, etc. Aún más, á la hora presente la celiotomía vaginal es el gran recurso para arribar al diagnóstico casi definitivo de ciertas manifestaciones proteiformes tenidas por histéricas.

En el plan que nos proponemos desarrollar, como se deducirá de lo anterior, no haremos incapié sobre las variedades, naturaleza y marcha que siguen las enfermedades pélvicas. Procuraremos sólo hacer resaltar la fácil aplicación y los resultados satisfactorios que la celiotomía vaginal posterior produce en la mayoría de los casos de supuración pelviana y en otros de la misma región pero de índole distinta.

He aquí nuestro programa:

En primer lugar nos ocuparemos de la definición, aplicación y ventajas del método.

En otro capítulo pasaremos revista, en orden cronológico á las opiniones de autoridades científicas en la materia.

En seguida describiremos la técnica operatoria más recomendable de un modo general, anotando algunos detalles en casos particulares, é indicando, al mismo tiempo, el éxito operatorio obtenido por algunos cirujanos.

Expondremos, finalmente, en ligero resúmen nuestras conclusiones; y los casos cuya observación clínica hemos seguido en el servicio ginecológico de nuestro respetado maestro, el profesor, doctor Constantino T. Carvallo.

I

La celiotomía vaginal es la abertura del vientre por la vagina, mediante la incisión practicada en uno de los fondos de saco.

Esta incisión puede recaer en el fondo de saco anterior ó posterior; de allí la división de la celiotomía vaginal en anterior ó posterior, que á su vez se subdivide en longitudinal y transversal, según que lleve una ú otra dirección.

¿Qué se persigue con la incisión en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias de los órganos genitales femeninos?

La incisión imita, en cierto grado, el esfuerzo natural del organismo en pró de la salud. Así vemos en las supuraciones verificarse la abertura espontánea del foco como medio de que se vale la economía para expulsar ese contenido extraño.

Por la incisión se trata de evacuar los productos líquidos inflamatorios; de evitar la infiltración de los tegidos vecinos, así como provocar su reparación. Tales efectos son indiscutibles, y de ahí el axioma quirúrgico general: do quiera se encuentre el pus no hay medio más seguro ni más rápido para facilitar el restablecimiento de los tegidos que la incisión.

Por el mismo medio evitaremos que en las colecciones purulentas se fragüen trayectos en los órganos cercanos, al mismo tiempo prevenimos nuevas retenciones.

Estas elementales indicaciones de la cirugía no se obtienen por la simple evacuación de los tocos mediante la punción. Por otra parte la experiencia enseña que la punción no es medio curativo suficiente, aún cuando vaya acompañado del drenaje.

En efecto, por este método las paredes del foco no son influenciadas; no cesa la tensión en los vasos, tan indispensable para la libre reabsorción; en una palabra no se devuelve la actividad á los elementos vitales. Al contrario, por la incisión

los tegidos son puestos al descubier- to, la superficie interna de los órga- nos y las paredes del foco se hacen exteriores, volviendo fácil y accesible el tratamiento antiséptico de esos focos de infección; la herida practicada tiene natural tendencia á cerrarse, á la que hay que oponer medios artificiales bien conocidos como el drenado.

La incisión se aplica también á estados inflamatorios no supurati- vos con resultados muy recomen- dables. En estos casos se consigue no sólo detener las infiltraciones, si- no dominar el proceso flogósico por la fuerte derivación que se produce.

VENTAJAS DEL PROCEDIMIENTO

Llegamos á un punto escabroso en el que dominan apasionamientos y prejuicios entre los ginecólogos.

Hay quienes hacen de la celiotomía abdominal su caballo de bata- lla, proscribiendo sistemáticamente cualquiera otra vía para llegar á la pélvis. Otros, por el contrario generalizan demasiado la celiotomía vaginal, exigiendo más de lo que racionalmente se debe esperar de este método.

Nosotros, colocándonos en el tér- mino medio, veremos cuales son las ventajas de la celiotomía vaginal en frente de la abdominal.

Empíricamente está fuera de du- da que la vía vaginal ofrece: *céte- ris páribus*, inmensa superioridad sobre la abdominal: casos numero- sísimos se encargan de probarlo.

Este acerto tampoco nos será difícil probarlo teóricamente.

Desde luego la principal ventaja del método que preconizamos consiste en la conservación integral de los órganos femeninos y de las funcio- nes respectivas que les están en- comendadas.

Por este procedimiento llegamos rápidamente á la cavidad de la pél- vis, sin más que unos cuantos gol- pes de bisturí ó tijeras. Instalados allí, hacemos una exploración tan minuciosa como exacta y cuyas

huellas se borran fácil y rápida- mente.

La gran ventaja de la celiotomía vaginal se encuentra todavía en la facilidad con que pueden los ova- rios ser traídos al exterior, inspec- cionados y vueltos á su sitio sin daño alguno. No hay otro camino que ofrezca semejante comodidad.

Los ovarios son órganos tan mo- vibles que escapan generalmente al tacto, siendo difícil darse cuenta de sus lesiones, mucho más si se trata de pequeños quistes que en razón de su blandura huyen bajo el dedo.

Y este examen reviste caracteres de tal importancia cuando se pien- sa que en muchísimos casos por la celiotomía vaginal se viene en co- nocimiento de lesiones de mayor ó menor entidad, que radicándose en los ovarios ó trompas, explican per- fectamente el conjunto sindrómico de la enfermedad tenida como *sine materia*: la histeria.

En estos casos, pues, en que las pacientes son condenadas por el mé- dico á la abstención, recibirán in- mensos beneficios del cirujano que rectifica un diagnóstico erróneo, planteado con tanta ligereza.

Por este método se evitan, casi con seguridad las hernias que tan frecuentemente se observan en las intervenciones por el lado abdomi- nal.

El gran reproche que se hace á la celiotomía vaginal, tratándose de las supuraciones anexiales, es el dar lugar algunas veces á recidivas. Si el aparato genital no tuviese impor- tancia para la economía de la mu- jer, seríamos los primeros en con- denar las operaciones que dejan pro- babilidades de recidiva. Pero no es este el caso.

El cirujano que tome en conside- ración el peligro de las recidivas para rechazar la celiotomía vagi- nal, debe resolverse, para ser lógico, á enuclear el ojo en casos de kerati- tis parenquimatosa y á dejarse am- putar el pene si tuviese la desgracia de poseer una uretritis crónica.

