

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XIX } LIMA, 31 DE OCTUBRE DE 1902. { N.º 332

TRABAJOS NACIONALES

La perforación del estómago por úlcera de Cruveilhier

En los últimos números de este quincenario se vienen reproduciendo unos trabajos del Prof. P. Brouardel, publicados en su obra "Medicina y Cirugía" y titulados "Enfermedades y accidentes que pueden simular el envenenamiento"; siendo en el número 329 que se trata de la ulceración y perforación del estómago. Allí se citan casos curiosos de perforación estomacal por úlcera redonda, y su lectura me ha hecho recordar uno, bastante notable también, que pude observar cuando fui clínico del servicio de medicina del Sr. Dr. Fernandez Dávila, en el Hospital de Santa Ana.

Se trataba de una señora de 60 años de edad más ó menos, que fué conducida al Hospital por la policía del cuartel primero, y que ocupó la cama n.º 20 de la sala de Sto. Toribio. Como ingresara á mas de las 11 del día no pudo ser examinada por el Sr. Catedrático, ni por el Dr. Mimbela, Jefe de Clínica; pero como yo me hubiera retrazado en la sala, pude recibir la enferma y llenar la indicación mas urgente á mi parecer.

Por las averiguaciones que practiqué, supe que esa señora era mondonguera de oficio y vivía en las cercanías del camal, habiendo estado el día anterior lavando á las ori-

llas del Rimac. En esa mañana había entrado á una chingana de chinos, comido allí fritura de tripas y bebido una cierta cantidad de aguadiente; fué poco rato después de esta ingestión que esta señora, que siempre había gozado de salud, según aseveraba ella misma, fué presa bruscamente de un dolor agudo á todo el vientre y vómitos, encontrándose imposibilitada para caminar. En esta situación fué conducida en una camilla.

De la naturaleza del vómito solo pude saber que no fué sanguinolento contribuyendo á esta conclusión la falta de huellas en la boca y ropas de la enferma. El vientre era bastante doloroso, pero estaba deprimido, la percusión parecía normal. No había diarrea. El hígado y el bazo estaban normales. El pulso era pequeñísimo y rápido, y los latidos cardiacos sin traducir lesión orgánica alguna estaban en consonancia con él. La temperatura era de 36° y fracción. La enferma hablaba, pero se conocía su agitación; su aspecto revelaba un estado anterior bueno, se reconocía que su enfermedad era de iniciación próxima, se reconocía también su gravedad extrema pero nada venía á la mente que se pareciera á un diagnóstico.

Los que la habían acompañado hablaban de envenenamiento, pero no se podía sospechar de algún tóxico, con tanta mayor dificultad cuanto que en todo el rato que examinaba á la enferma no vomitó ni

una sola vez. El olor del aliento nada indicaba; y si bien se podía suponer que hubiera algo corrosivo que inculpar, á pesar de la ausencia de huellas en la boca, nada se avanzaba con eso. En esta situación creí llenado mi deber con colocar una inyección hipodérmica de morfina con cafeína y recomendar á la hermana de la sala la hiciera ver del interno de guardia tan luego como llegara.

Algún tiempo despues la vió el interno del servicio y parece que reconoció una paraplegia. Él, obligado como estaba á atenderese caso, hubo de formarse un juicio y con grandes dudas sospechó una perniciosa atendiendo á la procedencia y probablemente á la temperatura que entonces ya tenía que haberse presentado separada de la normal.

La enferma murió esa misma noche y al día siguiente se le hizo la autopsia. Sin lesiones externas que mencionar, se fué directamente á abrir la cavidad abdominal, presentándose á nuestra vista una perforación del estómago en la cara anterior y del diámetro de un medio sol. El estómago contenía una cierta cantidad de líquido que no era sanguinolento á simple vista; su mucosa estaba congestionada en gran parte de su extensión, había una gastritis clara; la úlcera era única y perfectamente redonda, de bordes desgadados, en desfiladero.

El resto del examen necrópsico no merece mencionarlo. El Dr. Fernandez Dávila, solicito por llenar todas las hipótesis posibles ante sus clínicos, ordenó que el estómago y contenido fueran remitido al laboratorio de toxicología de la Facultad para su examen químico. No recuerdo bien si le practicó ó nó este análisis, pero todos convinieron en que allí se trataba de una Úlcera de Cruveilhier que se había perforado bruscamente.

He allí pues un caso interesante, tanto como los que cita el Pf. Brouardel, observando aquí el año 1899. Sin antecedentes que dieran

alguna luz, fué imposible llevar un diagnóstico en ella; y de la manera las cosas se habían presentado, el juicio del clínico tenía por cierto que inclinarse del lado mas verosímil.

J. L. CASTRO GUTIERREZ.

Lima, Octubre 10 de 1902.

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 de 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.

(Conclusión)

V

OBSERVACIONES CLÍNICAS

I

Piosalpingitis bilateral.—Celiotomía vaginal posterior.

I. R., natural del Ecuador, de 38 años, II para, ocupó el 8 de setiembre de 1898, la cama número 10 de la Sala "La Merced"—Servicio ginecológico del Dr. Carvallo.

Antecedentes hereditarios.—Su padre vivió hasta edad muy avanzada; su madre murió de afección cardíaca.

Antecedentes fisiológicos.—Constitución débil, temperamento linfático.

Antecedentes patológicos.—Reumatismo.

Reglas antes del matrimonio.—Normales.

Epoca á la cual remonta la enfermedad.—La paciente refiere sus dolencias á dos años ocho meses, época en que tuvo un aborto, corres-

pondiente al tercero y último de sus embarazos.

Su función menstrual se ha exagerado desde aquella fecha, durando mayor tiempo y repitiéndose hasta dos veces por mes.

La enferma recuerda haber sufrido tres veces con diversos intervalos, todo el cortejo de síntomas con que se presentó al hospital, y que terminaron con evacuaciones diarréicas y purulentas.

Su estado al ingresar al servicio fué el siguiente: dolores intensos en la región hipogástrica, con predominio en el lado derecho, y que dificultaban considerablemente la marcha. Náuseas con algunos vómitos en el segundo y tercero día. Temperatura 38° en la mañana, para exacerbarse en las tardes hasta 39°5.

