

CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL
DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXIV }

LIMA, 15 DE MARZO DE 1907

{ N.º 437

TRABAJOS NACIONALES

BREVES REFLEXIONES

CLINICO QUIRURGICAS

POR EL

Dr. MIGUEL D. ALJOVIN

Prueba escrita para el concurso de medicina [enfermedades de niños] del Hospital de Santa Ana.

El art. 58 del Reglamento General de Hospitales en su inciso 3.º dice:

“Si la vacante para proveerse, correspondiese á un departamento de cirugía, el postulante deberá presentar necesariamente el título de cirujano”.

Por este inciso se ve claramente que el reglamento exige sea cirujano el que desempeña un departamento de cirugía; mas, como el diploma otorgado por la Escuela de Medicina, á los profesionales en las ciencias médicas, comprende, á la vez, el título de médico y el de cirujano, de manera que, al tenor literal del citado inciso, aún los médicos que no se dediquen á la cirugía

podrían, en rigor, ser opositores en un concurso de esta rama de las ciencias médicas, lo que indudablemente es contrario al espíritu del ya mencionado artículo, he creído conveniente, á fin de que se pueda juzgar cuáles son los derechos que me asisten para ser opositor en el concurso del nuevo departamento de cirugía del hospital de Santa Ana, presentar la relación adjunta, en que estan expuestas las series de operaciones que, hasta el presente, he llevado á cabo, y que pueden darme el título de cirujano.

No menciono en esta relación las muchísimas veces que he tomado parte en las intervenciones quirúrgicas sirviendo de ayudante, ni tampoco hago mérito de las intervenciones de pequeña cirugía abertura de abscesos, colocación de aparatos de inmovilidad, punciones raquídeas, reducción de luxaciones, extracción de uñas encarnadas, etc. — me limito simplemente á aquellas operaciones de cierta importancia en que he actuado como cirujano.

El pequeño número de mi estadística se explica, porque nunca he tenido á mi cargo, sino por corto tiempo, un departamento de cirugía—Jefe de Clínica del Hospital de Santa Ana— y las intervenciones que he practicado en la clientela

civil, aunque todas ellas han tenido éxito, su número no puede constituir todavía estadística aparte.

Las mayorías de estas intervenciones constan en la relación pasada á la Escuela de Medicina, al terminar mi período de Jefe de Clínica Quirúrgica, y están publicadas en la "Gaceta de los Hospitales".

Diré, por último, que á fin de dar cumplimiento al artículo 60 del ya mencionado reglamento General de Hospitales, no me limito á la simple enumeración de esas operaciones, sino que las comento debidamente, sobre todo, desde el punto de vista clínico.

	Operadas	Curadas	Aliviadas	Muertas	Total
Histerectomía abdominal sub-total por fibromas uterinos.....	6	6	...	...	6
Histerectomía abdominal subtotal por prolapso útero-vaginal, procedimiento de Jakobson.....	1	1	...	...	1
Ovariectomía por quiste unilocular.....	1	1	...	...	1
Embarazo ectópico.....	1	1	...	...	1
Acortamiento intra-abdominal de los ligamentos redondos. Procedimiento de Doleris.....	1	1	...	...	1
Histerectomía abdominal total por hematometría...	1	1	...	...	1
Peritonitis tuberculosa.....	1	1	...	...	1
Peritonitis cancerosa.....	1	1	...	...	1
Aneurisma difuso de la humeral, ligadura de la subclavia.....	1	1	...	...	1
Úlceras varicosas, procedimiento de Moreschi-modificado.....	4	4	...	...	4
Hernias inguino-escrotales extranguladas.....	3	2	...	1	3
Cura radical de hernia inguinal.....	2	2	...	...	2
Cura radical de hernia crural.....	1	1	...	...	1
Cura radical de hernia umbilical.....	2	2	...	...	2
Amputación de la mama por cáncer.....	2	1	1	...	2
Amputación de la mama por tuberculosis.....	1	1	...	...	1
Amputación de la mama por adeno-fibroma.....	1	1	...	...	1
Nefropexia.....	1	1	...	...	1
Colpotomía posterior.....	1	1	...	...	1
Colpocentesis.....	2	1	1	...	1
Colporrafia posterior.....	1	1	...	...	1
Curetajes uterinos.....	4	4	...	...	4
Extirpación un de moluscus péndulo.....	1	1	...	...	1
Adenoma de la glándula sub-maxilar.....	1	1	...	...	1
Enucleación de un ojo.....	1	1	...	...	1
Resección subperióstica de varias costillas.....	1	...	1	...	1
Craiectomía.....	1	...	...	1	1
Trepanación frontal.....	1	1	...	...	1
Resección parcial del maxilar superior por osteo sarcoma.....	1	...	...	1	1
Resección del maxilar superior por osteo sarcoma.....	1	1	...	...	1
Resección parcial del maxilar superior por caries.....	1	1	...	...	1
Desarticulación de falanges.....	3	3	...	...	3
Desarticulación de dos metacarpianos.....	2	2	...	...	2
Desarticulación de un dedo por epitelioma.....	1	1	...	...	1
Desarticulación de dedos por atrición.....	2	2	...	...	2
Amputación del antebrazo.....	1	1	...	...	1
Amputación de pierna.....	1	1	...	...	1

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
 Universidad del Perú. Escuela de Medicina.

LAPAROTOMÍAS

Por fibromas uterinos.— La ablación de los tumores del útero ha pasado entre nosotros por todas las frases de su evolución y progreso, desde la extracción de fibromas á pedículo externo que ejecutaba el malogrado doctor Corpancho, la panhisterectomía preconizada en una época por nuestro maestro el doctor Carvalho, hasta el moderno procedimiento de Kelly, que unido á la peritonización y asepsia, han venido á dar carácter de benigna simplicidad á un acto operatorio que ha revestido siempre grandes proporciones.

La cirugía de los fibromas es una de las que más beneficios ha obtenido de los perfeccionamientos verificados en la técnica de la cirugía abdominal en estos últimos años, á tal punto, que las estadísticas de los operadores más experimentados que acusaban una mortalidad de 20 ó más por ciento, se ha reducido, según las últimas publicaciones, á cuatro ó cinco.

La ablación del tumor y del útero se hace hoy metódicamente, ligando las diferentes arterias que constituyen los pedículos vasculares del órgano y del neoplasma. Por mi parte, en los seis casos que he operado, he dado la preferencia al procedimiento americano descrito por H. Kelly, é introducido en Francia por Segond.