Seguramente no encontraremos operadores tan radicales, que lleguen á estos extremos. Por lo mismo, pensamos que no hay derecho para hacer entrar á la celiotomía en el número de las intervenciones condenables por el peligro de las recaídas.

En fin es más soportable una fistula con orificio de salida á la vagina que hacía la pared abdominal. Y aunque los casos citados de fistula *post operatoria* son sumamente raros en nuestro método, el tratamiento de ellas es siempre más fácil.

En todo caso, esa objeción no es atribuible al método, sino á la destreza del operador.

II

Reseña Histórica

Antes que la técnica de las intervenciones ginecológicas se perfeccionara merced á los progresos de la asepsia, el único objetivo tratándose de las supuraciones anaxiales era vaciar el contenido de los focos purulentos, siguiendo cualquier vía, apelando á este ú otro procedimiento. Se pensaba únicamente en librar á la paciente del peligro de una consunción lenta y progresiva ó de su evacuación en un órgano vecino,

Así aparecieron los métodos de la incisión vaginal ó abdominal, los mismos que se practicaban en uno ó dos tiempos, sea con el cuchillo simplemente, sea con el termocauterio, sea en fin precedida de la punsión y de la aspiración:

Primero se eligió la vía vaginal para la aplicación de las maniobras operatorias, por hallarse en concordancia con la posición topográfica de las colecciones purulentas y por ser el camino más corto para llegar á ellas.

Después la ginecología tomó una faz operatoria más atrevida, gracias á los perfeccionamientos que

alcanzaron los métodos por la vía abdominal. Los operadores entusiasmados por el éxito, extirpaban los anexos enfermos asegurando que toda intervención conservadora era imposible.

Como es natural, había que reaccionar en favor de la conservación de los órganos y de sus funciones respectivas. Por esto, actualmente, en que domina, con justa razón, la teoría conservadora, vemos á la incisión, el más antiguo método para la evacuación de los focos pelvianos, reaparecer como una de las más recientes y modernas intervenciones.

La celiotomía ha sido aplicada desde su aparición con más ó menos ardor, como lo prueba la siguiente exposición cronológica de las opiniones científicas emitidas.

Wiedow (1885) recomendó la incisión por la vagina con amplio drenado para los casos en que el tumor anexial se hallase alojado profundamente en la pelvis é inmovilizado por adherencias. Refiere una salpingitis curada por este método.

Meinert (1888), en la sociedad ginecológica de Dresde, comunicó dos casos de salpingitis tratados por la incisión vaginal con resultados satisfactorios. Este procedimiento fué apoyado por Leopold.

Landau (1890) abogó ardientemente, en el congreso internacional de medicina de Berlín, en favor de la incisión como tratamiento de los piosalpinx.

Segond (1891), en el congreso ginecológico de Bruselas, manifestó que la incisión vaginal permitía la evacuación del pus sin lesionar el peritoneo en los casos de piosalpinx adherente; y se pronunció en contra de la simple punsión.

Vuliete, en el mismo congreso, expuso haber aplicado dicho procedimiento en diez y ocho casos con buenos resultados.

Gouilloud (1892) sostuvo que la punsión y la incisión eran aplicables

solo en los casos en que la histerec-tomía no fuese posible. Manifestó que en la clínica de Laroyenne ha-bían sido tratados ciento treinta y cinco casos por este método.

Fraenkel, en el congreso gineco-lógico de Bruselas probó que la pansión y la incisión podían prác-ticarse relativamente sin peligros; y que eran de regla en enfermas debili-tadas, ó en casos muy complicados donde el pronóstico de la extirpa-ción del utero por la vía abdomi-nal ó vaginal fuese desfavorable.

Küstner (1893) recomienda la evacuación de los focos purulentos de las trompas por la incisión va-ginal. Cita varios casos tratados por este procedimiento, haciendo observar el tiempo mucho más cor-to en que curaron sus enfermas.

Graefe (1894) se ocupa de las ven-tajas del método por la vía vaginal y de la preferencia que debe dársele en aquellos casos en que las colecciones adquieren adherencias y es-trechas relaciones con las paredes de la vagina.

Vuliet (1894) en el congreso inter-nacional de medicina de Roma, ocu-pándose del tratamiento de los pio-salpinx concluyó por que el mayor número de casos eran susceptibles de un método conservador. Dice que el método de la incisión por la vía vaginal no ofrece ningún peligro en manos ejercitadas y con la aplica-ción de la asepsia, conduciendo, sin complicaciones á la curación más completa. Refiere, al mismo tiempo, dos casos en que hubo concepción posterior al tratamiento.

Landau (1894) en la sociedad de medicina de Berlín, considera la in-cisión en los abscesos anexiales co-mo un procedimiento excelente, al que puede más tarde seguir la his-terectomía vaginal.

Gottschalk refirió casos en que las paredes del absceso estando adheri-das al fondo de saco de Douglass, facilitaban la aplicación del méto-do. Recomendó también el método para los abscesos del ligamentum latum.

Bouilly (1896) en el congreso gi-necológico de Ginebra, probó que la simple incisión ganaba terreno en los muchos casos en que el foco es único, sus paredes delgadas y cuando por la presión del abdomen el piosalpinx se pone en contacto con las paredes de la vagina. Refirió varios casos en que la supura-ción aguda de las trompas y ova-rios, el estado general grave y la virulencia del pus contraindicaban una laparatomía é histerec-tomía; pues bien recurrió al tratamiento indicado obteniendo magníficos re-sultados.

Richelot (1896) da preferencia al método de la incisión vaginal para los piosalpinx desarrollados duran-te el puerperio.

Pichevín apoyándose en una es-tadística numerosa se decide por el método en referencia.

Sänger, recomienda la incisión va-ginal como el mejor medio para con-servar el útero, haciendo la castra-ción por lesiones tubo-ovarianas, mediante el descenso del anexo pu-rulento.

Hegar—Kaltenbach (1897) con-sidera fácil la abertura del piosál-pinx por la vagina, sobre todo si la trompa se halla en el fondo de saco de Douglass en el que ningun peli-gro debe temerse desde que no existen vasos en esa región.