Examen ginecológico.—Colocada la enferma en el decúbito dorsal se encontró: Vagina de color rojo intenso, con gran sensibilidad y una secreción amarillenta, poco abundante. Utero en antelátero-versión izquierda forzada, é inmóvil en la excavación pélvica. Fondo de saco de Douglass ocupado y con fluctuación manifiesta, sobre todo al lado derecho. Fondo de saco lateral izquierdo ocupado y con sensación de dolor al tacto.

Tratamiento.—Al principio se dispuso todo como para una histerec-tomía vaginal, y se comenzó por practicar el primer tiempo, haciendo una colpotomía posterior.

En este momento se decidió ejecutar una colpocentesis del fondo de saco de Douglass, y como se obtuviese resultado positivo, con la presencia del pus, creyó prudente el Dr. Carvalho, atendiendo á las condiciones graves de la enferma, practicar simplemente la celiotomía vaginal posterior y drenar el foco con gasa yodoformada. El tacto demostró tratarse evidentemente de un piosalpinx derecho.

Pero no fué esto suficiente para la curación de la enferma. En efec-

ta, ocho días después la temperatura sube de nuevo, otra vez se repiten las náuseas y vómitos anunciando la recidiva. Por la exploración del fondo de saco de Douglass se constata claramente la presencia de un foco de supuración radicado en esta vez en el anexo izquierdo. Hecha la aspiración con el Dieulafoy se extrajo ciento cincuenta gramos de pus. Volvióse á practicar la celiotomía y roto el tumor anexial se colocó en la cavidad supurativa un tubo de cautchuc.

Con esta nueva intervención, las condiciones de la enferma mejoraron notablemente. El *drain* siguió todavía evacuando pus.

Al sexto día se practicaron algunos lavados del foco sirviéndose del mismo tubo de desagüe, el que al décimo día fué reemplazado por gasa yodoformada.

Posteriormente, el estado general y local de la enferma siguieron mejorando notablemente, hasta que el vigésimo quinto día de la operación, quedó completamente cerrada la herida vaginal.

Hemos visto á la enferma mucho tiempo después de su alta y nada acusa las probabilidades de otra recidiva.

El caso descrito pone de manifiesto la curación completa de un caso de piosalpinx sumamente grave, no solo por la multiplicidad de los focos, la naturaleza del contenido, sino, lo que es más notable, por el estado caquético y de postración en que se encontraba la enferma.

Una primera celiotomía produjo resultados satisfactorios, pero temporales; una segunda fué necesaria para completar el tratamiento.

2ª

PARAMETRITIS SUPURADA—EVACUACIÓN EXPONTÁNEA DEL PUS POR LA VAGINA.

E. S., natural del Callao, ocupó

la cama número 4 de la sala "La Merced" el 13 de marzo de 1902, en la clínica de ginecología,

Lavandera, de 35 años; temperamento linfático y constitución débil.

Ningún antecedente hereditario. Solo ha sufrido de una neumonía hace catorce años.

Ha tenido siete embarazos, habiendo terminado el segundo por aborto, sin consecuencias patológicas; todos los demás siguieron curso y terminación normales. El último tuvo lugar hace un año.

Reglas antes y después del matrimonio no ofrecen particularidad alguna.

Su enfermedad la refiere á ocho meses atrás.

Al tiempo de su ingreso se queja de dolores al hipogastrio y á las dos focas iliacas, pronunciándose más al lado izquierdo. Sentada y durante la marcha se exasperan los dolores,

Existe una secreción vaginal blanca amarillenta. Ha sufrido de menorragias, así como de tenesmo vesical.

Los aparatos digestivo, circulatorio y respiratorio normales.

Examen ginecológico.—Vagina lubricada por la secreción antedicha y con sensibilidad normal. Cuello del útero hacia adelante y arriba, con rasgadura unilateral izquierda. Fondo del mismo ocupando el saco de Douglass. Este último se hallaba también invadido por una tumefacción que avanza al fondo de saco lateral izquierdo, en el que es posible tocar la trompa correspondiente.

El útero se hallaba inmóvil en medio de esta masa difusa, que no ofrece fluctuación apreciable.

Además el tacto vaginal hace sentir una eminencia regular circunscrita, como un pequeño quiste, al nivel del fondo de saco posterior.

Por el abdomen se nota un tumor pequeño, inserto en la matriz, como si se tratase de un núcleo fibromatoso.

Sometida á un tratamiento local de irrigaciones calientes rectales y vaginales; aplicaciones de gasa embebida en glicerina ictiolada; y á una medicación antiséptica interna, la enferma se sintió aliviada en sus dolores y en su estado general.

De pronto la temperatura que había permanecido normal, sube el 2 de abril, á 37°8 en la mañana y 39°1 en la tarde. Con esta fiebre, se presentan bruscamente todos los síntomas de una pelvi-peritonitis: náuceas, vómitos, dolores agudos al hipogastrio, constipación, etc.

La inmovilidad del útero es mayor, se ha encastillado.

El fondo de saco posterior más sensible; la tumefacción en dicho saco y en el lateral izquierdo aumentan en extensión y sensibilidad, sin ser fluctuantes.

Días 3 y siguientes, la temperatura continúa febril con exacerbaciones en las tardes, hasta el 9 en que se realizó una defervescencia brusca. Este día la enferma sintió que una secreción mayor y más densa se escapó por la vagina.

Al examen con el espéculum pudo observarse que al nivel de la inserción posterior del cuello, en el punto mismo en que se percibía el pequeño quiste referido, una abertura se había practicado, de la que aún se vertía pequeña cantidad de pus. El histerómetro, sirviéndonos de estilete, penetró cuatro centímetros por este orificio.

El tacto vaginal nos indica una disminución notable de la tumefacción lateral izquierda.

Tratamiento. Se dilató la abertura del foco supurativo, se limpiaron sus paredes y se colocó una mecha de gasa yodoformada.

Días 11 y siguientes, hasta el 15, la temperatura se conserva apirética. La curación se repite cada dos días, renovándose la gasa drenadora, la que penetra en un espacio cada vez menor. La tumefacción continúa disminuyendo. Régimen interno; tartra-

to de potasa y fierro con yoduro de potasio.