La histerectomía sub-total por *incisión continua transversal*, para emplear el nombre que le da su autor, consiste en la colocación de seis ligaduras, tres á cada lado, en el pedículo útero-ovárico, el ligamento redondo y el pedículo uterino. Como la arteria del ligamento redondo sangra muy poco, no hay absoluta necesidad de hacer la ligadura antes de la extracción del útero; basta con aplicarle una pinza para ser ligada después al hacer la peritoneoplastia.

Tomadas con pinzas, ó ligadas las arterias mencionadas, se divide el ligamento ancho de un lado, y elevando el útero, se talla un colgajo peritoneal que rechaza la vejiga impidiendo así la posible sección de los uréteres; igual procedimiento se practica con el peritoneo de la cavidad de Douglas; en seguida se divide el cuello uterino, y se continúa la incisión al ligamento ancho del lado opuesto.

Cauterizada después la cavidad uterina, se hace la oclusión del cuello con una sutura continua de catgut, cubriéndolo en seguida con los colgajos peritoneales; y, por fin se continúa la peritonización hundiéndolo en los espacios celulosos todos los muñones de ligaduras; de manera que la pelvis queda limpia encontrándose completamente rehecha la red peritoneal, y haciendo extremadamente benigna, en estas condiciones, la histerectomía subtotal.

Queda ahora por discutir cuál de los dos procedimientos de histerectomía total ó subtotal debe ser preferido.

En casos de fibromas que se prolonguen hasta el cuello, la histerectomía total es la única admisible; pero, como lo que frecuentemente sucede es que el fibroma ó fibromas estén implantados en el cuerpo uterino, la histerectomía subtotal basta en estos casos.

La gran ventaja del procedimiento consiste en que no abre la cavidad vaginal, pues no es dudoso que el peligro de la histerectomía total tiene su origen, principalmente, en la infección por esta vía; no obstante que ginecólogos, como Richelet, hayan declarado que el "peligro vaginal no existe", cosa imposible de asegurar por más cuidadosa que haya sido la desinfección de la vagina en los días que preceden á la operación, y aún en el mismo día anterior.

Aparte de esta consideración que, por nuestra parte, juzgamos de ca-

pital importancia, la histerectomía subtotal es más rápida, más sencilla y más fácil de ejecutar que la panhisterectomía, que sólo debe emplearse en la extirpación de los úteros carcinomatosos, en donde su indicación es evidentemente ventajosa.

Por mi parte, en todos los fibromas uterinos que he operado siguiendo el procedimiento ligeramente descrito, no he tenido que lamentar el menor accidente.

En mis operadas, el diagnóstico de fibromas, de evolución subserosa unos, intersticial otros, se imponía por los signos clásicos de estas afecciones; y las indicaciones operatorias se han deducido tanto de las hemorragias amenizantes, como de las molestias ocasionadas sobre los órganos vecinos, por la presencia de estos neoplasmas que, por lo demás, siempre han estado acompañados de lesiones de los anexos esclero-quísticas, inflamatorias, etc.— confirmando así, las opiniones emitidas últimamente por el profesor Pozzi.

No he visto sobrevenir en este pequeño número de histerectomías, ningún trastorno post-operatorio, á tal punto que, en rigor, han podido estas enfermas ser dadas de alta á los veinte días de sufrir la intervención quirúrgica, en las mejores condiciones de salud general.

La mayoría de mis operadas, siguiendo la proporción señalada por los autores, han pertenecido á la raza negra.

Como accidentes consecutivos, no he observado sino los trastornos propios á la menopausia, artificial que, felizmente han desaparecido, merced á la medicación opoterápica, y á la acción de la electricidad.

Por prolapso útero vaginal.— Procedimiento de Jacksonson.— En los prolapsos útero-vaginales, cuando el periné está desgarrado, y hay, por consecuencia, recto y cistocele, cualquiera de los méto-

dos de colporrafia no basta para alejar los trastornos que ocasiona el útero prolapsado.

Los prolapsos completos del útero son producidas por variadas causas etiológicas, aparte de la presión intra abdominal hay siempre en estos casos aumento del volumen del órgano, exagerada relajación de los ligamentos, distensión y prolapso de las paredes vaginales, que arrastran consigo á la vejiga y al recto, y en la inmensa mayoría de casos, extensas rasgaduras del suelo perineal.

Conocidos estos hechos, puede preguntarse, cuál es el tratamiento de elección del prolapso útero-vaginal? Aparte de las dificultades inherentes á la histerectomía vaginal, mayores cuando se trata de desprender una vejiga que, arrastra por su inserción uterina, llega hasta los límites del hocico de tenca, los ligamentos anchos en estos casos distendidos y alargados, forman un muñón que queda siempre descendido, y no remedia en nada el prolapso de la vagina; como tampoco ofrece ninguna seguridad el acortamiento vulvar, por más alta que sea la colporrafia que se practique. Con esta operación, en efecto, se consigue que el útero prolapsado no haga hernia fuera de la vulva, y hasta podría alegarse que se impiden de este modo las ulceraciones que frecuentemente origina el roce; pero se ha observado que, como los medios de fijación de la estática uterina no se modifican, el prolapso del órgano no sufre ningún acortamiento, y hallándose detenido solamente por el suelo perineal, como el tejido conjuntivo en estos casos es suelto y fácil de relajar, se produce entonces un abombamiento del periné, originado por el útero, que actúa como fuerza propulsora.

Para obviar todos los inconvenientes que causan estos procedimientos, se ha recurrido al tratamiento intra-abdominal del pro-

lapso uterino; y, como, lo repetimos, siempre en los casos de prolapso completo se trata de úteros hipertrofiados, fibromatosos, en mujeres que por lo general están ó pisan los umbrales de la menopausia, hacer una histerectomía subtotal en estas condiciones, aparte de la inocuidad de la operación misma, no irroga ningún perjuicio.

Pero no basta practicar la simple sección del útero y anexos, es necesario, como lo hace Jackson, y á fin de modificar el prolapso vaginal, unir el muñón del cuello a los ligamentos útero ováricos y redondos, formando así, en la parte superior de la excavación pelviana, un sólo muñón que queda bastante alto para levantar el prolapso vaginal.

