

# LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXIII } LIMA, 31 DE DICIEMBRE DE 1906 } N.º 432

## TRABAJOS NACIONALES

### BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LA CURA RADICAL

#### de la Hernia Inguinal

Tesis presentada para optar el grado de Bachiller en Medicina, por D. Domingo Rey A. C.

Señor Decano.

Señores Catedráticos:

Las causas que determinan la reproducción de las hernias inguinales después de efectuada la cura radical y los medios de que dispone la cirugía moderna para evitarlas, tal es el tema que me propongo desarrollar en el seno de esta ilustre Facultad, confiado en la tradicional benevolencia de sus doctos miembros cuando se trata de juzgar no tanto el valor científico de un trabajo en sí mismo, cuanto los esfuerzos que él representa por aportar el modesto contingente de que se es capaz para propender de algún modo, por insignificante que sea, á remediar un estado patológico cualquiera: resumen de la profesión médica.

Si la elección de un procedimiento operatorio inseguro ó defectuosamente practicado contribuye en gran parte á la reproducción de una hernia, no es menos cierto que hay una serie de causas que predisponen á que esta se realice y otras que la determinan con una facilidad variable según su naturaleza misma. Unas y otras obligan, por consiguiente, al cirujano á elegir el procedimiento más en armonía con el caso operable y que mejor pueda contrarrestarlas, así como á prescripciones post-operatorias que es necesario adoptar con el fin de prevenirlas.

Herencia, edad, profesiones accidentales, estados patológicos varios, son factores que ofrecen un apreciable contingente á la formación de las hernias espontáneas, que ellas sean congénitas ó adquiridas; todas pueden constituir, en grado mayor ó menor, la condición necesaria para que la hernia aparezca, cual es la falta de equilibrio entre la presión de las vísceras y la resistencia de las paredes abdominales; pero es preciso aceptar una subordinación de aquellos á otro más poderoso—la debilidad natural de las paredes del abdomen, lo que Malgaigne manifiesta con estas palabras: “una hernia llama á otra.”

Así, pues, si esta condición que podría llamarse constitucional y que actúa de modo tan eficaz en la

producción de la hernia no es destruida ó aminorada en lo posible por la operación de la cura radical, ó sobreviene después por desnutrición accidental ó por los progresos de la edad, constituirá una causa predisponente de primer orden para la recidiva. La solididad de los elementos anatómicos que forman el plano de resistencia no bastará á contener el empuje de la víscera que tiende á desplazarse á través de él, bien sea en la línea de cicatrización ó en fuerza que en mejores condiciones sería importante para originarla.

Al lado de esta causa debo mencionar otra que interviene de modo más directo, aunque también menos constante debido á los progresos de la antisepsia, y que consiste en una mala cicatrización por infección de la herida operatoria, la que puede ser engendrada no tanto por las manipulaciones en el curso de la operación cuanto por el material empleado en las suturas para la restauración de las paredes.

Hay todavía otra causa predisponente que debe merecer toda la atención del cirujano y que ha sido inteligentemente remediada por Barker al recomendar que se desvíe el infundibulum peritoneal formado por la ligadura del saco, con el fin de anular la probabilidad de un nuevo deslizamiento visceral á favor de ese embudo seroso. A este respecto se obtiene el mismo resultado mediante la modificación introducida por Fournel á su procedimiento primitivo y también con el del doctor Girard. Esto no obstante, las otras dos depresiones peritoneales podrían favorecer la migración de una víscera si concurrían al mismo tiempo algunos otros de los factores etiológicos que vengo pasando en revista.

Finalmente, la sutura de las paredes abdominales en un sólo plano ejerce una influencia tan indiscutible en la reproducción de las her-

nias inguinales, que hoy están desechados los procedimientos de este género.

Además de las precitadas, que podrían calificarse de fundamentales, aunque á título diverso, en las recidivas herniarias, hay muchas causas determinantes que por sí solas no serían suficientes para producirlas y cuya acción, por lo mismo, es mucho más acentuada en los primeros meses que siguen á la cura radical, en virtud de la atenuación que gran parte de las primeras experimenta á medida que el tiempo trascurre. Todas las de este orden, profesionales, patológicas, accidentales y fisiológicas, podrían ser comprendidas en una palabra: los esfuerzos, bien sea que éstos actúen acreciendo la tensión intra-abdominal, con mucho las más frecuentes, ó disminuyendo simplemente la resistencia opuesta por las paredes á esta tendencia á la eventración.

Los actos que requieren un empleo enérgico de las fuerzas físicas, es decir, una contracción muscular immoderada no localizada en los miembros sino que demanda la fijación de las paredes del tronco, y por lo tanto, la contracción de los músculos inspiradores y abdominales, trae por consecuencia no sólo la repulsión centrífuga de las vísceras de esta última cavidad sino también una disminución en la elasticidad de los órganos que componen el plano resistente. Esto es, que coinciden las dos circunstancias esencialmente favorables á la eventración. Por un mecanismo distinto, pero semejante obran las aptitudes adoptadas con el objeto de levantar el suelo un objeto pesado, ó en los actos de la defecación, del parto, etc. En estos casos la fuerza propulsiva de las vísceras se dirige precisamente al lugar de menor resistencia y la falta de elasticidad muscular por contracción es reemplazada por una relajación

exagerada de determinados músculos en esa misma región.

Es, pues, perfectamente comprensible que una distensión excesiva del vientre debida á un derrame ascítico, al desarrollo de un tumor, al embarazo, aunque las hernias inguinales son raras en la mujer, pueda determinar por sí sola ó al más ligero esfuerzo, como un acceso de tos, una dificultad en la micción, una caída ó un traumatismo directo, la reproducción de la hernia.

Enunciadas las causas que informan la etiología de las recidivas, debo indicar la manera de hacerles frente con la eficacia que lo permiten los recursos quirúrgicos actualmente en uso. En beneficio de la claridad, creo necesario dividir esta parte de mi trabajo en tres párrafos: adopción del procedimiento operatorio que ofrezca más garantías, elección del material de suturas y disposición que conviene dar á éstas, y finalmente, cuidados consecutivos á la operación.

El mejor procedimiento operatorio para la cura radical de la hernia inguinal, en tesis general y haciendo abstracción de las particularidades concernientes á casos excepcionales, es aquel que concilia la conservación de las disposiciones anatómo-topográficas normales hasta donde es compatible con el máximun de solidez que se debe tratar de obtener en las paredes de la región vulnerable. No pretendo compulsar y discutir los múltiples procedimientos descritos porque no tengo autoridad ni experiencia bastante para ello; pero me permito creer, basado en opiniones muy autorizadas, en lo que he visto hacer y en lo que he tenido ocasión de practicar, que el mejor que realiza dichas condiciones es el de Bassini.

En efecto, por este procedimiento se forma al conducto inguinal una pared posterior que tiene todos los requisitos de resistencia

apetecibles, capaz de oponerse al empuje de los órganos contenidos en la cavidad abdominal cuando está bien ejecutado conforme á las reglas establecidas por su autor, es decir, cuando está constituida por el manojó de los músculos recto anterior, pequeño oblicuo y trasverso, dislocados al máximun por la incisión de la fascia transversalis. La omisión de este detalle último por gran número de operadores en París y otras ciudades europeas, dió motivo al doctor Crosti, discípulo de Bassini, para llamar la atención desde las columnas de la "Presse Médicale" acerca de la importancia capital que tiene su ejecución como único medio de conseguir que el indicado paquete muscular descienda fácilmente hasta el arco de Falopio con el que tiene que suturarse. El doctor Crosti dice: "para que la triple capa pueda ser reunida sin dificultad al borde posterior de la arcada de Poupert, es absolutamente necesario hacer una incisión clara en la fascia verticalis hasta descubrir extensamente los vasos epigástricos que pasan por el tejido conjuntivo adiposo-peritoneal."