Días 16 y consecutivos se recurre al mismo tratamiento. El orificio esta casi cerrado.

El 23 aparecen sus reglas, durándole cuatro días; en este intervalo se suspende todo tratamiento. Despues de su menstruación se observa que el orificio en referencia era reemplazado por una ligera cicatriz. El fondo de saco izquierdo, considerablemente desocupado permitía alcanzar la trompa, cuya sensación resistente y dura había también cambiado.

Siguió la enferma en muy buenas condiciones, haciéndola de vez en cuando aplicaciones de glicerina ictiolada, previos lavados antisépticos, hasta el 19 de mayo en que solicitó su alta.

En el fondo de saco izquierdo, si bien la trompa podía aún sentirse, la tumefacción había desaparecido y el parametrium daba una sensación de blandura y movilidad normales.

Ultimamente, el 27 de junio, hemos visto á la enferma mejora en su estado general y local. El útero conserva una ligera retroversión; los anexos no ofrecen nada de particular; y su salud está completamente restablecida.

La historia de esta enferma es muy interesante por la marcha espontánea seguida por la naturaleza en el proceso mórbido de una parametritis, cuyo origen, tal vez blenorragico, encontró eficaz ayuda en las maniobras de examen á las que fué sometida la paciente.

Tal curación espontánea es una de las pruebas de mayor fuerza en pró de nuestra asersión: la vía vaginal, que es el mejor de los caminos que sigue la naturaleza para vaciar el contenido de los focos pélvicos, deseamos lo utilize el cirujano en casos análogos.

Eso sí debe procederse con oportunidad á fin de evitar otras ter-

minaciones posibles, pero de consecuencias penosas, sino funestas, como la abertura del foco en el recto, la vejiga ó su irrupción en la cavidad peritoneal misma.

Son estas consideraciones las que inspiran la presente observación, aunque en ella no se ha notado, desde el principio, la acción del cirujano en favor de la celiotomia vaginal.

3ª

Perimetro — oforo — salpingitis blenorragica supurada — Evacuación expontánea del pus por el recto—Celiotomia vaginal posterior.

A. 2. II para, de 37 años, natural de Chíncha, ingresó al servicio ginecológico del Dr. Carvallo, el 22 de mayo del presente año, para ocupar la cama N° 3.

De constitución débil y temperamento linfático, ha tenido sin embargo salud buena hasta hace un mes.

Sus reglas, iniciadas á los 14 años, han sido siempre dolorosas.

Desde el 20 de abril, época á la cual remonta su enfermedad, la paciente experimentó una sensación de peso en el bajo vientre, con dolores muy marcados en el hipogastrio y en las fosas iliacas de ambos lados; junto can estos síntomas sobrevino una constipación que duró cinco días, cediendo á la acción de un purgante. Las náuseas y vómitos dice que la han atormentado mucho. La fiebre ha sido constante. A los pocos días la marcha se hizo difícil.

Llevando nuestras investigaciones, mas adelante, sabemos que: sus relaciones sexuales interrumpidas por mucho tiempo, tuvieron lugar dos meses antes de su estado actual y aunque ella ignora los detalles de salud de su esposo, podemos hallar una rela-

ción de causa á efecto en estos últimos datos.

Por la simple inspección se observan las huellas profundas de una enfermedad que de algun tiempo había minado el organismo endeble de nuestra enferma. Efectivamente, hacia mas de un mes que era asistida sin resultados satisfactorios en su domicilio.

La piel de la cara ofrecía un tinte amarillento; los ojos rodeados de una aureola obscura, las conjuntivas subictéricas, los labios secos, las encías fuliginosas. A esto agrégase una sed viva, estado nauseoso, anorexia absoluta, vientre doloroso y timpánico.— Temperatura 38°1. Respiración fatigosa. Pulsaciones 96 por minuto.

Exám.en ginecológico. Grandes labios normales; los pequeños y el clítoris bañados por secreción purulenta. Meato urinario inflamado; la compresión de la uretra, realizada de atrás adelante, hace salir unas gotas de pus. Paredes de la vagina lisas, un poco sensibles y bañadas por un líquido sero-purulento.

Cuello del útero dirigido hacia abajo y atrás, con propulsión de la mucosa interna de manera de simular tres labios. Fondo de saco lateral derecho ocupado por una tumefacción difusa; el lateral izquierdo ocupado también y dejando percibir la trompa correspondiente. Fondo de saco posterior invadido, igualmente, por una tumefacción dolorosa.

Por el tacto rectal se comprueban los anteriores datos.

En este día 22 fué sometida la enferma al tratamiento antiflogístico, consistente en irrigaciones vaginales y rectales calientes, compresas de Priesnitz, etc.

Día 23, se le administra un ligero laxante á fin de evacuar el recto que contenía materias fecales. En la tarde se observa á la vez que un

descenso de la temperatura, que las evacuaciones de la enferma estaban acompañadas de sustancia purulenta.

En los días siguientes continuó con el régimen de las irrigaciones boricadas calientes y por la vía bucal desinfectantes intestinales. Las cámaras venían siempre mezcladas de pus.

Día 27, la fiebre se eleva nuevamente á 39°8, aparecen las náuseas seguidas de vómitos; hay escalofríos; la materia purulenta cesa de evacuarse.

Día 28 se practica la colpotomía posterior, comprobándose firmes adherencias que inmovilizan el útero é impiden la continuación del procedimiento conveniente para vaciar los focos. Esta circunstancia, así como la no cloroformización de la enferma hicieron diferir al cirujano la operación para el día siguiente. Se hizo un lavado de las paredes vaginales, dejándose una gasa yodoformada en la herida.

Día 29, los dolores han disminuido, la temperatura desciende á 37° y en virtud de la remisión general de los síntomas, queda la enferma en observación.

Día 6 de junio; los antiguos síntomas vuelven á presentarse, inclusive el alza de la temperatura. El fondo de saco de Douglass es otra vez ocupado por una tumefacción de mayor volumen y bastante sensible.

El profesor, doctor Carvalho, creyó conveniente llevar adelante la celiotomía y drenar la cavidad supurativa con gasa yodoformada.