Este procedimiento lo he puesto en práctica en la enferma X, de la sala de Santo Tomás, donde se pudo observar perfectamente la altura á que ascendió el cuello uterino después de la operación; mas, como en el caso á que me refero, existía una extensa rasgadura perineal, el intero señor Beraún, quiso practicar una colporafia, para asegurar así el mejor éxito operatorio, quedando de esta manera nuestra operada libre de toda molestia y apta para entregarse á las labores de su oficio.

Por hematometría.— *Tabicamiento vaginal.*— Entre las anomalías de desarrollo de los órganos genitales de la mujer, que hemos observado en la sala de la Merced, merece especial mención el caso de Eudisia Campos, casada, bien constituida y de 25 años de edad. Se quejaba esta enferma de padecer, desde algún tiempo, agudos dolores en el hipogastrio que la mortificaban sin dejarla sosiego.

Al principio tal molestia no la aquejaba sino á intervalos más ó menos alejados; pero después sus dolores fueron continuos. En estas condiciones ingresó al hospital.

Como antecedentes decía no ha-

ber menstruado nunca. Examinando los órganos genitales, se vió que la vagina estaba constituida por un fondo de saco, en dedo de guante, sin señales de orificio uterino. A la palpación del vientre y al tacto rectal, se notaba perfectamente la existencia del útero y anexos, abultados y dolorosos.

Con estos signos se hizo el diagnóstico de "hematometría", y desde luego no se pensó en poder establecer una conexión, del cuello uterino, que se suponía existiera con el fondo de saco vaginal, que estaba bastante distante de la tumoración uterina; pero, á fin de liberrar á esta enferma de los dolores que sufría, y del proceso evolutivo menstrual, en órganos incompletamente desarrollados, se decidió intervenir quirúrgicamente.

Abierta la cavidad abdominal, se comprobó el diagnóstico. El útero era un verdadero hematoma, con el cuello imperforado, las trompas inflamadas y aglutinadas, los ovarios en degeneración quística y el todo unido á los órganos vecinos á causa de las múltiples adherencias producidas por los sucesivos procesos inflamatorios.

Practiqué en este caso la histerectomía total, en condiciones excepcionales, pues no habiendo vagina que incindir, fue relativamente fácil desprender el cuello del útero, de manera que, sino existió el "peñigro vaginal", en cambio el desprendimiento de las múltiples adherencias, dejaron una vasta superficie peritoneal imposible de cubrir y hubo necesidad de poner un mickuliz en el fondo de la herida.

Esta enferma permaneció algún tiempo en el hospital, pues sufrió una fistula ventral, que sólo resucitando añejas medicaciones—vino aromático—pudo activarse el proceso cicatricial, á tal punto, que fué dada de alta completamente curada.

Por quiste del ovario.— Los quistes del ovario son relativamente

raros, sobre todo si se les compara con la frecuencia de las degeneraciones fibromatosas del útero.

La degeneración quística de los ovarios resulta de una proliferación del epitelio germinativo de los folículos de Graaf, lo que constituye el *quistc unilocular*; ó el epitelio que tapiza la superficie del ovario, acompañado del crecimiento del tejido celular, para formar el adenoma quístico.

Hay, además, otras muchísimas variedades, cuya descripción alargaría demasiado este trabajo.

El quiste del ovario que he operado, correspondía á la primera de las variedades mencionadas. Tenía su punto de implantación en el ovario izquierdo, y las molestias que ocasionaba á la enferma X, india, de veinte y tantos años de edad—que ocupaba una de las camas de la sala de Santo Toribio, en la época en que desempeñé la jefatura de la clínica médica—no era de mucha consideración, á pesar del volumen del tumor, que podría compararse á la cabeza de un niño.

Sin embargo, esta enferma se decidió á ser operada, y la intervención estuvo plenamente justificada cuando se vió que el pedículo alargado de este quiste había sufrido varias vueltas, que trastornando la nutrición del tumor, comenzaban á producir una metamórfosis regresiva.

Sin ningún incidente, que no era de esperarse, por la facilidad de la intervención en un quiste sin adherencias, terminó este acto operatorio, quedando la enferma libre de toda molestia, y demostrando este hecho, una vez más, la necesidad del tratamiento quirúrgico en todas estas afecciones, aunque los síntomas que presenten no sean alarmantes.

Por embarazo ectópico.—La enferma Agripina Pérez, de 20 años de edad, casada, ingresó á la clínica

ginecológica el 24 de noviembre del presente año.

Antes de contraer matrimonio esta muchacha, sufría menstruaciones dolorosas, á tal punto que la obligaron á demandar los auxilios de un facultativo, el cual le advirtió que tenía una inflamación en los anexos derechos.

Poco tiempo despues de su matrimonio refiere esta enferma, que empezó á sufrir dolores vagos en el vientre, y pérdidas continuas de sangre, que la han hecho olvidar la época precisa de sus períodos menstruales.

Cuando nosotros la examinamos presentaba el aspecto de una septicémica: demacrada, de piel pálida terrosa, con ascenciones térmicas en las tardes; refería todos sus dolores á una tumoración pastosa y mal definida que ocupaba el hipogastrio, cuya piel conservaba la huella de los agentes empleados para combatir el estado inflamatorio. Haciendo el tacto vaginal, se comprobó que los fondos de saco, laterales y posterior, estaban libres y el útero movable; el tumor ocupaba todo el fondo de saco anterior, extendiéndose hacia la derecha.

La hysterometría acusaba 7 centímetros, y por el cateterismo vesical se reconocía la situación de la vejiga rechazada hacia atrás y á la derecha.

En estas condiciones, y con el diagnóstico probable de salpingitis supurada, se procedió á la operación.

Abierto el vientre, que no fue fácil tarea por las adherencias del peritoneo parietal, traté de aislar el tumor que se presentaba delante. En esta maniobra y por las presiones ejercidas en sus lados laterales, apareció en el centro del tumor una gota de pus cremoso. Protegiendo entonces las partes vecinas, extraje rápidamente el contenido formado por un grueso coágulo que aprisionaba un feto como de

tres meses de edad: estábamos, pues, en presencia de un embarazo ectópico.

El resto de la cavidad tubaria, que por sus adherencias fue imposible extraer, lo suturé á las paredes abdominales, colocando una gaza en el fondo.

Agora bien, en esta enferma el embarazo tubario ha pasado desapercibido, porque no se acompañó de fenómenos generales, ni de los signos propios á estas afecciones; y los dolores pélvicos que desde el principio aparecieron, acompañados del estado septicémico, hicieron pensar en una afección de los anexos.

