

# LA CLÍNICA

ÓRGANO DE PUBLICACIÓN  
DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS DEL HOSPITAL GENERAL

SERIE II.—N. 8.

## CONTENIDO:

- I. Trabajos clínicos en la 1ª Sección de Cirujía á cargo del doctor Tomás G. Palomo. — II. Cuadro de las operaciones practicadas en la misma Sección, recogidos por J. Max. Olano. — III. Mielitis ascendente aguda, por G. C. — IV. El Nuevo Hospital. por S. Martínez Robelo. — V. Reflexiones sobre el pronóstico y tratamiento de las rupturas del bazo, por E. Vincent; traducción hecha por F. Vides. — VI. Miscelánea.

PUBLICACION MENSUAL

OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1893.

SAN SALVADOR.

TIPOGRAFÍA "LA LUZ", CALLE DE MORAZÁN, 31.

## REDACTORES:

LOS PRACTICANTES INTERNOS DEL HOSPITAL.

---

OFICINA DE REDACCION:

**HOSPITAL GENERAL**

---

# LA CLÍNICA

ORGANO DE PUBLICACION

DE LOS TRABAJOS CIENTIFICOS DEL HOSPITAL GENERAL.

SERIE II. SAN SALVADOR, DICIEMBRE DE 1893. NUM. 8.

Editor,  
BR. P. MOISÉS N. TICAS.

Administrador,  
BR. P. J. MAXIMILIANO OLANO.

## TRABAJOS CLÍNICOS

EN LA 1ª SECCIÓN DE CIRUJÍA Á CARGO DEL DR. DON TOMÁS G. PALOMO.

LITIASIS BILIAR. — COLECISTOTOMIA. — CURACIÓN. — Y  
C. de 55 años de edad, temperamento bilioso, entró á este servicio el 21 de diciembre del año próximo pasado; dice haber gozado siempre de buena salud, que únicamente hace dos años recibió un golpe en el tórax, sobre la región hepática y veinte días después le acometió fuerte dolor al mismo lado, acompañándose de vómitos y acceso de fiebre; pero todo se restablece, hasta que un día antes de su venida, se le presenta de nuevo el mismo cortejo de síntomas mucho más acentuados; al examen se encuentra: dolor intenso en toda la región del hígado, mucho más marcado en el borde anterior de este órgano, en cuya parte media se ve un pequeño abombamiento de la pared correspondiente á la vesícula biliar bastante distendida; hay vómitos verdosos, pulso lleno y frecuente, fiebre alta, (41° C.), tinte icterico de la conjuntiva, orinas rojas, escrementos fétidos y blancos y agudos cólicos repetidos á cortos intervalos.

El mismo día se prescribe: purgante oleoso, cataplasmas emolientes en el lugar doloroso, poción de hidrato de cloral y lavativa purgante.

El día 22, cloroformizado el enfermo se practica la colecistotomía. Previamente desinfectada la región, el cirujano hizo una incisión sobre el punto correspondiente á la vesícula, verticalmente y de seis centímetros de largo, profundizada con cuidado y encontrada la pared de aquella se le hizo

una abertura y acto continuo se suturaron sus bordes á los de la pared abdominal con puntos separados de catgut.

Se escapó primero un líquido blanco trasparente de consistencia siruposa, después bastante cantidad de bilis al principio de coloración amarillenta y por último verde. En seguida explorando la vesícula con una pinza se encontró el cálculo que fue extraído sin dificultad. El cálculo es pequeño del tamaño de un frijol grande, muy duro y de color negruzco. Se hizo un lavado con solución boratada tibia y se puso curación seca antiséptica. La temperatura en la tarde del día de la operación fue de  $39^{\circ}$ , posteriormente fue siempre normal.

Al día siguiente se cambia la curación. Se tomó un poco de bilis y concentrándola un poco por el calor se hizo su análisis tratándola por el ácido sulfúrico, con cuyo reactivo dió coloración rojo violácea característica de la presencia de pigmentos biliares.

Diariamente se cambian las curaciones, porque el derrame abundante de bilis que casi toda se dirige al exterior mantiene aquellas siempre impregnadas. De cuando en cuando se administra al enfermo un purgante oleoso, debido á la constipación un poco tenaz que existía; los excrementos son siempre fétidos y del mismo color.

El día 9 de enero se practicó el cateterismo del conducto colédoco con una bujía metálica de Guyon nº 27, el enfermo acusó mucha sensibilidad. A esta fecha los dolores han desaparecido, solamente hay digestiones difíciles y enflaquecimiento, el paciente pesa 109 libras.

El 2 de febrero se avivaron los bordes de la fístula biliar, se pusieron suturas metálicas las que fueron retiradas al 8º día; con los esfuerzos de defecación se abrió de nuevo paso la bilis, el 4 de marzo se intentó otra vez la obliteración del orificio de salida pero sin ningún resultado, hasta que el 21 del mismo mes se hizo un desbridamiento de toda la cicatriz, raspado y buscando los bordes de la vesícula se suturaron con hilo de catgut, colocándose suturas profundas con hilo de plata. Esta vez se dejan los hilos durante 12 días, quitados los cuales se vió una cicatrización completa.

El enfermo abandona el hospital el día 14 de abril último, ha ganado 9 libras de peso, no siente dolor ni molestia alguna en la región hepática, sus digestiones son fáciles y los excrementos han adquirido su coloración normal.

PROLAPSO COMPLETO DEL RECTO. — RECTOPEXIA. — MUERTE. — M. D. de 45 años de edad, albañil, llega á este servicio el 20 de enero de este año; sufre de un prolapso completo del recto que se le empezó á formar hace 4 años poco más ó menos. El enfermo presenta un estado caquéctico muy marcado, debido en su mayor parte á la abstinencia tan prolongada á que él propio se había sometido por causa de lo muy penoso que le és el acto de la defecación. El recto prolapsado se reduce con poca dificultad, pero al menor esfuerzo en la posición sentada se reproduce, causando al enfermo acerbos dolores.

A consecuencia de la indocilidad del paciente, pues rehusa toda especie de alimento y preparados medicinales, no se pudo establecer un buen régimen reconstituyente y preparativo al mismo tiempo de la antisepsia interior.

Sin embargo á viva fuerza se logra hacerle tomar algunas sustancias líquidas y un poco de salol por tres días consecutivos. La víspera de la operación se administra más salol en lavativas.

El día 8 de febrero y cloroformizado el enfermo previa inyección subcutánea de morfina, se hace una incisión de 15 centímetros de longitud al lado izquierdo del hipogastrio, se incide el peritoneo con tijeras abotonadas é introduce el cirujano toda la mano para buscar el recto y tirar de él, mientras que un ayudante secunda esta acción introduciendo el dedo por el ano y empujando en la dirección de la S iliaca. Tenido así el órgano en su nueva posición se colocaron varias suturas con hilos de catgut, tomando los dos quintos de la serosa del intestino y la serosa parietal. No hubo hernia de los órganos, se hizo la *toilette* peritoneal y pusieronse varias suturas con hilo de plata y crin de Florencia en la pared abdominal.

Se pone una curación seca antiséptica. La operación duró 30 minutos y no hubo la más ligera hemorragia.

*Prescripción:* opio y poción alcohólica con extracto de quina. Al día siguiente el enfermo tuvo bascas. Se le inyecta un centígramo de clorhidrato de morfina y se manda darle alimentación forzada debido á que persiste obstinadamente en no tomar cosa alguna.

Febrero 10. — Se cambia la curación y se ponen dos inyecciones hipodérmicas de morfina. Hay náuseas y ligero dolor.

Febrero 11. — Se nota la retracción de los bordes de la herida, por lo que se colocan nuevos puntos de sutura metálica. Continúan las náuseas y la repugnancia del enfermo por los alimentos.

Febrero 12. — No hay bascas, Nótase un principio de gangrena en la parte superior de los bordes de la herida. Curación húmeda antiséptica. Estado de adinamia completa.

Febrero 13. — Muerte. El pulso y la temperatura fue siempre normal.

---

## CUADRO

DE LAS OPERACIONES PRACTICADAS EN LA 1.<sup>a</sup> *sección de cirugía*  
 Á CARGO DEL DR. DON TOMAS G. PALOMO, DURANTE LOS MESES DE MAYO,  
 JUNIO, JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE  
 DE 1893.

---

Agosto 18. — *Extirpación* de un quiste sebáceo del cuero cabelludo (por el Dr. R. Bengoechea).

Agosto 25. — *Abertura* con el bisturí de un absceso de las células mastoideas, lavado antiséptico y taponamiento con gasa yodoformada. (curado).

