

BIBLIOTECA NACIONAL-HEMEROTECA
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

LA CLÍNICA

ÓRGANO DE PUBLICACIÓN
DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS DEL HOSPITAL GENERAL

SERIE I.—N. 4.

CONTENIDO:

I Galvano-Cáustica Química intrauterina, por Adonai Jirón. — II Trabajos en la Clínica médica, por Luis Quintanilla. — III Histerectomía vaginal, por Francisco Penado. — IV. Cuadro de operaciones. — V Estadística sobre laparotomías, por Francisco Penado. — VI Miscelánea.

PUBLICACIÓN MENSU

SEPTIEMBRE DE 1892

SAN SALVADOR

TIPOGRAFIA "LA LUZ", CALLE DE MORAZÁN, 31

REDACTORES:

LOS PRACTICANTES INTERNOS DEL HOSPITAL.

COLABORADORES:

LOS SEÑORES CIRUJANOS Y MÉDICOS DEL ESTABLECIMIENTO.

1.^o Cirujano, Dr. don Tomás G. Palomo.

2.^o " " " " Francisco Guevara.

3.^o " " " " Manuel E. Araujo.

1.^o Médico, Dr. don Carlos Bonilla.

2.^o " " " " Isaac Guerra.

Administrador, don Santos Martínez Robelo.

OFICINA DE REDACCIÓN:

HOSPITAL GENERAL.

LA CLÍNICA

ORGANO DE PUBLICACIÓN

DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS DEL HOSPITAL GENERAL

Serie I.

SAN SALVADOR, SEPTIEMBRE 15 DE 1892.

Num. 4.

Editor,

BR. P. ADONAI JIRÓN.

Administrador,

BR. P. J. MAXIMILIANO OLANO.

GALVANO-CÁUSTICA QUÍMICA INTRAUTERINA

EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRITIS

LA frecuencia de la endometritis y la resistencia que opone en muchos casos, para desesperación de la enferma y desaliento del médico, al tratamiento clásico, son motivos suficientes para acoger con entusiasmo el nuevo procedimiento curativo que de pocos años á esta parte se ha introducido en la terapéutica ginecológica, consistente en la aplicación intrauterina de la corriente galvánica. Él es bien conocido ya, no lo dudamos; mas, como quiera que su observancia es de fecha reciente en nuestro Hospital, y, como por otra parte, siempre es bueno rendir culto al progreso vulgarizando todos aquellos adelantos de reconocida utilidad, creemos muy oportuno hacer en el presente número de "La Clínica", un resumen de los trabajos publicados sobre la materia.

M. Tripier (1859-1883) ha sido el primero en emplear las corrientes farádicas en la curación de las enfermedades uterinas y especialmente en aquellas cuya causa próxima ó remota ha sido una involución defectuosa después del parto ó el aborto; pero, ya fuese que los aparatos eléctricos no hubiesen adquirido en aquella época todo el grado de perfección necesaria al éxito de las operaciones, ó ya que, gracias á una apreciación más exacta de los hechos, surgieran principios más ciertos y aplicaciones más generales que las hasta entonces admitidas por Tripier, hubo de sucederle en aquella labor el Doctor Apostoli, quien, por sus valiosos descubrimientos y por su técnica operatoria, es el verdadero maestro en la materia que nos ocupa.

Como decíamos, uno de los casos en que se ha utilizado la faradización intrauterina, ha sido después del aborto ó parto con el objeto de apresurar la metamorfosis retrógrada del útero, cuya subinvolución ó superinvolución puede ser la causa primera de un proceso inflamatorio. Pues bien: en la actualidad se ha generalizado aquella medicación al grado de tratar con éxito, las más veces seguro, no sólo las endometritis, sino también los fibromas, desviaciones y ulceraciones de la matriz y gran parte de las afecciones de los órganos genitales. Sin embargo, nuestra descripción versará solamente sobre los resultados obtenidos en la endometritis.

Para el caso, se ha considerado en esta enfermedad tres fases sucesivas que

aunque en la práctica no se presentan aisladas, se prestan sí para la explicación de los diversos efectos obtenidos con la corriente:

En la primera, es la mucosa la que está afectada en primer término y secundariamente el parenquima del órgano: aquella presenta alteraciones consistentes en la hipertrofia de su tejido, ya sea por el desarrollo de fungosidades ó vegetaciones, fuente perenne de metrorragias, ya por granulaciones ó hipertrofias glandulares que ocasionan un flujo purulento ó simplemente mucoso; y en cuanto al parenquima, presenta solamente el desarrollo anormal de elementos embrionarios. En este caso la afección está en su principio.

En la segunda, ha pasado al estado crónico sin ser antigua: su parenquima está infiltrado de elementos nuevos; esta hiperplasia, á la vez que interesa la fibra muscular, dificulta la circulación de retorno que es causa de un estado congestivo permanente. Es el período de infarto de la metritis.

Y en la última, el proceso es antiguo: el útero, retraído, presenta en cierto modo, por el corte, el aspecto del tejido cicatricial; los elementos conjuntivos predominan y en consecuencia la circulación languidece: anémico, duro y pálido es causa frecuente de amenorreas y dismenorreas.

En todas ellas, la aplicación de las corrientes á gran intensidad, está justificada por las razones siguientes:

Cuando se trata de curar una mucosa ulcerada, hipertrofiada ó vegetante, se la deterge, se la cauteriza, se la destruye; trátase de modificarla, de reponer con otros nuevos los elementos destruidos ó perdidos. Este resultado se obtiene con la galvano-cáustica intra-uterina, porque aplicada á gran intensidad, cauteriza la mucosa activa y progresivamente. Es el mismo efecto del raspado, solo que éste constituye una intervención menos suave y delicada.

Congestiones del parenquima, infiltraciones, exudados, desaparecen si se regulariza su circulación, si se apresura convenientemente la regresión y absorción de los exudados plásticos. La galvano-cáustica realiza el objeto, excitando, como lo hace, la fibra muscular parenquimatosa y vascular.

Por último, en la forma cicatricial, este mismo medio tiene la propiedad de provocar hiperhemias vasculares, y combatir la anemia favoreciendo la formación de nuevos vasos destinados á una nueva irrigación sanguínea.

