

# LA CLINICA

ÓRGANO DE PUBLICACIÓN MENSUAL

DE LOS

TRABAJOS CIENTIFICOS DEL HOSPITAL GENERAL

BIBLIOTECAS (ÉPOCA)

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.  
DIRECTOR Y EDITOR,

**RAFAEL V. CASTRO**

REDACTORES

Carlos Leiba,

Godofredo Arrieta R.

ADMINISTRADOR,

**CRESCENCIO A. BADO.**

\* SERIE IV — Nos 1 y 2 \*

## CONTENIDO:

- I.—La práctica de la cloroformización quirúrgica, por el Dr. José Llerena.
- II.—Etiología del tífus icterode y hechos observados en El Salvador, por el doctor Santiago Ortega Cortés.
- III.—Notas clínicas [observación] por Tomás Gutiérrez.
- IV.—La angiotripsia. Su aplicación en nuestro Hospital, por Rafael V. Castro.
- V.—Cuadro de las operaciones practicadas en el Hospital General.
- VI.—Notas científicas
- VII.—Crónica.

OFICINA DE REDACCION: HOSPITAL GENERAL.

MAYO Y JUNIO DE 1901.

San Salvador. — Tip. La República

TIPOGRAFIA "LA REPUBLICANA"

CANJE DE LA

## COLABORADORES:

SEÑORES MEDICOS Y CIRUJANOS DEL ESTABLECIMIENTO.

1er Cirujano	Dr. Tomás G. Palomo
2 <sup>o</sup> „	„ Francisco Guevara
3er. „	„ Manuel E. Araujo
1er. Médico	„ Carlos Bonilla
2 <sup>o</sup> „	„ Salomón R. Zelaya
— „	„ Nicolás Aguilar

---

Doctor don	Rodolfo B. González.
„ „	Darío González
„ „	José Llerena

---

### “La Clínica”

SE PUBLICARÁ EL ÚLTIMO DE CADA MES.

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

Estará de venta en esta capital en los lugares siguientes:

**HOSPITAL GENERAL**

FARMACIA DE LEON SOL Y CIA.

---

—••—

Toda obra que se remita por su autor ó editor, tendrá derecho á la publicación de un aviso por dos veces y un juicio crítico si se enviare dos ejemplares.

---

La Redacción es únicamente responsable por los artículos no firmados.

# LA CLINICA

ÓRGANO DE PUBLICACIÓN MENSUAL

DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS DEL HOSPITAL GENERAL

Director y Editor: RAFAEL V. CASTRO.

REDACTORES:

Carlos Leiba

Godofredo Arrieta Rossi

SERIE IV || SAN SALVADOR, MAYO Y JUNIO DE 1901 || N<sup>ums.</sup> 1 y 2

## LA PRACTICA DE LA CLOROFORMIZACION QUIRURGICA

No es la primera vez que tengo el honor de escribir algo en "La Clínica," y cuando lo fue, en mi artículo que denominé "Mi Contingente," expuse de modo explícito el objeto con que invariablemente lo haría; y temería aparecer presuntuoso si no lo repitiera siquiera esta vez.

Sobre qué podría escribir que no se encontrase magistralmente tratado ahora? Aun reduciéndonos á la parte clínica y humanitaria de la profesión, esto es, al alivio, curación ó mejoría del cliente que nos solicite, de qué modo podría interesar la atención del público médico y serle útil cuando es escaso el tiempo del práctico menos ocupado para recrearse é instruirse con la portentosa literatura médica, periódicos clínicos, revistas de hospitales, libros profundos, lecciones sapientísimas etc., debidas á plumas sabias y fecundas como las de Robin y Bouchar, entre tantas otras que diariamente visitan las facultades médicas del mundo entero?

Pero como no puedo olvidar todos los fracasos sufridos y estropiezos encontrados en el ejercicio de mi profesión, debidos á la insuficiencia objetiva de nuestra enseñanza, hija á su vez de nuestra pequeñez, me he imaginado que pudiera economizar algunos á los estudiantes de medicina que van concluyendo la carrera, refiriéndoles unos cuantos de aquellos y los medios que conduzcan á dicho objeto, según lo que he leído después y constantemente observado. Y como quiera que me afirmo más en esa creencia conforme recapacito, escribiré con ese fin exclusivo, como ya lo vengo haciendo, sólo para esa clase de lectores, que, acostumbrados á oír resolver las dudas y objeciones patológicas á los maestros, zanjar las dificultades técnicas á los médicos del hospital, dilucidar las cuestiones más intrincadas á veces hasta con indiferencia y sin gasto intelectual de su parte, van á encontrarse de improvi-