Dührssen (1898) preconiza la ce-liotomía vaginal posterior, para aquellas salpingitis localizadas en sitios altos de la pelvis y, por con-siguiente, sin ninguna relación con los fondos de saco vaginales, cree que por esta vía pueden evacuarse grandes colecciones de la trompas ovarios ó sus alrededores de mane-ra fácil y sin riesgo alguno para el operador.

Describe diez y ocho casos trata-dos por este método, que, según sus relaciones anatómo-patológi-cas, pueden clasificarse en estos cuatro grupos: el primero (cinco casos con exudado perimétrico pu-rulento) es justiciable de la celio-tomía vaginal posterior, sin que nin-

guna objeción pueda hacerse; el segundo (tres casos de supuraciones anexas complicadas) practicó la celiotomía vaginal y más tarde la celiotomía ventral, permitiendo esta última, por una rigurosa inspección de los anexos, concluir en la posibilidad de la curación por la simple incisión vaginal; el tercer grupo (seis casos de salpingo-ooofritis) los resultados no fueron tan brillantes, pues hubo un caso de fistula y otro de retroversión, exigiendo ambas complicaciones una nueva intervención; el cuarto grupo (cuatro casos de piosalpinx complicados) en dos de ellos fue aplicado el procedimiento con éxito completo y en otros dos se impusieron nuevas operaciones.

Fritsch (1900) En un trabajo recientemente publicado, recomienda la ancha incisión del fondo de saco de Douglas, tratándose de procesos purulentos que tienen lugar en las trompas. Habla, así mismo, de los numerosos engaños que pueden obtenerse por el tacto combinado hecho al través de la incisión vaginal. Por último, termina recomendando el mismo método para toda clase de tumores que por su posición topográfica se inclinan al lado vaginal.

Ludwig Mandl y Oscar Bürger (1901) Clínica ginecológica del profesor Schauta de Viena, después de analizar las razones en pro y en contra que se han emitido por los autores, concluyen así: no puede negarse que la incisión vaginal es una operación de predilección y muchas veces de necesidad para salvar á las pacientes de los peligros inmediatos que las amenazan en casos de supuración que radican en los anexos, máxime cuando el estado general y la virulencia del foco contraindican una terapéutica radical.

Alexander (Brit Gyn. Journ.-August 1901), eminente cirujano de Liverpool, ha practicado en el transcurso de dos años noventa y cuatro celiotomías por enfermedades distintas de la pelvis, sin incluir

las ejecutadas como primer tiempo de operaciones más extensas: cáncer del útero, fibromioma, etc.

Esto no quiere decir que abogue siempre por la vía vaginal, pues durante igual tiempo, dicho operador practicó doscientas cuatro celiotomías abdominales, aparte de otras muchas llevadas á cabo en años anteriores.

Los siguientes casos corresponden á las practicadas por Alexander: dos de hidrosálpinx; cuatro de celulitis pelviana; catorce de piosalpinx; seis casos de ruptura de adherencias como tiempo preliminar al acortamiento de los ligamentos redondos; cinco de ruptura de adherencias para drenar la pelvis; siete de hematocele pélvico; dos extirpaciones de fibromas de los ovarios; una evacuación de absceso perirectal; seis peritonitis pélvicas localizadas; veintidos extirpaciones de quistes del ovario; dos quistes dermoideos del mismo órgano; quince extirpaciones de ovarios quísticos; un absceso del ovario; ocho casos de extirpación de quistes parciales del ovario, conservándose el resto de dicho órgano.

Con tan larga experimentación concluye el cirujano en referencia por reconocer á las intervenciones por la vía vaginal: mayor facilidad en la curación; pronta convalescencia de la paciente; y resultados más satisfactorios que si se hubiesen llevado á cabo por la vía abdominal tratándose de la misma enfermedad.

Hector Treub (Rev. de Gyn, y de Círg. abdo. Febr. 1902) profesor de la Universidad de Amsterdam, con ocasión del Congreso de obstétrica y ginecología habido en ese lugar el año 1899 se expresaba así:

"En el año último he practicado diez veces la celiotomía vaginal posterior con el fin de tratar colecciones tubarias, no solo cuando estas hacían eminencia en la vagina, sino aún cuando el tumor estuviese localizado muy arriba. Algo

más, siempre he llevado la intención de no hacer de golpe una histerectomía total, sino comenzar siempre por la abertura simple del saco tubario, seguida de un taponamiento de gasa yodoformada."

Desde aquel tiempo, añade, he permanecido fiel á la línea de conducta trazada entonces; y creo que mis observaciones á la hora actual son en suficiente número para deducir algunas conclusiones.

Traub refiere que en ochenta y cuatro enfermas ha practicado ciento seis celiotomías, con una sola defunción. De este caso fatal se puede decir que la muerte sobrevino, no por la celiotomía, sino apesar de ella, pues fué ejecutada casi en periodo preagónico

III

Técnica Operatoria

Describiremos los rasgos principales del procedimiento, precisando más adelante los detalles que cada caso en particular requiere.

Cloroformizada la enferma, pues así la operación se hará siempre mejor y con más seguridad, colóquese la en posición dorso-sacra, con la pelvis un poco levantada y hacia fuera del borde de la mesa de operaciones. Los muslos bien separados y flexionados sobre el abdomen, se mantendrán en esta posición por pedales ó por asistentes. La región vulvar se hallará en altura suficiente para que se pueda operar sentado delante de la enferma y con buena luz.

La vulva será afeitada y después bien jabonada, así como el periné y la cara súpero-interna de los muslos. Dos dedos introducidos en la vagina frotarán sucesivamente sus paredes, el cuello del utero, y los fondos de saco con agua tibia jabonosa. La desinfección mecánica de la mucosa vaginal se completará mediante un cepillo estrecho y de mango largo. Hágase entonces una

abundante irrigación con el licor de van Swieten diluido y caliente. Con esta misma solución lávese toda la región exterior; y por último, con cuatro compresas hervidas circunscribese el campo operatorio.

En estas condiciones, los dos labios del cuello son cogidos por un tirabalas que á la vez cierra el canal cervical y previene la entrada de cualquier elemento infeccioso.

El operador introduce, luego, una ancha valva vaginal posterior, que mantiene con su mano izquierda. El tirabalas se confía al asistente que se halla colocado de pié al lado izquierdo de la paciente, ordenándole que lleve el cuello uterino hacia adelante y arriba. Así es claramente vista la inserción posterior de la vagina en la matriz; y presionando la extremidad de la valva contra el fondo de saco de Douglass, queda perfectamente á descubierto el campo operatorio.