Septiembre 19. — *Raspado* de trayectos fistulosos de las células mastoideas en una niña de 8 años. Lavado antiséptico y taponamiento con gasa yodoformada.

Noviembre 7. — *Trepanación* de las células mastoideas con la guvía y el cincel, raspado, lavado antiséptico y taponamiento con gasa yodoformada en el mismo caso anterior.

---

Mayo 4. — *Iridectomia* en caso de opacidad de la córnea consecutiva á viruela. (mejorado).

Mayo 14 y 21. — *Sesiones* de TATUAGE en el mismo individuo de la iridectomia anterior.

Junio 22. — *Iridectomia* del ojo derecho por opacidad de la córnea consecutiva á viruela. (mejorado).

Julio 11. — *Desbridamiento* de la cicatriz y anaplastia por desliz en caso de ectropión cicatricial del párpado inferior. (1.<sup>a</sup> operación).

Julio 13. — *Desbridamiento* de la cicatriz y anaplastia por

desliz, en caso de antigua herida del párpado inferior y ectropión cicatricial. Suturas con crin de Florencia. (curado).

Julio 20. — *Iridectomia* en ambos ojos, por opacidad de la córnea consecutiva á viruela. (mejorado).

Julio 31. — *Desbridamiento* de la cicatriz y anaplastia por desliz por ectropión cicatricial del párpado inferior. — (Curado. — 2.<sup>a</sup> operación).

Agosto 11. — *Resección* de los cartílagos tarsos superiores y suturas con seda en caso de triquiasis (curada).

Agosto 19. — *Extirpación* de un pequeño quiste dermoideo de la región superciliar derecha [anestesia local por la cocaína. — Dr. R. Bengoechea].

Setiembre 16. — *Extracción* en un solo tiempo, por catarata blanda del ojo derecho. [buen resultado].

Octubre 2. — *Iridectomia* en caso de glaucoma crónico. [mejorada].

Octubre 27. — *Extracción* de un cuerpo extraño implantado en la córnea. [anestesia local por cocaína].

Noviembre 3. — *Iridectomia* por opacidad de la córnea consecutiva á viruela. [mejorado].

Noviembre 21. — *Extracción* de una catarata blanda senil del ojo derecho. La del izquierdo presentaba sinequias fuertes posteriores. [resultado satisfactorio].

Diciembre 26. — *Amputación* del segmento anterior del globo ocular izquierdo en la misma enferma de la operación anterior.

Diciembre 27. — *Iridectomia* en ambos ojos por glaucoma crónico. [mejorada].

Diciembre 31. — *Enucleación* del globo del ojo derecho por traumatismo de éste y síntomas de oftalmia simpática en el izquierdo. Dicho traumatismo databa de 30 años. En la autopsia del ojo se encontró ausencia completa del cristalino y en lugar del cuerpo vítreo un líquido amarillento y un depósito calcáreo de forma irregular. [curado].

Julio 21. — *Extirpación* con el bisturí de un rinoscleroma, solamente en la fosa nasal derecha y levantando el ala de la nariz; cauterización con el galvano-cauterio. [mejorado].

Julio 24. — *Abertura* con el bisturí, de un absceso subcutáneo de la mejilla.

Agosto 29. — *Extirpación* de un tumorcito papiliforme del labio superior en un niño. [Dr. R. Bengoechea].

Octubre 17. — *Cauterización* con el galvano-cauterio en caso de rinoscleroma de las fosas nasales, [anestesia local por la cocaína].

Octubre 25. — *Cauterización* con el galvano-cauterio por rinoscleroma. [Anestesia local].

Octubre 28. — *Extirpación* con el bisturí y cauterización con el galvano-cauterio, levantando el ala de la nariz por rinoscleroma. [Anestesia local].

Octubre 30. — Raspado y cauterización con el galvano-cauterio por rinoscleroma. [Anestesia local].

Noviembre 3. — *Incisión* con el cuchillo galvánico para ensanchar la abertura bucal, casi obliterada por rinoscleroma que ha invadido ambos labios.

Noviembre 8. — *Cauterización* con el galvano-cauterio en caso de rinoscleroma. [Anestesia local].

Noviembre 16. — *Cauterización* con el galvano-cauterio por rinoscleroma de las fosas nasales. [Anestesia local].

Diciembre 3. — *Cauterizaciones* con el galvano-cauterio en dos casos de rinoscleroma. [Anestesia local].

Diciembre 12. — *Cauterizaciones* con el galvano-cauterio en dos casos de rinoscleroma. [Anestesia local].

Diciembre 13. — *Cauterización* con el galvano-cauterio en un caso de rinoscleroma de las fosas nasales. [Anestesia local].

Diciembre 24. — *Cauterizaciones* con el galvano-cauterio en dos casos de rinoscleroma. [Anestesia local].

Agosto 12. — *Resección* de toda la rama ascendente derecha del maxilar superior por sarcoma simple de este hueso, lujándose el cóndilo y haciendo un raspado con la cureta de los tejidos blandos sospechosos. Taponamiento con gasa yodoformada. [curado].

Mayo 5. — *Cauterización* con el termo-cauterio de úlceras tuberculosas del cuello. — Curación húmeda antiséptica.

Julio 19. — *Abertura* con el bisturí, de un absceso tuberculoso del cuello.

Agosto 2. — *Extirpación* de ganglios tuberculosos del cuello.

Agosto 20. — *Extirpación* por arrancamiento de ganglios tuberculosos del cuello. (Dr. Ramón Bengoechea).

Setiembre 18. — *Extirpación* de ganglios tuberculosos del cuello.

Octubre 7. — *Abertura* con el bisturí, lavado antiséptico



y drenaje de un quiste cebáceo reblandecido desarrollado sobre un bocio.

Noviembre 10. — *Extirpación* con el bisturí y las tijeras de ganglios tuberculosos del cuello.

Noviembre 13. — *Abertura* con el bisturí de abscesos tuberculosos del cuello.

Mayo 15. — *Abertura* con el bisturí de un absceso subperiostal de la 10ª costilla izquierda, taponamiento con gasa yodoformada. [curado].

Junio 16. — *Extracción* de un proyectil en la región dorsal. — Curación húmeda antiséptica.

Junio 18. — *Extirpación* de la mama izquierda y de un ganglio voluminoso de la axila en caso de cáncer. Incisión elíptica, resección de casi todo el pectoral mayor, suturas metálicas y drenaje. Reunida por primera intención. [curada].

Junio 19. — *Extracción* de un proyectil [cal. 44] al nivel del ángulo interno del homóplato derecho, por herida penetrante del pulmón del mismo lado.

Julio 20. — *Operación del empiema* en caso de pleuresia purulenta del lado izquierdo, gran lavado con solución tibia debil de sublimado, drenaje y curación antiséptica.

Setiembre 12. — *Abertura* con el bisturí, de un absceso de la mama izquierda, drenaje y curación antiséptica.

Setiembre 18. — *Abertura* con el bisturí, de un gran absceso subcutáneo de la región dorsal, drenaje y curación antiséptica.

Octubre 29. — *Abertura* con el bisturí, de un gran absceso de la región dorsal, drenaje y curación antiséptica.

Noviembre 1º — *Operación de Estlander* en caso de pleuresia purulenta del lado izquierdo, [resección de 4 costillas] lavado con solución tibia debil de sublimado, drenaje y taponamiento con gasa yodoformada.

Noviembre 23. — *Nefrotomía* del riñón derecho dando inmediata salida á gran cantidad de pus, extracción de numerosos cálculos pequeños de los cálices, en caso de *pionefrosis*. Lavado con agua esterilizada, drenaje y taponamiento con gasa yodoformada. [muerte por Shok].

Mayo 22. — *Incisión* subcutánea con el bisturí [previa anestesia local por la cocaina] rotura de la bolsa y masaje en

caso de quiste sinovial del puño. Curación antiséptica. [1ª operación].

Mayo 30. — *Resección* del radio izquierdo, raspado y taponamiento con gasa yodoformada en caso de fractura mal consolidada del tercio medio. [2ª operación].

Junio 15. — *Reducción* y aplicación de un aparato inamovible en caso de fractura completa del húmero izquierdo en su tercio inferior.

Junio 15. — *Abertura* con el bisturí y sicción completa de la bolsa en caso de quiste recidivante de la sinovial del puño. Anestesia local por la cocaína [2ª operación].

Agosto 1º — *Resección* del codo, taponamiento con gasa yodoformada y aplicación de un aparato amovo-inamovible, en caso de herida cortante de la articulación del codo con fractura de la extremidad del húmero.