so en un mundo nuevo, sembrado de estropezos, dificultades, problemas extraños, dudas inesperadas, oscuridades, paradojas, suspicacias, ignorancia, pretensiones, mala fe, intrigas, influencias interesadas, escepticismo, preocupaciones, envidias, celos, conexiones, cálculos y cuanto constituye la heterogeneidad del mundo científico y sobre todo el moral; para esos, puramente para esos que penetran ese mundo ignorado, jamás imaginado como es en la feliz edad de la adolescencia, para esos, siquiera salgan de los mejores hospitales, quienes en su soledad repentina y envueltos en innúmeras incógnitas, verán con inefable placer el apareamiento de una mano amiga que les señale aquí un escollo clínico, allá un arrecife moral.

Y cuando de igual manera creyere contribuir á la enseñanza de esos señores cuasi-médicos, indicándoles algo que vaya á servirles en la práctica profesional, me creeré obligado á hacerlo; y es precisamente porque la técnica de la anestesia clorofórmica no la conoce bien la generalidad de los jóvenes que se doctoran, que he creído satisfacer un compromiso espontáneo llamándoles la atención sobre los puntos culminantes é indispensables de la práctica diaria. Magistral y completa se encuentra en la Terapéutica clínica de Reclus y Forgue y de modo muy satisfactorio se halla en los libros modernos, tales como Manquat, Soullier, D. Baumetz, etc.; pero es el caso que los estudiantes no hacen la selección debidamente y se pierden en el inmenso campo literario que su estudio actual constituye, no sabiendo en un caso dado emplear las reglas ni categorizar rigurosamente los recursos contra los accidentes anestésicos.

Es en los hospitales donde debe ejercitarse el estudiante; mas en ninguna parte he visto que se enseñe esa técnica de modo exclusivo y como correspondiera; parece asunto secundario, y al concluir la carrera, apenas si una décima parte ha practicado dicha técnica; es decir, que muchos reciben sus diplomas de Doctores, competentes en todo, pero por este ó el otro motivo no tienen suficiente expedición en la aplicación del cloroformo.

Y cuánto vale un buen cloroformizador!

Yo creo que la contraindicación capital para la anestesia clorofórmica, es la incompetencia del cloroformizador; y tal vez diga mal, porque he visto médicos ilustrados que conocen á fondo cuanto se ha escrito sobre el cloroformo, que lo aplican muy mal; hay más: he visto quien sobre conocerlo perfectamente y saberlo aplicar, lo aplica pésimamente. La razón es sencilla. El cloroformizador se distrae, sigue al operador, persigue el procedimiento operatorio, critica detalles, etc., es decir, que no comprende su papel y lo desempeña mal; se separa de su objetivo.

De modo que al estudiante conviene que se le llame la atención sobre los puntos prácticos del estudio terapéutico del cloroformo como anestésico general; que se le haga la selección de las reglas para la buena administración; que se le coloquen en precisa categoría los medios reconocidos para combatir los accidentes; que se le haga comprender su papel y cómo está ligado con el

operador, fijándole la atención en el importante punto del cuadro que está á su cargo.

## II

Necesario es recordar para el efecto algunos de los conocimientos adquiridos, que servirán como de premisas á las conclusiones prácticas que procuraremos precisar.

Entre nosotros se usa comunmente el cloroformo, por excepción el éter, y nunca alguna de las combinaciones de estos dos entre sí ó con el alcohol.

En Francia se da la preferencia al cloroformo y hasta hace poco era de uso exclusivo. En Alemania y Estados Unidos se emplea muchísimo el éter, y hay importantes hospitales donde no se administra otro anestésico. Nosotros si alguna vez lo aplicamos es en la creencia de que es menos peligroso, el único aplicable en determinados casos. Este modo de proceder está en armonía con el juicio de la generalidad, y no cabe aquí discutirlo; pero la vieja opinión del sabio fisiólogo Bernard la de Reclus y Forgue y sobre todo la de Nothnagel y Rossbach, alemanes, dejan indecisión en el ánimo del médico que no esté preocupado. Mi propósito es ocuparme del cloroformo, que con ó sin razón, por moda ó por motivo científico, es el que, como he dicho, se usa casi exclusivamente entre nosotros. Yo, tal vez por costumbre, porque he visto pocas aplicaciones de éter, ó porque no he presenciado fracasos cloroformicos, diré con Suárez Gamboa y Reclus que es éste el agente de elección; y luego, se ha mejorado tanto la técnica y con ella las estadísticas y reducido las contraindicaciones, que con verdadero pesar aplicaría otra sustancia en un caso dado, tratése de un cardiaco, renal ó caquéctico.

