

LA CLÍNICA

ORGANO DE PUBLICACION

DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS DEL HOSPITAL GENERAL

SERIE II. — N.º 5.

CONTENIDO:

I Tratamiento del croup por el petróleo. — II Osteo sarcoma, observación recogida por Federico Vides. — III Cuadro de operaciones practicadas en la 1.ª Sección de Cirujía á cargo del Doctor Tomás G. Palomo. — IV Reseña histórica de la Oftalmología, por J. Eliseo Cortéz. — V Tratamiento de las peritonitis. Tesis presentada por Francisco Penado á la Junta Directiva de Medicina y Cirujía de esta Universidad. — Miscelánea.

PUBLICACION MENSUAL.

JUNIO DE 1893

SAN SALVADOR

IMPRENTA NACIONAL.—CALLE DE HIDALGO.

REDACTORES:

LOS PRACTICANTES INTERNOS DEL HOSPITAL.

OFICINA DE REDACCION:

HOSPITAL GENERAL.

LA CLÍNICA

ORGANO DE PUBLICACIÓN

DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS DEL HOSPITAL GENERAL

SERIE II | SAN SALVADOR, JUNIO 15 DE 1893 | NUM. 5

Editor,

BR. P. MOISÉS N. TICAS.

Administrador,

BR. P. J. MAXIMILIANO OLANO.

TRATAMIENTO DEL CROUP POR EL PETRÓLEO.

Señores Redactores de "La Clínica:"

En el *Courrier des Etats-Unis*, periódico que en francés se edita en New York, en el número del 3 del corriente, he encontrado el nuevo tratamiento de esta terrible enfermedad, el cual me apresuro á traducir, por creer conveniente la den UU. publicidad en su apreciable periódico.

De UU. muy atento servidor,

Dr. Carlos Bonilla.

Dice así:

París, 13 de mayo, por la tarde.

¿Tendrán razón los optimistas cuando pretenden que el remedio se encuentra siempre al lado del mal? ¿Debe creerse que la naturaleza, tan pródiga de calamidades físicas respecto de la pobre humanidad, haya puesto para cada una de ellas un medio fácil de curación, dejando á la investigación á veces, y á la casualidad más á menudo, el cuidado de hacerlo conocer?

Estas reflexiones vienen naturalmente á la mente en presencia de esta nueva, cuya importancia á nadie se escapará, á saber: que un médico del Sena Inferior, Mr. Flahaut, acaba de descubrir en el *petróleo*, en el vulgar petróleo del alumbrado, el remedio específico de la *difteria*.

La difteria! angina maligna, costrosa, pseudo-membranosa, el croup contagioso, como quiera llamársele, esta enfermedad espantosa que hace tantos estragos entre los niños sobre todo!

La cosa valía la pena, para comprobarse, de hacer el viaje de París á Neuville-Champ d' Oisel, donde practica el médico en cuestión, y esto es lo que ha hecho un *reporter* parisiense.

Neuville-Champ d' Oisel es una población de 1,000 á 1,200 habitantes, situada á quince kilómetros de Ruan (Rouen) en el camino directo de esta ciudad á Andelys. Está privada de oficina de posta, el ferrocarril no pasa por allí; un lugar perdido, puede decirse, en estos tiempos del vapor y la electricidad. ¿Es á causa de esto que los casos de curación obtenidos por Mr. Flahaut han quedado hasta aquí ignorados? Puede ser. El hecho cierto es que ellos databan ya de muchos meses sin que nadie en París los conociera, hasta que últimamente una nota que apareció en el periódico de Rouen "*La Normandie Medical*" trajo la nueva.

En 1891, en el mes de abril, un primer caso de *croup* se observó en Neuville y era en una niña de nueve años que murió pronto. Treinta nuevos casos se siguieron, y de ellos hubo nueve muertos. Los habitantes de Neuville comenzaron á espantarse, tanto más seriamente cuanto que la terrible enfermedad que en su principio había atacado aisladamente y á largos intervalos, tomó repentinamente, en la primavera del siguiente año, una marcha francamente epidémica, de modo que, en sólo el mes de mayo de 1892, trece individuos, entre niños y adolescentes fueron atacados, y fué entonces que el médico de Neuville, Mr. Flahaut, tuvo la idea de aplicar el petróleo en tópico como medio de tratamiento.

Durante el mes de junio de este mismo año de 92, cuarenta nuevos casos se presentaron; todos fueron tratados por el petróleo, y todos obtuvieron una rápida curación.

Mr. Federico Flahaut, el médico de Neuville-Champ d' Oisel, es un joven de 36 á 37 años, alto y robusto y de fisonomía franca y simpática, adornada de una larga barba color castaño, y es con la mejor buena voluntad que él se ha prestado á la curiosidad del *reporter*, y que le ha comunicado las observaciones recojidas en los casos de angina diftérica tratados por él por medio del petróleo en Neuville.

—“El número de casos que he observado y asistido, dice Mr. Flahaut, durante la epidemia que ha comenzado aquí en abril de 1891 y terminado en junio de 92, no es una cantidad insignificante, pues que llegan á 70, que los reparte en dos series distintas: La primera, tratada por los medios usuales, vomitivos, clorato de potasa, subeba, ácido fénico, ácido salicílico, cítrico, bórico, sublimado, percloruro de hierro, &c., comprende treinta casos, de los cuales he tenido nueve muertos.

“Comenzaba á preocuparme en presencia de estos resultados de mis esfuerzos, y emprendí tímidamente y con cierta aprehensión al principio, la aplicación del tratamiento por el petróleo.

“Tenía que asistir á una enfermita de 7 años, María P. . . . cuya garganta, faringe, amígdalas y velo del paladar, estaban invadidos por las falsas membranas, de tal manera que debí considerarla como perdida, y propuse á los padres emplear un medio desesperado que ellos aceptaron, y éste era la aplicación tópica del petróleo respecto del cual U. me ha preguntado.”

—Pero ¿quién le había sugerido á U. esta idea, le preguntó el *reporter*.

—Yo sabía, replicó el médico, que los ingleses, desde hace ya largos años emplean el petróleo como antiespasmódico y antiséptico, y quise intentar la experiencia.

“Yo comencé las aplicaciones sin grande esperanza; pero con grande admiración mía, desde las primeras aplicaciones ví las membranas blanquearse, desprenderse, diluirse casi debajo del pincel, y ya desde en la tarde la enfermita respiraba más fácilmente, expulsaba pedazos de membrana y cinco días después ella estaba, sinó totalmente curada, sí fuera de peligro. Es por esta María P. . . . que comienza la segunda serie de enfermos de que hablaba á U., serie que comprende cuarenta casos, todos seguidos de curación.

“Ante este resultado inesperado, prosiguió Mr. Flahaut, y á petición de numerosos interesados, yo practicaba las aplicaciones de petróleo en todos los enfermos atacados, y no he tenido más que felicitarme, pues á partir de este momento no ha acontecido ninguna defunción. En el principio, y como medida de precaución, yo continuaba la antigua medicación al mismo tiempo que el petróleo; después, poco á poco, y estimulado por el buen éxito, suprimí toda medicación, contentándome con el petróleo al exterior y los tónicos de toda especie al interior para sostener las fuerzas de mis enfermos.