Por lo dicho, se vé que la acción de la corriente es doble: acción inmediata, cáustica; acción secundaria, trófica: cáustica para la mucosa enferma; trófica para un parenquima cuya nutrición esté pervertida por exceso ó por defecto. En el primer caso, el polo positivo ó negativo la ejerce, no como un cauterio eléctrico en el cual el hilo ó cuchilla de platino llevados al rojo, forman parte del circuito, sino produciendo la electrolisis en los líquidos intersticiales, es decir, descomponiendo químicamente las sales para dejar libres los ácidos en el polo positivo y las bases en el negativo, siendo así ácidos y bases libres los verdaderos modificadores orgánicos, los verdaderos cauterios; y en el segundo, cuando se trata de remediar una distrófia del parenquima, consíguelo la corriente que atraviesa los tejidos, excitando poderosamente la fibra muscular y nerviosa, estimulando y activando los cambios nutritivos y produciendo la atresia ó hiperhemia vascular según el caso. Consecuencia de estos fenómenos es asimismo la ventaja de poder utilizar según convenga la propiedad especial de cada polo: del positivo, que acumula los ácidos, su acción coagulante y hemostática, y del negativo, que precipita los álcalis, su acción

fluidificante y congestiva; propiedades que confirmadas por experiencias y hechos clínicos, imponen las dos importantes indicaciones siguientes: — *Aplicación intrauterina del polo positivo en las endometritis de forma hemorrágica y ulcerosa; aplicación del polo negativo en las endometritis crónicas, esclerósicas, cicatriciales.*

He aquí la naturaleza de la medicación. Pasemos ahora á describir la técnica operatoria.

Importa, ante todo, saber que es necesario servirse de la mayor intensidad posible de la corriente y saberla distribuir, dosificarla por decirlo así. Con este fin existen algunas indicaciones sobre los útiles que necesita el gabinete eléctrico, su calidad y las distintas condiciones de resistencia por parte de la enferma y de los aparatos. Así, para medir y graduar la corriente, se necesita primero de un buen galvanómetro; luego después escoger la pila con que debe cargarse el aparato generador: la mejor será aquella que produzca más utilidad con poco gasto y el elemento Leclanche, modificado por Gaiffe (al bióxido de manganeso), realiza esta condición; construir con platino la punta del histerómetro para evitar su desgaste, y dar al polo cutáneo la mayor extensión posible para evitar la escara correspondiente, empleando al efecto un coginete de tierra arcillosa húmeda que se aplique perfectamente á la piel. Es también interesante saber manejar el histerómetro al hundirlo en la cavidad y tejido uterino, ya que una erosión ó exfoliación intempestivas comprometería el éxito de la operación, por determinarse así talvez una nueva inflamación ó agravarse la que ya existía. Conviene asimismo saber conocer los casos en los cuales está contra-indicada la intervención, que son aquellos en que existe gran sensibilidad al dolor, ya sea por una excitabilidad anormal del órgano (historia) ya por la existencia de una perimetritis no sospechada. Como elemento indispensable de la operación debe conceptuarse la antisepsia: irrigaciones vaginales con líquidos desinfectantes presiden y siguen siempre á cada histerometría.

El aparato eléctrico más usado y que es el que sirve en los hospitales ó gabinetes particulares es el de Gaiffe que se compone de 36 elementos de la especie mencionada conexiónados entre sí y á un colector doble construído de tal manera que permite utilizar toda la batería ó algunos de sus elementos solamente.

El manual operatorio es muy sencillo; lo describiré á grandes rasgos. Desinfectada la vagina convenientemente, se acerca el aparato al lecho de la enferma; se pone en comunicación uno de los reóforos, con el histerómetro de platino, y el otro con el coginete de tierra arcillosa húmeda: el histerómetro se introduce suavemente, con tacto exquisito, en la cavidad uterina, hundiéndolo en su tejido hasta que penetre en la extensión que convenga según el caso y sosteniéndole mientras dure la operación; el coginete se coloca en el vientre de la mujer que á su vez comprimirá con sus dos manos. Hecho esto, se abre la corriente aumentando gradualmente su intensidad hasta llegar al límite soportable por la enferma y sin pasar de él y empezando por gastar 50 miliamperes, (*) pudiendo llegar hasta 200: varía el débito eléctrico según la idiosincrasia del cuerpo en el electrólisis, y por esto, lo mejor es atenerse á las quejas de la enferma disminuyendo ó aumentando á medida de su resistencia.

Terminada la sesión debe prescribirse el reposo en el lecho por lo menos durante el día en que aquella se verifique.

(*) La unidad de intensidad eléctrica se llama *Ampère*.

El número de sesiones necesario á la curación de la enfermedad no puede valerse el mismo en todos los casos; él depende de la naturaleza de cada uno y su mayor ó menor gravedad. La desaparición de los síntomas hemorragia, dolor etc., indicarán que el órgano ha recobrado su estado normal.

Sentimos no poder exponer aquí algunas conclusiones generales sobre los resultados obtenidos en el Hospital, después de las experiencias clínicas verificados en seis casos de endometritis, debido á que con tan escaso número de datos no se podría detallar un cuadro digno de estudio, y además, á la circunstancia de que tres ó cuatro de ellos no fueron coronados con el éxito, á causa de haber estado gravemente complicados con otras afecciones. Nuevas observaciones nos permitirán realizar aquel propósito y confirmar así en el pequeño campo de nuestros trabajos el éxito alcanzado por la medicación en referencia.

San Salvador, septiembre de 1892.

A. JIRÓN.

I.^a SECCIÓN

DE MEDICINA Á CARGO DEL DOCTOR DON CARLOS BONILLA.

En los 8 meses trascurridos del presente año han sido asistidos en esta sección de medicina 644 enfermos, de los cuales han salido curados 536, mejorados 60, muertos 42 y en el mismo estado 6. Las enfermedades que se han presentado son las siguientes.

	Fiebres intermitentes, diversos tipos.....	319
	Id. remitentes.....	4
	Id. perniciosa.....	5
Paludismo	Id. larvada, con predominio de la forma disentérica.....	32
	Forma crónica con aparato sintomático diverso.....	32
	Id. llegada á la caquexia.....	7
	Anemia consecutiva al paludismo.....	17
	Neumonía, diversas formas.....	36
	Disentería.....	27
	Púrpura hemorrágica.....	1
	Laringitis.....	4
	Reumatismo.....	35
	Alcoholismo.....	9
	Tuberculosis.....	14
	Coqueluche.....	3
	Neuralgias diversas.....	18
	Úlcera simple del estómago.....	1
	Bronquitis.....	11
	Escorbuto.....	1
	Insuficiencia mitral.....	10
	Sarna.....	2
	Ataxia locomotriz.....	1
	Otitis externa.....	2
	Sifilis, períodos diversos.....	7

Dispepsias	9
Epilepsia	6
Peritonitis	2
Gastritis catarral	19
Paquimeningitis	1
Faringitis aguda	1
Prostatitis supurada	1
Cirrosis hepática	3
Pleuro-neumonía	1
Sarampión	1
Lumbago	1
Asma	1
Linfatismo	1
Hemiplegia por hemorragia cerebral	2
Epistaxis	1
Enfermedad de Bright	1
Incontinencia de orina por afección medular	1
Enfisema pulmonar	1
Artritis reumática	1
Histerismo	1
Pleuresia crónica	1
Enteritis aguda	8

NOTA:—En este movimiento no figuran los enfermos que del Hospital han sido trasladados al Lazareto en la reciente epidemia de viruela, por haber sido invadidos por aquella enfermedad en el curso de la que han llegado á curarse.