El cirujano, armado con el bisturí ó las tijeras, corta, con la mano derecha la inserción vaginal en la base del cuello, desde un fondo de saco lateral al otro, sin interesar demasiado los lados por donde corren las arterias.

La sección de la pared vaginal se llevará á cabo mediante pequeños cortes, capa por capa, yendo siempre precedido del tacto digital.

Con estas precauciones se puede abrir de una vez el fondo de saco de Douglass. Ordinariamente, desde que se ha seccionado la pared vaginal, un dedo rechaza el labio posterior de la herida de manera de poner á descubierto el peritoneo, que siempre es facilmente perceptible, por su coloración distinta ó por que casi siempre contiene colecciones líquidas.

La abertura del saco peritoneal se hace, luego, con el dedo, las pinzas de curación ó las tijeras que se introducen cerradas para retirarlas abiertas de modo de agrandar la incisión.

Procédase, entonces á la exploración aséptica de la cavidad pelvia-

na, Se introduce uno ó dos dedos de la mano derecha para el lado derecho, de la izquierda para el lado correspondiente; y recordando la anatomía pélvica, es fácil reconocer, por las distintas impresiones del tacto, el ovario, las trompas los intestinos, el útero, etc, sin el auxilio de la vista.

De este modo también las colecciones líquidas tabicadas se trasforman en un solo foco; las adherencias serán destruidas y el útero liberado puede dirigirse hacia adelante ó atrás á fin de recuperar su situación normal.

En tales condiciones si nada requiere ser extirpado, se limpiará la vagina y el suelo pélvico con algodones mojados en líquidos antisépticos. Una tira de gasa esterilizada obtura la pequeña incisión cuyo cabo posterior rellenará la vagina.

Terminada la curación, si ningún accidente sobreviene, ordenaremos la quietud por cinco ó seis días al fin de los que, se renovará la gasa. Solo á la tercera semana declararemos terminado el tratamiento.

Por lo expuesto se vé: que el manual operatorio indicado es de lo mas sencillo é inocente; que permite una exploración fácil y segura de los órganos contenidos en la cavidad pélvica; una información perfecta de lo que allí pasa, con la menor molestia de la paciente, tratándose de procesos que se desarrollan en un espacio pequeño, donde se domicilian órganos de tanta trascendencia.

Es verdad que la evidencia visual no se obtiene por este procedimiento; pero en la mayor parte de los casos tampoco es necesaria. De todos modos si alguna vez se hiciese indispensable, podría ensancharse la herida del lado de la pelvis donde se localiza la lesión, haciéndose de ese modo visible la parte enferma.

CASOS ESPECIALES

La naturaleza de la afección modifica un tanto el manual operatorio;

de ahí la necesidad de entrar en algunas consideraciones.

Si un quiste ovárico pequeño se encuentra llenando la pelvis puede mediante la celiotomía vaginal ser aspirado, traído al exterior y extirpado.

Igualmente, puede ser también aspirado el líquido de los hidrosalpinx, el pequeño orificio cogido por un clamp, y el pedículo se tratará según las circunstancias y predilecciones.

En caso de hematocele enquistado, sin coagulación sanguínea, puede el contenido ser aspirado. Pero, generalmente, el fondo de saco está lleno de coágulos que es preciso disociar con el dedo para extraerlos. La limpieza del quiste hemático se hará con mucha prudencia, absteniéndose de fricciones rudas sobre su pared, máxime si sangre rutilante empieza á salir.

Refiere Alexander que en un caso de esta índole el derrame sanguíneo se hallaba libre en la cavidad peritoneal. La ruptura de la trompa tuvo lugar en horas avanzadas de la noche con hemorragia tan profusa que originó el colapso. A la mañana siguiente se abrió el fondo de saco de Douglass, la trompa fué cogida y extirpada junto con el feto y su bolsa de aguas! Este hecho es digno de mención no solo por la gravedad en que se practicó la celiotomía sino por que á los tres meses del cataclismo, la enferma se hallaba nuevamente embarazada.

Habla muy alto en favor de la celiotomía vaginal el siguiente hecho consignado también por Alexander. Presentósele una mujer con un tumor que llenaba el hipogastrio y la fosa iliaca derecha. Decidida la operación, abrió la pared abdominal y se encontró con que el tumor estaba cubierto de epiploón é intestinos delgados en tal extensión y con tantas adherencias que exigía una peligrosa intervención. Abandonó entonces la vía abdominal para atacar el cuerpo extraño mediante una ancha incisión del fondo de sa-

co de Douglass, por donde llegó á comprobar que se trataba de un quiste ovárico de paredes delgadas, cuyo contenido fué aspirado por la vagina con resultados satisfactorios.

Por lo que hace á las ligaduras para tratar los pedículos y hacer la hemostasia, en estos casos, deben ser postpuestas á la forsipresión. La razón se obvia: las pinzas se aplican facilmente en el espacio confinado en que se opera. Los tegidos no admiten muchas manipulaciones por encontrarse blandos y desgarrables; y la tracción hacía abajo de las partes enfermas, para ligarlas, es difícil y peligrosa.

En cuanto á las suturas del fondo de saco de Douglass, son innecesarias y hasta contraproducentes, pues cuando se quiere drenar la pelvis se encuentra mucha dificultad, sobre todo si la operación ha sido hecha en el sitio clásico de la inserción útero-vaginal. Una herida en esta región se cierra ordinariamente en veinticuatro horas. De otro lado, si la incisión se ha practicado asépticamente y se la mantiene en estas condiciones no hay por que preocuparse en suturarla.

Es tiempo de concretarnos á las supuraciones pelvianas que se radican en los anexos, cuyas observaciones personales han inspirado la presente tesis.

Ya sabemos cual es el procedimiento que empleamos en la incisión de la pared vaginal. Descubierto el saco peritoneal tenso, fluctuante, negrozco ó violáceo, se procede á perforarlo con los dedos: mas si la pared del absceso fuese resistente, no hay inconveniente, como hemos ya indicado, en recurrir á las pinzas de curación ó á las tijeras.