En la operación de hernia que fundamenta mi tesis he tenido ocasión de llevar á la práctica esta sección de la fascia transversalis y me ha sido dado apreciar la espontaneidad, por decirlo así, con que los expresados músculos vienen á ponerse en contacto con el arco Falopio, tan pronto como se destruyen con el dedo las conexiones de la fascia con la grasa sub-peritoneal. Debo declarar que en una de las intervenciones anteriores en que omití la incisión en referencia, las fibras musculares se disociaron algo al anudar los puntos de sutura, y que además estos no pudieron ser hechos á una altura satisfactoria á causa de la dificultad de llevar la aguja muy hacia arriba.

No se busca, pues, en esta sencilla maniobra un refuerzo del plano

profundo por la adición de la fascia transversalis, sino simplemente el deslizamiento más fácil y más completo de los músculos en cuestión.

Por lo demás, con un poco de atención se previene la herida del peritoneo y de la arteria epigástrica que se ve por transparencia.

Reformada de esta manera la pared posterior del conducto inguinal, que es, en buenas cuentas, la que tiene que soportar la centrifugación visceral, y reducido el orificio interno á los límites indispensables para el pasaje del cordón espermático, queda imposibilitado ó cuando menos sumamente dificultado el tránsito ulterior de un órgano cualquiera. y por consiguiente, casi anuladas las causas predisponentes á la recidiva que no dependen de una infección, si se ha tenido el cuidado de desviar el muñón del saco después de su ligadura.

Prescindiendo de la incisión de la fascia transversalis, la pared posterior no siempre será bastante sólida y un esfuerzo de mediana intensidad la hará ceder, permitiendo que la masa intestinal sola ó arrastrando delante de sí al epiplón, venga á instalarse en pleno conducto inguinal, rechazando peritoneo, tejido celular y fascia, esto es, la parte más débil y dilatada de la pared posterior del conducto al estado normal.

Pero no quedan aquí las ventajas de procedimiento de Bassini. Acostado el cordón espermático sobre esta pared de nueva formación y recubierto por la aponeurosis suturada del oblicuo mayor, que reconstituye así la pared anterior del conducto inguinal, se encuentra en condiciones idénticas á las normales, premunido contra las compresiones y adherencias endógenas que podrían favorecerse empleando los procedimientos de Girard y Broca, y á cubierto de los traumatismos exógenos si se le de-

jara inmediatamente debajo de la piel como se hace en el del doctor Phelps.

Por último, el procedimiento que me ocupa ofrece una seguridad grande desde el punto de vista de la reproducción de la hernia, si se considera la disposición que el conducto afecta después de la refección de sus paredes, en todo análoga, según la feliz comparación del doctor Gastañeta, á la inserción de los uréteres en la vejiga, cuyo resultado es su mejor oclusión á medida que es mayor la presión que sufre.

A mi modo de ver, sólo el procedimiento de Fournel podría equipararsele, pero se me permitirá que á este respecto me atenga á la autorizada opinión del doctor Gastañeta, quien en su ya larga práctica quirúrgica ha podido constatar dificultades serias al suturar el colgajo infer-externo de la aponeurosis del oblicuo mayor, á causa de su brevedad para cubrir el cordón espermático. No podría, pues, ser adoptado como procedimiento general, por cuanto es poco menos que imposible saber á priori si en el momento de hacer las suturas será ó no suficiente el colgajo aponeurótico.

A más de esto, la aponeurosis del oblicuo mayor está á veces reducida á una capa de fibras tan tenue que no contribuiría en manera alguna á suministrar mayor resistencia á la pared posterior.

He visto dos casos de esta especie en operados por hernia inguinal en cuyas intervenciones actué como ayudante: uno en una señora de más de setenta años, y el segundo en un soldado de veintiseis años y muy bien conformado.

La acertada adopción del procedimiento tiene todavía en mira otro fin no menos importante en cuanto á la seguridad contra la recidiva. Me refiero, como se comprende, á la supresión de toda causa que implique probabilidad de infección y que pueda por lo mismo

retardar ó viciar la buena consolidación cicatricial y predisponer á la reproducción.

Por más garantías que los métodos modernos de antisepsia ofrezcan al cirujano, nunca puede éste considerarse con derecho á prolongar innecesariamente la operación ni á llevar sus manipulaciones más allá de las estrictamente indispensables al objeto que se propone; y en este sentido hay que rechazar todo procedimiento laborioso que tiene como consecuencia forzosa una intervención larga, sin entrañar una seguridad proporcional de consolidación. Así, los tejidos profundos puestos á descubierto habrán tenido menos contacto con las manos y el material operatorio; su exposición al aire será mínima; el traumatismo insignificante, la anestesia inofensiva, y el operado quedará en las mejores condiciones, generales y locales, para su rápido y completo restablecimiento.

Pero he aquí que muchas veces, á pesar de tan juiciosas precauciones y contra todas las expectativas del cirujano, la herida se infecta, siendo de notarse la localización de la infección en los puntos de sutura. Este hecho, de observación universal y revelador de una esterilización deficiente del material de sutura, ha conducido á la selección esmerada de la calidad de los hilos y del método más eficaz de esterilizarlos.

Un hilo de sutura debe responder á tres condiciones principales; tener resistencia suficiente, soportar una esterilización absoluta y permitir la supresión de toda acción nociva que su presencia provoque en el espesor de los tejidos, por reabsorción, por enquistamiento ó por eliminación pasiva. Desgraciadamente hay una incompatibilidad relativa entre algunos de los agentes aplicables al objeto en vista de su resistencia ó de su estructura

y los medios de esterilización más seguros.

El catgut, preparado con tripa de oveja ó de gato, y el tendón de kanguro usado por ingleses y americanos, pueden ser esterilizados sometiéndolos á la acción de los vapores del alcohol absoluto calentados á 120° bajo presión, ó conservándolos durante un tiempo más ó menos largo en soluciones antisépticas, pero en uno y otro caso con detrimento de su resistencia; lo que podría justificar la desconfianza en su esterilización, puesto que los fabricantes deben tener interés en que conserve en lo posible esa propiedad. Esto es tan cierto que el jefe del laboratorio del hospital "Dos de Mayo" ha constatado la presencia de *un mismo microbio* en varios tubos de catgut suministrado al establecimiento como aséptico, coincidiendo este hallazgo con la infección de varias heridas en cuya sutura se utilizó. En cambio, aquellas sustancias son reabsorbibles, cualidad preciosa para algunos por cuanto no quedan puntos perdidos, pero que en ciertos casos podría ser perjudicial si la reabsorción fuera acelerada ó la cicatrización retardada por una causa cualquiera.