“Este tratamiento no presenta ni dificultad ni peligro. Yo practicaba, ó hacía practicar por las personas que cuidaban á los enfermos, las aplicaciones cada hora ó cada dos horas, según el espesor de las membranas; estas aplicaciones no son de ninguna manera dolorosas, aun cuando ellas tengan lugar sobre una mucosa ulcerada ó sangrienta; al contrario los enfermos experimentan una sensación calmante y sin ninguna irritación: no se produce desgarramiento de las pseudomembranas, que se diluyen por decirlo así al contacto del petróleo, y sólo el mal gusto y olor de éste se sienten durante algunos momentos después de la operación, pero sin ninguna persistencia. Los pacientes, niños ó adultos, no mostraban repulsión por este tratamiento, tanto más que desde los primeros toques ellos sentían

un alivio inesperado. El pincel debe ser embebido de petróleo y ligeramente sacudido para evitar que caigan gotas en las vías respiratorias, lo que podría producir accidentes de sofocación."

—Pero está U. bien seguro que en estos cuarenta casos se ha tratado por el petróleo una verdadera difteria y no otra enfermedad cualquiera de la garganta?

—Seguro, sí, de un gran número al menos, porque yo he recogido muchas falsas membranas expectoradas y las he sometido al análisis de mi sabio colega, Mr. Francisco Hue, Profesor de la Escuela de Medicina de Rouen, quien ha hecho en su laboratorio de bacteriología un exámen minucioso, y ha demostrado con una exactitud indiscutible la presencia de numerosos bacillus de la difteria. Mis diagnósticos han sido también confirmados en muchos casos, por MM. Deshayes, médico de las epidemias; Ballay, Médico en Jefe del Hospital de Rouen; Larefait, Médico Adjunto de los Hospitales de Rouen, quienes han querido dar á un modesto práctico del campo como lo soy yo, el apoyo de su amistad y su saber.

“Además, concluyó Mr. Flahaut, U. me ve un tanto admirado de la importancia que toma la nota que he comunicado á “La Normandie Medical” á solicitud de su redactor en jefe, el Dr. Brunon. Yo me había propuesto simplemente hacer conocer al Cuerpo Médico algunas observaciones que pudiesen contribuir al estudio de la angina diftérica, y no tenía en mira, se lo aseguro á U., ningún deseo de reclamo.

Junio 23/93.

OSTEO-SARCOMA

OBSERVACIÓN.—2ª Sec. de Cirujía. Sala de hombres, lecho N.º 17. Servicio del Dr. Guevara.

B. M. 18 años de edad, hijo natural de J. M. originario de Honduras, ave indado en Sensuntepeque. Moltero, de oficio jornalero. Entró á este Hospital el día 24 de mayo, presentando un gran tumor en la región clavicular izquierda, quejándose de pesantez, fuertes dolores, gran dificultad para respirar é insomnios.

I. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD.

Hace seis meses que el paciente sufrió una caída, que según dice, se efectuó como sigue: *resbaló* los dos piés á un tiempo y cayó haciendo mucha fuerza sobre el brazo izquierdo, sintió un *traquido* en el hueso (cla-

vícula); lo fueron á levantar. Algunos días después notó una *pelotilla como del tamaño de un jocote* que le dolía un poco, pero que no le impedía trabajar. En ese estado le mandaron que hiciese una "chapoda de guatal" y como era zurdo trabajó con el brazo enfermo, estando en el trabajo le cayó una "gran tormenta", después se dió un baño, sin que hasta esa fecha haya sentido ningún gravamen: algunos días más tarde notó que la *pelotilla* aumentaba de volúmen poco á poco; pero á pesar de eso se le mandó que hiciese una *siembra de maíz*. Cuando concluyó este trabajo estaba sofocado, sentía dolor en todo el pecho y la espalda y estaba irritado. Así fué á consultar al Dr. J. Hernández, quien le aconsejó que viniese á este Hospital.

II. DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD.

Tumor situado en la región clavicular izquierda, fuertes dolores en la misma región, sensación de pesantez, de opresión, gran dificultad para respirar é insomnios.

Al examen, la auscultación no reveló ningún signo anormal, el pulso era lleno y constante. El tumor muy resistente y fijo en casi toda su extensión, tenía dos puntos en que se dejaba deprimir y daba sensación de líquido al interior. Los límites del tumor el día 24 de mayo eran ya bastante extensos: por su parte *superior* interesaban la región *supra-clavicular izquierda*, la parte *interna* rebordeaba el *esternón*, la parte *externa* invadía la *axila* y la inferior, el tercio superior de la región *pectoral izquierda*. El 30 de mayo se le hizo una punción exploratriz: al introducir el trocar se encontró resistencia en una extensión, como de un centímetro, y luego cesó la resistencia, extraído el punzón y dejada la cánula, aparece inmediatamente un chorro abundante de sangre de apariencia arterial. Introduciendo más la cánula se nota nueva resistencia hacia el centro del tumor, cesando inmediatamente el derrame sanguíneo; pero al imprimírle movimientos de báscula á la cánula, de manera que su extremidad externa quedase en medio de la pared del tumor y el cuerpo resistente central, aparece nuevamente el derrame sanguíneo, que habría sido muy abundante, sino se cierra la cánula y se extrae del tumor. Retirada ésta continuó saliendo un chorro sanguíneo, como el que daría la vena mediana en la flebotomía. Se hizo la compresión digital por espacio de cinco minutos y se aplicó un algodón humedecido en una solución al 5/100 de percloruro de hierro para asegurar la hemostasis.

El día 5 de junio, es decir, once días después de practicado el primer examen, el tumor había aumentado ya el doble de su volumen y los límites se extendían, por su parte *superior*—á una línea que abrazaba toda la región *anterior del cuello*, desviándose hacia el lado izquierdo, é invadiendo toda la región *supra-clavicular* hasta la articulación *escápulo humeral*—el lado *interno* desciende oblicuamente hacia el lado izquierdo y hacia abajo, al nivel del tercio superior del *esternón*, se continúa con una línea curva cuya concavidad mira hacia arriba y forma la base ó parte *inferior* del tumor, esta línea desciende después de atravesar el *esternón* y gana los 3º y 4º espacios *intercostales*, rebordando su parte más cóncava *areola de la mama* izquierda, la misma línea sube oblicuamente hacia afuera para ir á ganar la región *axilar* y formar el borde *externo*.

III. DIAGNÓSTICO.

El aspecto del tumor, su forma, su consistencia en parte dura y en parte blanda, trajo desde luego la idea de un *sarcoma* de la región; pero después de practicada la punción exploradora, de que se habla en la descripción, se admitió que bien podía estar en presencia de un *aneurisma de la sub-clavica*. El crecimiento rápido del tumor, las amenazas de sofocación del paciente, la sensación de tensión y la elevación de temperatura local apreciable al tacto; así como la ausencia de dolores lancinantes ni de otra naturaleza inclinaban en pro de esta segunda hipótesis. La circunstancia de haberse tocado con el trocar en un punto que emanaba ghorro de sangre y en el centro un cuerpo sólido que obstruía la cánula, hacía creer que el saco aneurismal comenzaba á formar coágulos interiores y que eran éstos los que se tocaban con la cánula. En resumen se creyó al principio en la presencia de un *osteo-sarcoma*; pero después del exámen y la punción, se admitió la idea, de que podría estar en presencia de un *aneurisma de la sub-clavica*.

“Mr. Paul Reclus, nos dice en su *Patología Externa* I. 662 — que: “Cirujanos de la competencia de Broca, Richet y Verneuil, llamados á consulta en un caso semejante, han mantenido bajo reserva sus diagnósticos particulares — el uno creyendo en un *aneurisma de la axilar*, el otro “en un *aneurisma de los huesos* y el tercero en un *sarcoma telangiectásico del húmero*.”

“El Profesor P. Tillaux, nos dice en su *Clínica Quirúrgica* I. 490 al hablarnos del diagnóstico de los aneurismas que el error sería posible, “sobre todo con un *osteo-sarcoma* muy vascular de la extremidad interna “de la clavícula ó del esternon; que él también presenta batimientos y “soplo. El diagnóstico puede hacerse verdaderamente muy oscuro en “este caso, y es entonces que el estado del pulso radial ayuda mucho al “práctico.”