Mientras el pus empieza á salir, los dedos penetran rápidamente en la cavidad para romper los tabiques, buscar, deshacer los divertículos y colecciones secundarias.

Los piosalpinx se presentan por lo general como abscesos enquis-

tados y múltiples. En estos casos, es necesario abrir los pequeños focos, lo que se practica sin peligro mediante los dedos que rompen los tabiques, sin correr el riesgo de perforar los intestinos, como sucediera si nos valiéramos de instrumentos cortantes.

Insistimos, para que la operación sea verdaderamente curativa, en la necesidad de transformar en un solo foco todos los abscesos pequeños y grandes que se hallen en el oviducto.

Durante este tiempo importante una mano colocada sobre la pared abdominal prestará punto de apoyo á los dedos que operan en el interior del absceso.

Una vez el pus evacuado, limpiaremos las paredes del foco con algodones humedecidos en líquido antiséptico y montados en largas pinzas.

Por idéntico mecanismo serán limpiadas las paredes de la vagina, con bastante proligidad. Mas adelante indicaremos el por qué de estas precauciones.

Solo nos resta taponar la cavidad supurativa con una larga tira de gasa yodoformada, procurando rellenar todas las anfractuosidades formadas, con esta misma gasa se obturará completamente la vagina.

Aquí terminaríamos si la clínica no enseñara que en el tratamiento de los abscesos pelvianos, se merecen ser tomados en consideración.

El profesor Lejars (Tratado de cirugía de urgencia, 1902,) llama la atención sobre el siguiente caso:

Sucede á veces que, adormecida ya la enferma y preparada la operación, el tumor fluctuante, cuyo relieve se sintió en el fondo de la vagina, ya no aparece con gran claridad: una gruesa capa de edema, distendiendo interiormente toda la mucosa y continuándose á veces hasta la vulva, borra toda prominencia y la colección parece ha-

berse hecho más lejana y más profunda. Pues bien, en estos casos la existencia del mismo edema, síntoma al que Lejars atribuye gran valor diagnóstico, es una prueba que no engaña nunca. Se atacará, pues, la pared vaginal sobre la base del cuello, continuándose el desprendimiento de los tejidos infiltrados con la yema del dedo y la uña, ó también sobre el dedo con la extremidad de una pinza. Prosígase, así, hasta 2 y 3 centímetros y aún mas allá, no abandonando nunca la cara posterior del útero que será el mejor guía que nos conduzca seguramente y sin peligros al encuentro del pus.

Monod consigna el siguiente hecho: se hace la celiotomía en la creencia de encontrar pus, y con gran sorpresa se vé salir líquido seroso en cantidad á veces abundante. Pero este líquido no está solo, por el contrario, es la prueba de la existencia de una pelvi-peritonitis secundaria. Mas adelante, sobre las paredes de la cavidad que se acaba de abrir se encontrará un segundo saco, un saco supurado, esto es el piosalpinx, lesión primitiva y causa inicial de todo el proceso.

Al lado de estos casos merece recordarse que una vez evacuado el líquido seroso que llena el fondo de saco de Douglass no se encuentra colección supurada profunda. Los anexos están enfermos, sin duda; pero no son el asiento de ningún absceso. La pelvi-peritonitis parece ser la única causa de los accidentes agudos, sobre todo de los dolores que se calman rápidamente después de la incisión, por mas que no se haya encontrado pus.

Muchas veces nos hallamos en frente de una fistula recto vaginal, á consecuencia de un piosalpinx complicado con pelvi-peritonitis supurada. Es en estos casos que la celiotomia vaginal muestra todo su valor curativo, como se verá en la tercera historia clínica que consignamos. En efecto, las lagunas y an-

fractuosidades formadas al rededor del recto y anexos que son verdaderos manantiales de pus infecto y virulento, encuentran fácil desagüe mediante la celiotomía, contribuyendo así, eficazmente, á la oclusión del trayecto intestinal.

Por último, mencionaremos los casos en que el cirujano se vé obligado á practicar dos ó tres celiotomías, por la frecuencia con que recidivan los piosalpinx, haciendo creer que toda operación conservadora es imposible. Pues bien, el triunfo en estos casos verdaderamente desesperantes se debe á la entereza del operador. Un hecho de este género figura en nuestra primera historia.

Las recidivas tienen lugar, sea porque el proceso purulento se reproduce en el mismo sitio, sea porque interviniéndose con motivo de la lesión de un anexo el otro se infecta poco tiempo después. Esta tenacidad es particularmente frecuente en los casos de invasión tuberculosa de los órganos genitales.

Así mismo son de temer las recidivas en los hidrosalpiux, pues la incisión no hace sino cambiar de forma á la superficie secretante representada por la mucosa de la trompa. En estos casos la celiotomía no tendrá mas efecto que el de la incisión tratándose del hidrocele de la túnica vaginal.

Tratamiento ulterior. Puede suceder que se haya intervenido en un medio exento de gérmenes piógenos, ó que esté ya infectado por los micro-organismos de la supuración. En ambos casos nuestra conducta será diferente.

Supongamos lo primero: ruptura de adherencias, exploración de órganos, punción de los ovarios, extirpación de quistes, etc., la curación indicada para la exploración pélvica se mantendrá por cuarenta y ocho horas. Después de este tiempo se quitarán los clamps que se hubiesen colocado, dejándose la gasa por el resto de la semana, siempre

que la vagina no despidiera olor extraño.

La paciente verificará sus micciones sin el auxilio de sondas, cuidándose de taponar el orificio de la vagina durante la micción para impedir que la gasa se contamine. No debe permitirse que la operada ejecute movimientos violentos; obligándola á guardar el decubito dorsal.

Al fin de la semana se quitará la curación, procediéndose á limpiar la vagina mediante el espéculum y algodones mojados en solución antiséptica. La paciente quedará en reposo por otra semana.

A los quince días se practicará nueva curación y solamente entonces se permitirá la irrigación vaginal, una vez que el fondo de saco de Douglass esté perfectamente cerrado, jamás antes.

Ahora coloquémonos en el caso de que una cavidad supurativa ó hemorrágica deba ser drenada. Aquí usaremos la gasa yodoformada para rellenar la cavidad abierta, renovándola cada dos días. Facilita mucho la curación tomar el cervix úteri con un tirabalas, trayéndolo hacia arriba y adelante, para colocar bajo la gasa una valva; de este modo el tapón sale sin molestia alguna y la herida queda extensamente al descubierto.