Los datos que pudieron ilustrar el diagnóstico fueron de tal manera confusos, que no era posible precisar la época de la aparición de sus dolores; pues habiendo existido una lesión de los anexos, antes del embarazo tubario, la enferma confundía las fechas. Este último dato viene á confirmar, una vez más, la opinión de los ginecólogos, que señalan las lesiones anaxiales como causa etiológica del embarazo ectópico.

En cuanto á la manera como se han desarrollado los hechos, en el caso á que nos referimos, se comprende perfectamente, teniendo presente la anatomía patológica de estas lesiones, y recordando que la atrofia, por nutrición insuficiente de los vellosidades coriales, crea pequeñas hemorragias que desprenden el huevo de la pared tubaria, y que, acumulándose, constituyen el hematosalpinx, que ahoga al feto, y que se reabsorbe, á veces, ó se infecta, como en el caso presente, siendo entonces casi imposible hacer el diagnóstico diferencial entre una salpingitis supurada y un embarazo tubario.

Por lo demás, esta enferma se encuentra hoy en las mejores condiciones posibles, habiendo descendido la temperatura, y presentando la

herida del vientre tan buen aspecto que todo hace presumir su pronto y total restablecimiento.

Por retroversión uterina.—Acortamiento intraabdominal de los ligamentos redondos. Procedimiento de Doleris.—Las retro-desviaciones uterinas son de dos clases: móviles ó movilizables y adherentes.

Relativamente poco frecuentes las primeras, son originadas por la laxitud de los ligamentos, y pueden observarse tanto en las mujeres multíparas como en las que no lo son. En estos casos, la retro-desviación del útero no es la posición constante, sino la más frecuente, porque sostenido el órgano incompletamente por ligamentos que se dejan distender, y recibiendo sin cesar la presión de las vísceras abdominales, oscila en la pelvis como "un badajo de campana."

Otras veces, como sucede en las mujeres que han tenido hijos, la retro-desviación es originada por el peso del cuerpo del útero que se dobla sobre un cuello flexible, y cae hacia atrás; pudiendo volver á su posición primitiva sin gran esfuerzo.

En cambio, en las desviaciones llamadas adherentes, el útero se halla mantenido en su posición viciosa, por procesos anaxiales, ó perimetriticos, que han producido un estado inflamatorio creador de las adherencias fijadoras del órgano.

En estas condiciones, se comprende perfectamente por qué todos aquellos tratamientos que pretenden enderezar el útero, sin romper las adherencias que lo sujetan en su posición viciosa, son paliativos incapaces de modificar estas lesiones. Tal sucede, por ejemplo, con el procedimiento de Alquié-Alexander Adams, la vagino fijación etc.; que, por lo demás, dan buenos resultados en las retro desviaciones móviles ó inmovilizables, en que el acortamiento de los ligamentos redondos basta para volver al úte-

ro á su situación primitiva; pero en las resto desviaciones adherentes, aún abierto el vientre y rotas las adherencias, hay que preguntarse cuál es el tratamiento quirúrgico que conviene emplear.

Desde luego, la histeropexia ó ventro fijación, y la látero fijación de Olshausen-Sanger, son operaciones que cada día se practican menos, por los trastornos de puerperalidad que traen consigo.

Queda por discutirse cuál de los procedimientos de acortamiento intraabdominal de los ligamentos redondos es preferible emplear. Sin poder decir nada de los métodos de G. Wylie ó de Dudley, á nosotros nos ha parecido más conveniente el procedimiento de Doleris, que he puesto en práctica por primera vez en Lima, en la enferma X, número 3 de la sala de la Merced, siguiendo los buenos consejos del doctor Alcedan.

Esta enferma acusaba todos los trastornos consiguientes á las retro desviaciones adherentes.

Una laparotomizada, pudo comprobarse la verdad de las aserciones del profesor Pozzi, la enferma X presentaba una anexitis del lado izquierdo, y aparte de tener un útero voluminoso, se conocían perfectamente las huellas del proceso perimetritico que había sufrido.

Desprendido el órgano de sus adherencias, se le volvió á la situación normal, y á fin de mantenerlo en este estado, lleve á cabo el procedimiento de Doleris, que consiste en pasar un hilo de catgut, anudado á los ligamentos redondos, á cinco centímetros de su inserción uterina, á través de la pared abdominal, y fijarlos en esta posición, de manera que no solo acorta los ligamentos redondos, sino que mantiene al útero en posición vecina á la normal.

La enferma que tal operación ha sufrido se encuentra al presente en las mejores condiciones y libre de

los molestias que la desviación de su útero le ocasionaba.

Por cáncer del peritoneo. — El cáncer del peritoneo, como el de todas las serosas, es primitivo ó secundario; el primitivo es excepcional; el segundo es menos raro, sobre todo por propagación ó generalización. Los autores señalan el cáncer peritoneal como más frecuente en la mujer. Dos casos de carcinosis abdominal, de oscura etiología, hemos observado en los siete años que lleva de establecida la clínica ginecológica: uno de ellos sirve de tema á estas breves reflexiones.

La enferma, de raza negra, y de 47 años de edad, ostentaba un abdomen voluminoso, que hacía contraste con el enflaquecimiento de sus miembros y tórax. Se notaban los síntomas siguientes: dispnea extrema y dolor á la palpación del vientre, donde existían variados tumores bajo la forma de nudosidades redondeadas, irregulares, que daban sonido mate á la percusión; abundante ascitis, que ocupaba de preferencia la región umbilical; distendiendo y elevando el vientre, sin que variase de forma por los cambios de postura; libres los fondos de saco, el conjunto tenía el aspecto de un quiste del ovario. No había infarto ganglionar.

Abierta la cavidad abdominal, dió salida á una gran cantidad de líquido hemorrágico, poniendo al descubierto los tumores neoplásticos, que ocupaban de preferencia el grueso intestino; formando el todo un apiñamiento de asas intestinales adheridas, invadidas por la carcinosis con una vascularización exagerada al rededor de los tumores, que sangraban al menor contacto. El examen del líquido peritoneal confirmó el diagnóstico.

Los beneficios que esta enferma obtuvo de la laparatomía fueron notables. Desde el primer momento cesó la dispnea, disminuyeron los dolores del vientre, sus funcio-

nes se regularizaron, y pudo salir de la clínica, cicatrizada la herida operatoria y en buenas condiciones de salud general.