Los enfermos que aparecen salidos en el mismo estado que han llegado, son aquellos que no se han querido sujetar al régimen del establecimiento.

La enfermedad predominante en las salas de medicina de nuestro hospital, es como se ve por el cuadro anterior, el paludismo en sus diversas manifestaciones; y esto obedece á las condiciones climatéricas de nuestro territorio que son á propósito en varios puntos de la República para el desarrollo del veneno palúdico en los diversos focos que lo engendran.

Entre las formas larvadas hemos incluido una disentérica, porque es tan común entre nosotros la conexión de la disentería con el paludismo, que no lo podemos atribuir á simples coincidencias, pues es raro el palúdico que en el curso de su enfermedad no presenta signos disenteriformes; y constantemente tenemos enfermos en nuestro hospital atacados de disenterías que no ceden al tratamiento mientras no va asociado al específico del paludismo. No pudiéramos admitir entre nosotros la intoxicación palúdica como factor importante en el cuadro etiológico de la disentería? Hay autores que opinan en admitir á la disentería, hepatitis y fiebres palúdicas como manifestaciones múltiples de la infección malarica (Cambay y Dutroleau); opinión combatida con la observación de que en países contaminados constantemente por el paludismo, la disentería es muy rara; pero nosotros podemos contestar lo contrario con la observación diaria de estas enfermedades, que las vemos caminar á la par ó sucederse la una á la otra. El doctor Hermann Eichhorst dice: “Se ha afirmado repetidas veces que la malaria y la disentería hacen á la vez sus estragos, y así sucede de una manera patente entre los tró-

picos. Sería no obstante, un error empeñarse en buscar más íntimos lazos entre ambas enfermedades, aceptando la posibilidad de que los gérmenes de la intermitente se trasformen en las de la disentería y viceversa". Y cuál será la causa de una coincidencia tan frecuente y reconocida? Será que ambas enfermedades tienen las mismas causas coadyuvantes para el desarrollo de los gérmenes infecciosos? Y en efecto, se dice que en las regiones tropicales el tiempo lluvioso favorece el incremento de las epidemias de paludismo, fomentando la existencia de pantanos que favorecen la putrefacción de materias organizadas y que las épocas de elevación de temperatura son las más á propósito para el desprendimiento del veneno. Y de la disentería se dice: que en estaciones calurosas, las lluvias sostenidas y la quietud del aire favorecen la propagación de la enfermedad, y que los terrenos más abonados para ello son los pantanosos y bajos. Y si tenemos casi las mismas condiciones para el desarrollo de ambas enfermedades, y el germen de las dos se desarrolla en el mismo medio, y la explosión de ambas afecciones coincide ó se sucede la una á la otra, por qué no admitirles un origen común?

En nuestro hospital el aflujo mayor de enfermos palúdicos y disentéricos, lo tenemos de la capital misma que abunda en focos de emanaciones palúdicas, y cuando se presentan juntas las dos enfermedades, son eficazmente combatidas por la combinación del tratamiento específico contra el paludismo y el de la disentería.

Creemos que si la observación clínica y la estadística nos siguen suministrando datos sobre el paralelismo en la marcha de estas dos enfermedades, serán las conquistas de la Bacteriología las llamadas á desidir esta cuestión de etiología entre dos enfermedades reconocidas ya de naturaleza microbiótica, sin que todavía esté determinado el microbio específico para cada una de ellas.

L. QUINTANILLA.

San Salvador, agosto de 1892.

PROLAPSO DEL ÚTERO

HISTERECTOMÍA VAGINAL

(SECCIÓN DE CIRUGÍA AL SERVICIO DEL DOCTOR GUEVARA)

S. M., de 55 años, natural de Nicaragua, de temperamento linfático. Tuvo su primera menstruación á los 14 años, desde cuya época le ha venido siempre con regularidad hasta la edad de 45 años en que le desapareció; ha tenido tres hijos y en todos ellos el parto ha sido normal; pero refiere, que después del nacimiento del último empezó á sentir una sensación de tirantez y de peso en el vientre y con el trascurso del tiempo estos fenómenos se hacen cada vez más molestos, deseos frecuentes de orinar, y en los actos en que tenía que ejecutar algún esfuerzo como en la micción, defecación ó levantando cosas pesadas, notaba la presencia de una pelota á la entrada de la vagina que desaparecía tan luego como cesaba el esfuerzo.

En 1886 vino al Hospital y fue recibida en el mismo servicio. En presencia de un prolapso del útero, se le hizo una sutura de la pared, anterior á la pared posterior de la vagina (colporrafía), con lo que durante algún tiempo conservó un estado satisfactorio.

El 12 de agosto del presente año ingresa de nuevo al Hospital y al practicar el examen, se nota á la entrada de la vagina la presencia de un tumor en forma de pera formado por el útero cubierto por la mucosa vaginal, no se reduce espontáneamente y al reducirlo vuelve sobre sí al menor esfuerzo. Las molestias muy acentuadas, la marcha muy embarazosa, pues al verificarla sentía fatiga, tenesmo vesical y rectal, dificultad en la micción y para efectuarla tenía necesidad de reducir el tumor en la vagina. El tabique vaginal que se le formó en la primera operación se había destruído, quedando solamente una delgada brida á un lado del cuello.

El 20, y con la asistencia de los doctores Araujo y Guerra médicos de este Hospital, Espinosa de Nicaragua y Midence de Honduras se hizo la ablación del útero por la vía vaginal. Un día antes se hizo una desinfección razurando y lavando la vulva y vagina con jabón y sublimado y se le administró un purgante. Con las precauciones antisépticas debidas, esterilizados los instrumentos al aire caliente seco, bajo una atmósfera fenicada y después de cloroformizada la enferma se procede á la operación: con una pinza de garra tirando el cuello del útero hacia afuera y arriba se hizo con el bisturí una incisión transversal al nivel del fondo de saco de Douglas, se siguió cortando con las tijeras al rededor del cuello, agarrando las partes cortadas con pinzas largas curvas sobre el plano. Los ligamentos se ligaron con hilo de seda y se fijaron con pinzas. Extraído el útero y después de asegurada la hemostasia se hizo un lavado con sublimado. 8 pinzas quedaron en permanencia durante 48 horas, se colocó una sonda de goma aséptica en la uretra y una curación antiséptica.