En este lugar debemos discutir si después de la incisión es posible abreviar el tratamiento.

De pronto surge la idea de la irrigación; pero la experiencia enseña que en general los abscesos se limpian por sí solos.

Nosotros nos revelamos terminantemente contra las irrigaciones. Cuando las secreciones sean espesas; cuando están contaminadas por los agentes de la putrefacción; cuando hallándose en comunicación el foco con los intestinos, se mezclan las heces, entonces pueden excusarse los lavados; pero aun en estos casos será necesario tener confianza del grado de resistencia que

ofrezcan las paredes del foco. Nos guardaremos, pues, de inyectar líquido alguno en el campo operatorio; de lo contrario el peligro de infección de la cavidad peritoneal es inminente y ocurre casi con seguridad.

Por esta razón digna de tenerse en cuenta recomendamos que las paredes de la cavidad supurativa y la vagina misma sean limpiadas con algodones mojados en solución antiséptica.

A medida que trascurren los días la herida se estrecha mas y mas, y la gasa drenadora disminuirá en la misma proporción, cuidando de colocarla en tanto que exista cavidad alguna por pequeña que ella sea.

Complicaciones.—Durante la convalecencia se han visto sobrevenir peritonitis pélvicas localizadas. Pero no cabe duda que esta complicación se ha debido casi siempre al drenaje defectuoso.

Hay un accidente que debe tenerse en cuenta: el peligro de herir el intestino. En una observación refiere Treub se realizó este hecho; pero el mismo autor hace notar que esa herida fué el resultado de una falta operatoria debida á la tenacidad en curar una lesión rebelde.

También han ocurrido ligeras hemorragias al quitar los clamps; pero siempre se han detenido por un taponamiento bien practicado.

Mortalidad.—En noventa y cuatro celiotomias vaginales practicaadas por Alexander, ocurrieron dos casos fatales. Uno por quiste dermoide del ovario que extirpó facilmente. La misma noche sintió la enferma agudo dolor de costado, instalándose una pleuro-neumonía mortal. En la autopsia el abdomen se hallaba libre de infección.

El segundo caso fatal tuvo lugar con motivo de un absceso del ovario derecho, que habiendo encontrado el foco pequeño y localizado se contentó con evacuarlo, respetando el órgano. En la noche sobrevino una infección aguda á streptococo, siendo inútiles los esfuerzos por curar



batir una peritonitis generalizada.

Desde entonces se ha cuidado Alexander de extirpar todos los tegidos movibles en contacto con el pus, sin que hasta el presente haya variado de conducta.

IV

CONCLUSIONES

Estas se formulan asi:

1^a—En casos de supuración aneural, donde un tratamiento operatorio se impone, debe practicarse siempre la celiotomía vaginal.

2^a—Se volverá á la celiotomía en casos de recidiva.

3^a—Si esta operación repetida se muestra rebelde, debe recurrirse á la histerectomía vaginal.

4^a—De igual manera, está indicada la histerectomía vaginal en la salpingo-ovaritis tuberculosa, siempre que el estado general de la enferma no se oponga.

5^a—En casos de hidrosalpinx recidivante después de la celiotomía, hay lugar para discutir las ventajas de una operación conservadora cualquiera por la vía abdominal.

(Continuará).

Los sordos oyen.—El número 4 de *Mundo Ilustrado*, 626, Chiswick High Road, Londres, W., Inglaterra, contiene la descripción de una cura maravillosa para la sordera y el zumbido en las orejas, la cual puede hacerse en casa, y es considerada como infalible. Este número se enviará gratis á toda persona que mande su dirección al editor de dicha revista.



TRABAJOS EXTRANJEROS

Tratamiento de la constipación (estreñimiento).

Gakkel, *Arch. de Therap. Russe*), en 137 casos de estreñimiento crónico, ha recurrido al siguiente tratamiento: alimentos vegetales en grandísima cantidad y substancias ricas en celulosa,

Masaje del vientre é hidroterapia en forma de ducha local con el chorro con presión de dos atmósferas, primero derecho al epigastrio y después sobre el colón, empezando por abajo y á la derecha y siguiendo su trayecto anatómico. La temperatura de esta ducha debe cambiar con rapidez (variaciones de más de 25°).

Después ducha sobre el pecho y la espalda á presión y temperatura constante,

En el estreñimiento espasmódico, el autor preconiza la ingestión de grasas. Los dolores se calman con compresas calientes.

En los casos de constipación clásica, el autor recomienda una ducha á débil presión (cinco litros) proyectando el agua sobre el vientre en forma de lluvia (la temperatura del agua debe ser de 28° y la duración de dos á dos y medio minutos). Después de haber dirigido el chorro sobre el vientre, se dirige sobre los pies, sobre el pecho y la espalda.

El enfermo permanece en la cama de cinco á diez minutos, y después se levanta y pasea un cuarto de hora. En algunos casos hace falta dar bromuros.

En los neurasténicos las duchas, en la mayor parte de los casos, dan resultados favorables.

En la práctica ginecológica, según hace juiciosamente observar Blondel, la constipación habitual se observa casi diariamente. Tiene por causa ordinaria la paresia muscular del intestino y la insuficiencia se-

cretoria de su mucosa. El tratamiento fisiológico de las mujeres con paredes relajadas y con suelo pelviano incompleto consiste en actuar sobre estos factores con el uso de un cinturón y masaje prudente eliminando los casos en que la inflamación de los anejos es todavía reciente y puede reavivarse por el masaje. El agente medicamentoso empleado por Blondel (*Gaz. hebdom. de Med. et de Chir.*) con mejor resultado, es la ipecacuana, que actúa como autómotriz del intestino y como estimulante de la secreción intestinal.

Extracto acuoso de ipecacuana..... 10 grs.
 Agua destilada..... 50 „

Media cucharada en 150 gramos de agua para una lavativa que se pondrá por la mañana procurando conservarla. Se obtiene habitualmente una deposición la misma noche, lo más frecuentemente sin cólicos y los dos ó tres días siguientes y algunas veces más una deposición cotidiana. Pero á veces hay náuseas. Durante este tratamiento hay que vigilar el régimen alimenticio.