IV OPERACIÓN.

Con motivo de lo incierto del diagnóstico y la naturaleza de la operación, el Cirujano habló con toda franqueza al paciente y le mostró con claridad y precisión el pronóstico fatal (1) y la poca probabilidad de buen éxito en la operación. Mas como el paciente estaba resuelto y pidió con insistencia que se le operase y el Cirujano creyó que era el único medio posible para salvarle la vida, se procedió á hacer la extirpación del tumor el día 6 de junio.

“El Dr. Guevara ayudado por el Sr. Dr. G. Borja y los internos del “servicio, comenzó por practicar una insición á golpes de bisturí muy

(1) Mr. Tillaux en su *Cirujía Clínica* I. 544, dice al hablar de las afecciones orgánicas de la región clavicular. “Los tumores desenvueltos á expensas de la clavícula, están muy lejos de ser comunes, frecuentemente son osteo-sarcomas, no diferenciándose “de los de las otras regiones del cuerpo. Únicamente las relaciones del tumor con los “grandes vasos y nervios infra-claviculares le dan una importancia especial, en razón de “las precauciones que hay que tomar en el curso de la ablación para defender estos órganos. Si la clavícula, en efecto es fácil de researse en los casos de caries ó de necrosis, no sucede lo mismo cuando se trata de un tumor orgánico cuyo tegido adhiere á las “partes sub-yacentes y algunas veces los engloba. La operación puede ser entonces impracticable, si la masa constituida por el tumor es inmóvil, si el pulso radial ha desaparecido, si el miembro superior está edematoso y presenta venas dilatadas, si el brazo se “hincha y con mayor razón si hubiese paralysis, absteneos de operar.”

“ cuidadosos, en el borde inferior del tumor, desde la parte media del
“ enallo hacia adentro, hasta su parte inferior, cerca de la mama—inte-
“ resando piel y tegido celular — se iban desbridando fibras de tegido celu-
“ lar, con la sonda acanalada hasta llegar á la capa de envoltorio del tu-
“ mor, notándose que las paredes de éste se desprendían fácilmente al in-
“ troducir los dedos entre la pared del tumor y los tegidos adyacentes,
“ notablemente en su parte superior, se continuó haciendo el desbrida-
“ miento simplemente manual. A un momento dado la capa de envoltio-
“ rio del tumor se desgarró, aparece un flote sanguinoso de una pequeña
“ caverna, y luego nos encontramos en pleno tegido sarcomatoso. Alja-
“ do todo temor de una hemorragia violenta que no se pudiera cohibir y
“ con el objeto de abreviar, se practicó una incisión transversal que par-
“ tiendo del medio de la primera hacia la parte superior y media del
“ hombro, formase una T, levantados los colgajos fácilmente y conti-
“ nuando el desbridamiento digital, se pudo descubrir el tumor en toda
“ su extensión y la consistencia blanda de éste, permitió despedazarlo en
“ fragmentos más ó menos grandes por la acción simplemente manual.
“ En su base se encuentra (y, ne no hay adherencias con ninguno de los te-
“ gidos blandos, circunscribiéndose su punto de implantación á toda la
“ extensión de la clavícula, la cual había sido transformada en el tegido
“ de nueva formación patológica, notándose apenas algunas cuantas gra-
“ nulaciones osreas diseminadas en la masa del tumor. Al lado del ester-
“ nón, solo se encontró apreciable la capa cartilaginosa sarcomatosa,
“ clavícula y debajo del esternón había una prolongación digital. La ex-
“ tención correspondiente á la articulación acromio-clavicular del hue-
“ so estaba menos invadida por el tumor, en una extensión como de dos
“ centímetros, en donde se pudo hacer una sección por medio de la pin-
“ za de Liston. Las inserciones inferiores del esterno-clado-nastoideo,
“ estaban invadidas hasta su parte media, haciéndose necesaria la ex-
“ tirpación de la parte invadida. Los otros órganos estaban intactos.
“ La hemorragia sin ser muy abundante, no fué tampoco de poca consi-
“ deración, debido á no poderse hacer la hemostasis con la piza de Péan,
“ por desgarrarse los tegidos en el momento de su aplicación. Sin em-
“ bargo no se interesaron vasos de consideración, sinó es el ramo corres-
“ pondiente á la clavícula que se ligó con un hilo de cat-gout. Proce-
“ dióse á la toilette de la sutura de los colgajos por puntos separados, con
“ crin de Florencia etc.” — *Dr. Guevara.*

Como se ve el Dr. Guevara se encontró en presencia de una enorme
maza completamente reblandecida, constituida por un *sarcoma* que se
desnacia bajo la influencia de simples presiones digitales y el que dispu-
so despedazar con el objeto de ganar tiempo. Cuando ya el Cirujano se
disponía á suturar después de hecha la anticepsia más rigurosa, se notó
que la respiración se hacía difícil, y el pulso tendía á desaparecer poco á
poco. Se intentaron todos los medios posibles; respiración artificial, in-
yecciones hipodérmicas de éter, aplicación de la electricidad á corrientes
interumpidas, botellas calientes, etc., mas todo fué en vano, el in-
dividuo había dejado de existir.

CUADRO de las operaciones practicadas en la 1.^a Sección de Cirujía, á cargo del Dr. don Tomás G. Palomo, en los meses de febrero, marzo, abril y mayo de 1893.

Febrero 2.—*Avivamiento* y sutura de los bordes de una fistula biliar consecutiva á colec stotomía para extraer un cálculo.

Febrero 2.—Sesión de galvano-cáustica química intrauterina (5 minutos), en caso de gran fibroma uterino intersticial, soportó mal 60 á 80 miliamper (Procedimiento de M. Apostoli.)

Febrero 6.—Sesión de galvano-cáustica química intrauterina, en la misma enferma del caso anterior.

Febrero 8.—*Rectopecia*, en caso de prolapso completo del recto.

Febrero 9.—*Avanzamiento* del músculo recto externo del ojo izquierdo, en caso de estrabismo interno.

Febrero 10.—*Reducción* y aplicación de un aparato de Desault, en caso de luxación hácia dentro de la cabeza del húmero derecho.

Febrero 10.—*Raspado* de trayectos fistulosos y taponamiento con gaza yodofornada en caso de adenitis inguinal supurada.

Febrero 11.—*Abertura*, con el bisturí, de un absceso purulento del cuerpo tiroides.

Febrero 12.—*Sclerotomía* anterior en el ojo izquierdo é iridectomía en el derecho, por glaucoma crónico en ambos con pérdida casi completa de la visión.

Febrero 15.—*Laparotomía é histerectomía total*, en caso de gran fibroma uterino intersticial. (Obn. publicada en el número anterior).

Febrero 17.—*Extirpación* por arrancamiento de pólipos mucosos de las fosas nasales.

Febrero 18.—*Raspado* de un trayecto fistuloso situado en la parte superior de la tibia izquierda, en el lugar de antiguo balazo con anquilosis de la articulación de la rodilla.

Febrero 21.—*Extirpación* por arrancamiento de pólipos mucosos de las fosas nasales.

Febrero 22.—*Abertura*, con el bisturí, de un absceso subcutáneo de la pierna derecha.