Por tuberculosis peritoneal. —

La moderna concepción de la patogenia de la tuberculosis intestinal, viene á dar mayor fuerza al dominio del tratamiento quirúrgico de la peritonitis tuberculosa.

Explica también, por qué una simple laparatomía es bastante, provocando la irritación directa del peritoneo, por el aire, la luz y la desecación, para estimular la fagocitosis, aumentar las secreciones bactericidas y favorecer así el proceso fibro adhesivo, condición anatómica de la curación; pues siendo afección local, las fuerzas orgánicas no tienen por qué dividirse en su acción de defensa.

El éxito completo que se obtiene generalmente merced á este tratamiento, hemos podido observarlo laparatomizando á una muchacha de diez y siete años, que sufría una peritonitis tuberculosa de forma crónica ascítica. En este caso, la operación hizo desaparecer todos los fenómenos morbosos, y al cabo de diez ó quince días pudo esta enferma abandonar el hospital en busca de mejores climas para conseguir el total restablecimiento de su salud.

**ANEURISMA DIFUSO DE LA HUMERAL
LIGADURA DE LA SUB-CLAVIA**

Las lesiones traumáticas de los vasos exigen casi siempre el auxilio de la cirugía, sobre todo, cuando herida una arteria se forma un aneurisma difuso—falso consecutivo de los antiguos autores—imposible de modificar por procedimientos exclusivamente médicos. En efecto, en tal caso se trata siempre de un hematoma, en comunicación con una herida arterial: la arteria lesionada, en lugar de abrirse al exterior, se abre en un derrame sanguíneo. Hay, pues, que tratar el

aneurisma difuso como una herida arterial, es decir, incidir la capa fibrosa de enquistamiento y ligar los dos extremos del vaso. Habiendo recibido esta muchacha varias heridas, una de ellas pequeña, de un centímetro de extensión, ocupaba el tercio superior é interno del brazo derecho y sangraba mucho, por lo cual recibió varios puntos de sutura.

Es un examen posterior hecho á esta enferma, se comprobó la pérdida de los movimientos de extensión de la mano y dedos, hallándose abolida la sensibilidad de la cara externa del brazo y dorso de la mano.

En los días siguientes se presentó un abultamiento de la herida y más tarde comprobamos la existencia de un aneurisma, que poco á poco fué aumentando de volumen y acentuándose más las lesiones nerviosas del brazo y mano.

En este estado, se decidió practicar una intervención. Llevábamos el propósito de extirpar el saco aneurismático, y ver si las lesiones nerviosas eran debidas á simple compresión ó á sección de los nervios, uniendo los dos cabos en este último caso.

A fin de ponernos á cubierto de una hemorragia, que hubiera sido fatal para esta enferma, creimos necesario comenzar por practicar la ligadura de la subclavia.

Hecho esto, procedí á la abertura del saco aneurismático que, á pesar de la ligadura previa, sangraba abundantemente, hasta que me fué posible coger el cabo inferior de la arteria y ligarla, suprimiendo así toda fuente de hemorragia.

No fué posible investigar las lesiones nerviosas, porque la abundancia de coágulos y la infiltración de sangre en medio de los tejidos, imposibilitaba todo examen.

La enferma curó por primera intención, conservando su brazo derecho, que si no tiene todos los mo-

vimientos y sensibilidad normales, le es bastante útil para el trabajo diario á que se dedica.

ÚLCERAS VARICOSAS

Con el nombre de úlceras de los miembros inferiores, se designa una de las afecciones más frecuentes de nuestras salas de hospital donde pueden encontrarse todas las variedades: específicas, caquécticas, sintomáticas, y, sobre todo, varicosas. Siendo estas últimas las más fáciles de modificar por el tratamiento y el reposo; pero también las que más pronto recidivan, de ahí que en toda época se hayan esforzado los clínicos por encontrar un procedimiento de curación, alcanzando tan sólo en estos últimos tiempos por los progresos de la cirugía, en armonía con los adelantos de la anatomía patológica.

Un miembro varicoso, es un punto de menor resistencia, tanto por las alteraciones de su régimen circulatorio, como por los trastornos de su innervación trófica.

La filiación de estas lesiones debe comprenderse del modo siguiente: las venas de los nervios sufren la misma degeneración que afecta á las de los miembros, se dilatan y se hacen varicosas; estas várices de los nervios se acompañan de periflebitis crónica. Paralelamente á la dilatación é inflamación de los vasos, la esclerosis progresa primero perifascicular y después intrafascicular. En total, son las venillas varicosas el tronco nervioso, las que propagan y dirigen este trabajo de inflamación fibrosa; la periflebitis produce la perineuritis.

En un miembro varicoso hay, pues, lesiones concomitantes vasculares y nerviosas; por esto las ulceraciones necesitan un tratamiento dirigido á la vez sobre uno y otro de esos elementos.

Parece que desde los tiempos más remotos la cirugía se ha esfor-

zado por curar las várices y las úlceras que provocan; así lo demuestra la historia de la operación practicada á Mario, según lo indica Plutarco. Se comprende porque si se fuera á enumerar todas las maneras como se ha pretendido obtener la curación de estas lesiones, habría para llenar algunos capítulos.

Pasando por alto los procedimientos de compresión, cauterización, curas antisépticas, incisión circular, resecciones venosas, elongación trófica, ingertos de Thierch, etc.; llegamos á los métodos modernos que se dirigen tanto á las venas varicosas como á las neuritis de los ramos superficiales, y que han sido preconizados, sobre todo en Italia, principalmente por Moreschi y Mariani.

Bien pronto los procedimientos de estos autores—incisión circular por arriba y abajo de la ulceración, etc.—sufrieron numerosas modificaciones. Delbet hizo incisiones casi semicirculares á alturas diferentes, reunidas en sus extremidades por una línea en V; Mautclair, procedió haciendo un corte en guirnalda y Reclus instituyó lo que se ha llamado el procedimiento de la liga (jarretiére).

Este último ha sido el que he puesto en práctica, con la circunstancia de que en esa época no era conocida de nosotros ninguna de las modificaciones hechas al primitivo procedimiento de Moreschi.