Todos los tratados que se ocupan del cloroformo, enseñan á reconocer su pureza; los procedimientos son sencillos.

Poco los necesitamos aquí, porque nos vienen dos clases superiores en frascos pequeños, perfectamente cerrados, amarillos ú oscuros, de Adrian ó Merk.

Con iguales marcas, legítimas, llega también en frascos grandes; si nos viésemos en el caso de usarlo, bueno sería siempre analizarlo, ya que es tan sencillo hacerlo, como fácil su descomposición.

Si el cloroformo es impuro la técnica más escrupulosa y correcta fracasará.

Un mal cloroformo, más un mal cloroformizador es el primer miembro de una ecuación, cuyo segundo adivina cualquiera que haya leído lo anterior.

No pocas de las reglas de la cloroformización tienden á evitar que circule mucho anestésico en el organismo.

La respiración se acelera al principio de la cloroformización y después se hace lenta. Si hay mezcla de aire y cloroformo la actividad pulmonar corresponde á la excitación general puramente.

En el período operatorio la respiración debe parecerse á la

del sueño fisiológico, algo más amplia. Si se hace muy lenta y superficial, puede haber recargo de ácido carbónico en la sangre y riesgo inminente.

Es costumbre atender la respiración con prescindencia del pulso: muchos por el contrario dan á éste tal importancia, que dedican alguna persona á su cuidado especial: ambas cosas son exageradas.

La respiración debe preocupar preferentemente. El cloroformizador puede consultar de cuando en cuando la radial ó temporal, y si el personal no es escaso, alguno convendría que se ocupe del pulso.

Casos hay en los cuales, estando bien la respiración, el pulso pequeño, frecuente é irregular, indica la inminencia de un peligro grave. Pero atender de preferencia el pulso ó exclusivamente, sería causa de desastres irreparables muchas veces. Es opinión general, que Panas expresa en términos enérgicos.

La tos se presenta en el primer período: puede ser refleja por la irritación laringo-traqueica pero generalmente es refleja á la manera del vómito: como él se combate con las nuevas aplicaciones clorofórmicas, y si persiste es digna de cuidado, porque la sigue muchas veces algún accidente.

El cloroformo anemias el cerebro.

Algunos prefieren la cloroformización masiva, los ingleses entre otros; y J. Simón y Saint Germain en París la daban sistemáticamente así á los niños. Aplicábanles una compresa embebida en cloroformo sobre la boca y nariz en el momento de una de las fuertes inspiraciones que hacen los niños amedrentados, inspirando así una dosis considerable del anestésico casi sin mezcla de aire: el efecto era seguro y casos había en los cuales la cloroformización era instantánea.

Va prevaleciendo el método contrario en todas las edades y países.

El método masivo se reduce sin embargo en los niños á unas pocas inspiraciones, pues con la primera suele bastar; sino, se hace una ó algunas más. En las otras edades se reaplican dosis igualmente masivas durante toda la operación; pero la aplicación se interrumpe mientras la relajación es completa.

Las dosis fraccionadas y mantenidas son ahora generalmente aceptadas: producen la anestesia en igual tiempo, se toleran fácilmente y en todas las edades, producen menos accidentes, y como que hay menos veneno en la sangre, caso de sobrevenir, son poco graves y más dóciles.

La Fisiología y Terapéutica abogan por este método, y el control estadístico es muy satisfactorio.

Es común observar, así con el un método como con el otro, que el cloroformizador suspende las aplicaciones anestésicas varias veces, para volver á hacerlas cuando el paciente se mueve.

Penosa y molesta es esa práctica, y el cloroformizador lo comprende y por eso se empeña en reparar pronto la falta, de la cual protesta el operador. Hasta observarlo puramente es desagradable.

Deben suspenderse las aplicaciones cuando la anestesia es completa para no volverla á hacer si la operación es breve, benigna; para repetirla si larga ó muy dolorosa, sobre todo cuando se trata de órganos ó regiones que reflejan gravemente en el bulbo, en cuyo caso debe atenderse cuidadosamente el reflejo óculo-parpebral, que es el regularizador por excelencia de la anestesiación.