Por la tarde tuvo ligeras bascas. Temperatura 37². Se le administró opio y cucharadas de limonada.

El 21. Temperatura 37 m. 37⁸ t. Bascas, sed, malestar. Quinina y opio al interior, pedazos de hielo.

El 22. Temperatura 37¹ m. 38 t. Suprimidas las bascas. Se le retiraron las pinzas, irrigación de sublimado. Dificultad en la micción, cateterismo con antiséptica por la tarde.

El 23. Temperatura 37³ m. 37⁶ t. Estado casi normal. Sueño tranquilo. Ligero derrame sero-sanginolento. Cateterismo.

El 24. Temperatura normal. Bienestar general.

El 2 de septiembre al practicar el examen con el espéculum, se desprendieron los hilos de seda, por una ligera tracción y se nota que la vagina tenía su longitud normal y en el fondo de esta, la presencia de botones carnosos retraídos unos hacia otros y activados por una cicatrización rápida, que muy luego quedará constituida en fondo de saco.

F. PENADO.

San Salvador, septiembre 4 de 1892.

OPERACIONES

PRACTICADAS EN LA 2.^a SECCIÓN DE CIRUGÍA.—SERVICIO DEL DOCTOR GUEVARA

Mes de julio.

Amputación del ante-brazo izquierdo en su tercio inferior, en un caso de gangrena consecutiva á herida cortante que interesó los huesos en todo su espesor Primeramente se hizo la sutura de los huesos.

Laparotomía en un caso de herida penetrante en la región epigástrica complicada con lesión de la pared anterior del estómago y derrame de sangre y materias alimenticias en la cavidad peritoneal, sobreviniendo consecutivamente una peritonitis. Se hizo la sutura de la pared estomacal y lavado del peritoneo.

Abertura de un absceso del brazo izquierdo.

Extirpación de un quiste seroso del seno maxilar izquierdo, originado probablemente á consecuencia de la evolución viciosa de un molar hacia la cavidad del seno: el pómulo había sido destruido en su parte más prominente: vaciado el quiste que contenía un líquido verdoso, se extrajo la muela y se hizo una pequeña perforación debajo del labio para colocar un drenaje.

Cauterización de una pústula maligna de la región dorsal del dedo pulgar de la mano derecha. Inyecciones de ácido fénico.

Resección de la tibia en caso de fractura antigua no consolidada y mal coaptada.

Abertura de un absceso del cuello.

Raspado en una úlcera del brazo izquierdo.

Ligadura del epiplón en una hernia epiploica consecutiva á herida penetrante del abdomen. Sutura de la pared abdominal.

Abertura y raspado de un absceso del pabellón de la oreja.

Cauterización de una pústula maligna situada en la cara anterior, del antebrazo izquierdo.

Abertura de un absceso del dorso del pie.

Extracción de una catarata del ojo izquierdo por el método de colgajo. Iridectomía.

Extirpación de un pequeño quiste seroso situado en el ángulo interno del ojo derecho.

Resección del húmero en un caso de fractura conminutiva consecutiva á herida por proyectil.

Mes de agosto.

Cauterización con el termo cauterio de una pústula maligna del carrillo derecho.

Histerectomía vaginal en un prolapso del útero. 8 pinzas quedaron en permanencia y fueron retiradas á las 48 horas. (Procedimiento de M. Péan).

Extirpación de un rino-scleroma de las fosas nasales con levantamiento de ala de la nariz.

Punciones de la pleura con el aspirador de Dieulafoy por un derrame sanguíneo consecutivo á herida penetrante por proyectil.

Extracción de un proyectil de la pared abdominal.

Extirpación de un quiste sebáceo de la región frontal.

San Salvador, agosto 31 de 1892.

ESTADÍSTICA SOBRE LAPAROTOMÍAS

El difícil arte de la cirugía en un lapso de tiempo relativamente corto ha verificado una gran evolución: en todos sus ramos el adelanto ha sido positivo; pero es innegable que las conquistas han sido más fecundas en la cirugía abdominal. Dirigiendo una mirada retrospectiva hacia el camino trazado en esta parte por el movimiento científico, se vé, que á principios de este siglo la extirpación de los tu-

mores abdominales por la laparotomía era un problema: practicada por la primera vez en 1809 por Mac Dowel tuvo sus imitadores en diversas partes, y hasta mediados del siglo por sus resultados poco satisfactorios era rechazada por gran número de cirujanos: después de esta época ha sido acogida con más entusiasmo: los grandes trabajos emprendidos le dieron una nueva impulsión y desde que ha recibido la aplicación de los principios antisépticos, su práctica ha sido generalmente aceptada por todos los cirujanos.

De pocos años á esta parte, se han practicado en este Hospital algunas operaciones importantes y teniendo ya un número suficiente para deducir algunas conclusiones, he creído de utilidad formar un cuadro estadístico, para lo cual he reunido las diversas laparotomías; pero antes me permitiré trazar á grandes rasgos los principales puntos de la operación, especialmente de la ovariotomía por ser la más usual y la que más ha llamado la atención.

Aunque es reconocida la necesidad de la intervención quirúrgica en el tratamiento de los tumores abdominales, hay circunstancias que oponen algunas dificultades y antes de toda intervención deben ser apreciadas para confiar más en el éxito operatorio. M. Duplay ha llamado la atención á este respecto y de sus importantes trabajos vamos á resumir las conclusiones siguientes: Sabido es por todos, que el diagnóstico debe ser establecido de la manera más exacta posible y como medio de ilustrarlo debe recurrirse á la punción exploratriz: esta práctica, que gracias á los grandes progresos en la construcción de aparatos aspiradores y de las precauciones antisépticas es una operación casi inofensiva, nos suministra importantes nociones acerca de la estructura del tumor, pues nos dá á conocer si es sólido ó líquido y en este último caso si es unilocular ó multilocular y la naturaleza de los líquidos contenidos. Estas dos últimas nociones son de mucho valor: los hechos vienen demostrando que en los tumores multiloculares, la ablación es el único medio de obtener la curación; pero no así en los uniloculares, algunos quistes, especialmente del ligamento ancho, por el solo hecho de una ó muchas punciones han podido curar definitivamente. En presencia, pues, de un quiste del ligamento ancho, cuyo diagnóstico suele ser algún tanto difícil; pero que viene á esclarecerse por la naturaleza de su contenido que casi siempre es un líquido seroso, transparente, fluido, desprovisto de elementos figurados, la intervención quirúrgica debe reservarse para los casos en que el quiste no ceda á las punciones. Estas nos dan á conocer, además, las adherencias que el tumor pudiera tener con las paredes y las vísceras inmediatas.