La seda es susceptible de sufrir la ebullición prolongada, aún en soluciones antisépticas, sin menoscabo de su resistencia, pero podría reprochársele dos inconvenientes: El primero, que no se reabsorbe, de modo que si se le deja deberá enquistarse, y este enquistamiento puede ser á veces una causa de dolores ó de molestia permanente para el enfermo, lo será á mayor abundamiento si la seda tiende á eliminarse espontáneamente, retardará la curación ó haciendo necesaria una segunda intervención por simple que ella sea. Si el cirujano, por algún dispositivo especial de la sutura, decide y ejecuta la extracción del hilo una vez que este ha cumplido su papel de afronta-

miento, se presenta el segundo inconveniente, derivado de la permeabilidad de la seda. Esta sustancia, en razón de su estructura misma, adquiere con los tejidos en vías de cicatrización adherencias tales, que hacen muchas veces difícil y casi siempre dolorosa su extracción, porque los tractus fibrosos formado durante el proceso de cicatrización la atraviesan y hacen cuerpo con ella. Por eso sangra la herida al retirar los puntos que no son muy superficiales.

El hilo de plata, que tiene toda la resistencia deseable y soporta como medio de esterilización hasta el flameo al alcohol, requiere ser dejado en calidad de puntos perdidos en las suturas profundas, con las desventajas que les son inherentes; y además carece de la flexibilidad de los otros agentes, lo cual lo hace inaparente para cierta clase de suturas en que podría ser suprimido á la manera de lo dicho á propósito de la seda, porque fácilmente llegaría á cortar los tejidos.

La crin de Florencia puede ser considerada, y ya lo es por muchos que tienen predilección por ella, como el desideratum del material de sutura conocido hasta el día. Es perfectamente aseptizable, por la ebullición prolongada; inalterable por el sublimado en soluciones alcohólicas muy concentradas, en las que puede ser conservado por tiempo indefinido; impenetrable por los tractus fibrosos de cicatrización, muy resistente y suficientemente flexibles para permitir su fácil manejo y las tracciones necesarias á su extracción.

Pero aquí surge una dificultad. La crin de Florencia es empleada regularmente para las suturas superficiales y temporales, porque no se reabsorbe, no obstante lo cual hay quienes la prefieren para las profundas á cambio de su enquistamiento. ¿Cómo podría aplicarse con el mismo carácter de temporales á las suturas de los planos pro-

fundos, es decir, sin los inconvenientes del enquistamiento ó de la eliminación espontánea? Este problema, para mí, ha sido resuelto por el doctor Domínguez, profesor de Anatomía, Topografía y Operaciones de la Escuela de Medicina y cirujano del hospital "Mercedes de la Habana.

Este cirujano, después de algunos ensayos infructuosos, ha perfeccionado su procedimiento y obtenido muy buenos éxitos en la cura radical de la hernia inguinal, la que practica conforme al de Bassini en cuanto á la reconstrucción de los planos.

La base del procedimiento estriba en hacer suturas continuas en cada uno de los planos, sacando al exterior los cabos de todas las crines á corta distancia de los extremos de lo herida lineal, á fin de poderlas retirar oportunamente por medio de tracciones ejercidas en una de las extremidades.

En un principio el doctor Domínguez recurrió á la sutura en surget, lo que naturalmente no le permitió el deslizamiento de las crines al extraerlas debido á la disposición en espiral que afecta el hilo en el surget, cosa que he tenido ocasión de experimentar en el cadáver. En vista de tal emergencia sustituyó esta forma de sutura por la usada en las intradérmicas por Pozzi y Chailot, generalizándola á todos los planos.

Desde luego, al dejar fuera de la piel los extremos de las crines, es preciso sujetarlos de algún modo porque de lo contrario el afrontamiento de los labios sería ilusorio; al más ligero movimiento cederían los hilos y desaparecería la correspondencia de los bordes. Primitivamente el autor del procedimiento se limitó á anudar unos con otros los cabos de las crines, pero este punto tuvo que ser también materia de modificación, porque los movimientos del enfermo determinaron el hundimiento de los nu-

dos en la piel; lo que no sólo dificulta la extracción sino que contribuye indudablemente á debilitar la cohesión de los labios en contacto, puesto que aquello equivale á un alargamiento de los hilos. Para obviar esta ocurrencia el doctor Domínguez interpone entre la piel y el nudo un pedazo de dren ó de sonda uretral debidamente esterilizado.

En la operación á que antes hice referencia, he utilizado, previo ensayo en cadáveres, este procedimiento, que voy á describir en seguida detalladamente, y puedo manifestar que es de una ejecución sencilla y de resultado alentador.

Juzgo que de ningún modo puedo dar una idea más exacta de la norma que debe presidir este tiempo de la operación, que trascribiendo las reglas formuladas por el autor, y son las siguientes:

"1<sup>a</sup>— Es indispensable disponer de una crin para cada plano de sutura."

"2<sup>a</sup>—La crin debe tener la longitud de la herida, más lo suficiente para sus anudaciones en los extremos."

"3<sup>a</sup>—Jamás se volverá sobre el punto terminado."

Antes de la operación es necesario proveerse de crines que por su grosor ofrezcan garantías de resistencia y pasarlas á través del dren que servirá de tope inicial, al que quedarán fijadas por uno de sus extremos mediante la formación de un nudo común. Esterilizado este conjunto y el segmento de dren que servirá de tope terminal, está todo listo para utilizarlo en el momento oportuno.

Para hacer las suturas se comienza por pasar la aguja de Reverdin por la piel á dos ó tres centímetros del punto inicial de la incisión cutánea, pero de dentro á afuera, introduciéndola por el tejido celular sub-cutáneo. En seguida se ensartan todas las crines y se coren de manera que el tope venga

á colocarse en su sitio en contacto con la piel. Se toman las crines con una pinza y se separan del campo operatorio, dejando libre únicamente la que va á servir para la sutura del primer plano, y se procede á hacer ésta con una aguja curva llevando la crin á la profundidad á través de la aponeurosis del oblicuo mayor. Los puntos deben estar aproximados guardando una distancia no menor de tres á cuatro milímetros, y tomar un espesor competente de los músculos pequeño oblicuo, trasverso, recto anterior y tendón conjunto que hay que unir al arco de Falopio.

En cuanto á la disposición de la sutura, todo se reduce á hacerla en forma de SS sucesivas horizontales, de tal manera que la aguja al penetrar por uno de los labios debe ser introducida en el otro en el punto opuesto al orificio de salida, para ser reintroducida á la distancia conveniente. Terminada esta sutura sólo resta exteriorizar el cabo de la crin, lo que se consigue atravesando todos los tejidos de dentro afuera con la misma aguja y de modo que venga á salir de la piel á dos ó tres centímetros del punto terminal de la incisión cutánea. Antes de abandonarla á una pinza se pasará por el tope terminal, que queda así en su sitio.

La sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor, así como la de la piel se hacen de modo completamente semejante, teniendo gran cuidado de no enganchar la crin correspondiente al plano que les antecede, defecto que imposibilitaría, la extracción de los hilos. Los extremo de estas dos crines deben también atravesar la piel en el mismo punto que la primera, y el tope á corta distancia de la misma, para ser anudadas una vez rectificadas su tirantez.

Como se ve, el procedimiento es muy simple y deja una unión perfecta de los bordes y una cicatriz inmejorable.

El doctor Domínguez ha previsto una eventualidad que podría presentarse, excepcionalmente, es cierto, pero no por eso menos posible, y da la pauta para remediarla. Yo me apresuro á indicarla no tanto para anticiparme á una objeción fundada que puede hacerse, como por que la considero complemento indispensable á la exposición de la técnica, á pesar de que no me ha acontecido.