En todos mis operados de úlceras varicosas he practicado una incisión circular en el tercio superior de la pierna, comprometiendo la piel y el tejido celular hasta la aponeurosis superficial: no he ligado las venas cuya hemostasis he conseguido dándoles torsión y comprimiendo después la línea operatoria con un vendaje apretado. En seguida he cureteado la ulceración y he hecho una cura antiséptica.

Mis observaciones se refieren á cuatro casos, en dos de los cuales la cicatrización de la línea operatoria se hizo, en varios puntos, por segunda intención. Por término medio, la herida operatoria ha curado rápidamente—de ocho á doce días—dejando una cicatriz lineal blanda y apenas perceptible.

La completa curación de las úlceras se ha efectuado en el término de 20 á 25 días. Este tiempo no puede, sin embargo, considerarse como seguro, pues depende en mucho de la calidad del sujeto operado.

La cicatrización de la úlcera no es el único beneficio que se obtiene por el procedimiento quirúrgico, las dilataciones varicosas disminuyen también, se hacen tolerables; y en los casos en que existía prurito y dolor, lo hemos visto desaparecer.

Sobre las consecuencias alejadas de estas intervenciones, no podríamos decir una palabra, pues no hemos vuelto á ver á nuestras operadas desde su salida del hospital.

HERNIAS ABDOMINALES

Entre las hernias abdominales, unas son muy comunes y otras muy raras. Las primeras comprenden la hernia inguinal, la crural y la umbilical; entre las segundas, se encuentran las hernias de la línea blanca, la ventral, la obturatriz y la lumbar.

Siguendo este orden de frecuencia, se observa comunmente en nuestras salas de cirugía la hernia inguinal, sobre todo en el hospital de San Bartolomé, donde las afecciones herniarias abundan.

En este nosocomio es donde he practicado la cura radical de la hernia inguinal en cinco enfermos, entre de los cuales la operación fué de urgencia, por estrangulación.

Mis operados de hernia extrangulada han sido individuos de más

de 60 años, el primero ocupó la sala de cirugía antes de las 24 horas del accidente. Sufrió su estrangulación herniaria á las 8 de la mañana, y las 4 de la tarde del mismo día, había sido quelotomizado.

En este individuo cicatrizó la herida operatoria por segunda intención, por haber empleado seda, en la sutura del saco, la cual se eliminó tardíamente. Como accidente consecutivo, es digno de mención el estado neurasténico de este enfermo, que apareció poco tiempo después de haber sido operado. Afección nerviosa que revistió los caracteres de una monomanía y que fue desapareciendo á medida que se efectuaba la completa cicatrización de la herida.

El oficial X, indefinido, de 84 años de edad; después de 48 horas de haber sufrido la estrangulación de su hernia inguinal, fué operado, por que no era posible permanecer indiferente ante la urgencia de una intervención no contraindicada por el estado general, que era excelente.

Empleóse la anestesia clorofórmica, y aunque la cantidad absorbida se limitó á la estrictamente necesaria, y el acto operatorio fué rápido, porque la hernia no presentaba ninguna complicación, á las 36 horas falleció este enfermo, víctima de la inanición, que todos los estimulantes posibles no fueron capaces de modificar.

El tercero de mis operados de hernia inguino-escrotal extrangulada, ha sido el señor S., alemán, de 68 años de edad. La intervención tubo lugar antes de las 24 horas del accidente. En este enfermo no hubo que lamentar la menor

complicación operatoria á pesar de sufrir una tos quintosa y estridente, que apareció desde el momento que se le retiraba de la mesa de operaciones.

En todos estos casos, no me he contentado con restablecer el libre curso de las materias fecales, sino que he extendido mi acción más allá, practicando la cura radical y resecaando grandes porciones de epiplón. Siguiendo el procedimiento indicado por Lejars, que es una combinación de varios métodos, de ejecución sencilla, he procedido —después de aislar los elementos del cordón y fijar, llevando hacia arriba y anudando á la pared abdominal los dos extremos de la sutura que han cerrado el cuello del saco,— a la reparación de la pared inguinal posterior, uniendo por una sutura continua, el borde posterior del canal inguinal al borde inferior de los músculos oblicuos menor y transverso, y la membrana fibrosa común hasta la línea alba, para volver después el cordón á su sitio, y suturar encima los labios de la aponeurosis del oblicuo mayor.

Tal procedimiento, que he empleado también en dos casos de cura radical sin estrangulación, me ha dado excelentes resultados, sin que pueda decir nada respecto de las consecuencias posteriores porque hace muy poco tiempo de estas operaciones.

La cura radical de la hernia crural la he practicado en un soldado del regimiento Gendarmes. He seguido el método de Lucas Championnière: aislado el saco, "como un tumor", abierto, resecaado, cerrado al cuello y hundido á la cavidad abdominal, hice la reparación del anillo suturando la hojuela subinguinal, hendida en dos colgajos, al músculo pectíneo, logrando en este caso por las disposiciones anatómicas de la región,

casi una completa obliteración del anillo crural.

La cura radical de la hernia umbilical es más sencilla que la de cualquiera de las otras hernias, pues no hay orificio que conservar, y una vez resecaado el saco, se cierra la pared abdominal como en una simple laparotomía.

Por el moderno procedimiento de los Preceptores, se ha simplificado mucho la operación de esta clase de hernias, pues en lugar de atacar el saco por su parte superior, abierta la cavidad abdominal por una incisión que, comenzando en la línea media bordea el saco herniario, se abre este de abajo á arriba, lo que facilita soberanamente esta intervención.

Tal procedimiento he puesto en práctica en la enferma X, de la sala de Santo Tomás, que desde años atrás sufría una hernia umbilical.

Después de operada esta enferma ha quedado en perfectas condiciones.

Método análogo empleé operando á una niñita, de 5 años de edad, que tenía un onfalocele.

En todos estos operados, excepción del primero que ya he mencionado, la herida operatoria cicatrizó por primera intención; y después de diez ó más días, han podido estos enfermos abandonar el lecho encontrándose completamente curados.

TUMORES DE LA MAMA

Se distingue en la mama dos grandes clases de tumores: benignos y malignos; distinción fundada en los caracteres clínicos y anatómopatológicos de estas lesiones.

Desde el punto de vista clínico, los tumores benignos son móviles, circunscritos, separados del resto de la glándula, no tienden á

invadir los tejidos vecinos, no infectan los ganglios ni se generalizan y no recidivan después de la ablación.