Agosto 30. — *Amputación* en el tercio medio del brazo izquierdo de un niño [colgajo circular], por herida contusa del brazo y antebrazo con machacamiento de los tejidos y fractura conminuta del húmero y radio. Drenaje y curación antiséptica. [curado].

Octubre 6. — *Reducción* y aplicación de un vendaje de Desault, por luxación de la cabeza del húmero izquierdo hacia abajo y adentro.

Octubre 17. — *Amputación* del dedo en la primera falange, por panadizo del dedo anular con cáries de los huesos.

Noviembre 9. — *Reducción* y aplicación de un vendaje de Desault, por luxación del hombro izquierdo.

Noviembre 23. — *Resección* total del codo derecho en un niño, por luxación antigua con anquilosis. Se resecoó del cúbito y radio dos centímetros, y dos y medio del húmero, sutura y aplicación de un aparato amovo-inamovible. Reunida por primera intención. [Muy buen resultado. Puede hacer sus movimientos de extensión y flexión bastante grandes.

Diciembre 11. — *Cauterización* con el termo-cauterio de úlceras de la mano y antebrazo derechos consecutivas á linfangitis. Curación húmeda.

Diciembre 24. — *Disección* de la cicatriz, raspado y rotura de los nuevos tejidos articulares, por movimientos forzados, en caso de herida cortante, luxación y anquilosis en extensión, de la articulación del codo. Curación húmeda antiséptica con vendaje en flexión forzada. [Buen resultado].

---

Mayo 24. — *Raspado* de fistulas urinarias después de haber practicado una uretrotomía, de la región perineal izquierda. Taponamiento con gasa yodoformada. [curado].

Junio 13. — *Amputación* de la pierna izquierda en su tercio medio [á colgajo circular], en caso de sarcoma intersticial del pié invadiendo la pierna. [curado].

Julio 4. — *Abertura* con el bisturí, drenage y curación antiséptica de un gran absceso subcutáneo de la región sacroiliaca izquierda.

Julio 18. — *Abertura* con el bisturí, drenage y curación antiséptica de un absceso subcutáneo de la pierna derecha.

Julio 24. — *Extracción* de un antiguo cuerpo extraño [espina] incrustado por debajo del maleolo externo del pié derecho. Anestesia local por la cocaína.

Julio 26. — *Raspado* y taponamiento con gasa yodoformada de trayectos fistulosos de la ingle en un niño, consecutivos á viruela.

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

---

Junio 11. — *Operación* para la cura radical en caso de hernia inguinal epiploica del lado izquierdo, en una mujer. Resección del epiplón y ligadura del saco con hilo de seda, sutura de los pilares con catgut. [curada].

Agosto 20. — *Operación* para la cura radical de una hernia epiploica inguinal izquierda en un hombre. Resección del epiplón, ligadura del saco con hilo de seda y sutura de los pilares. [curado]. Dr. R. Bengoechea.

Setiembre 5. — *Operación* para la cura radical, en caso de hernia entero-epiploica inguinal izquierda en un hombre. Ligadura del saco con hilo de seda y sutura de los pilares. [Curado]. Dr. R. Bengoechea.

Diciembre 2. — *Reducción* [anestesia clorofórmica] de una hernia inguinal estrangulada del intestino delgado en un hombre.

Diciembre 4. — *Operación* para la cura radical en el mismo caso de hernia anterior. Resección del epiplón y ligadura; ligadura del saco con hilo de seda y sutura de los pilares con catgut. [curado].

---

Julio 21. — *Desbridamiento* del meato urinario con el

uretrótomo de Civiale y extracción de un cálculo del tamaño de un frijol, detenido en la parte anterior de la uretra.

Octubre 7. — *Circuncisión* por fimosis en un niño, suturas con hilo de catgut.

Setiembre 20. — *Uretrotomía interna*, [uretrótomo de Maisonneuve] en caso de estrechez de la parte media de la uretra, de origen blenorragico.

Diciembre 8. — *Uretrotomía interna*, [uretrótomo de Albarran] en caso de estrechez de la parte posterior de la uretra, de origen blenorragico.

---

Setiembre 18. — *Desbridamiento* con el bisturí y taponamiento con gasa yodoformada, por fístulas completas del recto.

Octubre 5. — *Extirpación* parcial del recto con el bisturí y las tijeras, por estrechez cicatricial. Suturas con hilo fuerte de catgut, curación con gasa yodoformada.

Octubre 10. — *Suturas* con hilo de seda en el mismo caso de extirpación del recto, por haberse destruido las suturas al catgut.

---

Mayo 29. — *Raspado* del útero y operación de Emmet, en caso de endometritis y pequeña rasgadura del cuello.

Junio 12. — *Raspado* uterino y operación de Emmet, en caso de endometritis del cuello y rasgadura del mismo.

Julio 25. — *Extracción* de la placenta y raspado uterino por retención después de dos días de un parto normal [la enferma manifestaba ya síntomas de infección]. Irrigación continua intrauterina con solución debil de biyoduro de mercurio. [Muerte].

Setiembre 23. — *Amputación* cónica del cuello en caso de prolapso del útero é hipertrofia del cuello [no quiso quedarse para practicarle una colporrafía].

Setiembre 30. — *Raspado* por endometritis del cuello.

Noviembre 29. — *Raspado* uterino por endometritis.

Noviembre 30. — *Raspado* uterino por endometritis.

Diciembre 8. — *Raspado* y cauterización con el termocauterio, por cáncer del útero invadiendo la vagina [inoperable].

Diciembre 30. — *Raspado* uterino y colporrafía posterior, en caso de endometritis y prolapso vaginal posterior.

Julio 25. — *Colporrafia* anterior y perineorrafia, en caso de prolapso vaginal anterior y rasgadura antigua del periné, suturas en planos con catgut.

Julio 29. — *Colporrafia* posterior, en caso de prolapso vaginal posterior, suturas en planos con hilo de catgut.

Diciembre 23. — *Colporrafia* posterior, suturas en planos con hilo de catgut, por prolapso vaginal posterior.

Julio 6. — *Talla hipogástrica* en un hombre de 67 años, para extraer un cálculo voluminoso y duro, compuesto de oxalatos. [Peso 25 gramos, midiendo en su porción más larga  $3\frac{1}{2}$  centímetros y  $2\frac{3}{4}$  de ancho. Tubos de Perrin en permanencia durante 4 días. Curaciones secas antisépticas renovadas diariamente.

El 9 de agosto, se intenta la sutura de los bordes de la fístula vesical, con dos hilos de plata, pero sin resultado; el 30 del mismo mes vuelve á hacerse la sutura con crin de Florencia [Dr. Bengoechea] con igual efecto; el 12 de setiembre, raspado de los bordes, sutura de los bordes de la vejiga con hilo de seda y crin de Florencia para la piel. [Curado].

Setiembre 20. — *Litolapaxia*, por cálculo vesical poco voluminoso. [Curado].

Diciembre 8. — *Litolapaxia*, por cálculo vesical poco voluminoso. [Curado].

Mayo 10. — *Abertura* con el bisturí en caso de bartolinitis supurada.

Junio 15. — *Abertura* con el bisturí en caso de quiste seroso y abceso del gran labio derecho. Taponamiento con gasa yodoformada. La misma enferma tiene un cáncer ulcerado del cuello del útero, cuya extirpación se hace cuatro días después.

Junio 19. — *Histerectomía vaginal*, dejando seis pinzas en permanencia durante 72 horas, drenaje y taponamiento con gasa yodoformada, por cáncer ulcerado del cuello. [Curación].

El 8 de julio, se repite la abertura del abceso del gran labio y se extirpa con el bisturí y las tijeras las paredes del quiste. Taponamiento con gasa yodoformada.

Julio 30. — *Histerectomía vaginal*, dejando seis pinzas en permanencia durante 48 horas, drenaje y taponamiento con gasa yodoformada, en caso de cáncer ulcerado del cuello invadiendo la vagina y con íntimas adherencias á la vejiga.

[Operación muy laboriosa por las adherencias, durante la cual el cirujano perforó la vejiga. Muerte en estado de colapso al 8º día].

Setiembre 13. — *Laparotomía*, en caso de peritifitis supurada. Lavado extenso con agua esterilizada, drenaje y curación antiséptica. [curado].