Pero en presencia de un tumor en que es justificable la operación, conviene elegir el momento más oportuno para hacer la ablación. A este respecto el sentir de los cirujanos es diferente. Unos creen que debe operarse cuanto antes, pues las pequeñas dimensiones del tumor, la falta de adherencias y la plenitud de las fuerzas, permiten extraerle por una pequeña incisión, con facilidad y con mayores probabilidades de éxito; pero aun en medio de las condiciones más favorables la laparotomía es siempre una operación grave y sería poner en peligro á una mujer, que talvez, hasta sin apercibirse del tumor y sin ocasionarle trastornos, conservaría por algunos años un buen estado general.

Esperar á que el tumor haya llegado á un período muy avanzado de su evolución no parece tan recomendable. A esta época su gran desarrollo permite hacer una incisión más grande, las adherencias son mayores, la depresión de las fuerzas

y las complicaciones inflamatorias por parte del tumor y de las paredes abdominales agravan más la operación; estas objeciones aunque no sean de gran valor, pues en el terreno de la práctica no tienen toda su significación, deben ser tomadas en consideración para no acudir á un recurso extremo y elegir un término medio como el momento más propicio; es decir, aquel en que el tumor habiendo adquirido cierto desarrollo, dificulte el funcionamiento de ciertos órganos como el corazón, los pulmones, ponga obstáculos á la circulación intra-abdominal, ocasione dolores, sensaciones molestas y algunos trastornos generales; pero sin comprometer en corto tiempo la vida. En estas circunstancias los resultados estadísticos han sido más favorables y no se tiene el peligro de disminuir tanto los días de la enferma como en una intervención muy prematura.

Las adherencias, de una manera general puede decirse que no constituyen una contra-indicación, pero hay casos en que ya sea por la importancia del órgano, su grande extensión y su resistencia, hacen la operación muy grave y aun imposible, por lo que en algunos casos sería más prudente abstenerse de intervenir.

La ascitis cuando depende de una afección del corazón, del hígado ó de los riñones es una contra-indicación.

Cuando el embarazo coexiste con un quiste del ovario, debe operarse solamente que el volumen del tumor impida el desarrollo del útero y ponga en peligro la vida de la madre ó la del feto. La operación parece que no tenga grande influencia en la marcha del embarazo; se citan algunos casos y en el número 32 del cuadro adjunto se registra uno semejante, en una mujer, que á los tres meses de embarazada inadvertidamente se le hizo una ovariectomía y pudo llegar á su término sin sufrir trastorno.

No me detendré en el procedimiento operatorio, pero sí en el tratamiento del pedículo, que es otro punto importante que ha fijado la atención de los cirujanos. Los diversos métodos que se han propuesto han sido apreciados distintamente, los principales son los siguientes: seccionar el pedículo por medio del cauterio actual y abandonarle en la cavidad peritoneal; pero esta manera de proceder presenta sus inconvenientes pues no da seguridad de prevenir una hemorragia interna secundaria después de cerrado el abdomen. El método extra-peritoneal, que es el que más generalmente se ha puesto en uso, consiste en fijar el pedículo al exterior por medio de un aprieta nudos ó de un *clamp* en el ángulo inferior de la herida. La parte fijada, teniendo que desprenderse por mortificación determina la supuración, que á lo largo del pedículo puede llegar hasta la cavidad determinando así una infección. Últimamente se practica la ligadura del pedículo con hilo de seda aséptica, abandonándole en la cavidad abdominal: aquí las circunstancias parecen más favorables: la ligadura se opone á toda hemorragia y al cerrar completamente la incisión abdominal se impide la llegada del aire en la cavidad. El inconveniente que presenta es la acción irritante que continuamente ejerce sobre la serosa, dando lugar á la inflamación y á la formación de abscesos. En este Hospital todas las operaciones que se han practicado, han sido tratadas por este método casi siempre con buen resultado y ha habido ocasión de observar el pedículo en tres mujeres en quienes se había practicado una ovariectomía: la primera á los dos años de habersele extirpado un quiste del ovario izquierdo se le hizo una segunda ovariectomía por un quiste del ovario derecho y las otras dos, después de una ovariectomía, se le hizo una laparotomía para suturar los músculos rectos que no habían sido unidos.

En los tres casos se encontró el pedículo libre, desprovisto de toda adherencia y con una hermosa cicatriz y solamente en dos casos se ha observado la formación de abscesos en la cavidad, originados probablemente por la irritación ó infección del hilo de seda.

En cuanto á las complicaciones que sobrevienen á la operación, diremos que la peritonitis y la septicemia son las más graves y las que generalmente han ocasionado la muerte. En esta parte la cirugía ha hecho grandes progresos: revisando las estadísticas se vé, que el número de sus víctimas ha disminuido considerablemente desde que el método antiséptico ha sido aplicado á las operaciones del abdomen. La peritonitis parece depender de la presencia de cuerpos extraños en la cavidad ya sean sólidos ó líquidos como los contenidos en el tumor ó derrames sanguíneos que hayan sobrevenido después de cerrado el abdomen; la septicemia, de la absorción en la superficie del peritoneo ó de la incisión de estos mismos cuerpos, cuando en presencia del aire hubieren sufrido un principio de putrefacción y según Schröder, la peritonitis es siempre el resultado de la infección y no del traumatismo. Con los últimos adelantos casi han desaparecido estas terribles complicaciones: las ligaduras perdidas practicadas con hilos asépticos que permiten abandonarse en la cavidad con la seguridad de prevenir todo derrame sanguíneo: la *toilette*, que desembaraza el peritoneo de todo cuerpo extraño y más que todo las precauciones antisépticas que impiden la llegada de todo germen infeccioso en la cavidad peritoneal constituyen los grandes recursos de la cirugía moderna.