Tocando con el dedo la cornea ó conjuntiva el orbicular del párpado responde ó no: si no responde, no se necesita inmediata aplicación; si responde, la anestesia se mantendrá con nuevas aplicaciones y así se evitará que el paciente se mueva y se queje. Si no respondiere durante varios toques, la cloroformización es profunda: malo será administrar más en este estado, en el cual sería muy de temer un accidente: la regularidad y amplitud de la respiración son prendas de confianza.

Parece suspenderse por mucho tiempo la respiración justamente cuando los reflejos se restablecen y el paciente va á moverse; si entonces no se le consulta, se entra en injustificada alarma, y se contribuye al desorden en vez de dar una nueva dosis para continuar el provechoso estado de relajación é insensibilidad.

Con el método á gotas mantenidas este falso accidente es menos común, y me ha parecido en los ya muchos casos que llevo observados, que el primer período es más calmado y regular; el paso de éste al segundo, insensible y tranquilo. Impresiona mal la relajación sobrevenida de modo súbito después de un período bullicioso, de gritos, cantos, esfuerzos, convulsiones, etc.; la palidez notable sucediendo al semblante encendido, congestionado, de ojos brillantes y rubicundos. El subsiguiente estado corresponde al primero; pero parece exagerado también, y un tanto peligroso. Tales períodos, de exaltación el primero, de depresión el segundo, molesto aquel, inquietante este, son de frecuente observación con el método masivo.

Es entonces generalmente cuando la lengua dejándose arrastrar obstruye la cavidad buco faringea, é igualmente obstruye ó comprime la parte epiglótica de la laringe, y cianosa y asfixia al paciente.

Piensan algunos autores que las dosis masivas evitan los inconvenientes primarios á que nos referimos, abreviando la susceptibilidad refleja de la pituitaria, que es la causa de ellos, de la exaltación de sus funciones instintivas, intelectuales, motoras, etc. Los otros creen que la brevedad implica intensidad con el método masivo, siendo suficiente la aplicación constante de gotas del otro método para obtener igual efecto, y si por desgracia sobreviniese un accidente, sería menos grave.

Tengo duda sobre la eficacia de la morfina inyectada inmediatamente antes de la cloroformización, como medio que la asegure y regulariza, y sobre todo respecto de la inocuidad con que se verifica por su influencia.

No me corresponde discutirlo. Desde que Rabuteau repitiendo experimentos ajenos, lo hizo público, ha venido aceptándose como cierto sin hacer después sino observaciones un tanto superficiales, sin verdaderos puntos de comparación y sin control,

no obstante que no lo garantiza el propio Rabuteau.

Respetemos la práctica de los cirujanos; pero no abusemos y seamos muy parcos tratándose de niños, viejos, mujeres, caquéticos, anémicos, etc. sin olvidar un momento las singularidades individuales de la morfina y las múltiples y especiales condiciones que su uso exige, aunque no lo parece, pues con naturalidad y sencillez se propina á todos, todos los días, inyecciones hipodérmicas.

Es impropio profundizar y prolongar la anestesia si se trata de una operación breve y sencilla; pero debe esperarse la relajación muscular y desaparición de los reflejos si el acto ha de ser tardado y grave, y sobre todo, cuando se trata de casos especiales, de ciertos órganos, de señaladas intervenciones.

Si la anestesia no es profunda cuando se va á reducir una luxación, operar una fistula ó grietas anales, una anquilosis ó reformar una seudartrosis, atacar el conducto auditivo, etc., se expone á un accidente mortal, frecuente sino probable.

### III

Corresponde al operador precisar las contraindicaciones que el estado del paciente pueda ofrecer para cloroformizarlo; si caquexia, anemia pronunciada, debilidad ó marasmo, lesiones cardíacas avanzadas, conforme á los principios y preceptos modernos; nosotros vamos á indicar lo más práctico é indispensable en un caso dado, al cloroformizador bisoño, pues el que no lo sea sabrá conducirse en la práctica y habrá releído los completos artículos modernos sobre la materia, que pueden satisfacer al más exigente,

El enfermo estará en ayunas; habrá evacuado el vientre, no llevará ligaduras ni dientes postizos. Aunque se trabaje en el hospital, deberá combatirse el miedo del enfermo en el instante de ir á la cama; medio moral de importancia. Untese vaselina en la frente, nariz y mejillas para evitar el efecto irritante del cloroformo, si cayese en una de esas partes.