El accidente consiste en la ruptura de una crin en el curso de la operación. Si el accidente tuviera lugar mientras se hace la sutura del primer plano sería fácil reemplazar ó reintegrar el manajo y comenzar de nuevo; pero no es lo mismo si sucede en la segunda ó tercera sutura. En este caso puede subsanarse la dificultad de tres maneras: agregando al manajo previamente en el momento de prepararlo, un hilo más de los que se necesitan, á fin de servirse de él en lugar del roto ó cortarlo al terminar si no se ha usado; cambiando sólo la crin inutilizada en el instante preciso, y finalmente, añadiendo la rota en el punto donde se ha hecho la solución, bien sea con otra nueva ó con el fragmento que queda si su longitud lo permite. Para que este empate no se convierta en un obstáculo al retirar definitivamente los hilos, hay que apelar á un dispositivo especial que tiene por objeto dejar el nudo afuera.

Esto se consigue sacando la punta de la crin rota á través de la piel al nivel de la ruptura, para lo que habrá que deshacer algunos puntos si no es de buen tamaño, y empalmándola con el extremo de otra que servirá para continuar la sutura desde el sitio correspondiente al penúltimo punto. Cuando se haya terminado esta sutura conviene aislar el cabo en el tope de dren para los efectos de su extracción.

Si como lo hacen esperar todas

las precauciones de asepsia tomadas, la herida cicatriza por primera intención, los hilos pueden ser quitados en un plazo variable de quince á veinticinco días según la calidad de la hernia operada y las condiciones generales del individuo. En caso contrario convendrá esperar algo más.

Para proceder á la extracción basta cortar las crines por debajo de uno de los drenes, que quedará así liberado, y tirar del otro sin brusquedad.

Si á causa de la ruptura de uno de los hilos al practicar la sutura fué necesario añadirlo, habrá que principiar por cortar este nudo para en seguida hacer lo propio con el terminal, respetando la extremidad correspondiente al primero y que, como se recordará, se fijó aisladamente al tubo final. De esta manera al tirar del dren del lado opuesto se arrastraría todas las crines, menos uno de los fragmentos que saldrá con el otro.

La curva térmica, de apirexia completa, perteneciente al individuo operado por mí con la eficaz cooperación de mi compañero el señor Rodrigo, comprueba las consecuencias inmediatas de la operación obtenida con una cicatrización por primera intención. Por desgracia, circunstancias enteramente ajenas á mi voluntad y dependientes de no pertenecer el paciente al hospital en que yo soy interno, me privaron de la satisfacción de extraerle personalmente los hilos, y para ser leal debo declarar que este enfermo tuvo una ligera supuración superficial muy circunscrita pero posterior á la supresión de las crines, lo que me da derecho á suponer que fué debida á una falta de asepsia, atribuible, indudablemente, á defecto de esterilización de las gasas usadas para el apósito.

Intencionalmente he dejado para este lugar la última modificación

introducida por el doctor Domínguez á su procedimiento de cura radical de la hernia inguinal, por que creo que debe ser tratado aparte y estudiado con detenimiento. El cirujano de la Habana ha llevado su deseo de desechar el uso de todo agente de sutura que no sea la crin de Florencia hasta el extremo de ingeniarse para emplearla en la ligadura del saco herniario; pero como no hallase medio de apartar este hilo terminada la cicatrización, ha ideado sustituir á la ligadura una sutura hecha en la base del saco.

Para esto, después de aislar, abrir y reconocer el saco, se coloca una pinza de Kocher en su raíz, orientada de modo que las orejas queden hacia arriba y no dificulten las maniobras de sutura. Al tiempo de hacer la del plano profundo conforme á la descripción expuesta más arriba, se comienza por desviar el cordón hacia adentro, se penetra con la aguja curva en el paquete muscular y se va á coger punto de apoyo en el arco de Falopio atravesando el saco en su parte más externa por debajo de la pinza; el siguiente punto se hace recorriendo el mismo camino en sentido inverso y así sucesivamente hasta que el saco quede cosido en toda su extensión. Como se ha actuado por fuera del orificio interno del conducto inguinal y, por consiguiente, de los elementos del cordón, se llega al punto de emergencia de éste y para respetarlo se atraviesa el músculo ó la arcada (según el lugar que ocupe la aguja en este momento); se le da salida á una distancia en relación con el espesor del cordón y se continúa la sutura sin dificultad. Los puntos no deben ser perpendiculares á la arcada sino lo más oblicuos que sea posible.

En este estado se retira la pinza de Kocher resecaando previamente la porción de saco que queda por encima de ella.

De semejante manera de proceder se desprende una indicación para la época de quitar las crines, derivada de la presencia del muñón del saco en el grueso de la sutura: haciendo las tracciones sobre el tope que ocupa la parte inferior de la cicatriz, el hilo correspondiente al plano profundo no tendrá que pasar en toda su longitud por entre el saco, como sucedería si en vez de cortar el nudo superior se seccionara el inferior.

La modificación que me ocupa implica, pues, una inclusión del cuello del saco entre los bordes muscular y aponeurótico que unidos deben formar la pared posterior del conducto inguinal, lo que en mi humilde opinion no puede hacerse sin perjuicio de la solidez de dicha pared, y lo que es más grave todavía, sin la subsistencia premeditada, en el lugar de menor resistencia, del infundibulum que según opiniones ejecutoriadas es causa predisponente de recidivas y cuya desaparición ha merecido la preocupación de cirujanos como Barker, Lejars, Berger.

Hay algo más: está muy recomendado tirar el saco cuanto se pueda en el momento de ligarlo con el objeto de reducir al mínimo la longitud del infundibulum, mientras que para seguir al doctor Domínguez es preciso darle la suficiente para su inclusión en la sutura del primer plano.

Es por las razones que anteceden que me he apartado de este detalle al practicar el procedimiento del citado cirujano, limitándome á ligar el saco con catgut y á desviarlo conforme al de Barker, teniendo en cuenta que es allí donde menos importa la reabsorción precoz del catgut, dado el gran poder plástico del peritoneo, y que por otra parte no se requiere tampoco mucha resistencia en el hilo de ligadura, lo que equivale á decir que se puede esterilizar sin temor.

Al principio de este trabajo digo

que las causas determinantes de la reproducción de la hernia pueden resumirse en una palabra: los esfuerzos. Así pues, estos deben ser evitados á todo trance, al menos en los primeros meses que siguen á la operación.

Ahora bien, los esfuerzos se pueden evitar preventiva y consecutivamente. Preventivamente: no operando jamás al enfermo si presenta la más ligera afección catarral de las vías respiratorias; administrándole un purgante la víspera y si es preciso un enema el día mismo mucho antes de aseptisar la región; previniendo los vómitos originados por la anestesia, mediante la abstinencia absoluta de todo alimento y de toda bebida el día de la operación. Consecutivamente: haciendo un buen vendaje de spica, sobre el que se puede colocar una tela impermeable que impida este se moje con la orina y que sea necesario cambiarlo; prescribiendo una quietud completa al enfermo, quien no deberá moverse durante los primeros días sin la ayuda de un asistente; oponiéndose á toda causa que favorezca los vómitos, por la proscripción de alimentos sólidos y á veces aún de líquidos durante cuarenta u ocho horas, los que podrán ser substituidos, según los casos por pequeños trozos de hielo solos ó en agua gaseosa: por medio de inyecciones de morfina, de algunas gotas de tintura de yodo en solución, de pulverizaciones de eter en la región epigástrica, etc., combatiendo la constipación por la administración diaria de enemas glicerinados ó de laxantes ligeros, indicación que convendrá continuar, sin tomar en cuenta otras razones, durante tres ó cuatro meses; y por último, reteniendo al enfermo en cama treinta días consecutivos, porque cualquiera que haya sido el procedimiento operatorio empleado no es prudente omitir esta precaución en el pe-

ríodo que puede llamarse de convalecencia del operado. Todas las enfermedades, medicas y quirúrgicas, pagan su tributo más ó menos largo, más ó menos manifiesto, al período de restablecimiento definitivo, y las hernias no tienen porqué hacer exclusión á esta ley evolutiva general: la transición tiene que ser y es paulatina.