Octubre 9. — *Laparotomía*, desprendimiento de adherencias peritoneales y lavado con agua hervida en caso de peritonitis crónica adhesiva consecutiva á perforación del duodeno, probablemente por lombrices que se encontraron dentro de la cavidad del intestino. Sutura con hilo de catgut del intestino perforado. Curación antiséptica. [Resultado satisfactorio, 8 días después de la intervención se administró santonina, echando el enfermito [niño de 11 años] cuatro ascárides]. Durante la operación se pudieron notar masas de lombrices en el intestino delgado.

Octubre 18. — *Laparotomía*, en caso de oclusión intestinal. Rotura de varias bridas peritoneales consecutivas á peritonitis adhesiva y que impedían la libre función del órgano. *Toilette* peritoneal, sutura metálica y curación antiséptica. [Muerte].

Octubre 20. — *Laparotomía exploratriz* en caso de cáncer del mesenterio. Se encontró que era inextirpable por las adherencias que tenía con los órganos vecinos: colon transversal, pared anterior del estómago, 2ª porción del intestino delgado y pared abdominal anterior, comprobados por la autopsia. Ganglios voluminosos del mesenterio en vía de degeneración caseosa. Se hizo la *toilette* del peritoneo y se hizo pronto la sutura metálica. [muerte].

Octubre 24. — *Punción exploratriz y laparotomía*, en caso de absceso al nivel del apéndice vermicular del ciego. Se halló gran parte del colon ascendente esfacelado. Hízose lavado con solución boricada tibia y formación de un ano contra natura. Enfermo caquético y ya bajo la influencia de una seria septicemia. [muerte].

NOTA: En todas las operaciones en las que se ha requerido una anestesia general, se ha hecho uso del cloroformo, siendo precedida su inhalación de una inyección hipodérmica de clorhidrato de morfina [0,01] un cuarto de hora antes.

Próximamente se hará uso exclusivo del éter solo, en este servicio y por vía de ensayo, para lo cual se llevará una es-

tadística minuciosa de los efectos consecutivos que en cada caso se observaren después de la aplicación de dicho anestésico.

San Salvador, Diciembre 31 de 1893.

J. M. OLANO.

---

## MIELITIS ASCENDENTE AGUDA.

OBSERVACIÓN RECOGIDA POR EL INTERNO DE LA 1.ª SECCIÓN DE MEDICINA.

---

H. C. de 25 años de edad, soltera, panadera, de este vecindario, de temperamento linfático é hija de padre alcohólico y madre reumática, entró al Hospital el 2 de setiembre del año próximo pasado, ocupando desde entonces el lecho n.º 49 de la sala de Guadalupe á cargo del doctor Bonilla.

El estado general de la enferma en el momento de su entrada al establecimiento, es el siguiente: temperatura normal, palpitations, insomnio, inapetencia, debilidad extrema, anemia, enflaquecimiento é integridad en las funciones intelectuales.

En los miembros inferiores, edema, exageración de los reflejos rotulianos, dolores vagos, hormigueo alternando con insensibilidad completa, paraplegia y flexión plantar de los piés.

Interrogada la enferma por los antecedentes, contesta: que la noche del 11 de agosto último, sintió un malestar general en el cuerpo y el día siguiente, inapetencia, escalofríos, dolor de cabeza y por último fiebre que le duró dos días, acompañada de un dolor muy fuerte á lo largo de la columna vertebral, acentuándose hacia la región lumbar y con irradiaciones á las extremidades inferiores, en las que á su vez sentía adormecimiento, hormigueo y últimamente abolición de todo movimiento.

El día 20 de setiembre preséntase: hormigueo y adormecimiento en los miembros superiores, llegando rápidamente la anestesia y parálisis á los mismos.

Así continúa la enferma,—hasta el 24 de octubre en que

comienza á recobrar algunos movimientos en las extremidades y á reaparecer poco á poco la sensibilidad. De la misma manera han venido recobrando sus funciones los miembros superiores.

De esa fecha en adelante, la enferma ha venido mejorando cada día más y más, de manera que al presente, han desaparecido la anestesia y paraplegia de los miembros y los demás síntomas que se observaron al principio, persistiendo aún la flexión plantar y palmar y la atrofia de las eminencias ténar é hipoténar, las que están en vía de curación.

*Tratamiento:* á su principio yoduro de potasio y fosforo de zinc, poco tiempo después se prescriben además corrientes eléctricas á lo largo del ráquis y en los miembros, masajes diarios y cauterizaciones con el termo-cauterio en la columna vertebral.

San Salvador, febrero 7 de 1894.

G. C.

---

## EL NUEVO HOSPITAL.

---

El domingo 28 de enero próximo pasado, previa invitación de los distinguidos caballeros don Carlos Kimps, Consul del Salvador en Charleroi y representante de la casa de Forges d' Aiseau, y don Fernando Danly, Ingeniero constructor de la misma casa, fue visitado por lucida y numerosa concurrencia el primer pabellón de prueba, ya concluido, del Nuevo Hospital.

Grata impresión recibieron los visitantes al examinar detalladamente la primera fracción de ese monumental edificio, destinado á la asistencia de los pobres enfermos.

Ofrece esta clase de construcción todo lo que puede desearse: solidez, comodidad, elegancia, duración, uniformidad de temperatura y completa seguridad contra temblores.

El segundo pabellón está para terminarse, y es probable que antes del 15 del mes en curso los constructores someterán su obra á la aprobación de la Junta Directiva del Hospital.

Como no dudamos que todo estará de conformidad con lo estipulado en la contrata, suponemos que la Honorable Junta le dará su aprobación; y en este concepto, siguiéndose



con actividad los trabajos, podrá estar terminado el gran edificio dentro de dos años y medio.

Así que los invitados hubieron terminado su visita de inspección, los cumplidos invitantes obsequiaron un ligero, pero agradable refresco, á la concurrencia; terminando el acto con el discurso que á continuación reproducimos, leído, á nombre de los que lo suscriben, por don Anselmo Valdés, Secretario de la Junta Directiva.

“Señores: En nombre de la Sociedad “des Forges d’ Aiseau, constructora de este pabellón, agradecemos sinceramente:

Al señor Ministro de Beneficencia,  
á las autoridades civiles y militares,  
al clero salvadoreño,  
á los señores miembros de todas las juntas de caridad,  
á los señores doctores de los establecimientos de beneficencia,  
á los señores periodistas y  
á todas las personas aquí presentes, por habernos hecho el honor de corresponder á nuestra invitación, visitando el primer pabellón de enfermos del importante hospital general que se va á construir aquí mismo, gracias á la generosidad del inmortal don José Rosales.

Nosotros esperamos que todos quedarán satisfechos de esta visita y que juntos, nos encontraremos aquí de nuevo, tan luego se concluya esta grande obra, para inaugurarla solemnemente de una manera digna de su magnitud y gran mérito.

*“Carlos Kimps. = Fernando Danly”.*

Después de lo cual, recibieron estos señores las felicitaciones de los visitantes, regresándose todos, en hermosa comitiva, á sus respectivos domicilios.

San Salvador, febrero 1º de 1894.

*S. Martínez Robeló.*

# REFLEXIONES

SOBRE EL PRONÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LAS RUPTURAS  
DEL BAZO, Á PROPÓSITO DE UN CASO DE CURACIÓN  
EN UN PALÚDICO, POR EL DOCTOR  
E. VINCENT.

TRADUCIDO DE "LA REVUE DE CHIRURGIE" POR F. VIDES. (1)

## I

Se ha creído generalmente, que las rupturas del bazo son mortales; y que el pronóstico deja de ser funesto, solamente en los casos en que haya adherencias periesplénicas capaces de oponer obstáculo al flujo de sangre, emanante del bazo en el peritoneo. Decía Mr. E. Collin. (2) "Si yo me atreviese á hacer entrever la posibilidad de una curación, por cierto, que no sería en los casos de ruptura esplénica con derrame libre en el peritoneo; sino en los casos con hemorragia limitada por las adherencias y confinada en una parte del hipocondrío izquierdo. Entonces no habría que temerse el efecto de las excesivas pérdidas de sangre, ni la aparición inmediata de una peritonitis general. Y sin embargo, en las dos observaciones de esta naturaleza que he publicado, la muerte ha sobrevenido como consecuencia de complicaciones ulteriores. El pronóstico pues, aun en estos casos, nos parece grave".

Este juicio emitido hace ya cerca de cuarenta años (1855) no ha sido modificado, la gravedad de los desgarres del bazo es siempre la misma; los casos se han multiplicado de tal modo, que se podría reunir un gran número, registrando las publicaciones médicas de los diversos países, observando que el desenlace es casi invariablemente el mismo. Apenas sí existen algunas raras observaciones que han publicado los auto-

(1) El doctor Guevara nos noticia de dos casos de ruptura del bazo, ambos con fin funesto; el 1º perteneciente á la práctica del doctor Alvarez, y el segundo perteneciente á su propia práctica [nota del traductor].