En los días siguientes á la intervención la temperatura se mantiene normal y la paciente entra sensiblemente en mejoría. Las curaciones se repiten tres veces por semana, usando las maniobras cuyos detalles hemos expuesto en el lugar respectivo.

Días 13 y siguientes la herida vaginal ha disminuido considerablemente; la gasa se encuentra limpia. El tacto pone de manifiesto que el

útero se ha movlizado bastante; las tumefacciones anexiales han desaparecido; la presión en los fondos de saco no despierta dolor alguno. El estado general y local de la enferma es cada vez mas satisfactorio.

En los primeros días de julio tuvo nuestra enferma una ligera recaída, con aumento de la temperatura hasta 38°5; dolores pelvianos; disminución del apetito y náuseas. Si bien la tumefacción del lado derecho que primitivamente predominó en la paciente había notablemente disminuido, en cambio pudimos constatar, por el tacto vaginal, un tumor doloroso y remitente del fondo del saco lateral izquierdo.

Como en los días 13, 14, 15 y siguientes la temperatura fuese normal y la enferma recobrara en algo su tranquilidad, se observó durante este tiempo un régimen de ictiol intus et extra.

Día 24, reaparecen los dolores hipogástricos muy marcados. El tacto comprueba un foco limitado y fluctuante en el sitio ya mencionado.

Día 26, el doctor Carvallo practica una nueva celiotomía, cuyas particularidades son dignas de mención. De una manera general se citne dicho cirujano á los preceptos contenidos en nuestro capítulo pertinente al manual operatorio.

Estando el foco un poco alto, fué auxiliar poderoso para su abertura el descenso y fijación del útero y anexos por medio de la mano del asistente colocada en la pared abdominal.

Al abrir el fondo de saco de Douglass se escapó un líquido sero-amarillento, claro, revelador del proceso pelvi-peritonítico concomitante.

En seguida, una vez comprobado el magnífico estado del anexo derecho mediante la exploración digital, y conocido el asiento del foco se procedió á evacuarlo mediante el histerómetro primero, enzan-

chando después la cavidad por los dilatadores uterinos. La salida de una regular cantidad de pus espeso y fétido fué el mejor testimonio de que se había conducido la operación al fin que se proponía el cirujano.

Hecha la limpieza del foco se dejó en él una mecha de gasa esterilizada; un tapón de igual clase relleno la vagina.

En los días post-operatorios la paciente continuó apirética. Los dolores han ido disminuyendo. La supuración es cada vez menor.

Cada dos días se renuevan las curaciones, es decir se cambia la gasa, previa desinfección de la cavidad supurativa mediante algodones embebidos en líquidos antisépticos.

Con este tratamiento local y un régimen interno tónico y estimulante el estado general de la paciente progresa diariamente hacia su restablecimiento.

Hasta aquí nos es dado relatar la marcha y tratamiento de esta operada para terminar el presente trabajo.

Esta historia nos sugiere las siguientes observaciones:

A—Es necesario intervenir en las supuraciones pélvicas tan pronto como el diagnóstico se haya planteado. Sin duda nuestra paciente se habría ahorrado tiempo y fuerzas si desde el principio de su enfermedad hubiera sido atendida en el servicio especial al que ingresó después de sufrimientos bastante largos.

B—Al método que preconizamos no se opone la existencia anterior de un trayecto fistuloso. Al contrario por la celiotomía se abre amplia comunicación vaginal con el foco, facilitando de este modo su evacuación, desinfección, á la vez que se trata la fistula.

C—Una primerá celiotomía puede no ser suficiente y necesitarse otra ú otras que evacuando todos los fo-

cos nos permita mantener intactos los órganos pelvianos.

D—Si como se deduce del tacto, no hay nuevos focos que vaciar, nuestra enferma seguirá, sin inconvenientes, hacia su curación definitiva.

Abrimos nuestra tesis con 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?

Nos creemos con derecho para cerrarla, contestando: *la celiotomía vaginal*.

Lima, agosto de 1902.

A. Tello y León.

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

APENDICITIS

Tratamiento de la apendicitis

(Sesión de la Academia de Medicina de París del día 15 de Julio de 1902. Traducido del "Bull de l'Académie" para la "Revista de Medicina y Cirujía Prácticas").

El Dr. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE: No creo que cirujanos que esperan

para operar una apendicitis aguda sean tan numerosos, como podría creerse. Sin embargo, es indudable que se produce cierta reacción contra el impulso primero á operar á casi todos los enfermos á *la menor sospecha de apendicitis*. Esta reacción nos permite asistir al espectáculo siempre sorprendente de la oposición de los cirujanos que, algo recalcitrantes como yo al principio de la generalización exagerada de la operación, son considerados hoy como más sospechosos de practicar operaciones rápidas que los que al principio les habían acusado de demasiado tímidos en su ardor operatorio.

Es indudable que en la actualidad, en presencia de ciertas formas de apendicitis aguda, hay cirujanos que prefieren contemporizar para no exponerse por la intervención, estando el peritoneo inflamado, á difundir más lejos las lesiones infecciosas apendiculares y periapendiculares.

No admito este método de difusión, y creo que para las lesiones agudas apendiculares, las probabilidades de difundirlas no son mayores que las demás lesiones inflamatorias intraperitoneales, y que la intervención se impone siempre para la extirpación de un foco infeccioso ó para su abertura y su desagüe, siempre que lo cosa sea posible.

Por consiguiente, en presencia de los síntomas de apendicitis aguda, sólo me preocupo de un problema, *el del diagnóstico*. Si el diagnóstico de apendicitis está confirmado, es preciso operar. No hay razón alguna para no hacerlo, pretextando el estado agudo.

Al principio me preocupó la cuestión del diagnóstico, á causa del gran número de errores de diagnóstico que había visto cometer; pero el diagnóstico se ha perfeccionado. Además, crean lo que quieran algunos de nuestros colegas, la apendicitis se ha multiplicado y

el número de observaciones es mayor. Hemos visto desarrollarse casos de virulencia aterradora.

Creo que esta multiplicidad de hechos, estos casos de virulencia particular, se han presentado con apariencias á veces benignas. Hemos visto en ciertas épocas las apendicitis multiplicarse, nada tiene de extraño que estas multiplicaciones se produzcan en algunos años; creo que nada he dicho de exagerado al manifestar que la apendicitis es una enfermedad nueva. Para esta enfermedad nueva, las ocasiones se han multiplicado de observar casos infecciosos en alto grado con apariencias benignas.