Los tumores malignos ofrecen caracteres inversos: son adherentes al resto de la glándula, están mal limitados, se infiltran en los tejidos ambientes, se generalizan á los ganglios de la región, pueden dar origen á tumores secundarios y después de la ablación tienden á recidivar.

En la gran mayoría de casos, los tumores malignos del seno son epitelomas, es decir, neoplasmas que resultan de la proliferación desordenada de las células epiteliales de los acini y de los conductos glandulares, y de su infiltración en el tejido conjuntivo ambiente. Infiltración que, ya sea primitiva ó secundaria da al epiteloma mamario una fisonomía especial, constituyendo las diversas variaciones de cáncer de la mama.

Cualquiera que sea la idea que se tenga de la naturaleza íntima del cáncer, es lo cierto que los hechos clínicos, vienen á probarnos que el aforismo de Hipócrates, no tiene razón de ser. Cuando las afecciones carcinomatosas son extirpadas en sus comienzos, de una manera total y completa, las estadísticas nos enseñan que no hay recidiva: ó de haberlas son tardías, lo cual es una razón más para instituir el tratamiento quirúrgico precoz.

Los dos casos de epiteloma mamario que he operado, han estado en los límites de la, por decirlo así, línea quirúrgica, pues mientras la Sra. R. de A. con un criterio admirable se decidió á la ablación total de su mama izquierda, cuando apenas existía un pequeño tumor que el examen posterior demostró era de naturaleza maligna; en la enferma N., de 36 años de edad, de constitución robusta, fué operada cuando el diagnóstico se imponía desde el primer momento como un

carcinoma de la mama, pues aparte de otros signos, se sentían rodar en medio de su panículo adiposo la cadena de ganglios axilares y torácicos, gruesos, numerosos, que llamaban la atención por su número y desarrollo.

Operada esta enferma, por el procedimiento de vaciamiento axilar previo, se hizo la extirpación total del tumor y ganglios que lo circundaban: fué un Halsted con desprendimiento en bloc de todo el tumor y del tejido céculo-grasoso y ganglios; pero, para hacerlo completo, faltó la extirpación de los pectorales, que no juzgamos necesaria porque el carcinoma mamario no era adherente á la pared costal, ni se notaba degeneración alguna en dichos músculos.

Seis meses después hemos vuelto á ver á nuestra enferma, y la recidiva se hacía invasora: comenzando por los puntos de sutura, ganaba la pared costal y se generalizaba: había invadido la otra mama.

Nuestra operada estaba en pleno período de caquexia cancerosa, mostrando la piel el clásico color amarillo pajizo. La juzgamos totalmente perdida y fuera de los recursos de la cirugía.

En cambio, la Sra. R. de A. que sufrió la extirpación total de su mama, pero que no tenía generalización ganglionar, después de más de dos años de operada, hállase en inmejorables condiciones de salud.

Estos hechos vienen á aprobarnos, una vez más, la necesidad ineludible de la extirpación precoz, total, por cualquiera manifestación en donde siquiera se sospeche la posibilidad de una afección cancerosa.

TUBERCULOSIS DE LA MAMA

La tuberculosis de la mama es una afección bastante rara. El único caso que he observado en el Hospital de Sta. Ana, es el que sirve de tema á estas líneas y creo

que no ha vuelto á presentarse otro desde aquella época, á pesar de que entre nosotros la tuberculosis es una enfermedad que ha dado á Lima el triste privilegio de ser considerada como una de las ciudades más tuberculosas del globo.

La enferma que sufría esta afección, presentaba una mama con induraciones diseminadas unas, reblandecidas y supuradas otras y recorridas á trechos por orificios fistulosos cuya secreción, examinada al microscopio, mostró abundante cantidad de bacilos de Koch. Como no fuera adherente á la pared costal, y á pesar de que detrás de esta pared existían lesiones pulmonares, le hice la ablación total de la mama, usando la anestesia clorofórmica.

Cicatrizó rápidamente la herida operatoria, y la enferma pudo al poco tiempo abandonar el hospital en busca de mejores condiciones de salud.

ANENOFIBRONA DE LA MAMA

La producción de elementos glandulares nuevos, la neoformación de acini,—fuera de la lactancia y el embarazo,—su persistencia y su crecimiento constituyen el tumor adenóideo.

El adenoma, está, pues, formado por una aglomeración de fondos de saco glandulares, pero estos elementos tienen una disposición variable. En un gran número de casos, la disposición glandular persiste y la formación adenóidea se parece á la mama en el período de la lactancia.

A veces la reacción conjuntiva es adundante al rededor de la neoformación glandular; el tumor toma entonces el tipo del adenofibroma cuando el tejido conjuntivo evoluciona hacia la trasformación esclerosa. Tal debió ser el proceso que dió nacimiento al adenofibroma de la mama derecha, que sufría la en-

ferma Teodora Fano, negra, de 68 años de edad.

Pero, si realmente el tumor presentaba los caracteres generales de los tumores benignos,—movilidad, ausencia de reacción ganglionar, etc;—en cambio la piel del pezón estaba adherente y un tanto ulcerada; y como cualquiera de estos tumores, primitivamente benignos, pueden evolucionar consecutivamente en el sentido de un epitelioma ó de un adenosarcoma, como parecía comenzar á efectuarse en el caso á que nos referimos, se decidió practicar la ablación total de la mama, á pesar de la edad avanzada de la enferma, que, por lo demás, ofrecía muy buenas condiciones de salud general.

Efectuada la intervención operatoria, sin que se presentara ningún accidente, esta enferma fué dada de alta al poco tiempo en completo estado de curación.

NEFROPEXIA

Nada tan variable como los síntomas producidos por la ptosis renal. Independientes á menudo del grado de movilidad, nulos é insignificantes en ciertos sujetos,—en que el riñón móvil se descubre por casualidad en una exploración accidental del vientre,—pueden adquirir estos síntomas tal gravedad ó complicarse de tales accidentes, que sean inútiles todos los auxilios médicos, imponiéndose el tratamiento quirúrgico como una necesidad inaplazable.

Tratamiento quirúrgico que se hace de urgencia cuando las crisis dolorosas agudas son frecuentes, y el enfermo ha terminado por ser un neurasténico grave que va al marasmo. Tales fueron los síntomas que decidieron á la Srta. M. á consentir se le hiciera una fijación de su riñón móvil; y, séame permitido, aunque la ocasión no es la más propicia, expresar al Dr. M.,

distinguido catedrático de nuestra Escuela de Medicina, mi gratitud por la confianza que me dispensara entregándome á su hermana, la Srta. M., para que le hiciera una nefropexia.