(2) Mém. de Méd., de Chir. et de pharm. militaires, 1835.

res como casos de curación: y aún éstas se han admitido con desconfianza no probando que sean indiscutiblemente, verdaderos casos de rupturas del bazo!

## II

Así pues, basta dar una ojeada sobre las estadísticas publicadas, en los trabajos de la ruptura de esta viscera, para convencerse de la enorme proporción de mortalidad que ocasionan. Vigla, (1) en sus experiencias sobre la ruptura espontánea del bazo, reunió 17 casos, y la muerte fue la terminación en todos ellos sin excepción, E. Collín refiere 8 rupturas de este género, en palúdicos; con 8 muertes, y concluye que casi no hay otras lesiones que deban dar un pronóstico más funesto, que las rupturas del bazo Besnier (2) publicó un cuadro con 59 rupturas, tanto espontáneas como traumáticas, y cada una de ellas contiene los resultados de la autopsia.

Después de la publicación del cuadro de Mr. Besnier, el número de rupturas esplélicas ha aumentado aún; Meunier (3) refiere que el doctor Playfer Médico de la India, encargado de practicar las autopsias en los casos de muerte súbita, encontró durante un período de más de dos años y medio, más de 20 rupturas del bazo. Norman Chevres, citado por Pellereau; (4) recogió en el espacio de once años, trece observaciones, de las cuales, una es un ejemplo de ruptura espontánea, verificado sin la menor violencia, en uno de los enfermos europeos del Hospital de Calcuta. Fuera de los de Norman Chevres, de los de Besnier y de los de Playfer, yo he observado 42 casos terminando todos con la muerte, y esta cifra aumentaría todavía si se le agregasen, los que se mencionan en las revistas bibliográficas. Admitiendo únicamente los casos bien detallados y precisos para establecer su conclusión, llegamos á reunir 134 casos, todos demostrados por la autopsia.

Comparándolos ahora con los casos de curación, se ve que son muy raros, algunos han sido discutidos, y yo no he

(1) Arch. gén. de méd., décembre 1843, et janvier 1844.

(2) Dict. encycl. des sc. méd., 1875, art. Rate.

(3) Bull. de la Soc. Anat., 1863, p. 205.

(4) Pellereau. Annales d'hygiène, mars 1882.

podido, apesar de mis esfuerzos, procurarme el texto exacto de todas ellas.

D'Arcy Power, relató un caso de cicatrización después de rupturas del bazo y del riñón, en la *London pathological Society*, (1)

Follin et Duplay (2) citan tres casos de curación, el uno de Gunther, otro de Kernig y el tercero de K. Muller que citaré adelante.

En otras obras he visto mencionado el caso de Kernig; pero desconfiando de la veracidad del desgarre del bazo.

En fin en la "*Société de Méd. Légale*", (3) Mr. Descout declara que en un individuo que murió á consecuencia de una puñalada, tres semanas después del accidente, encontró haciendo la autopsia, tres rupturas del bazo, de las cuales, una había cicatrizado casi completamente. No había lesión en los órganos vecinos y este accidente pasó desapercibido durante la vida.

Hé aquí la observación de K. Muller, tal como la publicó la "*France Medicale*" 1,876, p. 751, en su sec. extranjera.

Obs. I. — Ruptura del bazo; curación, por el doctor Koloman Muller, *privat-docent* de la Universidad de Buda-Pest. (*Pesth. Méd. chirurg. presse.*)

N. A. . . . , cochero, entró al Hospital de Rochus el 12 de noviembre de 1875. La víspera por la tarde sufrió una cox tan fuerte, que le hizo perder el conocimiento. Se le aplicaron sobre la parte dolorosa, compresas de agua fría. Cuando entró al Hospital se observó que el enfermo era de constitución robusta y de muy buena musculatura, se encontraba en un grado extremo de anemia, el facies alterado, la piel y las mucosas exangües, las extremidades frías, la voz débil, el lenguaje tartajo y la respiración ansiosa.

La región del bazo no presenta ningún cambio de coloración en el punto en que recibió el golpe; pero es muy sensible á la presión, mientras que el resto del abdomen es insensible. La región esplécnica también es dolorosa y los dolores aumentan y se hacen insoportables colocando al individuo en el decúbico dorsal. El enfermo se encuentra mejor

(1) Revue de Hayem, R. B., t. XXXVI, p. 384.

(2) Traité de Pathologie ext., t. V. p. 692.

(3) Société de Méd. Légale, Séance du 8 décembre 1890 in "*Semaine Médicale*".

acostado sobre el lado derecho. El examen del pecho revela únicamente, gran debilidad de los ruidos del corazón. El vientre está embotado, la matidez del hígado normal, la matidez esplécnica pasa de las falsas-costillas, pero el estado doloroso de la región no permite la palpación de este órgano.

A la izquierda, sobre la línea media, sonido timpánico. Cuando el enfermo está acostado sobre el lado derecho, se observa por la percusión del mismo lado una matidez de extensión considerable. Más allá de esta matidez hay sonido timpánico muy neto. Aquella desaparece en parte cuando el enfermo se acuesta sobre el dorso. Temperatura:  $36^{\circ}$ , 8., pulso: 90, filiforme fácilmente depresible.

El estudio atento de los síntomas nos alejaba de la idea de una peritonitis, ni aun circunscrita. La ausencia de fractura ósea, síntomas de hemorragia interna, la anemia aguda y los signos producidos por la percusión, excluían esta idea. Por el contrario el síncope al instante de recibir el golpe, el enfriamiento del cuerpo, el estado del pulso, y del corazón, la temperatura y el estado anémico, indicaban una hemorragia interna y tal vez un foco de peritonitis circunscrita. Estábamos sin duda en presencia de una hemorragia interna causada por la ruptura del bazo y temiendo el desarrollo de una peritonitis, hicimos aplicar compresas de hielo sobre la región esplécnica y ordenamos una lavativa con veinticinco centigramos de alcanfor.

El día 12 de noviembre, el pulso es un poco más fuerte. Temperatura:  $36^{\circ}$ , 8.

El día 13 de noviembre, hay un poco de sueño, el dolor es menos vivo.

El día 14 de noviembre, el enfermo está mejor, los dolores no reaparecen sino es bajo la influencia de una fuerte presión, la matidez ha disminuído. Temperatura:  $37^{\circ}$ , 3. Pulso: 76.

El día 15 de noviembre, el enfermo está mucho mejor, apenas queda un poco sensible la región esplécnica.

El día 18 de noviembre, comienza á marchar.

El día 20 de noviembre, aunque todavía un poco débil, sale el enfermo del Hospital.

Los casos de curación, aun admitiendo algunos de ellos, que no están comprobados, dan una proporción muy pequeña, con relación á los casos de fin mortales.

Obs. II (personal). — Hipertrofia del bazo en un palúdico; ruptura de esta viscera á consecuencia de una caída; sobreviniendo con un derrame considerable en el abdomen; laparotomía consecutiva y curación.

Augusto A. . . . , de 37 años de edad, jornalero, nacido en Alegría, donde contrajo desde su infancia fiebres palúdicas; sufre su primer ataque en Maison-Carrée, á la edad de 4 años; recidiva á la edad de 12 años. Después permanece desde esa edad hasta los 20 años sin sufrir de la malaria; desde la edad de veinte años hasta la fecha, ha sufrido varias veces de ella, sobre todo el año pasado (1891) que estuvo curándose en el Hospital de Mustafá, servicio de mi amigo, el profesor Trabut; en donde tuvo, casi regularmente un acceso cada dos días, durante la estación cálida de 1891.

Antes no había padecido de ninguna otra enfermedad. El día 10 de marzo de 1892, refiere el enfermo que á las 10 de la noche, cuando se dirigía á su casa, después de haber hecho sus trabajos del día, como marchase distraído enrollando un cigarillo, hizo un falso movimiento y cayó del lado izquierdo sobre la rama de un árbol. Pudo levantarse é irse á acostar; pero tan luego como estuvo sobre su lecho, sintió un dolor tan violento que le impedía dormir. El dolor aumentó el día siguiente y el doce de marzo entró al Hospital.