Esta benignidad aparente la he observado hace poco tiempo en un individuo, en el que hubiera podido diferirse la operación. Encontré un apéndice gangrenado en su profundidad sin lesiones peritoneales aparentes. Un retraso insignificante, y el caso hubiera sido infeccioso en alto grado. He operado á una mujer que había tenido accidentes agudos sin fenómenos alarmantes al principio. Estaba intoxicada completamente, y hasta tuvo vómitos negros, á pesar de los cuales curó. El retraso más ligero en la operación hubiera ocasionado la muerte.

Es necesario operar, porque no tenemos gran cosa que temer de la difusión de los elementos sépticos en el peritoneo por nuestra operación, y en cambio tenemos que temerle todo de *la infección por el foco apendicular*, sin que nos sea posible determinar de antemano los casos en que la infección es más temible.

No tenemos derecho de sorprendernos de estos casos infecciosos en alto grado, á *pesar de la falta de temperatura*, porque la experiencia de las otras operaciones abdominales nos enseña que en las complicaciones más septicás, no debe atribuirse gran importancia á la

temperatura que puede faltar en absoluto.

En presencia de una apendicitis aguda, estoy tan impresionado por la gravedad de los casos, que he modificado en absoluto mi manera de ver respecto á la operación.

No sólo pienso que en presencia de casos bien diagnosticados de apendicitis aguda no hay motivos para tergiversar, sino que creo que existen casos amenazadores, en los que ciertos síntomas nos permiten una laparotomía exploradora con sospechas de apendicitis más que con diagnóstico seguro.

He obtenido así algunos buenos resultados en casos dudosos de obstrucción intestinal, de peritonitis parcial, de tuberculosis del peritoneo, en los que no hubiera intervenido tan pronto si la sospecha de una apendicitis no me hubiese inducido á intervenir cuando lo hice. He sido inducido así á abrir el vientre, en el que no encontré el apéndice, porque no existía pero sí lesiones pericecales con ganglios infartados en el mesociego.

En los casos en que mi intervención inmediata no fué seguida de éxito, no puede culparse á la extensión de una peritonitis, á la que abrí la vía. Se trataba siempre de casos *ya antiguos*, en los que mi intervención no pudo contener *una infección muy avanzada*.

He visto, por el contrario, casos que parecían completamente desesperados, y en los que la abertura de los focos, con ó sin resección del apéndice, según la posibilidad, produjo la curación, que parecía increíble.

Ante la diversidad de las opiniones expuestas por algunos cirujanos sobre la posibilidad de esperar á que enfríen los focos, me he preguntado si muchos colegas que operan principalmente niños, no habrán encontrado en ellos una sensibilidad peritoneal que les parecerá más amenazadora.

No hago un argumento, sino una observación, porque los casos que

he observado en la infancia no me autorizan á esperar, al contrario.

Creo, por lo tanto, que en el caso de un diagnóstico seguro de apendicitis aguda, no hay razón alguna fundada para esperar. Si se opera después, la operación no por eso deja de ser grave. Para esperar el enfriamiento, nada nos autoriza á decir que tal estado sea seguido de un período de calma benéfico, y no de una intoxicación definitiva de la economía, como en los ejemplos referidos por el Dr. Dieulafoy.

¿Habrá una observación directa de tal ó cual microbio que permitirá esta espera según una virulencia prevista? Nada se sabe y es muy difícil creer que se llegue á conseguir. Si se admite la teoría del Dr. Dieulafoy sobre los espacios cerrados, deberá pensarse que microbios muy diferentes pueden llegar al máximo de exaltación.

Confieso que no soy muy partidario de esta teoría, porque he visto apéndices muy abiertos con fenómenos acentuadísimos de intoxicación. Pero admito, que causas que desconocemos todavía, producen en este órgano fenómenos de virulencia extraordinaria, y por este motivo no podemos calcular de antemano estos fenómenos, y necesitamos suprimir el foco, ó al menos evacuarlo con la mayor rapidez posible como todos los focos de infección.

El Dr. RECLUS: Creo que el Dr. Lucas Champonnière no expone con el rigor necesario los verdaderos argumentos de los que se llaman "los operadores pasado el período de agudeza", á los que no sigo en absoluto, pero que creo conveniente defender. No conozco escuela, no conozco cirujano, entre nosotros ni nuestros colegas de la Sociedad de Cirugía, que operen siempre pasado el período agudo. En muchos casos intervienen en el período agudo en cuanto observan la gravedad de los accidentes. Me decía, al oír á los Dres. Dieulafoy y Lucas Champonnière, que en casi todas las observaciones dramáticas que citaban

como ejemplos, el acuerdo era fácil: todos, creo, hubiéramos operado sin tardar estos enfermos. Los operadores pasado el período agudo sólo se abstienen cuando están á cubierto por la vigilancia incesante de su enfermo y cuando no es de temer accidente alguno. Intervienen á la menor alarma.

Conozco bien el argumento que el Dr. Dieulafoy opone á sus adversarios y al que he contestado muchas veces. Sí, no sabemos lo que á la hora siguiente nos reserva una apendicitis, y una infección que sigue al parecer una marcha normal hacia el período crónico deseado, puede complicarse de pronto con accidentes terribles que arrebatan al enfermo, á pesar de una operación tardía. El Dr. Dieulafoy, con su discreción habitual, no ha querido citarnos estas observaciones deplorables, que conoce como todos nosotros, y que, por desgracia, no son excepcionales. Confieso que este argumento es de gran peso; muchas veces me ha hecho vacilar.

Sin embargo, no olvidemos ante todo, que cuando la apendicitis principia con caracteres graves todos operamos; no olvidemos, sobre todo, que estas formas disimuladas, pérdidas, y que tranquilas al principio siguen de repente una marcha más grave; estas formas son, en definitiva, excepcionales, y casi siempre una apendicitis de gravedad mediana, se calma y llega sin accidente alarmante al período crónico completo. No olvideis, señores, las grandes ventajas que la operación en este período tiene sobre la operación en el de agudeza.