E. Kusmaul ha introducido en la terapéutica los lavados con aceite en estreñimiento habitual. Heiner lo ha puesto en práctica en Alemania y ha determinado sus indicaciones y su técnica. En la constipación atónica es donde este tratamiento tiene sus mayores éxitos. También da excelentes resultados en la constipación consecutiva á la tiftitis y en la obstrucción de materias producida por cicatrices ó tumores

La deposición líquida que resulta de una lavativa de aceite, no es solamente debida al reblandecimiento experimentado por las heces, sino á reacciones químicas que se verifican en contacto de los jugos digestivos todavía no descompuestos. Los álcalis de la bilis y del jugo pancreático se unen á los ácidos grasos del aceite para poner en libertad glicerina y ácidos grasos. Estas nuevas

substancias exitan el movimiento peristáltico del intestino.

La técnica tiene alguna importancia. Hay que emplear el aceite de oliva puro: la cantidad debe ser 500 gramos que pronto pueden reducirse á 250, y debe usarse á la temperatura del cuerpo. Lleno el irrigador, el enfermo se coloca en decúbito dorsal, se pone una almohada recubierta de impermeable debajo de la pelvis para establecer una presión negativa y aspiradora en los órganos. Se introduce una cánula de unos 15 centímetros y se hace funcionar el irrigador lentamente para que la operación dure de unos 15 á 20 minutos. El enfermo debe permanecer una hora en la misma posición; debe facilitarse la progresión del aceite colocándose alternativamente sobre el dorso, el lado derecho y el izquierdo. Generalmente de tres á cuatro horas después sobreviene una deposición y si no se provoca por una pequeña lavativa de agua. Se repite todos los días esta operación hasta que las deposiciones sean pastosas y biliosas. Se interrumpe después hasta que las deposiciones sean de nuevo secas y no sobrevengan diariamente.

De 34 casos de constipación habitual Berg (*Lyon médical*) ha observado 33 curaciones completas; en un solo caso un enfermo se vió obligado á ponerse cada diez ó quince días una lavativa de aceite.

Aunque el fruto del *sorbus aucuparia* sea considerado generalmente como dotado de propiedades astrigentes y antiarréicas, el extracto fluido de este fruto ejerce, según el Dr. A. A. Kroupetzky ayudante de Patología interna de la Facultad de Medicina de Yonriev, una acción laxante que permite utilizarlo en la constipación habitual.

Este extracto es un líquido rojo, de olor y sabor agradable. Se prescribe, según el grado de la constipación y el estado del enfermo, en

dosis que varían desde 20 gotas hasta una cucharada, repetidas dos ó tres veces al día. El efecto laxante se produce unas diez horas después de la última toma.

En la constipación espasmódica, según Kraus (*Rev. de Therap.*), los purgantes no hacen más que aumentar la tendencia al espasmo; únicamente la belladona, ya prescrita por Trousseau en los casos en que no daba resultado el tratamiento clásico, da buen resultado, paralizando el simpático. El opio en dosis pequeñas no produce su efecto.

Desde el punto de vista hidrotérapico, se utilizará únicamente la práctica hipostenizante, como las envolturas húmedas, colocadas una ó muchas veces al día de una á dos horas de duración. Una de estas aplicaciones será seguida de un semicupio templado y de una ducha de lluvia, también templada. Otros especialistas han obtenido éxitos con compresas empapadas en agua caliente.

El masaje es nocivo; lo mismo puede decirse de la faradización; para las irrigaciones rectales se evitará cuidadosamente el agua fría, y preferentemente se recurrirá á la infusión débil de anís estrellado, de camónula, á 37° ó 38°, con presión moderada.

Las lavativas de aceite están claramente indicadas (pelvis levantada, débil presión: cantidad, de 400 á 600 gramos).

Manquat (de Niza) aconseja el sulfato sódico á dosis pequeñas contra la constipación y el estado dispéptico (comunicación al XIII Congreso Médico de París.). Una dosis débil de sulfato sódico (4 á 8 gramos), según el autor, en disolución en un gran vaso de agua á 38° bebida por la mañana en ayunas, constituye un laxante bastante recomendable en el estreñimiento ordinario, aun en algunos enfermos que pueden padecer en el acto de la defecación (hemorroides, apoplejía, etc.). En otros

se puede, por el uso regular de esta disolución, realizar una verdadera cura hidromineral, que da el mejor resultado en los dispépticos. En este caso hace falta interrumpir todos los meses el tratamiento durante unos diez días.

E. Roos (*Münch. Med. Wochenschr.*), como A. Günzburg y Quinke, ha observado que la levadura de cerveza ejerce una influencia de las más favorables en el estreñimiento habitual. Se puede obtener este efecto ya con la levadura fresca simplemente desecada á una temperatura de 30°, y de la cual se administran dos ó tres dosis de 50 centigramos todos los días, ya con una levadura cuya vitalidad haya sido destruída por la permanencia de una hora en la estufa á 130°; en este último caso bastan dosis menores.

Se puede creer que la levadura de cerveza actúa como laxante, no por efecto de una acción fermentiva, sino por su composición química, que la hace susceptible de activar el peristaltismo intestinal.

La acción favorable de esta medicación en el estreñimiento crónico se manifiesta algunas veces al segundo día y persiste algún tiempo después de la cesación del tratamiento, que está enteramente desprovisto de inconvenientes. Únicamente se observa algunas veces algún abultamiento del vientre con flatulencia y algunos cólicos, ligerísimos trastornos que pueden evitarse con frecuencia totalmente, ó atenuarse por lo menos, con el empleo de una levadura esterilizada en la estufa.

El clorhidrato de apocodeína ya fué utilizado en terapéutica por el Dr. Toy (de Lyon), que lo administraba en dosis de 2 á 6 centigramos por la boca ó por la vía subcutánea, y obtenía en los dementes agitados un efecto calmante evidéntísimo, acompañado de una excitación del peristaltismo intestinal,

que se manifestaba por una ó más evacuaciones albinas. Recientemente el Dr. Combenale (de Lile), con el objeto de utilizar la propiedad laxante de la apocodeína, la ha empleado en su clínica. Los doctores Raviart y Bertín (*Eco Med. du Nord*), dos sabios terapeutas, en gran número de enfermos de estreñimiento han practicado inyecciones hipodérmicas de 2 centímetros cúbicos de una disolución acuosa de clorhidrato de apocodeína al 1 por 100. En casi todos los enfermos experimentados, estas inyecciones han provocado una ó más deposiciones blandas.