Se le hace entrar á la sala Broussais, en donde es jefe de servicio el doctor Trabut, este profesor le encuentra presa de la disnea, fatigado por vómitos, el pulso filiforme, el vientre tumefacto y muy doloroso; conociendo desde un año antes al enfermo, por haberlo tratado contra el paludismo y agregando á este antecedente la caída que ha originado las complicaciones que hemos visto desarrollarse tan repentinamente, el doctor Trabut pensó en una ruptura del bazo acompañada de un principio de peritonitis. Le trató por el reposo y el hielo, y al cabo de tres días, juzgando que una intervención quirúrgica, podría hacerse necesaria, mandó el enfermo á mi servicio, en donde fue examinado el día 17 de marzo.

A esta fecha el enfermo presenta la cara ansiosa, el pulso pequeño, la temperatura de  $38^{\circ}$ , 5, el vientre abultado y doloroso; pero mientras que se puede observar, por la percusión, un timpanismo muy neto á la derecha del borde externo del músculo recto, es decir, en el flanco y el hipocondrio derechos, se encuentra del lado izquierdo una matidez franca que se extiende hacia arriba hasta el cuarto espacio

intercostal, y hacia abajo hasta una línea situada á tres dedos arriba de la espina del pubis; hacia arriba el espacio de Traube ha desaparecido, el corazón levantado y el pulmón comprimido; hay también signos de derrame interno en la pleura izquierda, lo que ocasiona gran dyspnea al enfermo.

Acusa además trastornos digestivos muy acentuados; el enfermo vomita todo lo que come. Tratamiento: bebidas heladas, hielo sobre el vientre.

Este estado dura del 16 hasta el 20 de marzo, día en que la matidez desciende un poco más abajo en la región inferior. El 21 de marzo los síntomas disminuyen; el pulso toma más amplitud; pero el vientre permanece aun doloroso (aunque se le pueda palpar con menos dificultad que al principio); se reconoce una enorme colección fluctuante en el flanco, el hipocondrio izquierdo y en la región umbilical; la dyspnea permanece tan acentuada, que hasta el menor movimiento es penoso, el pulmón y el corazón están comprimidos y parece que la intervención, consistiendo en dar salida á la colección abdominal aliviará al enfermo.

*Laparotomía.* — La punción aspiradora dió salida á sangre pura; una larga incisión practicada inmediatamente á la izquierda del músculo recto izquierdo; comprendiendo todas las capas de la pared abdominal, produce el flujo de una gran cantidad de sangre líquida y en coágulos; introducidos los dedos en el abdomen, facilitan la evacuación de los coágulos acumulados en una basta cavidad que penetra profundamente bajo las costillas izquierdas y se extiende á la izquierda en el flanco, á la derecha más allá de la línea media hasta el nivel del borde externo del músculo recto, y abajo hacia la fosa iliaca izquierda. Las medidas practicadas al nivel de la incisión indicaban una profundidad de nueve centímetros en la parte inferior de la cavidad, y de diez y seis centímetros arriba, hacia el diafragma. La faz profunda de esta celda la forma el bazo, que ocupa la mayor parte del abdomen; la sangre que provenía del desgarre de este órgano, se había acumulado; en una cavidad limitada, por la pared abdominal anterior, hacia arriba por el diafragma, profundamente por el bazo que había sido repellido. La sangre que ya líquida ó en coágulos provenía de una solución de continuidad de la faz externa del bazo, representaba de dos á tres litros, no raspé los exudados que cubrían esta faz, se dejaron sin tocar expresamente para hacerme cargo de los caracteres del desga-

rre, que además fue modificado considerablemente, después del tiempo transcurrido desde que se verificó el accidente. Lavados de agua hervida, drenaje y curación anticéptica.

Esta intervención produjo un resultado de los más felices, porque desde el día siguiente, el enfermo experimentó bien estar, la respiración volvió á su caracter normal, los trastornos digestivos y los dolores abdominales, desaparecieron; después se fue mejorando progresivamente el estado general, el aspecto demacrado de los tegumentos se atenuó y sobrevino la robustéz, todo ello sin el menor acceso de fiebre.

En cuanto á la cavidad, disminuyó poco á poco de volumen, y al cabo de tres meses la cicatrización era completa.

### III

Podrá admitirse que los casos de curación sean tan raros en las rupturas del bazo? Las estadísticas responden con cifras categóricas, los médicos que han tenido casos de esta naturaleza, y los autores que han escrito sobre esta cuestión han sufrido una impresión de fatalidad que han acusado netamente; citaba anteriormente la opinión de Collín quien por su práctica en Algeria, en una época en que la malaria determinaba con más frecuencia que ahora las hipertrofías del bazo, lo ponía en buenas condiciones para observar un gran número de rupturas; este distinguido médico se pregunta si es posible los casos de curación, y no puede investigar, eventualidad tan problemática, mas que cuando el derrame sanguíneo viene á ser limitado por adherencias y confinado en una parte del hipocondrio izquierdo.

Los pocos hechos enumerados ya indican que pueden presentarse casos de curación, y mi observación es muy demostrativa á este respecto; no había adherencias, el derrame sanguíneo era abundante y sin embargo el enfermo resistió. En los otros casos de curación, algunos autores han dudado de la realidad del desgarre del bazo; la incertidumbre que reina sobre este punto consiste en que el diagnóstico es muy difícil de establecerse en el vivo y que casi no se tiene como cierto, hasta que la autopsia ha demostrado la existencia de la lesión del órgano esplénico; se necesita un caso excepcional como el mío, para que la certeza nazca de una circunstancia especial, tal como la laparotomía. *De allí se desprende esta consecuencia, que los casos de desgarre del bazo seguidos*



*de curación pueden pasar desapercibidos porque el diagnóstico de esta lesión no se haya hecho.*

Basta recorrer las observaciones de las rupturas del bazo para hacerse cuenta de la dificultad del diagnóstico; no hay signo patognomónico y apenas si es posible establecer la probabilidad, cuando el caso reúne un cierto número de circunstancias particulares, como el conocimiento del paludismo, de una hipertrofia del bazo en un herido, de un traumatismo sobre el hipocondrio izquierdo, nociones á las que se agrega la existencia de diversos síntomas: producción repentina de un dolor vivo abdominal más acentuado en la región esplécnica, palidez, reinfriamiento de las extremidades, disnea, frecuencia y pequeñez del pulso, tendencia al síncope, soplasón del vientre, compresión hacia arriba del diafragma, acompañada de matidad en la base izquierda del torax, en fin los signos que indican un derrame en el vientre acentuado sobre todo á la izquierda. En mí operado el diagnóstico exacto se hizo desde al principio por el profesor Trabut quien conocía ya al enfermo y lo había tratado anteriormente por accesos de paludismo y de hipertrofia esplécnica; pero cuántos otros médicos no se han imaginado la naturaleza del mal causante de la muerte, antes del examen sobre la meza de autopsias? Eug. Collín confiesa "que él no ha diagnosticado nunca, lo que se llama una ruptura del bazo; que él no ha podido hacer más que suponerla no obstante los hechos de este género que anteriormente tuvo ocasión de observar". Agrega que él no conoce más que un solo caso en que podría diagnosticarse con alguna certeza la ruptura del bazo, este sería en un enfermo reconocido como portador de una afección de este órgano sobre el cual se viera aparecer derrepente los síntomas característicos que marcan el principio de tal accidente: vivo dolor partiendo del bazo y repartiéndose repentinamente en todo el abdomen con hemorragia peritonéa bien manifiesta y sin peritonitis consecutiva.

Si las dificultades son tales en los casos graves de los desgarres espléncicos; cuando la atención se fija en un conjunto de fenómenos formidables, se concibirá cuanto mayores no serán aun cuando las lesiones sean menos extensas, el derrame sanguíneo más limitado y los síntomas más atenuados. En presencia de los desgarres del bazo, creemos en su existencia hasta que han puesto la vida en peligro, y aun todavía esperamos con frecuencia, para creer positivamente, la con-

firmación de una necropsia; en los casos graves que se curan guardamos una incertidumbre que nos hace dudar sobre la exactitud del diagnóstico; — y si la ruptura es tan ligera que se acompañe de un cortejo de síntomas notables, ni siquiera soñamos en la posibilidad de la ruptura de esta viscera.

Es muy difícil probar la existencia de estas lesiones ligeras, superficiales que interesan el parenquima sin dividir los grandes vasos, que no dan salida más que á una pequeña cantidad de sangre; se puede admitir, sin embargo su existencia, por analogía, con lo que se pasa en otros órganos, por las comprobaciones que también hay que hacer sobre ciertos vasos rotos, ó al lado de enormes desgarres, mortales, hay otros de menor importancia y susceptibles de hemostasia rápida y de cicatrización.