Febrero 23.—*Desinfección* y desbridamiento de la cicatriz en el lugar de una antigua trepanación, cuya operación se hizo entonces por quiste del cerebro situado al nivel del lóbulo frontal derecho y en el sitio mismo de herida cortante con fractura del hueso, ocasionada 12 años antes. Por dicha intervención el individuo salió curado de los ataques de epilepsia Jacksoniana, cuya causa era aquella enfermedad. (Obn. publicada en el n.º 2 de la 1.^a serie de este periódico.) Esta vez el enfermo se presenta de nuevo con los mismos ataques y fiebre muy alta (41° C.). Después del desbridamiento, se encontró hoy un absceso del cerebro, se hizo el raspado, lavado con solución de sublimado y se dejó drenaje con apósito antiséptico. (Muerte á las 24 horas).

Febrero 25.—*Abertura*, con el bisturí, de un absceso profundo del muslo izquierdo.

Febrero 26.—*Resección* de la última falange del índice y desarticulación de la del dedo medio, por herida contusa de la mano izquierda.

Marzo 3.—*Laparotomía é hysterectomía total*, por fibroma uterino intersticial. (Oba. publicada en el número anterior).

Marzo 4.—*Sutura* de los bordes de una fistula biliar con hilo de plata (2ª sesión).

Marzo 6.—*Raspado*, previa amplia incisión en el lado externo del pie izquierdo, por tumor sarcomatoso intersticial.

Marzo 7.—*Aplicación* de un aparato inamovible, en caso de fractura completa de la extremidad inferior del peroné derecho.

Marzo 7.—*Desbridamiento* con el bisturí y cateterismo del conducto lagrimal, por obstrucción de esta vía.

Marzo 7.—*Raspado* y cauterización con el termo-cauterio, de úlceras tuberculosas del pecho y del cuello.

Marzo 8.—*Amputación* de la última falange del índice de la mano derecha, por gangrena consecutiva á quemadura.

Marzo 9.—*Raspado* de un trayecto fistuloso del muslo izquierdo, en el lugar donde penetró un proyectil hace algún tiempo; este último permanece aún sin ocasionar molestia, no se pudo extraerle. Cicatrización completa.

Marzo 10.—*Abertura* con el bisturí, de abscesos purulentos de las células mastoideas en ambos lados. Taponamiento con gaza yodoformada.

Marzo 10.—*Extirpación* por arrancamiento de pólipos mucosos de las fosas nasales.

Marzo 14.—*Cauterización* con termo-cauterio de una pústula maligna de la mano. Inyecciones hipodérmicas de ácido fénico al 2½ % al rededor.

Marzo 14.—*Extracción* de un proyectil del muslo izquierdo.

Marzo 14.—*Resección*, sutura metálica y taponamiento con gaza yodoformada en caso de fractura mal consolidada del radio izquierdo.

Marzo 16.—*Resección* de una costilla y extracción de un tallo de laminaria, que para dilatar el orificio se había colocado y cayó en la cavidad de la pleura, en caso que por pleuresía purulenta se había hecho mucho antes el empiema y la operación de Estlander. Lavado con solución fenicada débil y taponamiento con gaza yodoformada.

Marzo 21.—*Desbridamiento* de la cicatriz, raspado, suturas con catgut de los bordes de la vesícula, suturas profundas con hilo de plata y curación con gaza yodoformada, en caso de fistula biliar consecutiva á operación de coecistotomía (3ª sesión). Con esta sesión quedó bien cerrada la fistula.

Marzo 22.—*Extirpación* de dos pterigiones situados en el ángulo interno de ambos ojos, sutura de la conjuntiva.

Marzo 23.—*Iridectomía* en el ojo izquierdo, por opacidades de la córnea consecutivas á viruela.

Marzo 25.—Operación del empiema, lavado con solución fenicada débil y drenaje, en caso de pleuresía purulenta.

Abril 1º.—*Extracción* de un proyectil y *resección* del codo, en caso de herida con fractura por arma de fuego. Aplicación de un aparato inamovible.

Abril 10.—*Raspado* de un trayecto fistuloso del talón derecho, taponamiento con gaza yodoformada.

Abril 11.—*Amputación* de la pierna izquierda en su tercio medio, (procedimiento á colgajo circular) por osteo-periostitis tuberculosa de la articulación tibio-tarsiana, en cuyo individuo se había practicado un año antes, la amputación de Lisfranc, por la misma enfermedad en los metatarsianos.

Abril 12.—*Desbridamiento* de la cicatriz y extracción de esquirlas, en caso de herida cortante del cuero cabelludo con fractura del cráneo y cuyos bordes fueron mal reunidos. Sutura metálica y curación antiséptica.

Abril 14.—*Abertura* de un absceso subcutáneo del cuello, drenaje y curación antiséptica.

Abril 17.—*Laparotomía* y apertura de la cavidad abdominal por debajo de la región hepática, lavado extenso con agua esterilizada, inyección de éter yodoformado, drenaje y curación con gaza yodoformada, en caso de peritonitis parcial supurada.

Abril 19.—*Abertura* de un absceso subcutáneo del cuello, drenaje y curación antiséptica.

Abril 22.—*Iridectomía* por opacidad de la córnea en el ojo derecho consecutiva á keratitis.

Abril 24.—*Sesión* de galvano-cáustica química intrauterina en caso de perimetritis con exudados y empastamiento del lado derecho de la matriz.

Abril 25.—*Abertura*, con el bisturí, de un absceso profundo de muslo izquierdo, drenaje y curación antiséptica.

Abril 30.—*Trepanación* de las células mastoideas del lado derecho, lavado y curación con gaza yodoformada, en caso de absceso purulento de las mismas.

Mayo 1º.—*Raspado* de un trayecto fistuloso situado al lado izquierdo del torax y al nivel del noveno espacio intercostal, consecutivo á herida por arma punzante; taponamiento con gaza yodoformada.

Mayo 5.—*Enucleación* del globo del ojo derecho casi perdido, por causa de una oftalmia simpática en el izquierdo.

Mayo 9.—*Raspado* é inyección intrauterina con solución de nitrato de plata al 5 %, en caso de endometritis.

Mayo 10.—*Incisión* en el lado interno del pie izquierdo y raspado, en caso de tumor sarcomatoso intersticial (2ª operación).

Mayo 13.—*Uretrotomía interna* (uretrótomo de Maisonneuve) dejando una sonda de goma en permanencia durante 48 horas, por estrechez de la uretra.

Mayo 13.—*Raspado* con el bisturí, de manchas de la córnea consecutivas á la aplicación de cáusticos.

Mayo 14.—*Abertura*, con el bisturí, de un absceso subcutáneo, de la mano derecha.

Mayo 17.—*Laparotomía é histerecromía*, por fibroma uterino intersticial. (Obn. publicada en el número anterior).

Mayo 18.—*Punción* y apertura con el bisturí del fondo del saco de Douglas en el mismo caso de la histerecromía anterior.

Mayo 18.—*Raspado* y cauterización con el termo-cauterio de úlceras tuberculosas del cuello.

Mayo 19.—*Abertura* con el bisturí, lavado, cateterismo del conducto y curación antiséptica, en caso de absceso del saco lagrimal del lado derecho.

Mayo 21.—*Abertura* con la gubia y el cincel, de un absceso profundo de las células mastoideas. Taponamiento con gaza yodoformada.

Mayo 23.—*Reducción* con ayuda de la anestesia clorofórmica, de una luxación de la cabeza del femur izquierdo hacia fuera y atrás.

Marzo 25.—Colocación de un ojo artificial.

Mayo 31.—*Iridectomía*, en caso de manchas de la córnea consecutivas á la aplicación de cáusticos.

San Salvador, junio 15 de 1893.

RESEÑA HISTÓRICA DE LA OFTALMOLOGIA.