Tal operación llevada á cabo, felizmente, sin el menor contratiempo; siguiendo el procedimiento de Albarran, ha dado en este caso, excelentes resultados.

La Srta. M. goza hoy de envidiable salud, habiendo desaparecido por completo todos los trastornos que antes de la operación la atormentaban.

En mi estadística quirúrgica no encuentro sino tres casos fatales: uno de ellos fué una craniectomía, por decirlo así, exploradora: Se trataba del caso siguiente:

La enferma N., de 22 años, india, bien constituida, doméstica; sufrió una mañana un ataque apoplético, y fué conducida á la sala de clínica médica de Santa Ana.

Ejercía en esa época interinamente el cargo de jefe de clínica cuando esta enferma sirvió de tema para brillantes disertaciones del profesor Dr. Becerra; el cuadro clínico que la N. representaba, hacía difícil un diagnóstico.

La lesión cerebral saltaba á la vista; pero su naturaleza escapaba á los medios de investigación clínica. En este estado se decidió intervenir quirúrgicamente por medio de una craniectomía.

Practiqué, con la fresa mediana de Doyen, cuatro coronas de trépano en la zona rolándica derecha, que uní luego para levantar un casquete de bóveda craneana, y dejar descubierta buena extensión de dura madre, que explorada é incindida á su vez, mostró la masa encefálica en vías de degeneración.

Cinco días después, esta enferma falleció, y la autopsia nos dió la clave de los síntomas observados.

Se trataba de una embolia de la silviana derecha, que provocó la degeneración de todo el territorio cerebral correspondiente. Además, se vió que existía una endocarditis vegetante, origen del desprendimiento del émbolo que fue á obliterar la arteria mencionada.

No es esta la única vez que he intervenido con el trépano, en la bóveda craneana, pues con feliz éxito llevé á cabo una trepanación en la región frontal en una india que ocupaba la cama 22 de la Sala de la Virgen.

Esta mujer, natural de Matucana, recibió, en ese pueblo, una pedrada en la región frontal, que le produjo la fractura del hueso con hundimiento de fragmentos y los fenómenos de compresión consecutivos. Trepanada con las fresas de Doyen, se pudieron levantar los fragmentos y liberar de este modo á la masa encefálica de la compresión que sufría. Como quedara una vasta pérdida de sustancia ósea, pretendí obliterar la herida usando hueso decalcificado; pero, sea por la mala calidad del producto ú otra circunstancia, el método puesto en práctica no dió buen resultado; sin embargo, esta mujer fue dada de alta llevando su región contundida bastante disminuida de extensión y bien protegida por el tejido cicatricial, que reemplazó á la porción perdida del frontal.

Por esa misma época tuve ocasión de intervenir, invadiendo el campo de los oculistas, practicando la enucleación de un ojo, atacado de panoftalmía purulenta gonocócica.

El feliz término de esta operación pudo librar á la enferma del posible contagio del ojo que le quedaba sano.

Por lesiones tuberculosas de los huesos—costillas—he practicado la

resección costal por el procedimiento subperióstico de Ollier.

La enferma, una india de veintitantos años, después de haber recibido una serie de golpes, presentó varios abscesos fríos que una vez abiertos, se vió que correspondían á otras tantas caries costales. La novena costilla fué reseçada en más de sus dos tercios posteriores, y, á excepci6n de uno, todos los abscesos toráxicos que esta enferma presentó, curaron por primera intenci6n.

Es de advertir que en esta ocasi6n, el éxito cicatricial debe inaputarse indudablemente, á la asepsia empleada, y á la resecci6n total de la porci6n de hueso necrosado, cuyo periostio cubrió, perfectamente, las extremidades óseas, no consiguiéndose la curaci6n, en uno de ellos, porque el periostio no alcanzó á cubrir, en su totalidad, las porciones óseas que formaban los límites de la resecci6n.

He operado dos casos de neoplasmas implantados en el tejido óseo, que paso á historiar ligeramente.

El primero, María Villanueva, de veinte años, presentaba un ósteosarcoma, de ancha base de implantaci6n, en el ángulo del maxilar superior izquierdo.

Esta enferma, que ya habia sido operada en otra ocasi6n, se sometió dócilmente á nueva intervenci6n, que solicitaba con instancia, por las mortificaciones que la producía el tumor dificultando la masticaci6n y sangrando al menor esfuerzo.

Hecha una incisi6n, prolongando la comisura del labio hasta el borde del masetero, pudimos extirpar todo el tegido neoplástico y la porci6n ósea de su base de implantaci6n, obteniendo un éxito cicatricial que no conservaba hueso de posible reproducci6n.

El otro caso fué el de la menor Rosalbina Francia, de cinco años, portadora de un enorme ósteoinfósarcoma que invadía todo el

maxilar inferior, haciendo gran prominencia y deformando horriblemente la cara. Se llevó la idea, al someterla á una intervenci6n quirúrgica, de hacer la extirpaci6n total del maxilar inferior; mas, con el propósito de ver si se podía conservar algo del hueso enfermo, se comenzó primero por extirpar el tumor y una vez convencido de la imposibilidad—dado lo avanzado de la lesi6n—de conservar nada del maxilar, terminé por hacer su completa extirpaci6n. Esta enfermita murió en la tarde del mismo día de la operaci6n.

En mi estadística hago menci6n de un caso de moluscus péndulo, afecci6n bastante rara que tuve oportunidad de tratar quirúrgicamente con buen éxito en uni6n de mi amigo el Dr. Sarria.

No he considerado, entre mis intervenciones operatorias, las reducciones de luxaciones, á pesar de haber puesto en práctica los modernos métodos de reducci6n.

Por no alargar esta exposici6n omito relatar otros hechos y observaciones clínicas que pudieran tener algún valor.

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 preparaci6n de aceite de bacalao que la de Uds. conocida con el nombre de Emulsi6n de Scott, pues además de ser casi insípida, es una feliz asociaci6n del aceite de bacalao con los hipofosfitos que son agentes preciosos y de ineludible indicaci6n en todos los varios casos de nutrici6n empobrecida: Escler6fulas, Tuberculosis, Raquitismo, Osteomalacia y otros malos estados generales consecutivos.

DR. CONSTANTINO T. CARBALLO

Imp San Pedro.—37334