La experiencia que es la más sabia y segura guía para la correcta aplicación de los conocimientos adquiridos á su amparo á todos los ramos del saber humano, demuestra el fundamento de la práctica que encomio. Tal es al menos la enseñanza que arroja la estadística con la argumentación incontrovertible de las cifras.

En verdad son pocos los datos estadísticos reunidos al respecto, lo que proviene en gran parte de lo difícil que es seguir de cerca la marcha de las consecuencias remotas de la operación; de otro lado habría que referirse siempre á los operados por un mismo cirujano, ó siquiera por un mismo procedimiento y aún seleccionar los casos accidentados por circunstancias especiales. Sin embargo he podido reunir las siguientes informaciones:

Bergmann, Bruns y von Mikulicz, en su "Tratado de cirugía clínica y operatoria" dicen: "El número más considerable de todas las recidivas aparecido ya durante el primer medio año después de la operación, por lomenos cuando los individuos afectados emprenden pronto de nuevo su trabajo anterior en toda su extensión".

Legueu cita una serie de casos en que la recidiva ha tenido lugar casi siempre á los tres meses más ó menos, algunos antes y otros después, pero sin pasar de 9 meses no contando los que merecen exceptuarse por obedecer á causas muy particulares.

Creo sin convencionalismo ninguno se puede suponer que muchos

casos de recidivas después de cuatro ó cinco meses hasta ocho ó nueve, son imputables á la confianza que pasado ese tiempo adquiere el individuo predispuerto por cualquiera causa en la inocuidad de los esfuerzos y al abuso consiguiendo.

El doctor Turner, cirujano del "ST. George's Hospital" de Londres, se expresa así en sus "Lecturas clínicas" del año próximo pasado: "La corta experiencia que tengo parece demostrar que las recidivas son más frecuentes pronto que tarde".

Hay que convenir, pues, que el número de recidivas va en progresión decreciente con el tiempo, es decir, que está en razón inversa. dentro de ciertos límites, al tiempo trascurrido entre la cura radical y la reproducción, y ello se debe indudablemente á la mayor vulnerabilidad de la cicatriz en tanto que no se ha consolidado cumplidamente, y por lo mismo nada es más lógico que resguardarla hasta que se afiance. Por otra parte es muy difícil convencer al paciente del peligro que envuelven los esfuerzos á que puede entregarse voluntaria é inconscientemente, y por lo tanto, la prudencia aconseja suplir esa deficiencia de cuidados obligándolo á permanecer en el lecho por el plazo indicado, que es el más peligroso y con mayor razón si es adulto.

El anterior razonamiento me conduce á abordar un punto muy delicado por la divergencia de opiniones emitidas sobre el particular, y si me atrevo á discutirlo es porque considero que no lo debo pasar por alto al enumerar los cuidados consecutivos á la cura radical de la hernia inguinal.

Cirujanos como Legueu, Peyrot, Turner, Duplay, Routier, Domínguez y otros, precizan el empleo sistemático de un aparato de contención después de la cura, excepto los dos primeros que hacen gracia

de su conducción á los operados que les ofrecen garantías satisfactorias, y Turner que lo recomienda en casos determinados. Los partidarios de este sistema difieren en cuanto á la forma del aparato y al tiempo que debe permanecer aplicado, pero todos le asignan gran valor profiláctico contra la recidiva.

Las opiniones en contrario son mucho más numerosas y yo me permito pronunciarme en favor de ellas, no porque crea insostenible la de los primeros, que en principio me parece aceptable, sino porque no hay aparato capaz de suplir la cohesión de que carece la pared posterior del conducto en el caso de que ceda al impulso de un esfuerzo.

No niego que existe una solariadad relativa entre las diferentes capas que forman las paredes del abdomen, pero en la región inguinal las cosas pasan de modo muy diverso á lo que tiene lugar en el resto de la superficie de esta cavidad; por eso el papel que desempeñaría un aparato semejante colocado después de una laparotomía es de eficacia perfectamente explicable, mientras que no lo es tratándose de las hernias inguinales.

En efecto, la fuerza de distensión de las paredes abdominales al procurar romper la cicatriz consecutiva á una laparotomía se hace en dirección horizontal, de modo que una faja inextensible la mantiene dentro de ciertos límites y puede impedir la solución de continuidad en tanto que la que trata de disociar el plano posterior del conducto lleva una dirección oblicua. El operador para reconstruirlo ha desviado un poco las fibras más inferiores de la capa muscular para soldarlas al arco de Falopio, y el esfuerzo que determina su contracción tiende á alejarlas de este ligamento, sin que haya aparato susceptible de oponérsele, ni adaptable siquiera con ventaja á la to-

pografía de la región. Así se comprenden los casos de recidivistas portadores de un aparato.

Los enfermos necesitan, pues, abstenerse de todo esfuerzo exagerado en los primeros meses, y aún es conveniente que queden vendados por algún tiempo; no que busque en este vendaje un medio contentivo sino simplemente protector contra los rozamientos y traumatismos en general que tal vez podrían ser perjudiciales á la cicatriz cutánea.

Al desarrollar el punto materia de esta tesis he procurado hacerlo en forma que pueda merecer la aprobación de mis profesores, dejando cumplida la obligación que nos impone la ley general de instrucción. Espero que las incorrecciones que ella tenga me sean excusadas en mérito de mi buen deseo, y creo que de lo expuesto es lícito derivar las siguientes

#### CONCLUSIONES

1<sup>a</sup> Exceptuando los casos particulares, el procedimiento clásico de Bassini debe ser preferido á los demás empleados en la cura radical de la hernia inguinal.

2<sup>a</sup> El mejor agente de sutura es la crin de Florencia.

3<sup>a</sup> Ella es perfectamente adoptable no sólo para esta operación sino para otras muchas, y el procedimiento Dr. Domínguez es acreedor á su difusión en la práctica quirúrgica.

4<sup>a</sup> Los operados de hernia deben guardar un mes de cama y llevar durante algún tiempo más, por todo aparato, un simple vendaje en espica.

Que se me permita aprovechar la portunidad para testimoniar mi gratitud al Jefe del servicio de cirugía del Hospital Militar de "San Bartolomé", doctor Changanaquí, por las facilidades que me ha franqueado en el ejercicio de mi prác-

tica aún después que cesé de ser su interno.

DOMINGO REY C. A.

## TRABAJOS EXTRANJEROS

¿Es posible reconocer los casos de apendicitis que requieren una operación inmediata?