Después de estos ligeros detalles, ponemos á continuación el cuadro estadístico de las diversas laparotomías que se han practicado:

- | | | |
|----|--|-----------------|
| 1. | 1882, Julio 16.—M. Quiste multilocular del ovario. Ovari- | |
| | tomía: pedículo perdido..... | Buen resultado. |
| 2. | 1891, Noviembre 19.—Vicenta I. 28 años, de San Salvador. | |
| | Quiste del ovario derecho. Ovariectomía.... | „ |
| 3. | 1891, Diciembre.—Octavia V. 33 años, de Chalatenango. Pre- | |
| | ñez tubaria. Laparotomía: extracción de un feto. | „ |
| 4. | 1891, Diciembre.—N. N. Fibroma uterino, adherencias múl- | |
| | tiples. Laparomía exploratriz. | „ |

DEL CIRUJANO DE LA 1ª SECCIÓN.

- | | | |
|----|---|---|
| 5. | 1888, Abril.—M. de 27 años. Preñez tubaria, ruptura del | |
| | saco y hemorragia grave intra peritoneal. Laparotomía: | |
| | incisión en la línea media, extracción de una gran cantidad | |
| | de coágulos y de un feto de dos meses, extirpación de la | |
| | trompa, ligadura perdida en la cavidad..... | „ |
| 6. | 1889.—M. de 26 años. Preñez tubaria, ruptura del saco y | |
| | hemorragia interna. Laparotomía: se extirpó una de las | |
| | trompas distendida por una fuerte hemorragia con ruptura | |
| | en el peritoneo, pedículo perdido | „ |
| 7. | 1889.—M. de 49 años. Quiste unilocular del ovario derecho. | |
| | Ovariectomía: pedículo perdido | „ |
| 8. | 1890.—Ángela-C., 15 años, de San Juan Talpa, Quiste der- | |
| | moides derecho. Ovariectomía: pedículo perdido | „ |
| 9. | 1890.—B. Vásquez, 30 años, de Chinandega. Fibroma uteri- | |

	no. Laparotomía: extirpación total del útero, ligadura preventiva con tubo de caucho..	.....	Buen resultado.
10.	1890, Agosto.—Timotea R., de Talpa. Quiste unilocular del ovario. Ovariectomía: pedículo perdido....	.....	„
11.	1890, Febrero.—Antonia G., 42 años, de San José. Fibroma intersticial del útero. Laparotomía: Extirpación total del útero: ligadura temporal.....	.....	„
12.	1890.—H. Ano contra natura del colon transversal. Laparotomía: desprendimiento de los dos cabos del intestino, sutura de ellos, abandonándolos en la cavidad abdominal, sutura de las paredes. Las materias fecales salían por el recto á los tres días	.....	„
13.	1891, Abril.—C. F. V., 41 años, de Santa Ana. Quiste del ovario derecho. Ovariectomía: pedículo perdido.....	.....	„
14.	1891.—Andrea F., 26 años, de San Miguel. Retroversión uterina. Laparotomía: sutura del cuerpo del útero á la pared abdominal. (Histeropexia).....	.....	„
15.	1891, Abril.—Petrona D., 32 años, de Honduras. Fibroma uterino (1 libra y 13 onzas). Laparotomía: extirpación total del útero; ligadura temporal; adherencias al intestino y epiplón.	.....	„
16.	1891, Junio.—Juana P., 44 años, de Ocotepeque. Fibroma uterino. Anemia profunda 1.400,000 glóbulos rojos, hemorragias fuertes. Laparotomía: extirpación total del útero: ligadura temporal; sutura del muñón...	.....	„
17.	1891, Marzo.—Nicolasa Ch., 20 años de Chalatenango. Degeneración quística de ambos ovarios. Ovariectomía abdominal doble: pedículo perdido.....	.....	„
18.	1891.—Dolores L., 21 años, de Santa Ana. Pio-salpingitis y peritonitis supurada. Laparotomía: Salpingotomía; (drenaje vaginal)....	.....	Muerte. Peritonitis.
19.	1891, Abril.—Trinidad R., 28 años, de Santa Clara. Pio-salpingitis doble. Salpingotomía: ruptura de uno de los focos en la cavidad.....	.....	Buen resultado.
20.	1891, Febrero.—Eugenia I., 38 años, de Jucuapa. Enormes fibromas intersticiales del útero. Laparotomía; extirpación total del útero; ligadura temporal con tubos de caucho....	.....	„
21.	1891.—T. R., 38 años. Hernia abdominal por falta de unión de los músculos rectos después de una salpingotomía: Laparotomía: Sutura de los músculos.....	.....	„
22.	1892.—Quiste del ligamento ancho derecho. Laparotomía; extirpación: ninguna dificultad en la operación.....	.....	Muerte. Peritonitis.
23.	1892, Marzo.—Inocente M., 25 años, de San Luis. Pio-salpingitis doble. Salpingotomía: ruptura de los focos en la cavidad peritoneal: toilet ..	.....	Buen resultado.
24.	1892, Junio.—Apolonio P., 25 años, de San Luis. Peritonitis consecutiva á una herida penetrante. Laparotomía: lava-		

- dos de la cavidad: drenaje Buen resultado.
25. 1892.—Hernia abdominal por falta de unión de los músculos rectos después de una Ovariectomía: Laparotomía: sutura de los músculos. ”
26. 1892, Marzo.—Ganglios tuberculosos del mesenterio formando un tumor del tamaño del puño. Laparotomía: extirpación de los ganglios: ligadura circular con hilo de seda Muerte.
27. 1892.—Retroversión uterina. Laparotomía: sutura del útero á la pared abdominal (Histeropexia) Buen resultado.
28. 1892, Julio.—A. G., 33 años, de España. Quiste hidatídico del borde inferior y cara anterior del hígado. Laparotomía: punción del quiste y sutura de la bolsa á la pared abdominal ”

DEL CIRUJANO DE LA 2ª SECCIÓN.