De ésta importantísima rama de la Cirugía, se tienen nociones desde los tiempos más remotos. Según algunos historiadores los Egipcios y los Griegos fueron los primeros en poseer algunos conocimientos en la práctica de las enfermedades de los ojos.

Entre los Egipcios, la oculística era ejercida por los sacerdotes que gozaban de mayor reputación.

Los Griegos tomaron de los Egipcios muchos de sus conocimientos oftalmológicos y en ellos la práctica revestía también el carácter sacerdotal.

Ya en la edad de Fundación y en el período filosófico, la Escuela de Alejandría, se dedica á un estudio más completo y más científico de las enfermedades de los ojos, pues en los libros de Celso y Galeno, se encuentran descripciones exactas de algunas afecciones externas del ojo como el Pterigión el Simblepharon, la fistula lagrimal y aún la catarata.

Mas desgraciadamente el progreso alcanzado en esta época, fue detenido en su curso por causas ignoradas y esta clase de afecciones fueron objeto de un empirismo grosero.

También los Romanos se dedicaron al ejercicio de esta rama, pues se encuentran en las colecciones arqueológicas, piedras gravadas que pertenecían á ellos y que se conocían con el nombre de *cachet des oculistes*.

Estas piedras indicaban á la vez el nombre del oculista, el remedio que habían inventado y la especie de afección para la cual se debía de emplear, fueron estudiadas por los anticuarios y por algunos médicos como Sichel, Tochon de Aunecy, Warlomont etc.

Entre los arabes, están Nhazés y Albucasis que se ocuparon sobre todo de las afecciones de las vías lagrimales y de los párpados.

En esta época fue cuando el monge Bacón, aprovechando sus estensos conocimientos de óptica, inventó las lentes convexas para remediar la presbicia.

Pero no es sino hasta en el siglo XVIII cuando la oculística tomó rápido desarrollo á causa de los trabajos de ciertos cirujanos y oculistas célebres, entre estos se puede citar al famoso Wolhouse y Taylor cuya casi exclusiva ocupación eran las cataratas.

Fue en Viena, hacia fines del siglo XVIII en 1773, donde se fundó la primera escuela oftalmológica oficial y gracias á esta fundación, debida á la iniciativa de Barth, la oftalmología recibió una nueva y notable impulsión.

Al mismo tiempo que se fundaban estos focos de instrucción en Alemania; Scarpa en Italia publicó un notable libro donde repudiaba las vanas promesas y teorías de los oculistas muy poco versados según él en las otras partes del arte y donde trazó la nómina de las principales enfermedades de los ojos conocidas de su tiempo y las operaciones que se les pueden aplicar.

En Inglaterra, hacia el año de 1804 Saunders, creó una Clínica para estas enfermedades.

Como se ve en casi toda Europa, se habían fundado escuelas de enseñanza oftalmológica y gracias á estas, á los trabajos que enjendraron y á las discusiones críticas que hicieron nacer, brotó más luz al calor de estas

discusiones y el estudio de estas enfermedades se enriqueció de nociones prácticas y útiles descripciones; pero casi todos estos estudios y trabajos se limitaron á las enfermedades externas del ojo, pareciendo representar el cristalino una barrera inexpugnable á las investigaciones científicas é infranqueables al menos sobre el viviente, todas las enfermedades internas eran confundidas y descritas en conjunto con el nombre de amaurosis, y era que faltaba uno de los más bellos descubrimientos modernos cual es el del Oftalmoscopio.

Gracias á este nuevo modo de investigación, debido á Helmholtz, es permitido examinar las partes internas del ojo y ha dado lugar á una serie de trabajos notables que han cambiado la faz de la oftalmología antigua, dando á esta rama un carácter verdaderamente científico.

Helmholtz y Cramer, determinaron los cambios que sufre el cristalino en el acto de la acomodación.

Se puede decir pues, que los progresos en oculística son debidos particularmente á los médicos alemanes á la cabeza de los cuales se deben colocar á Helmholtz, Donders y de Graefe.

J. E. C.

TRATAMIENTO DE LAS PERITONITIS.

(TÉSIS TRESSENTADA POR FRANCISCO PENADO Á LA JUNTA DIRECTIVA DE MEDICINA Y CIRUJÍA DE ESTA UNIVERSIDAD.)

EN las obras clásicas de Patología se encuentran trazados con exactitud los caracteres clínicos y anatomo-patológicos de las peritonitis. Su excesiva frecuencia y su extremada gravedad, son motivos suficientes para que en todas las épocas los autores se hayan dedicado á su estudio con gran interés científico; así vemos que en la actualidad es una enfermedad de las mejor conocidas; pero se ha hecho notar una deficiencia de los medios terapéuticos, pues no se le ha aplicado un tratamiento eficaz. En las últimas evoluciones científicas se ha tratado de hacer una innovación al tratamiento de las peritonitis, los trabajos emprendidos no han sido del todo confirmados por la experiencia, pues aun hay algunos puntos discutibles por los autores; pero no obstante, que esta innovación es de época reciente, ha recibido ya numerosas aplicaciones con éxito brillante para que constituyan un gran adelanto del dominio de la Terapéutica.

Muy raras veces la peritonitis es una enfermedad esencial, con más frecuencia es secundaria, y es bajo este punto de vista que la vamos á estudiar. Por su extensión es general ó localizada, y en cuanto á su curso es aguda ó crónica.

Su etiología es de las mejor conocidas y la multiplicidad de sus causas da origen á otras muchas variedades clínicas.

Por sus caracteres anatómo-patológicos puede ser adhesiva, exudativa, purulenta y séptica. (1)

Según M. M. Cornil y Ranvier (2) los fenómenos que presiden al de-

1) Terrillon—Clinique chirurgicale—1889.

sarrollo de la inflamación de la serosa peritoneal, como en toda serosa, consisten esencialmente en una proliferación epitelial y en la formación de exudados. He aquí lo que pasa en cada una de las formas indicadas:

En la peritonitis exudativa, como en la inflamación aguda de toda serosa, hay una secreción abundante de líquido que normalmente encierra; este líquido, como lo ha hecho notar Virchow, contiene una gran cantidad de una sustancia llamada fibrinógena, que es susceptible de transformarse en fibrina al contacto del aire; también sufre esta misma transformación bajo la influencia de los glóbulos rojos y del suero de la sangre después de haber sido coagulada. Y es por este último mecanismo, que en las serosas inflamadas viene á depositarse en su superficie una capa más ó menos considerable de fibrina. Este exudado fibrinoso se espesa por el depósito de nuevas capas, tiene una disposición reticulada, que contiene, entre sus mallas, gran cantidad de células de formas y dimensiones variables: las unas semejantes á los glóbulos blancos de la sangre y las otras parecen ser células epiteliales y células de mieloplaxas. La serosa y el exudado se encuentran bien limitados, y en algunos puntos están separadas por grupos de células epiteliales. La serosa está engrosada, su capa superficial no ha sido modificada, pero entre los haces de tejido conjuntivo subyacente se encuentra gran cantidad de células linfáticas; los vasos están muy dilatados. En esta primera fase de la inflamación, el líquido derramado en la cavidad es seroso, y tiene en suspensión, copos de fibrina, glóbulos rojos y glóbulos de pus.

Ulteriormente se forman vasos que se ramifican en la superficie de la serosa y penetran hasta en la cara profunda del exudado fibrinoso: este, y el líquido derramado se colorean de sangre; unas veces se presenta bajo la forma de manchas equimóticas disminadas sobre todo en su cara profunda; pero otras veces tanto el exudado líquido como el fibrinoso presentan una coloración roja uniforme. El proceso inflamatorio por la génesis de células embrionarias, viene á constituir falsas membranas muy vasculares que ocupan parte ó la totalidad de la cavidad peritoneal y sobrenadan en un líquido sanguinolento: el tejido conjuntivo presenta también una infiltración sanguínea. Esta inflamación puede terminar por supuración en cuyo caso, el líquido derramado en la cavidad contiene pus.