El doctor Lucas Championiére dice que los operadores en el período crónico temen, al operar en el agudo, "dar un latigazo á la peritonitis." Jamás han pretendido esto, jamás han dicho que la operación es grave por sí misma. Conocen el precepto hipocrático: *ubi pus ubi evacua*; saben, al contrario, que á una espera sigue casi siempre la intervención. Lo que les

hace abstenerse ante todo es que no hay siempre seguridad de extirpar el apéndice en las operaciones practicadas en el período de agudeza. Este apéndice está oculto por abscesos, por adherencias, por masas de linfa plástica que trastornan las relaciones y cambian el aspecto de los tejidos. En muchos casos el cirujano se ha visto obligado á detenerse sin extirpar el foco morbo-so. Y esto es un inconveniente gravísimo, porque el apéndice enfermo que queda en el fondo del foco puede á los seis meses, al año, á los dos años, repetir la serie de sus accidentes: una nueva apendicitis se declara con las mismas incertidumbres é iguales peligros.

Se muy bien que una escuela declara que es necesario, entonces y siempre, buscar el apéndice hasta descubrirle y extirparle, pero aquí principia el peligro. Se desgarran las adherencias protectoras, se abre lo que los alemanes llaman el peritoneo "actual": es posible así inocular secundariamente la gran serosa que las adherencias protegían, y en estos casos la operación, inocente en tanto se limita á abrir un absceso coleccionado, puede hacerse peligrosa. Por consiguiente, operación sin peligro, pero operación muchas veces incompleta, con la eventualidad de nuevas apendicitis; operación incompleta pero operación peligrosa, según prueban gran número de casos en los que estas exploraciones ciegas han provocado inoculaciones mortales.

A este primer argumento, dificultad y peligro de la operación durante el período agudo, eventualidad de dejar el apéndice enfermo en el foco, incentivo de una apendicitis nueva, los operadores durante el período crónico han añadido esta segunda: en el período agudo el desagüe del foco debe ser mayor; las paredes se reunen por segunda intención, la cicatriz no es sólida y la eventración es frecuente. Esta no es penosa sólo desde el punto de vista plástico; puede ser origen de

trastornos numerosos, de los que los menores son los accidentes gástricos é intestinales. Con la operación en el período crónico nada de esto ocurre. Intervenís cuando las adherencias están formadas; las relaciones de los órganos se han restablecido, encontráis vuestro apéndice "anatómicamente" y lo extirpáis. No hay, por consiguiente, recidiva; y después de un modo metódico, con facilidad porque el desagüe es inútil, rehacéis las paredes, uniendo el peritoneo con el peritoneo, los músculos con los músculos, la aponeurosis con la aponeurosis, la piel con la piel, vuestra pared abdominal es tan sólida como antes de la intervención. Es esta otra ventaja de la opeación en el período crónico que el Dr. Champonniere ha olvidado señalar.

Señores, en esta cuestión creo que el acuerdo no es tan difícil como se cree. En primer lugar, todos operamos los casos de caracteres sospechosos. Sobre este punto no hay discusión; además, muchos de nosotros operamos cuando tenemos la suerte de ser llamados en las primeras veinticuatro ó cuarenta y ocho horas; los abscesos apenas se esbozan, las adherencias son blandas: es casi seguro encontrar el apéndice, y por consiguiente, no es de temer una apendicitis y una operación nueva. Pero para proceder así, es necesario tener seguridad en el diagnóstico y éste es muchas veces difícil de hacer. Quedan los casos de gravedad mediana en los que no somos llamados hasta el cuarto ó quinto día, lo que es raro. Me incluyo entre los operadores en el período crónico, porque sus argumentos, olvidados por los preopinantes son de verdadero valor, y me abstengo de intervenir en el período agudo á condición de observar continuamente al enfermo y en un medio en el que la intervención inmediata pueda practicarse á la primera alarma.

El DR. LUCAS CHAMPIONNIERE: Manifestaré al Dr. Reclus que no he

exagerado el número de los cirujanos que creen puede esperarse el período crónico de una apendicitis aguda, porque he dicho que no creía fueran muchos. El Dr. Reclus no puede negarnos su práctica, porque ha pretendido explicarla por razones diferentes de las que he indicado. Ha entrado en detalles operatorios en los que no he querido entrar respecto á la posibilidad de extirpar ó no el apéndice.

Nada he dicho respecto á que los cirujanos que proceden así no tengan otra razón para hacerlo. Pero he dicho que el temor de transformar una inflamación limitada en otra más extensa, había sido el punto de partida de su práctica, y Dr. Reclus no ha podido negarlo. Lo ha repetido bajo otra forma.

No he dicho que su práctica sea constante, que no tenga otra. He hablado de una tendencia de la que no participo y he indicado porque razones no quiero dejar enfriar una apendicitis que veo en su estado agudo y bien diagnosticada, mientras que otros colegas, antes mas intransigentes, siguen otra práctica.

El DR. DIEULAFOY: La comunicación impartante del Dr. Lucas Championniere ha venido á dar un apoyo sólido á la doctrina que recomienda operar la apendicitis en el periodo de agudeza, en una época lo mas próxima posible al principio. Tal es, en efecto, la práctica racional y eficaz, la que cuenta hoy con casi todos los sufragios, mientras que la que consiste en retrasar la operación hasta que la apendicitis se hace crónica expone á grandes desengaños y grandes peligros.

La evolución que está en vías de hacerse, respecto á las indicaciones operatorias de la apendicitis, es la consecuencia natural de los trabajos que desde hace años, han hecho conocer mejor la enfermedad. De aquí una nueva orientación.

Si miramos hacia atrás, vemos que en una época no muy lejana, el peligro de la apendicitis no dependía al parecer mas que de la perforación

del apéndice (la *perforitis* como la llamaba Peter) con la peritonitis sobraguada. Todo el interés se concentraba entonces en el peritoneo y se vigilaba la aparición de la peritonitis para intervenir de un modo útil.