Pasando una revista sobre las publicaciones detalladas de observaciones de rupturas del bazo, se encuentra un gran número de ejemplos de soluciones de continuidad que están limitadas á la superficie, mientras que otras penetran más profundamente en el parenquima del órgano. Davi (1) nota que la porción del vaso correspondiente al ligamento suspensor había sido completamente desprendida y que un desgarre antero-posterior separaba casi al medio los  $\frac{5}{6}$  restantes de la viscera; sobre ésta existían tres desgarres cortos y rectilíneos sobre la cápsula esplécnica.

Collín nos da varios documentos análogos.

Obs. III (Obs. I de su memoria, resumida).

Baurand, obrero de Saint-Charles, de 40 años. Fiebre remitente, estado comatoso pernicioso, muerte pronta; hiperesplenía con reblandecimiento general; desgarres múltiples del bazo; hemorragia en el peritoneo, no hay peritonitis. Hecha la autopsia se encuentran en el bazo cuatro desgarres, dos situados sobre su cabeza misma y cerca de la faz externa, ambas transversales y de labios irregulares, la una larga de 4 centímetros por lo menos, la otra apenas de 15 milímetros solamente, el tercer desgarre también transversal y largo de 2 centímetros, se encuentra en la faz externa del bazo, en la reunión del tercio superior con el tercio medio. *Estos tres desgarres son muy estrechos, en forma de hendiduras y muy superficiales; la más profunda no llega á interezar el parenqui-*

(1) Encycl. int. de chirurgie, t, VI, p. 386.

*ma esplénico en más de 3 milímetros.* En fin, una ruptura oblicua de la misma forma, pero teniendo 6 centímetros de largo, 5 milímetros de ancho y 1 centímetro de profundidad, existe en la faz interna y la parte media del bazo, hacia atrás de la hendidura.

La observación siguiente es todavía más característica, en el sentido que la ruptura no interesó más que la cápsula, lo que la ha hecho llamar por Collín "ruptura seca".

Obs. IV (Obs. VI de la memoria de Collín, resumida).

Sebastián, jornalero, de cincuenta años de edad. Fiebre remitente icteroide; estado pernicioso comatoso; muerto el undécimo día. Hyperesplénia con reblandecimiento general; desgarres múltiples de la cápsula esplénica sin ninguna hemorragia. Bazo turgente y considerablemente lleno aunque no pesa más que 450 gramos; cápsula bastante espesa y aponeurótica, pero distendida, generalmente reblandecida y muy friable; parenquima reducido á pulpa negrusca. Intacta en su faz interna, ésta cápsula presenta en su faz externa seis desgarres irregularmente elipsoideos, con linfa plástica y que no han producido ninguna hemorragia.

Todos los desgarres están exteriormente doblados de una capa de materia plástica ó más bien cruórica, color de tela de cebolla, que tira al tinte negruzco del bazo y forma una ligera eminencia sobre el resto de la cápsula. Esta capa plástica, verdadera elaboración cicatricial, se extiende un poco más allá de los labios de cada desgarre, de que conserva la forma; quitándola con precaución se encuentra debajo de ella *una división completa de la cápsula que sin embargo no traspasa esta túnica fibrosa.* Dentro de la cápsula una capa semejante de materia plástica también se extiende debajo de una solución de continuidad de la que reborda un poco de los labios y que aísla del parenquima pulposo (sous-jacent), el que no ha sido atacado absolutamente por estos desgarres.

Collín, cuya memoria contiene una rica mina de documentos personales á este respecto, ha observado en otro palúdico, desgarres superficiales del bazo seguidos de un derrame sanguíneo poco abundante en el peritoneo é insuficiente para determinar la muerte; dos de estos desgarres parecen no haber interezado más que la membrana fibrosa; el terce-

ro había dividido el tejido esplénico y marcaba un grado más acentuado de esta lesión; además este hecho permite sorprender la evolución del trabajo de hemostasis y de cicatrización de estas rupturas.

Obs. V. (Collin. Obs. VII de su memoria resumida).

Fiebre terciana; diarrea crónica; absceso del pulmón derecho; reblandecimiento esplénico parcial sin hyperesplenía; desgarres múltiples del bazo; hemorragia mediocre en el peritoneo; peritonitis general; muerte.

Chardran, cultivador, 19 años de edad, palúdico; diarrea fétida; tos con expectoración insignificante, marasmo muy avanzado. Al lado izquierdo del pecho, había matitéz estertor mucosos, algunas veces hasta gorgoteo; á la derecha, respiración pueril. Signos de peritonitis general. Considerado como tísico, muere pocos días después de su entrada al Hospital.

*Autopsia.*— En la parte media del pulmón izquierdo, hay vastas ulceraciones anfractuosas, sin apariéncia tuberculosa y probablemente consecutivas á un absceso abierto en los bronquios.

*Abdomen.*— Peritonitis general antigua; todas las vísceras están unidas entre sí por adherencias resistentes. Por todos lados se encuentran falsas membranas amalgamadas de sangre, cuáguulos sanguíneos á mitad resorbidos y colecciones purulentas sanguíneas.

El bazo adherente lleva tres desgarres situados en el tercio superior de la faz externa. Dos de estos desgarres son superficiales, con labios múltiples ó estriados; ocupan una superficie irregularmente redonda, del tamaño de una moneda de á un franco y parece no haber interesado más que la cápsula esplénica; se encuentran cubiertas y podría decirse cicatrizadas por una capa plástica que forma en su lugar una capa gris ligeramente saliente, ruogsa y en forma de *goffre*. Inmediatamente se encuentra debajo de ella, el tejido del bazo perfectamente normal.

Otra ruptura, completamente semejante por sus caracteres exteriores y cicatrizada del mismo modo, pero ocupando una extensión mayor está situada detrás de las precedentes cerca del borde posterior del bazo. Este, al nivel de la rup-

tura ha experimentado una *depresión de cinco ó seis milímetros*. Debajo de esta superficie hueca, el tejido del bazo está reblandecido, forma una masa homogénea semi líquida y negra como el "cambonis", hasta una profundidad de 15 milímetros. Esta porción del bazo desorganizada no ofrece ninguna traza de pus difuso y no exhala ningún olor. Fuera de ella, la estructura normal de la viscera reaparece de repente sin transición ninguna.

Este bazo pesa 225 gramos, su cápsula es espesa, blanca y aponeurótica, pero no en toda su extensión. Su parenquima, abstracción hecha de los puntos antes mencionados, es gris negrusco, seco, denso, un poco endurecido y para nada friable.

Los hechos que preceden demuestran la existencia de desgarres superficiales del bazo muy ligeros para que no produzcan fatalmente la muerte; hemos visto que el depósito de una exhudación de linfa plástica en su superficie contribuía á paralizar el flujo sanguíneo y á producir el trabajo de cicatrización, pero aun en las soluciones de continuidad más profundas, se pueden observar modificaciones curatrices análogas en el foco del desgarre si la "survie" es suficiente para permitirle de desenvolverse; esto es lo que ha permitido observar la autopsia en un caso de Maillot.

Obs. VI. (Maillot, *Traité des fièvres interm.*, 1836 p. 120). Fiebre cotidiana vuelta mortal por la ruptura del bazo (resumida).

H., cazador de á pie, muy contucionado, habiendo sufrido varias veces de fiebres intermitentes, entró al Hospital de Algeria el 29 de octubre de 1832, el cuarto día de una fiebre continua. Llegó él á medio día; estaba en un estado de ansiedad extrema, quejándose de un dolor atroz hacia el lado izquierdo y principalmente á la base del pecho; tenia tos sin expectoración, la respiración era muy difícil, entrecortada; un poco de fiebre, diagnóstico: pleuritis diafragmática.

El día 30 en la mañana persistencia del dolor; acceso de fiebre.

El 31 por la mañana la fiebre persiste al mismo grado; el dolor se hace sentir ahora hacia el hipocondrio izquierdo, no hay tensión del vientre, pero la presión es dolorosa. Du-

rante la visita de la tarde los mismos síntomas; murió á las 10 de la noche.

*Autopsia.* — Serosidad rojiza en la pleura izquierda; antiguas adherencias; pulmones y corazón sanos.

*Abdomen.* — Todos los repliegues del peritoneo y el paquete intestinal están cubiertos de una capa de sangre negra, "poiseux" siruposa en el basinete. El bazo muy voluminoso presenta en la faz externa una ruptura de tres pulgadas de extensión; esta ruptura mucho más larga que ancha, *está recubierta por un enorme coágulo fibrinoso muy resistente*; no queda nada de la textura ordinaria de este órgano que está reducido á una maza blanda color de "lie de vin". Hígado sano.