La apocodeína en inyección subcutánea parece ser un buen laxante, hecho tanto más interesante cuanto que el número de sustancias susceptibles de producir una acción purgante por la vía hipodérmica es todavía muy restringido.

En todas las observaciones de que se trata, la apocodeína no ha producido alteraciones en el estado general: sólo ha ocasionado dolores y una rubefacción difusa en el sitio de la inyección; pero este inconveniente es fácilmente evitable inyectando el medicamento en el espesor de los músculos y no bajo la piel.

A. P. M.

XIVº Congreso Internacional de Medicina

Tenemps el honor de informar á los señores médicos que tengan la intención de asistir al Congreso de Madrid, que las Compañías siguientes han acordado reducciones en el precio de los pasajes en favor de los miembros del Congreso;

- Ferrocarriles del Norte de España, id. de Madrid á Zaragoza y Alicante..... 50 %
- Compañía Trasatlántica (española)..... 33 %
- Ferrocarriles franceses (Est., Mi-

- di, Nort, Ouest, P.-E.-M, Etat et Orléans..... 50 %
 - Navigazione Generale Italiana, Compañías de navegación "Puglia," "Napolitana" y Siciliana..... 50 %
- (excluída la alimentación).

Se hará conocer las respuestas de las otras Compañías á medida que lleguen al Comité ejecutivo del Congreso.

Los "*Voyages Pratiques.*" 9, rue de Romme, París (con agencias y correspondientes en Burdeos, Bruselas, Londres, Marsella, Nápoles, New York, Estrasburgo, Tolosa, Zurich, Milán, etc.) se ocupan gratuitamente de todo lo que se refiere á los viajes, datos para la obtención de billetes, excursiones, etc.

El *servicio de alojamientos* en Madrid está instalado permanentemente, y es á el que conviene dirigirse (oficina de alojamiento, Facultad de Medicina, Madrid.)

Todos los que deseen recibir el programa preliminar del Congreso, podrán pedirlo sea al Comité Nacional de su país, sea á la Secretaría General en Madrid.

Se recuerda que todas las comunicaciones que deben figurar en el programa definitivo, deberán ser anunciados á la Secretaría General antes del 1º de enero de 1903.

Varias demandas han llegado al Comité ejecutivo respecto á la extensión del artículo II del Reglamento que habla de la admisión como miembros del Congreso de todas las personas que se hallan en posesión de título profesional ó científico: no es necesario decir que este artículo se refiere solamente á las profesiones y ciencias que tienen cierta afinidad con la ciencia médica.

Las adhesiones y cotisaciones (30 pesetas ó 23-25 francos, según las oscilaciones del cambio) pueden ser dirigidas a los Comités Nacionales, ó bien á la Secretaría General en Madrid.

Publicaciones recibidas

Acaba de aparecer.

BIBLIOGRAFÍA METÓDICA de los libros de Medicina, Cirujía, Farmacia y Ciencias 1880-1901, comprendiendo las obras nuevas aparecidas hasta el día.

Para recibir esta **BIBLIOGRAFÍA**, gratuitamente, basta pedirla á la *librería Maloine*, 23-25, rue de l'Ecole de Medecine. París.

APUNTES SOBRE TUBERCULOSIS.— Observaciones de varios casos tratados por el procedimiento de Murphy por los *Dres, Nicasio Rosales y J. Max Olano*.

Sonsonante, República de El Salvador (América Central)

COMPENDIO DE PATOLOGÍA MÉDICA, para médicos y estudiantes por *C. LIEBERMAISTER*, Profesor numerario de Patología y Terapéutica y Director de la Clínica Médica de Tubinga.

Segunda edición corregida y aumentados. Traducida directamente del alemán por *D. Miguel Gayarre y Espinal*, Doctor en Medicina y Cirujía de Madrid. Con un prólogo escrito por el *Dr. D. Luis Simarro*, catedrática, por oposición de la Facultad de Ciencias de Madrid.

MADRID. Administración de la Revista de Medicina y Cirujía Prácticas" Calle de Preciados N^o 33, bajo—1902.

DIAGNÓSTIC GYNECOLOGIQUE. *Organes génitaux et Mamelle. Par le DOCTOR CLADO. Chef des travaux de Gynecologie a l'Hotel-Dieu, Ancien Chef de Clinique a la Faculté.* 1 volumen in-18, de 840 páginas con 109 figuras.—6 fr. A. Maloine, editor. 23.35' ruée de L'Ecole Medecine. París.

El estudio práctico del diagnóstico ginecológico, establecido por la apreciación de los síntomas y la discusión detenida de su valor res-

pectivo, tal es el objeto que persigue el autor de esta obra. Es pues, ella no solamente una exposición pura y limpia del diagnóstico, sino también una exposición clínica de cada enfermedad. El autor sigue la evolución y variaciones sintomáticas de la efección, de manera que se pueda diagnosticar esta en sus diferentes faces, y de allí deducir el pronóstico. Agreguemos que además de los elementos recojidos en el lecho de la enferma, ha tenido cuidado de poner al servicio del diagnóstico todos los que podía suministrar la histología, la bacteriología y, aún, en los casos donde es necesario, la anatomía patológica.

El doctor Clado, en su tratado de diagnóstico, ha tenido la feliz idea de reunir las afecciones de la mama á las de los órganos genitales.

Los prácticos y los estudiantes encontrarán pues real utilidad en la lectura de esta obra, la primera de este género consagrada á las afecciones ginecológicas. Encontrarán ella agrupados de la manera mas clara y metódica, al lado de numerosos croquis tomados del natural, todas las nociones que tendrán sin cesar necesidad de conocer.

Lima. Abril 5 de 1893.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Estimados Señores:

Tengo el placer de felicitar á Uds. por la feliz idea de reunir en una sola fórmula los hipofosfitos de cal y sosa y el aceite de hígado de bacalao.

He tenido la satisfacción de ver á muchos de mis enfermos recuperar la salud con el uso de la Emulsión de Scott.

Aprovecho esta oportunidad para suscribirme de Uds. Atto. y S. S.,

J. YDOÑA Y SAVÁ.

Médico y Cirujano de la Universidad de San Marcos de Lima.

Imp. de San Pedro - 28170