Después se observó que en muchos casos los síntomas de la apendicitis son similares, subintrantes, están fusionados hasta el punto que es imposible decir en que momento principia la peritonitis. Además, fué posible demostrar, con ejemplares histológicos y bacteriológicos que los agentes patógenos, cuya virulencia se ha exaltado en la cavidad apendicular cerrada, atraviesan las paredes del apéndice y provocan así peritonitis á veces terribles, sin que se pueda descubrir rastro de perforación en las paredes. Se hizo innegable que la operación practicada por la peritonitis debe ceder el paso á la operación que tiene por objeto el foco apendicular.

Después se estudiaron más detenidamente las infecciones lejanas, no las próximas al peritoneo, sino las terribles infecciones purulentas del hígado (hígado apendicular), las infecciones purulentas á veces mortales de la pleura (pleuresía apendicular), las infecciones del pericardio, del pulmón, etc. La patogenia de estas infecciones lejanas fué adivinada. Se las sorprendió en flagrante delito; se vió que nacen no de la peritonitis, sino del foco apendicular. Lo que importa por lo tanto, desde el punto de vista del éxito operatorio, es no solo atacar el peritoneo, sino, ante todo, *suprimir á tiempo* el foco apendicular origen de todas estas infecciones.

Ha sido posible, por último, poner en evidencia la toxicidad y demostrar que el foco apendicular mata por la toxina de elaboración tanto como por los agentes infecciosos cuya virulencia exalta. Esta toxina es la que produce las lesiones múltiples renales, hepáticas, gástricas y contribuye en alto gra-

do á los accidentes mortales de la apendicitis.

De este modo la peritonitis fué destronada del sitio preponderante que ocupaba; no es más que una de las complicaciones innumerables de la apendicitis. El peligro no radica solo en el peritoneo, sino en toda la economía que puede ser infectada é intoxicada por el foco apendicular. Así que la intervención quirúrgica debe tener por objeto suprimir ante todo y sobre todo este terrible foco.

Nunca se repetirá lo suficiente: dejarse hipnotizar por la peritonitis y esperar para operar á que la apendicitis pase al estado crónico, es seguir una vía falsa. El principio de la sabiduría es no es el temor de la peritonitis, sino del foco generador. Proceder de otro modo es dar á la terrible toxi-infección tiempo de difundir una enfermedad terrible y á veces irremediable. Todos los días hay ejemplos que lamentar.

La Apendicitis y Sir Frederick Treves.

Artículo especial de *The Philadelphia Medical Journal*, Agosto 23 1902.

El discurso Cavendish, de Sir Frederick Treves, sobre "algunos aspectos de la Apendicitis," que vió la luz en el *British Medical Journal* de 28 Junio 1902 y del que apareció un extracto en el *Philadelphia Medical Journal* de 19 Julio 1902, interesará á muchos lectores en este país y el extranjero, no solo por la alta posición que ocupa entre los cirujanos ingleses, sino también y sobre todo debido á la reciente operación hecha al rey Eduardo. Sin embargo, opinamos en conjunto que los cirujanos americanos no están de acuerdo con lo que dice Sir Frederick. Sus observaciones referentes á la causa, síntomas y patología de la apendicitis son muy interesantes y con pocas excepciones,

son las mantenidas por la mayoría de los profesores.

Con mucha razón, se pronuncia contra el diagnóstico de apendicitis, hecho simplemente por tener el paciente mucha sensibilidad en la vecindad del apéndice.

También llama la atención sobre el uso bastante frecuente de tomar por un apéndice desarrollado, lo que no es más que una contracción localizada de los músculos abdominales, perceptible al tacto.

Acerca del tratamiento de la apendicitis, aunque tratando de ocupar un puesto intermedio, sin duda Treves toma una posición conservadora, que hace poco, se ha abandonado por muchos cirujanos Americanos. Es, sin embargo, un defensor convencido de la operación en el intervalo de los ataques, y dice que ha operado á más de 1000 pacientes, entre los ataques, con solo dos muertos. Las siguientes, son sus observaciones referentes al tratamiento operatorio de la apendicitis.

1º Es un error fundar la necesidad de una operación inmediata en la idea de que "la gangrena ó rotura del apéndice," perforación del apéndice y "apendicitis con peritonitis aguda," significan el mismo peligro y necesitan el mismo tratamiento que "gangrena ó rotura de los intestinos," "perforación del estómago" y "peritonitis aguda."

2º La mayor proporción de los casos de apendicitis se curan espontáneamente; si se incluyen casos de todos los grados de apendicitis, la mortalidad de ésta enfermedad probablemente no pasará de 5 por 100.

3º Las operaciones verificadas durante el ataque agudo, resultan con una mortalidad de algo más de 20 por 100.

4º Puede ocurrir una recaída después de una operación hecha en el estado agudo.

5º Solo hay un pequeño riesgo cuando se extirpa el apéndice entre los ataques de apendicitis.

Los casos que necesitan operarse inmediatamente, son los que presentan síntomas sobreagudos, á cuya clase se suele aplicar el nombre de fulminantes, y aquellos en que hay sospecha razonable de presentarse la supuración. Treves afirma que son actualmente raros los casos sobre agudos y no es difícil su reconocimiento. Además afirma que "la gran mayoría de los casos de apendicitis se curan espontáneamente sin operación ni formación de absceso."

En los casos en que se ha formado y después curado un absceso, el extirpar el apéndice "puede diferirse" indefinidamente, puesto que por "ocurrir la supuración, el paciente, salvo un pequeño tanto por ciento de casos, será curado de su dolencia." En caso de presentarse de nuevo las síntomas, debe extirparse el apéndice.

Muchos cirujanos estarán de acuerdo con muchas de estas afirmaciones, pero creemos que serán pocos los cirujanos Americanos que lo estarán con todas.

No creemos que los más de los casos de apendicitis se curan espontáneamente.

Pueden rebasar el primer ataque de la enfermedad, pero qué hay de su historia subsiguiente? Nuestra experiencia ha sido que la mayoría de estos casos tienen ataques periódicos en los que se hace imprescindible una operación ó se produce la muerte. Con referencia á la mortalidad en esta enfermedad, creemos que el cálculo hecho para todos los grados de la apendicitis: 5 por 100 es demasiado bajo. A la verdad no puede aceptarse como representando los resultados obtenidos en este país, la afirmación de que el 20 por 100 es el tipo de mortalidad en los casos operados en el estado agudo. Este, tal vez represente la mortalidad, si las operaciones se efectuarán después de haberse perforado el apéndice y teniendo lugar la formación del absceso, pero ciertamente no representará la

proporción de mortalidad de los muchos cirujanos que opinan que debe operarse antes de presentarse la supuración.