La peritonitis purulenta puede ser primitiva ó ser consecutiva á la variedad anterior. Por lo regular está ligada á otra afección y así se la ve desarrollarse en la fiebre puerperal, la infección purulenta, la tuberculosis, el cáncer del peritoneo &c. Si la inflamación purulenta sigue una marcha rápida, el tejido conjuntivo de la serosa se infiltra de glóbulos de pus, los vasos se dilatan y no se produce ningún exudado sólido: la cavidad peritoneal se llena de pus, que tiene en suspensión copos de fibrina que contiene entre sus mallas glóbulos granulo-grasientos. Si sigue un curso más lento, se forma primero en la superficie de la serosa un exudado fibrino purulento de constitución semejante á los copos fibrinosos que flotan en el pus. Cuando es consecutiva á una inflamación fibrinosa, se forman falsas membranas, espesas, vasculares, infiltradas de pus y de glóbulos sanguíneos: el líquido derramado sufre rápidamente degeneraciones, se reabsorbe en parte, se espesa; sus glóbulos se llenan de granuleciones grasosas, toma una consistencia caseosa de aspecto tuberculosos se colecciona en varios puntos y puede enquistarse en falsas membranas, El exudado sólido fibrino purulento sufre también la transformación caseosa y de su superficie se desprenden volgajos membranosos que flotan en la cavidad. En un período más avanzado de su evolución, la serosa es

considerablemente espesada y vascularizada, se establecen adherencias entre las asas intestinales, las paredes abdominales y los órganos vecinos, tienen consistencia fibrosa, filamentosa y puede llegar á obstruir la cavidad abdominal. Como consecuencia de estas adherencias quedan trastornos digestivos debidos á la inmovilidad, estrechamiento ó situación anormal de las asas intestinales.

La inflamación adhesiva es una interesante variedad, pues que, en algunos casos en que es localizada, es un medio de prevenir graves accidentes y asegurar la curación. Por lo regular es traumática, puede circunscribirse á la vecindad de la herida y revestir desde el principio el carácter adhesivo; en éste caso las superficies serosas inflamadas se encuentran en contacto inmediato, se produce un exudado plástico que se organiza rápidamente por la formación de tejido embrionario y de vasos, y se establece una fusión íntima. Es este, un medio de curación de las heridas viscerales y se opone á los derrames en la cavidad peritoneal. Estas peritonitis localizadas, producen también exudados sólidos que se organizan en falsas membranas y constituyen un medio favorable que permite enquistar materias derramadas en el peritoneo; otras veces la parte inflamada es asiento de una exudación de líquidos de naturaleza variable, seroso, purulento ó sero-purulento, se circunscribe por todos lados por falsas membranas espesas y constituyen esa forma tan bien descrita por M. Tillaux (3): la peritonitis enquistada.

Entre las peritonitis crónicas, la tuberculosa que es la más frecuente, merece algunos detalles. Los tubérculos del peritoneo se presentan bajo diferentes aspectos, lo que hace que varíen sus consecuencias. Se presentan en forma de granulaciones semi-transparentes, discretas, que ocupan el peritoneo visceral, los folículos intestinales están ulcerados y los vasos linfáticos que de allí emergen están hinchados y tuberculosos. A su nivel se observan peritonitis circunscritas, se forman adherencias y falsas membranas.—*Forma seca.*

En otros casos de tuberculosis peritoneal se encuentra en la superficie de la serosa, una erupción confluyente de granulaciones tuberculosas, miliares que producen una peritonitis que la caracteriza, principalmente una ascitis. El líquido derramado es cetrino, trasparente que tiene en suspensión algunos copos fibrinosos.—*Forma ascítica.*

La peritonitis tuberculosa reviste una forma más intensa cuando las granulaciones se depositan en los repliegues y en el tegido conjuntivo profundo del peritoneo. El mesenterio, el meso-colón y el epiplón mayor están engrosados considerablemente, á tal punto que el epiplón mayor llega á adquirir centímetro y medio de espesor. Este engrosamiento es debido á la infiltración sero-purulenta y á que las granulaciones tuberculosas se engruesan por la formación de tejido embrionario. El líquido derramado es puriforme y tiene en suspensión copos de fibrina; otras veces es sanguinolento, se observan equimosis y neo-membranas vasculares que se depositan en la superficie de la serosa, son gruesas, grasientas y en número considerable que cubren todas las vísceras abdominales.—*Forma purulenta.*

Los líquidos derramados se depositan en las partes declives, se rodean de falsas membranas y se enquistan.—*Forma enquistada.*

Por último: existe una variedad de peritonitis que va ligada á fenó-

(3) Tillaux.—Chirurgie-chn. II. P. 221. 1880

menos de septicemia, se produce cuando se absorben líquidos sépticos intra—peritoneales, por lo que se llama peritonitis séptica.

Estos detalles que nos suministra la Anatomía Patológica, no carecen de interés en la terapéutica de las peritonitis, pues como lo vamos á ver, sus diferentes formas no presentan las mismas indicaciones.

Ultimamente se ha practicado la laparotomía como tratamiento de las peritonitis; no es de aplicación general, tiene sus excepciones, por lo que se debe proceder con gran reserva. Aun hay algunos puntos discutibles, tal es, fijar el momento preciso de la intervención.

Etiológicamente presenta otras variedades clínicas que interesa conocer para la terapéutica que hay que instituir.

En primer lugar, tenemos la peritonitis traumática que es muy frecuente. Al Hospital General constantemente llegan individuos gravemente heridos, amenazados ó atacados por esta terrible complicación y que reclaman una intervención activa, por lo que principalmente me ocuparé de esta forma.

Puede sobrevenir en dos circunstancias: el traumatismo puede ejercer su acción sobre los órganos internos sin producir abertura de la pared abdominal, como sucede en una contusión ó un choque violento, y en otros casos hay perforación de la pared abdominal como en las heridas por proyectil, por instrumentos cortantes ó punzantes. En uno y otro caso puede haber roturas viscerales que hace que viertan su contenido en la cavidad peritoneal, como líquidos de la vejiga y vesícula biliar, derrames sanguíneos y de gases ó materias contenidas en el tubo digestivo. Algunas horas después se desarrolla una peritonitis aguda. En estas circunstancias los cirujanos recomiendan, abrir el abdomen, extraer los cuerpos extraños y suturar las heridas viscerales. La indicación es muy racional. Pero hay un punto que ha suscitado grandes discusiones entre los cirujanos, cual es, precisar el momento de la intervención después del accidente primitivo.

La Sociedad de Cirujía de París (4) últimamente ha tratado de resolver esta cuestión; pero la diversidad de opiniones no ha permitido llegar á una conclusión definitiva. La dificultad parece depender de precisar el diagnóstico: hay casos en que los derrames intra—peritoneales son evidentes; así, en las heridas penetrantes salen á veces al exterior materias intestinales ó se reconocen al hacer la exploración; en este caso no debe vacilarse en practicar la laparotomía. Otro caso que reclama una intervención inmediata es la hemorragia interna. Unas veces se revela por un escurrimiento sanguíneo al exterior y cuando este no existe, se debe recurrir á la palpación y á la percusión; el estado particular del herido conocido con nombre de choc; debilitamiento considerable del pulso, respiración anhelante y entrecortada, abajamiento de la temperatura, resfriamiento de las extremidades y un sudor frío, revelan una hemorragia intra—peritoneal. El caso es alarmante. La operación á veces viene á agravar la situación, pues aumenta el colapso; pero la hemorragia abandonada á sí misma, tiene que producir la muerte, y hay casos en que una intervención á tiempo que permita cohibir la hemorragia, produzca buenos resultados.