29. 1886.—H. de 48 años. Fístulas fecales múltiples del escroto consecutivas á perforación intestinal en un caso de hernia estrangulada. Laparotomía: sutura de la perforación intestinal y formación de un ano contra natura del colón ascendente; conseguida la oclusión, se cerró el ano contra natura con hilo de cat-gut el intestino y metálico la pared abdominal ”
30. 1886.—H. de 50 años. Fístulas fecales en el anillo crural derecho consecutivas á perforación del intestino en un caso de oclusión del mismo, Laparotomía: desprendimiento de las adherencias; sutura del intestino con cat-gut y metálico para la pared abdominal ”
31. 1889.—M. de 24 años. Quiste unilocular del ovario derecho (17 litros de líquido); pequeño quiste del ovario izquierdo. Ovariectomía abdominal doble; pedículo perdido ”
32. 1890.—Luisa C., 34 años, de Metapán. Quiste fetal del ovario izquierdo. Ovariectomía: pedículo perdido. El embarazo que se encontraba al tercer mes no sufrió trastorno. ”
33. 1890.—Petrona M., 38 años, de Honduras. Quiste de los ovarios y demás anexos del útero. Ovariectomía abdominal doble: pedículo perdido ”
34. 1891, Enero.—Isabel P., 42 años, de Santa Bárbara. Cistofibromas múltiples de los anexos al útero. Ovariectomía: pedículo perdido. Muerte. Shoc.
35. 1891.—P. M. 38 años, de Honduras. Hernia abdominal por falta de unión de los músculos rectos después de una ovariectomía. Abceso de la región supra-púbica. Laparotomía: sutura de los músculos; lavados del peritoneo Buen resultado.
36. 1891, Agosto.—Daría U., 42 años, de Sensuntepeque. Quiste del ovario (24 litros líquido y 3 de bolsa). Ovariectomía: pedículo perdido. ”
37. 1891.—Clara H., 25 años, de Honduras. Ganglios tubercu-

- losos del mesenterio. Laparotomía exploratriz Buen resultado.
38. 1891, Noviembre.—Emeteria M., 30 años, de Santa Tecla.
Fibroma uterino: sarcoma y quiste múltiples de los anexos.
Laparotomía: Estirpación del útero y sus anexos Muerte. Shoc.
39. 1891.—H. L., de Santa Ana. Fibroma uterino. Laparotomía: extirpación del útero.... Buen resultado.
40. 1890.—Rafaela. Degeneración quística de los ovarios. Ovariectomía: pedículo perdido , ,
41. 1890.—M. Fibroma uterino. Laparotomía: extirpación total Muerte.

DEL CIRUJANO DE LA 3ª SECCIÓN.

42. 1891.—H. Fibro-sarcoma del mesenterio abarcando algunas asas intestinales.—Laparotomía exploratriz... Buen resultado.
- De las 42 laparotomías que se han practicado, aparecen 36 curaciones y 6 muertes. Se dividen así:

Ovariectomías	.....	.....	.....	17 — 15	curaciones, 2 muertes.
Histerectomías abdominales	.....	.....	.....	8 — 6	,, 2 ,,
Salpingotomías	.....	.....	.....	3 — 2	,, 1 ,,
Histeropexia abdominal	.....	.....	.....	2 — 2	,, — —
Laparotomía para suturas intestinales en caso de ano contra natura	.....	.....	.....	3 — 3	,, — —
Laparotomía para unir los músculos rectos en caso de hernias abdominales consecutivas á laparotomías anteriores	.....	.....	.....	4 — 4	,, — —
Laparotomía para extirpar un quiste hidatídico del hígado	.....	.....	.....	1 — 1	,, — —
Laparotomía para extirpar ganglios tuberculosos del mesenterio	.....	.....	.....	1 — —	— 1 ,,
Laparotomía exploratriz	.....	.....	.....	3 — 3	,, — —

42 — 36 curaciones, 6 muertos.

De las dos muertes de Ovariectomía, la una fue en un quiste del ligamento ancho derecho y la otra, en un caso de cistofibromas múltiples de los anexos del útero. San Salvador, septiembre de 1892.

F. PENADO.

MISCELÁNEA.

Hemos recibido el 1.º número de "La Escuela de Medicina", órgano de los intereses de la Facultad de Medicina y Farmacia de la vecina República de Guatemala.

Con verdadero placer, damos la bienvenida á tan importante publicación, á la que auguramos desde luego, larga vida y muchos triunfos, dada la competencia de su Redacción y el entusiasmo que inspiran los elevados fines que se propone realizar.

Enviaremos gustosos nuestro canje.

Baños de manos y pies, con agua caliente contra la epistaxis intensa.—En los casos de hemorragia nasal abundante y muy alarmante. *Hutchinson* prescribe colocar las manos y pies de los pacientes en agua caliente y mantenerlos así hasta que cese completamente la epistaxis; gracias á este tratamiento tan simple, ha obtenido resultados muy satisfactorios.

* *

La extracción de los dientes por la electricidad.—Se han hecho ensayos en Londres, con un nuevo aparato, para la extracción de los dientes por la electricidad. Este aparato consiste en una bobina de *Rhumkorff* de hilo extremadamente fino, posee un interruptor de lámina de acero que puede dar hasta 452 vibraciones por segundo y que constituye la pieza importante del aparato. Se coloca al paciente en la silla tradicional, toma con la mano izquierda la empuñadura del electródo negativo, con la mano derecha la del electródo positivo. En este momento, el operador hace pasar una corriente de energía creciente hasta llegar al límite de intensidad que el paciente puede soportar. Se mantiene la corriente en esta intensidad y uniendo el extractor al electródo positivo se dirige entonces sobre el diente que, bajo la acción de las vibraciones, es desenchajado inmediatamente. Se interrumpe la corriente desde que se termina la operación. La extracción se hace con mucha rapidez y el paciente no experimenta más que una sensación de picoteo que produce en las manos y antebrazos el paso de la corriente.

* *

Antipirina en oftalmología.—*B. Wicherkiewicz*, ha ensayado, de 500 ó 600 casos de afecciones oculares (conjuntivitis de diversas naturalezas, scleritis y episcleritis, dacriocistitis, etc.), la antipirina en aplicación local. Se ha servido de una solución acuosa de antipirina al 1-25 $\frac{0}{6}$; las soluciones más concentradas son muy dolorosas. Se puede añadir á estas soluciones un poco de sublimado, este último no da precipitado con la antipirina más que adicionado en proporción notable. Al contrario, el ácido bórico aun en cantidad mínima da un precipitado espeso; el sulfato de cobre da un precipitado azulado. Sin entrar en el detalle de los resultados obtenidos por el autor, diremos solamente que la antipirina se ha mostrado eficaz en gran número de conjuntivitis y sobre todo en las que siguen al principio de la influenza; el tracoma papilar cede rápidamente á la antipirina. Se obtuvieron también buenos resultados en el tratamiento de las conjuntivitis blenorragicas y en algunos casos de glaucoma agudo y crónico.

El autor explica la acción favorable de la antipirina: 1^o por su acción antiséptica; 2^o la excitación de los vaso-constrictores provocada por ella; 3^o la antipirina provoca un espasmo reflejo pasajero de los párpados (la instilación de la antipirina es seguida de dolor muy intenso que desaparece muy luego) del que resulta una especie de masaje que obra favorablemente sobre la inflamación de la conjuntiva, del tejido sub-conjuntival y de la córnea; 4^o disminuye la excitabilidad y alivia un poco los dolores.