POR EL

DR. KRECKE

(Conclusión)

La *percusión* no tiene igualmente más que una importancia muy secundaria en el diagnóstico de la forma de apendicitis. Su valor consiste, á mi entender, en que cuando provoca dolores intensos, hasta cuando se la practica suavemente, es siempre verosímil que se trata de un caso de apendicitis destructora. La comprobación de un exudado en los casos recientes, de los que me ocupó aquí de un modo exclusivo, difícilmente podrá llevarse á cabo. El médico que atribuye importancia á la percusión fácilmente se dejará llevar á negar la existencia de una apendicitis destructora, á consecuencia del resultado negativo de aquella, en casos en que la palpación sola ya nos permite sentir de un modo seguro conclusiones muy importantes. Puede esperarse sobre todo que el perfeccionamiento de la palpación nos proporcionará un progreso en nuestra aptitud diagnóstica.

La *respiración* desempeña un papel no del todo desprovisto de importancia en la apreciación de la gravedad de la apendicitis. Una respiración tranquila, no acelerada y de tipo costo-abdominal, carece en general de toda importancia

particular, así en sentido favorable como en el contrario. En cambio, si la respiración tiene un carácter predominantemente costal, aunque no esté acelerado más que en un grado escaso, constituye siempre un signo muy desfavorable y una demostración de que el movimiento de los músculos abdominales ocasiona dolores al enfermo. Este síntoma ofrece entonces cierto paralelismo con el de la tensión dolorosa de los músculos del abdomen é indica casi siempre una destrucción del apéndice. En muchos casos es ya un síntoma que revela la existencia de una peritonitis. La dificultad de la respiración debe siempre impulsar á establecer un pronóstico muy grave.

Mi experiencia sobre el valor de la *proporción de los glóbulos blancos* es todavía demasiado pequeña para que pueda permitirme sentar un juicio sobre su importancia. Por lo que se ha publicado sobre este punto parece que en general no debe atribuirse una gran importancia á la numeración de los leucocitos. Cuando se quiera decidir por medio de este dato la cuestión de si existe ó no la supuración, se saca, á mi entender, de su terreno lo que constituye el verdadero nudo de la cuestión.

En la apendicitis no se trata durante los dos primeros días, que son los más importantes, de si existe ó no supuración, si no de si existe ó no un proceso de la pared del apéndice que produce la destrucción de ella. Ahora bien, la numeración de los glóbulos de la sangre apenas tendrá importancia alguna para poner en claro la cuestión del estado anatómico del apéndice.

Todo lo que acabo de decir parecerá á muchos cosa ya conocida de todo el mundo y que cae de su propio peso, y he de confesar que por ese motivo precisamente he tenido muchas veces reparo de explicar estas opiniones. Sin embargo, tenien-

do en cuenta la opinión expresada en todos los trabajos publicados, según la cual no es posible el diagnóstico del estado patológico del apéndice, basado en los síntomas clínicos, me he creído obligado á hacer ver que nuestros procedimientos ordinarios de investigación nos proporcionan argumentos suficientes para establecer este diagnóstico. De todos modos, es preciso reconocer que en los 24 casos que he mencionado, no me he visto nunca sorprendido por las lesiones encontradas en el acto de la intervención operatoria. He procedido en todos estos casos á practicar la operación con la expectativa segura de encontrar un apéndice gravemente alterado. No sé todavía si en mis futuras operaciones será también tan feliz. Cuanto más se estudia la apendicitis, tanto más modesto se vuelve uno, y tanto más se reconoce que nuestros conocimientos resultan siempre fragmentarios. Confieso con franqueza que el año pasado he cometido tres errores en el diagnóstico de la apendicitis, admitiendo la existencia de esta enfermedad en casos en que existía otro proceso morboso. No hay interés alguno en entrar en pormenores sobre estos casos en este trabajo, y tan sólo los menciono para hacer ver cuan facilmente puede cometerse un error. Sin embargo, creo poder afirmar apoyándose en mis observaciones recogidas hasta la fecha, que no me sería tal fácil cometer un error consistente en desconocer la existencia de una apendicitis destructora.

Según mis observaciones, toda destrucción del apéndice se revela con plena seguridad por la aparición de una tensión dolorosa de las paredes abdominales ó por el aumento del número de pulsaciones, hasta pasar de cien. Todo médico que atienda con cuidado á estos dos síntomas en cada caso y se decida en los casos dudosos; más bien

á admitir la existencia de una forma grave que á la de una forma ligera, estará en el mejor camino para emprender el tratamiento de la apendicitis.

Ante todo hay que tener siempre á la vista que un solo síntoma desfavorable tiene una significación mucho mayor que la que puedan tener en sentido contrario todos los demás síntomas por mas que parezcan completamente faltos de gravedad. El aspecto del enfermo puede ser completamente favorable pueden faltar los vómitos por completo, la temperatura es normal, el pulso late 88 veces por minuto, los dolores apenas merecen mencionarse cuando el enfermo está quieto, y á pesar de todo, la gravedad se revela por una tensión dolorosa de las paredes abdominales en una zona de la extensión de la palma de la mano. Tan sólo quien atienda cuidadosamente á todos los síntomas, evitará graves errores en el diagnóstico y en el tratamiento.

Solo de un modo breve he de insistir aquí, en que una vez que se ha establecido el diagnóstico de apendicitis destructora el tratamiento debe consistir tan sólo en la operación inmediata. Repito otra vez *en la operación inmediata*. Ordinariamente las primeras treinta y seis horas deciden de la suerte del enfermo que tiene una apendicitis destructora. Si se practica la operación pasado este término, el enfermo tiene menos probabilidades de curar que aquel á quien se le extirpe el apéndice antes. Una vez se ha establecido el diagnóstico de apendicitis destructora, es preciso practicar la operación dentro de las dos horas siguientes. Es un gran error que redunde en perjuicio del enfermo, decir: El caso me hace la impresión de ser un caso grave, aguardemos hasta mañana y si entonces no ha mejorado, practicaremos la operación. Semejante retardo de doce y hasta con frecuencia de seis

horas tan sólo ha sido fatal para muchos enfermos. Cuando el diagnóstico es acertado, no hay que perder ningún momento en proponer la operación al enfermo.

Se ha hechado muchas veces en cara al cirujano cuán injustificada es su pretensión de reclamar como cosa suya la asistencia de la apendicitis, y se ha dicho que tan sólo á la furia operatoria de los cirujanos se debe la urgencia con que recomienda la intervención.

## CRONICA

### Fusión de periódicos médicos.—

Desde el primero de enero del presente año tres importantes periódicos americanos: *The Therapeutic Gazette*, *the Medical Age* y *Medicine*, formarán uno solo con el nombre del primero, dirigido siempre por los Doctores Hobart A. Hare y Edward Martín.

**Fisiología Humana del Dr. L. Luciani.**—Después de mucho tiempo ha vuelto á visitar nuestra redacción un cuaderno de esta obra.

El libro de Luciani contiene todos los adelantos que los estudios modernos han determinado en la ciencia de la vida, y la versión española que publica la casa editorial de Virgili, de Barcelona, es notable por su corrección.

No analizaremos detenidamente la obra por carecer de muchos de sus entregas, pero debemos declarar que los asuntos que hemos leído en ella están admirablemente tratados.

El cuaderno 44 que tenemos á la vista se ocupa exclusivamente de *los sentidos de la piel*.

## FORMULARIO

### Tintes para el pelo

1º Permanganato de potasa 150 agua destilada 2.000; se aplica con esponja: esta solución, según su dilución, da todas las gradaciones, desde la rubia hasta la obscura bien pronunciada.