En otros casos no se presenta ningún síntoma inmediato que revele la gravedad de la herida, como en las heridas penetrantes que no producen derrame ó en las heridas contusas que producen roturas de los órga-

(4) Rev. de Chir. T. X. 1890.

nos internos sin producir abertura de la pared abdominal; hasta que aparecen todos los síntomas de una peritonitis. Aquí es precisamente donde las opiniones de los cirujanos están divididas. Unos creen que en toda herida abdominal complicada debe hacerse la laparotomía lo más pronto posible para suturar la perforación, prevenir el derrame y la peritonitis consecutiva; mientras que otros aconsejan la expectación para intervenir al menor síntoma alarmante, por la razón, de que es posible, que se verifique una curación espontánea, para lo cual, no solo citan numerosos hechos, sino también que explican el mecanismo que en dichos casos ayuda á los esfuerzos de la naturaleza; así, en las heridas del intestino, se produce un ranversamiento de la mucosa que se insinúa entre los labios de la herida, forma hernia en la cavidad peritoneal y constituye así un tapón mucoso que impide que los líquidos intestinales se derramen en el peritoneo. Según algunos autores, el papel protector del tapón mucoso, tiene el inconveniente de ejercer la acción de un agente séptico que puede infectar la cérea y producir una peritonitis séptica. Cuando no existe el ranversamiento de la mucosa, puede también prevenirse el derrame intra-peritoneal, por una inflamación adhesiva y el establecimiento precoz de adherencias entre el órgano herido y el peritoneo parietal ó cualquiera de las vísceras inmediatas. Por último, hay otro mecanismo que se observa principalmente en el estómago: la falta de paralelismo entre los labios de la herida, debido á la gran movilidad y desigual retractilidad de sus diversas capas.

Por lo expuesto, y por gran número de hechos auténticos, se ve, que es posible obtener una curación espontánea, lo que induce á obrar con más reserva; en estos casos se limitará á prescribir reposo, opiados, dieta, curaciones antisépticas; y cuando el diagnóstico suele ser más oscuro, viene á confirmarlo la aparición de la peritonitis; esta no nos da á saber que existe perforación visceral, pues casi todas las heridas penetrantes la producen (93%) (5); nos indica principalmente que no se ha verificado la organización de los labios de la herida y que se ha producido un derrame en el peritoneo ó que ha habido una infección. Así, la mayor parte de los autores, entre los cuales se encuentran M. M. Trélat, Reclus, Terrillon, &, opinan que debe practicarse la laparotomía al presentarse el menor síntoma de peritonitis.

Hay algunas observaciones en apoyo de esta opinión. M. Moty (6) presenta un hecho importante: Un soldado recibe de un caballo una fuerte contusión en el abdomen; al cabo de una hora presenta vómitos biliosos, estaba en ayunas, se le prescribe dieta y reposo absoluto; á las dos horas, dolores vivos en el vientre; á las cinco horas peritonitis confirmada; á las cinco horas y media se le hizo la laparotomía. El intestino estaba ya congestionado y dilatado, una asa intestinal presentaba una herida bastante grande, se practicó la sutura por cuatro puntos separados, después se lavó el peritoneo con agua boratada caliente y se cerró el abdomen. Los accidentes cesaron y se obtuvo la curación.

M. M. Bouilly y Henry Sands relacionan otros casos en que han operado cuando la peritonitis ha estado ya generalizada y han obtenido la curación.

A este Hospital General llegó un hombre con una herida penetrante del abdomen con hernia del intestino bastante infectada, se le desinfectó

(5) Rev. de Chir. T. X. Pág. 138.—1890.

(6) M. Moty Rev. de Chir. T. X. Pág. 137.—1890.

y se le redujo. Entró al servicio del Dr. T. G. Palomo. Consecutivamente le sobrevino una peritonitis generalizada: le hizo la laparotomía y una contra-abertura en la región dorsal para colocar tubos de drenaje: lavados del peritoneo con agua hervida. Disminuyeron los vómitos y la fiebre. Terminó por la curación.

Los M. M. Reclus et Nogués (7) han formado un cuadro estadístico donde se encuentran bastantes hechos importantes.

Estos principios no siempre podrán ser aplicados conforme queda indicado, pues las más veces, los enfermos se encuentran en condiciones desfavorables, cuando la peritonitis está ya muy avanzada; pero nunca será tarde para intervenir.

Otra forma de peritonitis que reclama una intervención quirúrgica, es la que sobreviene en el curso de ciertas enfermedades del abdomen. Las más frecuentes son la tifitis ó peritifitis, ulceraciones del intestino, úlcera redonda del estómago. Todas estas afecciones pueden producir perforaciones espontáneas y determinar derrames en la cavidad abdominal. La ruptura de un absceso, de un tumor, de un embarazo extrauterino, ó de una pío-salpingitis que vierten su contenido en la cavidad, son otras causas de la peritonitis. Con frecuencia sucede que en estos casos se tiene que intervenir muy tarde, cuando el enfermo se encuentra en malas condiciones operatorias. M. Terrillon (8) cita dos casos de peritonitis aguda consecutivas á la ruptura de quistes del ovario en quienes la laparotomía produjo la curación.

En el primer servicio de cirugía de este Hospital á cargo del Dr. T. G. Palomo se han presentado los casos siguientes: Una mujer con una peritonitis supurada por una pío-salpingitis en que se abrió el saco en el peritoneo. Llegó en un estado alarmante. Se le hizo la laparotomía: había una enorme cantidad de pus en el peritoneo. Drenaje en el fondo de saco de Dúgias y lavado. Murió pocas horas después. Esta mujer se creyó que moriría á las pocas horas de su llegada, se le hizo la operación por ser único medio de curación.

Últimamente se presentó otra mujer con los síntomas siguientes: hacia el lado derecho del abdomen ligera sensación de fluctuación, sensibilidad exagerada á la presión, dolores espontáneos, fiebre con ligeros calofríos por la tarde; agotamiento rápido.

Diagnostico: Peritonitis supurada?

Se le hizo una punción exploradora con agujas de platina con iridio esterelizado y salió una cantidad de un líquido purulento. Se hizo la abertura del abdomen. Drenaje y lavados con agua hervida—Curada.

La intervención quirúrgica en las peritonitis tuberculosas data de algún tiempo; las primeras aplicaciones fueron siempre por error de diagnóstico: en la práctica de operaciones por otras afecciones se encontraban por casualidad en presencia de tubérculos del peritoneo. Los resultados eran satisfactorios. Estos hechos llamaron la atención y últimamente se ha practicado la laparotomía con un fin terapéutico en las peritonitis tuberculosas. Es necesario distinguir las formas. En la tuberculosis infiltrada, cuando es una erupción miliar generalizada á todo el peritoneo, no tienen influencia los medios quirúrgicos; en la forma ascítica y la que se acompaña de derrames purulentos, es donde produce buenos resultados.

En la actualidad existen gran número de hechos auténticos de cura-

(7) Reclus et Nogués Perf. Traum.—Rev. de Chir. 1890.

(8) Terrillon Clin. Chir. Pág. 492.—1889.

ción de peritonitis tuberculosas. M. Koenig (9) ha reunido gran número de observaciones;—en 107 de las cuales, 14 los son personales, se han obtenido 84 curaciones, lo que da una proporción de más de un 75%. Pero ha sido más riguroso en calificar las curaciones y no considera como curados más que los que tienen por lo menos dos años de haberle desaparecido los accidentes primitivos: de estos casos solamente tiene 30 en su estadística; de los cuales 16 tenían de 2 á tres años, y los otros 14 más de 3 años, lo que da una proporción de un 25%, cifra bastante satisfactoria para una enfermedad considerada como incurable.