Maillot hace notar que la ruptura del bazo se había verificado probablemente antes del ingreso del enfermo al Hospital; el coágulo fibrinoso implantado sobre la solución de continuidad tenía una organización que revelaba un trabajo de varios días.

Se observa en este caso, la manera como curan las rupturas del bazo que se completaría si el enfermo resistiese á la pérdida de sangre, ó si el paludismo no lo hubiera caquexiado tan á fondo; se pueden pues entrever otras condiciones, tales como extravasación de menor cantidad de sangre fuera de los vasos del bazo ó una constitución menos debilitada permitiéndo "survivre"; la curación en este caso sería posible.

La hemostasis puede aún verificarse por otro mecanismo con la condición que la masa sanguínea que penetra en el peritoneo en el momento mismo de la ruptura, no sea muy considerable para que produzca la muerte rápida; este proceso consiste en la interposición entre los labios del desgarre de una porción del epiplón que se aplica á la manera de un tapón y que forma adherencias.

Obs. VII. (Collín. Obs. II de su memoria resumida). Fiebre remitente gástrica; estado pernicioso delirante, después comatoso; muerte al tercer día. Hiperesplenía considerable con reblandecimiento general; desgarres múltiples del bazo; abundante hemorragia en el peritoneo; no hay peritonitis.

Mury, soldado, veinte y seis años, fiebre palúdica rebelde. El 17 de septiembre, anda 32 kilómetros, con plena fiebre, en un "caisson" lleno de enfermos, y al llegar al Hospital de Philippeville, presenta una serie de síntomas perteneciendo á la vez á los del acceso pernicioso y de una ruptura del bazo; muere el 18 de septiembre á las cinco de la tarde.

*Autopsia.* — Derrame por lo menos de dos litros de sangre en el peritoneo.

El bazo pesa un kilogramo; su parenquima de un color negro lívido, excesivamente reblandecido, reducido á magma delicuescente. Su membrana fibrosa, libre de adherencias, es uniformemente espesa y muy friable, sobre todo en su faz interna.

Cuatro soluciones de continuidad existen sobre esta cápsula. La mayor, larga de 5 centímetros, parte del borde anterior del bazo hacia su extremidad inferior, y de allí, sube sinuosamente por sobre la face interna y hacia la sisura. *Una porción del grande epiplón adhiere á los labios de esta herida y tiende á taparla.* Los otros tres desgarres, de los cuales una larga de 2 centímetros y dos un poco menores, están situados en diversos sentidos, en la sisura misma y tapada por el epiplón gastro-esplécnico y por cuáguulos sanguíneos. Estos cuatro desgarres están bajo forma de hendiduras ó araños, dos anchos de 1 centímetro aproximadamente, dos más estrechos, *todos muy superficiales.* Se diría que no han interesado más que la membrana de emboltura del bazo, porque el parenquima subyacente parece no haber sido en absoluto tocado.

Estas soluciones de continuidad tienen sus bordes netos y lineários. Entre sus labios se ha derramado linfa plástica la que, mezclada ó doblada de cuáguulos sanguíneos y ya organizada *forma una falsa membrana cruórica de un gris oscuro, lisa, resistente, en una palabra una verdadera cicatriz capaz desde algún tiempo, antes de parar toda hemorragia.*

Si las rupturas superficiales del bazo son susceptibles de curación, no habrá por eso que creer que sean siempre inocentes; la II observación de Collín, citada anteriormente, muestra que estos desgarres habían determinado una fuerte hemorragia en el peritoneo, aunque hayan sido todas superficiales; es verdad que siendo cuatro, y que su multiplicidad

había acrecentado la cantidad de sangre derramada; pero una sola solución de continuidad, limitada á la superficie del bazo, puede ser suficiente para ocasionar una pérdida de sangre mortal cuando comprende venas de cierto volumen que se encuentran cerca de la cápsula; esto es lo que Pellereau ha notado en una de sus observaciones.

Obs. VIII. (Pellereau, obs. XI de su memoria). Ruptura debida á un punta-pies.

Un chino se paseaba tranquilamente, cuando á las 7 de la noche, recibió sin ninguna provocación, un punta-pies de un creollo. Aunque sufriendo atroces dolores del lado izquierdo, tuvo la fuerza de marchar hasta su casa de habitación á donde llegó directamente á acostarse á la cama. Murió á las 10 de la noche.

*Autopsia.* — Esperma en el glándula y los testículos. Ninguna huella externa de contusión.

*Abdomen.* — Muy abultado; á la apertura se encuentra una gran cantidad de serocidad, que sale primero verdosa y después sanguinolenta.

Al rededor del bazo enormes coágulos. Este órgano pesa 1400, gr. está reblandecido, y color de chocolate. En la parte inferior de su faz cóncava se perciben dos rupturas muy distintas, situadas la una bajo de la otra. La primera, larga de trece centímetros, interesa la cápsula que es fina y la mitad de todo el espesor del parenquima.

La segunda, larga de siete centímetros, ligeramente encorvada, superficial, situada cerca de las dos grandes ramas de la vena esplénica que ha abierto. Estos dos desgarres, tenían bordes ya irregulares ó ya netos y cortantes como si hubiesen sido hechos con un cuchillo. El bazo estaba además adherido al lóbulo izquierdo del hígado (periesplenitis),

Las constataciones anatómicas, relatadas en los ejemplos que preceden, me parecen suficientes para autorizar á creer — á defecto de numerosas pruebas que la dificultad del diagnóstico no permiten reunir en el viviente — á la existencia de rupturas ligeras del bazo, susceptibles de curación.

(Continuará).



---

## MISCELÁNEA.

---

NECROLOGÍA. — El Dr. don Federico Muñoz, agente de nuestro periódico en Managua (Nicaragua) falleció en noviembre próximo pasado. Sentimos muy de veras la muerte del Dr. Muñoz, quien con entusiasmo correspondió á nuestros deseos haciendo de “La Clínica” provechosa propaganda. Reciba su apreciable familia, nuestro sincero y más sentido pésame.

---

HEMOS recibido del señor Dr. don Ramón Codina Länglin de Barcelona, una bonita obra suya titulada: “*Importancia de los distintos medios de investigación que posee la ciencia actual en el concepto higiénico de las aguas potables*”. Dicha obra está dividida en estudio físico, químico, microscópico y bacteriológico de las aguas y el asunto de cada uno de ellos, tratado por su autor con claridad y detalles harto interesantes.

Felicitamos al Dr. Codina Länglin por su interesante trabajo y le rendimos las más expresivas gracias por el valioso envío que se ha dignado hacernos.

---

A NUESTROS AGENTES de esta República que á la fecha no nos hayan remitido los fondos recaudados, encarecemos el pronto arreglo de sus cuentas. Así mismo les suplicamos nos devuelvan á la mayor brevedad los ejemplares sobrantes del periódico, porque hemos agotado algunos de los primeros números.

---

SALICILATO DE SODA EN UN CASO DE ENFERMEDAD DE MÉNIÉRE. — En una mujer afectada desde un año antes, de ata-

# BIBLIOGRAFÍA.



Importancia de los distintos medios de investigación que posee la ciencia actual en el concepto higiénico de las aguas potables por el *doctor don Ramón Codina Langlin*, profesor químico del Laboratorio de Medicina Legal de la Audiencia de Barcelona. 1 t. de 60 pág., 2ª edición. 1894. Imp. de la casa Provincial de Caridad, Barcelona.

## LISTA DE AGENTES.

---

Santa Ana	.....	.....	.....	Doctor	Federico V. Serrano.
San Miguel	.....	.....	.....	„	Juan Sierra.
Idem	.....	.....	.....	„	Salvador A. Zelaya.
Sonsonate	.....	.....	.....	„	Napoleón Díaz.
Atiquizaya	.....	.....	.....	„	Manuel Castellanos.
Chinameca	.....	.....	.....	„	Joaquín M. Palacios.
Idem	.....	.....	.....	„	Luis Quintanilla.
Cojutepeque	.....	.....	.....	„	Nicolás Mena.
Suchitoto	.....	.....	.....	„	José Peña Martel.
La Unión	.....	.....	.....	„	Narciso Sosa.
Chalatenango	.....	.....	.....	„	Miguel Peña.
Rivas (República de Nicaragua)	.....	.....	.....	„	Zacarías Velásquez.

**Se solicitan agentes en las demás poblaciones de la República**

---

## “LA CLÍNICA”

---

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

La suscripción por serie de doce 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 del Dr. F. Araniva y Hospital General.

---

## AVISO.

---

“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 2 ejemplares.