Se ha obtenido también buen éxito, por el autor, con las inyecciones subcutáneas de antipirina para el tratamiento de las neuralgias, etc. Solamente que en estos casos es preciso abstenerse de hacer estas inyecciones en la vecindad de gruesos troncos nerviosos: sin hacerlo así se expondría á provocar por las inyecciones dolores muy intensos y ver sobrevenir tumefacciones que persisten algunas veces durante semanas.

* *

Formulario.

Poción contra la estomatitis aftosa.

Clorato de potasa	4 gramos
Hidrolato de tilo	60 „
Hidrolato de menta	5 „
Jarabe de azúcar	40 „

H. S. A. una poción para dar cucharaditas á los niños, en la estomatitis aftosa y úlcero-membranosa. Además se lava la boca con una solución que contenga de 5 á 10 gramos de bicarbonato de soda por 300 de agua.—*N. G.*

* *

Solución para la anestesia local.

Clorhidrato de cocaína	5 gramos.	
Antipirina	15 „	
Agua destilada	80 „	
M. Para aplicación local, 15 minutos antes de la operación.— <i>Stuveler.</i>		

* * *

Movimiento de enfermos en el primer semestre del año de 1892.

En el Hospital:

Existencia anterior	223	
Entraron	1556	1779
Salieron	1412	
Murieron	106	1518
Existencia		261

En el Lazareto:

Entraron		145
Salieron	74	
Murieron	53	127
Existencia		18

San Salvador, Junio 30 de 1892.

S. Martínez Robelo.

* * *

Influencia de las enfermedades infecciosas sobre la marcha de la epilepsia.—Se sabe el ruido intempestivo hecho recientemente por la prensa política sobre la cuestión de la curación de la epilepsia por las vacunaciones anti-rábicas. En realidad, se trata solamente de dos casos en los que se habían visto suspender temporalmente los ataques de epilepsia en el curso y por consecuencia de las inoculaciones hechas en dos jóvenes epilépticos mordidos por perros rabiosos y tratados en el Instituto Pasteur. Los sabios observadores de la calle Dutot no habían concluido nada de estos hechos, estaban impasibles ante una interpretación muy diferente de la que les ha sido dada á pesar de ellos y debía haberse imitado su sabia reserva.

A este propósito, M. Féré, viene á recordar precisamente que el hecho de la cesación pasajera de los ataques de epilepsia en el curso de una enfermedad infecciosa y así mismo después de algún tiempo, es de observación banal. Esta influencia es conocida desde los tiempos hipocráticos. La epilepsia psíquica puede ser influenciada como la epilepsia convulsiva (Gray), la hemipléjica como la general. M. Féré ha visto un epiléptico de ataques parciales, calmado mediante siete meses después de una neumonía. No siempre, esta acción de reposo es lejos de ser constante: los ataques pueden producirse más frecuentemente por causa de estas enfermedades. Así mismo la epilepsia puede ser despertada por la infección (neumonía, puerperalidad).

La suspensión de los accesos ha sido observada más á menudo después de la fiebre tifoidea, la viruela, el sarampión; se ve también después de quemaduras, supuraciones prolongadas, erupciones, lesiones traumáticas y así mismo de afecciones benignas como un absceso dentario. Es así como se ve ejercer á la vacunación ó la revacunación jenneriana una acción suspensiva análoga, aunque inconstante. Se comprende como sería prematuro querer sacar de esto los elementos de un método terapéutico de la epilepsia, sobre todo cuando se trata de dirigir á una infección que interesa especialmente el sistema nervioso.—Dr. Ph. L.

AL PUEBLO SALVADOREÑO.

La Junta Directiva del Hospital de San Salvador, cree de su deber llamar la atención del país, sobre la situación actual del establecimiento.

Precísale hacer constar con insistencia que la herencia valiosa de don José Rosales, en nada aumenta sus rentas pues está destinada EXCLUSIVAMENTE á la construcción de un nuevo edificio; y de tal manera se le fija por el testador esa restricción que en el caso de invertirse en otro objeto, por el mismo hecho se pierde la herencia. Todos esos fondos los ha recibido y administra la Comisión instituida al efecto por el señor don José Rosales, compuesta de los señores don Manuel Trigueros, don Encarnación Mejía, don Augusto Bouineau y don Federico Prado.

Siendo insuficientes las rentas que se poseen para el buen servicio y asistencia de los enfermos, es del caso hacer esta declaración, para que las personas caritativas y filantrópicas sigan favoreciendo al Hospital de San Salvador con sus donativos.

Por lo tanto, es de humanidad proveer al establecimiento de los recursos necesarios:

1º Porque en las actuales circunstancias y aunque los Estatutos no lo prescriben, sostiene hace meses, los crecidos gastos del Lazareto en que se asiste a los variolosos;

2º Porque al Hospital de San Salvador concurren enfermos de todos los departamentos, buscando el servicio médico más completo; y

3º Porque en sus clínicas se forman, en su mayor parte, los médicos del país, y para ello se necesita de elementos suficientes para dar una enseñanza provechosa; lo que demanda cuantiosas erogaciones.

Así es que la corporación no cree salir desairada en el llamamiento que hace á los habitantes de la República, segura de que el Hospital que tiene á su cargo seguirá siendo favorecido por todos aquellos en quienes arde el sentimiento santo de la caridad.

Junta Directiva del Hospital: San Salvador, Junio 24 de 1892.

Ramón García González.—Juan Bertis.—Francisco Martínez S.—J. Francisco Aguilar.—Gustavo Lazano.—Belisario Calderón.—R. Rivas.—A. Valdés, Srío.

LISTA DE AGENTES.

Santa Ana	Doctor Federico Serrano.
San Miguel	„ Juan Sierra.
Atiquizaya	„ Manuel Castellanos.
Chinameca	„ Manuel Funes.
Cojutepeque	„ Joaquín Revelo.
Suchitoto	„ José Peña Martel.
Usulután	„ Federico Penado.
La Unión	„ Narciso Sosa.
Chalatenango	„ Miguel Peña.
Guatemala	Br. Benigno F. Valdés.
Managua (República Nicaragua)	„ Federico Muñoz.
Rivas „ „	Doctor Zacarías Velásquez.

“LA CLÍNICA”

Se publicará el 15 de cada mes y constará de diez y seis páginas en 4º mayor.

La suscripción por serie de 12 números vale un peso veinticinco centavos, adelantado; el número suelto doce y medio centavos.

Está de venta en esta capital en los lugares siguientes: Farmacia “San José” de Joaquín M. Palacios y Hospital General.