M. Terrillon presenta un caso de peritonitis tuberculosa de forma seca: desprende las adherencias, hizo un lavado del peritoneo con solución fenicada, el enfermo caquético fué recuperado rápidamente.

M. Richelot, ha obtenido dos curaciones en dos enfermos atacados de peritonitis tuberculosa de forma ascítica.

Hay otros muchos casos que sería largo enumerarlos.—Los modos de intervención que se han seguido han variado: unos se limitan á extraerlos líquidos derramados en el abdómen, otros hacen lavados con líquidos, antisépticos é insuflaciones de polvos de iodoformo; pero más generalmente se emplea el agua hervida. Si existen tubérculos inquistados, se extirpan.

La peritonitis puerperal reviste dos formas distintas: en la primera hay una infección general, una septicemia que toma su origen en la cavidad uterina; la inflamación del peritoneo no se presenta más que como un fenómeno secundario en el curso de esta enfermedad. Contra esta forma es infructuosa toda tentativa quirúrgica, pues la infección ya se ha generalizado. Los trabajos que en este sentido se han emprendido por algunos cirujanos no han dado buenos resultados. En la segunda forma no hay infección general, está localizada al peritoneo; en estas condiciones se han obtenido buenos resultados, pues se trata de una afección local accesible á los medios quirúrgicos.—Terrillon. (10)

La inflamación de ciertos órganos puede extenderse al peritoneo inmediato y determinar una peritonitis por propagación, como ejemplo de esta forma tenemos las pelvi-peritonitis. La inflamación de la mucosa uterina se propaga á las trompas y determina una salpingitis, de aquí se propaga al ovario y al peritoneo con el cual se continúa para provocar una pelvi-peritonitis.

Según M. Terrillon, cuando la inflamación es violenta, es recomendada la operación como único medio de salvar á la enferma.

En la oclusión intestinal, la inflamación se propaga al peritoneo que le rodea y de aquí puede generalizarse.

Del estudio que precede se deducen las indicaciones que justifican el tratamiento quirúrgico de las peritonitis. No puede dudarse que es un método terapéutico de gran valor, pues así lo confirman las estadísticas. Muchas de estas afecciones que se consideraban su recurso, ahora por su medio son llevadas á feliz término, cualquiera que sea su causa ó su naturaleza. No todas las formas reclaman una intervención rápida, si está formalmente indicada en la peritonitis purulenta y en la aguda acompañada de lesión visceral, no es lo mismo en la tuberculosa cuya intervención no es de tanta urgencia. Los autores recomiendan, *intervenir á tiempo*.

El manual operatorio es el siguiente: se debe tener á la mano todos los instrumentos necesarios para una laparotomía y esponjas asépticas.

(9) Koenig.—Congrés de Berlín.—Rev. de Chir. T. X. Pág. 892—1890.

(10) Terrillon Clin. Chir.—1889.

El primer cuidado es hacer una desinfección de la pared abdominal rasurando y lavando con jabón sublimado y en general, antisepsia rigurosa. La incisión, á menos de indicación especial como en una peritonitis localizada, se hará en la línea media. Abierto el abdómen se revisan los diversos órganos y se busca la causa de la peritonitis; después de reparada la lesión, se limpia perfectamente la cavidad peritoneal por medio de un lavado, á fin de extraer todo cuerpo extraño como pus, sangre ú otros líquidos, falsas membranas &c, y prevenir en estas maniobras una infección de la cavidad peritoneal; para esto recomiendan el agua filtrada y hervida, pues los líquidos antisépticos pueden producir algunos accidentes. Por último, se termina la operación colocando drenajes con el fin de prevenir, que la secreción de nuevos líquidos que puedan hacerse sépticos, se detengan en la cavidad peritoneal; para esto se toman tubos de caucho de grueso calibre y paredes espesas, se colocan en el fondo de la herida y pueden emplearse hasta en número de tres ó cuatro en diferentes direcciones según los casos. También se emplean tapones de gasa yodofornada que se introduce en toda la extensión de la herida; es un medio excelente que tiene la ventaja de ser perfectamente aséptico, y que permite por capilaridad el escurrimiento de los líquidos.—Terrillon (11).

En este imperfecto trabajo, he puesto de manifiesto los progresos que se han hecho sobre el tratamiento de las peritonitis, á fin de llamar la atención sobre este nuevo método curativo, que produce maravillosos resultados en aquellos casos en que se han agotado los esfuerzos del tratamiento médico.

FRANCISCO PENADO.

San Salvador, Mayo 29 de 1893.

MISCELANEA

NUESTRO estimado amigo el señor don Francisco Penado, obtuvo el 3 del mes próximo pasado, el título de Doctor en la Facultad de Medicina y Cirujía de nuestra Universidad. Su examen fué lucido, y no podía ser de otra manera, á juzgar por el trabajo científico que presentó á la Honorable Junta respectiva.

Dicho trabajo encierra lo nuevo que se ha hecho y escrito sobre dicho tema pues apartándose de la senda trillada de los más, que cumplen con el precepto Universitario, buscó la observación como su único guía, y esta le brindó hechos positivos y evidentes para confirmar sus teorías.

Como se ve las observaciones las recogió el Señor Penado en nuestro Hospital, en la 1ª Sección de Cirujía á cargo del Doctor Tomás G. Palomo.

Damos publicidad á dicha Tesis, para su lectura por los amantes del progreso científico del Salvador. Mientras tanto enviamos al joven Penado, nuestras entusiastas felicitaciones.

NUEVOS CANJES.—“Las Tres Américas” y “La Gaceta de Policía” de Nueva York; “La Nueva Enseñanza de esta capital; “El Zancudo” de San Miguel, y “El Eco Estudiantil”, órgano de la sociedad “Amantes del Estudio” de Sonsonate, fundada por los alumnos del Liceo “San Agustín” á quienes deseamos muy buen éxito en las nobles tareas á que se han dedicado.

(11) Terrillon—Cin. Chir.—1889.

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 del 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 instituída 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 á 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 Lozano.—Belisario Calderón. — R. Rivas. — A. Valdés, Srio.

LISTA DE AGENTES

Santa Ana	Doctor	Federico V. Serrano
San Miguel	„	Juan Sierra.
San Miguel.....	„	salvador A. Zelaya.
Sonsouate	„	Napoleón Díaz.
Atiquizaya.....	„	Manuel Castellanos.
Chisameca	„	Manuel Funes.
Idem.	„	Joaquín M. Palacios
Cojutepeque	„	Joaquín Revelo.
Suchitoto	„	José Peña Martel.
Usulután	„	Federico Penado.
La Unión	„	Narciso Sosa.
Chalatenango	„	Miguel Peña.
Guatemala	Bachiller	Benigno F. Valdés.
Managua (República Nicaragua)	Doctor	Federico Muñoz.
Rivas	„	Zacarías Velásquez.
Se solicitan Agentes en los demás Departamentos de esta República.		

• LA CLINICA •

Se publica 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 adelantados; el número suelto doce y medio centavos.

Está de venta en esta capital en los lugares siguientes: Farmacia del Dr. F. Araniva y Hospital General.

A V I S O

“La Clínica” se canjea con todos los periódicos. Toda obra que se remita por su autor ó editor, tiene derecho á la publicación de un aviso por tres veces, y á un juicio crítico, si enviare dos ejemplares.