2º Tómese una parte de turba, privada de las partes terrosas, y póngase á macerar por un día en 10 de amoníaco y 5 de agua, al cabo de cuyo tiempo se lleva despacio al hervor, se filtra y evapora hasta consistencia siruposa, mezclando el producto con 10 de agua destilada y 2 de alcohol aromatisado. Se desengrasa el pelo de antemano y se emplea en lociones.

3º Extracto de campeche 90; disuélvase en agua hirviendo 600, añádase 200 de ron, 4 de alcohol de lavanda y 140 de glicerina.

4º Ácido pirogálico 4, cloruro de cobre 4, ácido nítrico y gotas, y agua 180.

5º a) Ácido pírogálico 2.50, alcohol 420, b) monosulfuro de sodio 30, agua 1.800; mezclar las dos soluciones.

6º Se puede usar la cáscara verde de nuez, como sigue:

a) Hágase hervir por tres ó cuatro horas, hasta la consistencia de extracto, cáscara con agua, añádase á este extracto el doble de su volumen de aceite ó grasa y caliéntese á suave calor, hasta completa evaporación del agua. Puede también usarse cáscara que haya empezado á enmohecerse.

b) Evapórese hasta consistencia siruposa una maceración amoniacal de cáscara frezca de nuez; dilúyase con la mitad de su peso de agua y aromatízese con bálsamo del Perú.

c) Cáscara fresca de nuez 45, alumbre 3; macérese 48 horas en 12

de agua, exprímase y añádase 30 de alcohol.

d) Cáscara fresca 8, aceite de olivas 25 y alumbre 0,30; mézclese la cáscara y el aceite, evapórese toda la humedad en baño de maría, añádase el alumbre, exprímase y decántese ó fíltrese.

7º Los cabellos colorados se tiñen pulverizándolos diariamente con la solución siguiente: sacarato de cal 3,50, glicerina 15, Jockeyclub 5, alcohol 15 y agua hasta 300

Estas tinturas, si para poco ó nada sirven, tienen á lo menos lo menos la ventaja de no dañar.

## MEDICINA PRACTICA

**Acción antiséptica del unguento napolitano.**— El cirujano del Hotel-Dieu, de París, Dr. Lucas Championnière, ha dado en el Hotel-Dieu una conferencia acerca del poder antiséptico del mercurio nativo, representado por el *ungüento napolitano*, que merece ser conocida.

Proclama el poder antiséptico del mercurio, aplicado en esta forma, como más seguro que el de la disolución de sublimado, que ha solido fracasar en casos en que, sustituido por el unguento mercurial doble, ha vencido este todas las dificultades; por más que se ignore este todavía la explicación de tanta superioridad microbicida. El conferenciante ha dicho á sus oyentes, refiriéndose especialmente á las afecciones tuberculosas de los huesos: "Ante los focos superativos óseos, no vaciléis en hacer las curas con unguento napolitano. Empleadle contra las vegetaciones y sanead los trayectos fistulosos, y si sois constantes obtendréis resultados que no habríais de lograr de esa manera". Pero el conferenciante extiende los beneficios de este antiséptico á todos las *supuraciones*

*crónicas*, así sean causadas por un abceso, como por una cicatrización de superficies cruentas por segunda intención. Si la supuración es muy abundante, se hará diario esta cura; en otro caso, podrá hacerse cada dos ó tres días. Pero este tratamiento mercurial no es para prolongarlo indefinidamente, pues pasado cierto tiempo deja de estar indicado, porque su acción se ejerce contra los enemigos de la regeneración profunda de los tejidos, y huelga tan pronto como el trabajo reparador llega á la piel, en fuerza de ganar la superficie. Sucede, en esta parte, con el unguento napolitano lo que con el iodoformo, que cuando deja de estar indicado por el estado séptico de los tejidos, los irrita. Cuando esto sucede, el conferenciante sustituye el preparado mercurial por una pomada compuesta de cien partes de vaselina, diez de ácido bórico pulverizado y una de bálsamo del Perú. De todos modos, la limpieza de la región debe ser exquisita y se logra muy bien con el agua oxigenada. En los casos de muy largos tratamientos tópicos, como en los tumores blancos, el autor mezcla cien partes de unguento napolitano con ochenta de emplasto de óxido de plomo saponáceo y una de alcanfor.—“Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques”.

### Un argumento a favor de las tabletas

Se presenta la cuestión, si las tabletas tienen algún valor, ó mejor dicho, más valor que otro método de administrar drogas y productos químicos, en estado seco. Nosotros afirmamos que sí lo tiene.

En primer lugar, comparándola con las píldoras, no tiene ninguna cosa insoluble agregada en su com-

posición. Las tabletas debidamente preparadas son hechas por la simple compresión, y por lo tanto, si las secreciones del sistema humano afectan la medicina administrada, á fuerza se absorbe durante el tiempo más corto posible, lo cual es siempre una ventaja. Comparándolas con cápsulas, podemos garantizar una mayor exactitud en su composición, como ya se ha demostrado por la experiencia. Cuarenta tabletas de Muriato puro de Amoniaco, hechas en máquina y dosificadas á cinco granos cada una, pesaron 199  $\frac{3}{4}$  gr. en una balanza de torsión. El farmacéutico más cuidadoso sabe que esta exactitud sería imposible llenando cápsulas.

Lima, abril 17 de 1893.

Sres. Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos:

Hace tres años que en mi clientela no hago uso de otra preparación de aceite de bacalao que la de Uds. conocida con el nombre de Emulsión de Scott, pues además de ser casi insípida, es una feliz asociación del aceite de bacalao con los hipofosfitos que son agentes preciosos y de ineludible indicación en todos los varios casos de nutrición empobrecida: Escrófulas, Tuberculosis, Raquitismo, Osteomalacia y otros malos estados generales consecutivos.

Soy de Uds. S. S.,

DR. CONSTANTINO T. CARVALEO.  
Profesor de la Facultad de Medicina de Lima; Cirujano de la *Maison de Santé*.

Calle de Filipinas N. 159.

Imp. San Pedro.—37099

# INDICE

de las materias contenidas en el tomo XXIII

AÑO DE 1906

## INDICE DE MATERIAS

### A

- Alquitrán y la liga contra el polvo. El—14.  
Accidentes del trabajo. Intervención del médico en los 113.  
Aguas. Algunos análisis químicos de—129.  
Acido arsenioso y los epitelomas cutaneos. El—143.  
Anestésicos cutáneos—159.  
Agua potable de Lima. Sobre del saneamiento del—180.  
Anginas. Las 230. 247.  
Absceso hepático—268  
Alexinas en el diagnóstico de la Enfermedad de Carrión—294.  
Azotómetro del doctor C. A. García. El nuevo 325.  
Apendicitis que requieren una operación inmediata—351. 366. 384.

### B

- Blenorragia. Contribución á la terapéutica de la—199.  
Bocio exoftálmico en negros y mestizos—286.  
Bronco-neumonía, neumonía y bronquitis grave de los niños. Tratamiento de la—341.  
Bornival—343.

### C

- Cremación y utilización de las basuras de Lima—1. 17  
Corazón y los riñones. El—11  
Coqueluche. La—18. 40. 54.  
Cirugía en los hospitales de Lima durante el año 1905—49.  
Carcinoma. Sueroterapia del—127.  
Cloretona en los vómitos del emba-razo. La—158.  
Cuestión sexual. La—206.  
Coolis y el ejercicio de la medicina. Los—273.  
Carrión. Su honor de—289.