Probablemente los cirujanos siempre estarán en el desacuerdo con respecto á los puntos menores en el tratamiento de la apendicitis, pero las ideas expresadas por Sir Frederick Treves, ciertamente, no están de acuerdo con las sostenidas por la gran mayoría de cirujanos americanos.

Estará muy bien el que un cirujano de la experiencia de Treves demore la operación en ciertos casos de apendicitis, pero el enseñar esta demora, especialmente á estudiantes y médicos, no creemos tienda á disminuir la mortalidad de la apendicitis, sino más bien á aumentarla. La queja de los más de los cirujanos, es que el médico las más de las veces se esfuerza en que el paciente rebase el ataque de apendicitis sin operación, dando por resultado un absceso apendicular y algunas veces una peritonitis generalizada. Ciertamente, á los médicos se les debe demostrar que los primeros síntomas de apendicitis demandan una consulta quirúrgica y si después se demora la operación, que sea la responsabilidad del cirujano. — (REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA de la Habana).

Sir Frederick Treves y el punto de Mc. Burney.

Cualquiera opinión emitida sobre la apendicitis por un cirujano tan favorablemente conocido como Sir Federico Treves, ha de fijar la atención, pero más especialmente en la actualidad, cuando no hace mucho tiempo, ha operado felizmente al Rey Británico, por un absceso peritífítico, y cuyo hecho ha dado lugar á que algunos de nuestros contemporáneos ingleses hayan proclamado al mundo que la experiencia de Sir Federico en apendicitis,

sea probablemente mayor que la de cualquier otro cirujano.

De ahí, que se ha de fijar mucho la atención en su discurso Cavendish, sobre "algunas particularidades de la apendicitis" pronunciando en Junio 20 y publicado en el número de Julio de "The West London Medical Journal."

Uno de los aspectos de la enfermedad apendicular al que dedica particular atención el distinguido cirujano, es la de su supuesto frecuente hallazgo debido á una sensibilidad especial en el punto de Mc. Burney, sobre lo que gran hincapié se ha hecho, creemos más por otros que por el mismo Dr. Mc. Burney, con el objeto de facilitar un rápido diagnóstico.

Extracta lo siguiente de los artículos del Dr. Mc. Burney que aparecieron en el *New York Medical Journal* de Diciembre 21, 1889 y en *The Annals of Surgery*, de 1901: "Yo creo que en todos los casos (de apendicitis) el sitio de mayor dolor, determinado por la presión de un dedo, ha estado muy exactamente de una y media pulgada á dos pulgadas de distancia de la espina iliaca anterior en una línea recta tirada desde dicha espina al ombligo; el punto corresponde muy exactamente en el sujeto vivo á la base del apéndice y ninguna otra enfermedad aguda presenta este hecho."

Sir Frederick observa que la sensibilidad de la fosa iliaca derecha es un síntoma muy importante en todos los grados de la inflamación apendicular, y agrega que tal vez esté en el centro del area sensible, el punto que se discute, por estar alrededor del centro de la fosa. "Fuera de esto, dice, no creo que esta señal tenga ningún valor clínico." Algún interés ha tomado para convencerse de que el punto en cuestión no corresponde á la situación de la base del apéndice, fundando esta conclusión en una esmerada investigación efectuada á su ruego por el Dr. Arthur Keith, pro-

fesor de Anatomía del "London Hospital." En el resumen hecho por el Sir Frederick Treves, de las observaciones del Dr. Keith, se trata el punto de Mc. Burney prácticamente como igual al punto de Monro, si bien se dice que este está situado por término medio, en el joven adulto, á una distancia de unos 2.6 pulgadas de la espina iliaca. Se define el punto de Monro: la línea espino-umbilical corre desde la espina iliaca anterior superior al ombligo. El punto en que cruza el borde externo del recto, se llama "el punto de Monro." (Merkel.)

Según Sir Frederik Treves, el punto de Monro tiene la ventaja sobre el de Mc. Burney, de tener una localización más precisa, y el detalle, peculiar al lado derecho, que está más ó menos precisamente debajo de él, es la válvula ileo-cecal. Agrega que la base ó abertura del apéndice se encuentra por término medio algo más de una pulgada debajo de la abertura del íleon. Aparentemente fueron hechas sobre el cadáver las investigaciones en que descansan estas afirmaciones, y, mientras podamos admitir que el "punto de Monro tiene la ventaja de una más precisa localización," desde el punto de vista del disector, es menester tener en cuenta que la topografía de órganos tan móviles como son los intestinos, está expuesta á sufrir alteraciones por los cambios que ocurren después de la muerte, y las disecciones de los cadáveres apenas pueden aceptarse para hacer frente á las observaciones de un anatomista tan competente como lo es el Dr. Mc. Burney, hechas, nos figuramos, sobre seres vivos.

Sir Frederick halla que dista de ser peculiar á la apendicitis la sensibilidad en el punto de Mc. Burney y que "es común en personas sanas y que en sujetos con colitis, afectando el ciego, tal sensibilidad puede ser muy aguda."

Podemos comprender que la tiffitis muchas veces esté acompañada por

tal sensibilidad, pero dudamos que sea "común en personas sanas," y ciertamente hemos de poner en duda la solidez de la afirmación de Sir Frederick referente al hecho de que el entrar al onco nervio dorsal en la vaina del recto, debajo del punto de Monro, explica la supuesta sensibilidad en las personas sanas, pues el nervio descansa sobre órganos tales, que la presión sobre él habría de ser á la verdad muy firme para lograr el grado de sensibilidad que encontramos en la inflamación apendicular. En conjunto, no creemos que se haya destruído la idea del valor diagnóstico de la sensibilidad en el punto de Mc. Burney.

(*New York Med. Journal*, July 1902.)

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.

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 respectivo, tal es el objeto que persigue el autor de esta obra. Es pues, ella no solamente una exposición

pura y limpie 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 fases, 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