### D

- Dosaje de la materia orgánica en medio ácido y en medio alcalino—33.  
Dermatología, sífilografía y enfermedades de las vías urinarias. Importancia de la enseñanza especial de—161.  
De duelo—253.  
Demasiado—254.  
Delirium tremens de C. Aliaga y la rabia de M. Cuenca. Paralelo clínico entre el—332.

**E**

- Estadística de las operaciones practicadas en el servicio quirúrgico del doctor Bello durante el año 1905-50.  
 Estadística de operaciones practicadas por el doctor Carvallo C. en 1905-52.  
 Estadística de operaciones practicadas por el doctor G. Gastañeta -53.  
 Estadística de operaciones practicadas por el doctor N. Fernández Concha-54.  
 Estreñimiento habitual-108.  
 Examen toxicológico-219.

**F**

- Flemón de la cavidad de Retzius. -206.  
 Fiebre amarilla-269.  
 Fiebre amarilla. Propagación de la -269.  
 Filicidio por una psicópata puerperal-305.  
 Fiebre biliosa hemoglobinúrica. -306.  
 Fisiología humana del doctor L. Luciani-386.

**H**

- Hospital de mujeres de Lima-81.  
 Hemiplegia cerebral por la reeducación de los movimientos. Tratamiento de la 136. 148.  
 Hepatitis supurada-257. 275.  
 Hemolisis diagnóstico en la fiebre de Carrión-327.  
 Hernia inguinal. Cura radical de la -373.

**I**

- Inyecciones mercuriales solubles. Perfeccionamiento de la técnica de las-63.  
 Intoxicación por los pasteles de crema-97.  
 Incompatibilidades. Algunas-110.  
 Ingegnieros en la Sorbona de París.

- Conferencia del profesor argentino-252.  
 Infección peritoneal post-operatoria-263. 284. 317.  
 Infantilismo ó puerilismo mental. -287.  
 Invalidez. Informe sobre-357.

**L**

- Litiasis biliar. Tratamiento de la -152. 169. 201. 221.

**M**

- Medicamentos tóxicos-cardíacos más usuales-69.  
 Meningitis cerebro espinal. Una epidemia de-177.  
 Manchas de sangre. Informe sobre -260.  
 Medicina hispano americana-268. 286. 305. 338.

**N**

- Neurosis funcionales. Contribución á la terapéutica de las-343.

**O**

- Oftalmía purulenta de los recién nacidos y la solución de colargal al 1/200-35.

**P**

- Publicaciones recibidas-15. 31 48. 64. 79. 95. 112. 128. 143. 160 173. 192. 207. 224. 239. 254. 271. 288. 339. 355. 371.  
 Proyecto para el nuevo hospital de mujeres de Lima-81.  
 Psicosis puerperal-269.  
 Purguen. Inconvenientes del-270.  
 Parálisis espinal infantil. El masaje y la gimnasia médica en el tratamiento de la-348.  
 Paludismo. Algunas indicaciones para la campaña contra el-359.  
 Periódicos médicos. Fusión de-386

**Q**

Quinoforno—93.  
Quiste hidático—269

**R**

Rabia en el Perú. Apuntes sobre la  
—65.  
Rabia. De la—106.  
Rabia epidémica en el Perú á prin-  
cipios del siglo XIX—241.  
Rabia. Noticias médicas sobre Cris-  
tobal Aliaga—134. 145. 166. 187.  
193. 215. 225.  
Responsabilidad del cloroformiza-  
dor en caso de muerte por el  
anestésico—286  
Rabia. El diagnóstico histológico  
de la—307.

**S**

Sociedad médica de los hospitales  
de París—93.  
Síndrome, cólicos hepáticos y sus  
deducciones quirúrgicas. Nuevo  
concepto del—99.  
Sueño. Dos nuevas teorías del  
—323.

Sífilis. La profilaxia individual  
de la—354.

**T**

Tuberculosis articular. Tratamien-  
to de la—335. 345.  
Tintes para el pelo—387.

**U**

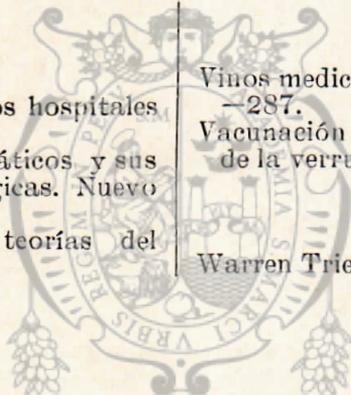
Utero séptico puerperal. Cura del  
—60.  
Unión Fernandina. Sociedad Médi-  
ca—289.  
Ungüento Napolitano. Acción anti-  
séptica del—387.

**V**

Vinos medicinales é impuesto fiscal  
—287.  
Vacunación contra los tifosímiles  
de la verruga febril—290.

**W**

Warren Triennial Prize—107.





## INDICE DE AUTORES

### A

Avenidaño L.—180. 260. 289. 357.  
Aguayo F. B.—180. 326.  
Aljovín M. A.—209. 294.  
Artola M. R.—326.

### B

Bello E.—50.  
Bignon A.—325.

### C

Carvallo C. T.—52  
Colón R.—268.  
Carrol—299.  
Champonnière L.—397.

### D

Denegri J.—50.  
Danlos—63.  
Devalmont M.—110.  
Doyen—127.  
Decoud—269.  
Devaux—323.

### E

Escomel E.—161. 341. h  
Etchepare B.—287.  
Ebermayer—335. 345.

### F

Fernández Concha N.—54.  
Ferrua J.—199. 343.

### G

García C. A.—33. 97. 219.

Gastañeta G.—53.  
Gallarre M.—136. 148.  
García Rijo—286.  
Gastiaburú J.—294. 327.  
Geberte—335. 345.

### H

Hauser Ph.—69.  
Howard H. B.—107.

### I

Iglesias—269.

### J

Jaworski H.—177.

### K

Krecke—307. 366. 384.

### L

Lecci A.—152. 1699. 201. 221.  
Levy. M. F.—230. 247.

### M

Mostajo B.—1. 17.  
Mareani J. M.—11.  
Matto D.—113.  
Mibelli M.—143.  
Medina Jimes—306.  
Mayorga W.—326.  
Metchnikoff—354.  
Monjarás J. E.—359

**N**

Nubiola P.—60

**O**

Olanco G.—106. 134. 145. 166. 187.

193. 215. 225. 241. 332.

Odrizola E.—257. 275

Oyero P.—269.

**P**

Pietranera E.—28. 40.

Paulet P. E.—81.

Presno J. A.—99.

**R**

Risso Domínguez J. C.—35. 54.

Ribas y Ribas E.—263. 284. 318.

Rebagliati R.—307.

Rey D.—373.

**S**

Salum—323.

**T**

Tamayo M. O.—1. 17. 63. 81. 295.  
307. 327.

Tobías—108.

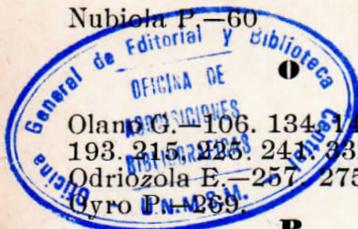
Tripels-Fentzkof—348.

**V**

Velásquez M. A.—180

**Z**

Zavala y Zavala. M.—260. 357



UNMSM - BC  
UDC

Oficina General de Editorial y Biblioteca  
OFICINA DE  
ADQUISICIONES  
BIBLIOGRAFICAS  
Central  
— U.N.M.S.M. —