El decúbito dorsal es el mejor; elevar la cabeza es malo, pero no bajarla. Como el cerebro se anemia se cojerá bien la posición de Trendelenburg y la que da Guyón para la litotricia; en las dos la cabeza queda muy baja.

Compenetrado el cloroformizador de que el enfermo puede morir en sus manos, que no haga alarde de la benignidad del acto, ni gala de audacia porque á diario cloroformiza ó ve cloroformizar en el hospital: dicho acto es siempre grave y solemne.

Su atención debe concretarse al cuidado de la respiración, del reflejo óculo parpebral, del pulso, sino hubiere persona distinta encargada de él, y seguirá al cirujano para graduar las dosis, hacer las aplicaciones, suspenderlas, etc., conforme el periodo operatorio, naturaleza del trabajo, duración de la cloroformización etc.

Casi todos los cirujanos y hospitales tienen hoy una careta de alambre, que los estudiantes conocen: está cubierta por un género de lana delgado. He visto poner algodón ó pedazos de lienzo en su cavidad, es decir, en la parte vacía y amplia que co-

rresponde á la nariz y boca; y he visto asi mismo levantar la careta para mojarla por dentro con el cloroformo cada vez que se quiere hacer una nueva aplicación; todo lo cual demuestra que no se ha comprendido bien la mente del inventor, cuyo inventor viene abogando por la mezcla de mucho aire al cloroformo y el método de dar éste á gotas de modo regular y no interrumpido, sino cuando la anestesia es completa.

En efecto, borrar la cavidad y mojar el contenido es peor que aplicar inmediatamente una compresa á la boca y nariz; es suprimir el aire y dar dosis masivas, para cuyo intento la compresa simple sería superior: ahora si han de echarse gotas dejando la careta sin compresas, que es lo que debe hacerse, lo mismo vale ponerla por dentro ó por fuera. Así pues, se colocará la careta tal cual con su forro sencillo de lana sobre la cara, cubriendo nariz y boca, se instilará gota sobre gota en la parte libre y convexa de la careta, que se sostiene con la mano izquierda por su pequeño mango metálico que queda sobre la frente, encima del nacimiento de la nariz. Se acercará el frasco gotero por los lados, para evitar que caiga cloroformo en los ojos, aunque se haya tenido la precaución de cubrirlos con un lienzo. La pinza para asir la lengua estará al alcance.

Si no es el cirujano quien reconozca el establecimiento del segundo período, la falta de reflejo óculo - parpebral bastará al cloroformizador para conocerlo; pero no está demás levantar el antebrazo, cuya caída á plomo también lo señala, y observar la pupila, que debe estar contraída é inmóvil.

Muchos, según queda expuesto, hacen previamente una inyección de morfina con el objeto de llegar á este estado con seguridad, brevedad y regularidad: al cirujano toca ordenarlo, corresponde sencillamente al cloroformizador observar el efecto para aprovecharlo. Si se cree que se ha abusado, porque el paciente es viejo, mujer, ó está muy debilitado, economícese anestésico cuanto sea posible, porque el hipnotismo puede prolongarse innecesariamente, y el estado comatoso subsiguiente sobre ser desagradable, no está exento de cargos toxicológicos. Es que la morfina como es heroica y enemigo jurado del dolor, se revela alguna vez contra la menor imprudencia ú olvido terapéutico.

Obtenida la relajación, se mantendrá con menores dosis; profunda por algún tiempo si la operación es de las llamadas grandes, ó muy dolorosa; se atenuará en las mismas cuando de los cortes principales se ha pasado á la etapa laboriosa, que es menos sensible, esa que constituye el acto esencial operatorio; abandonando al enfermo en ese como sueño fisiológico de una persona fatigada y necesitada de reposo, en que se encuentra cuando se enjagan los tejidos, se limpian y se pasa á suturar, para cuyo acto convendrá aplicar otras gotas.

Profunda debe ser también y mantenida cuando se trate de una fistula ó grieta del ano, reducción de luxaciones, etc.; suspendiéndole definitivamente pasado el acto operatorio que generalmente es breve y sencillo.

En las pequeñas operaciones conviene también llegar á la

relajación, pero disminuyendo en seguida mucho las dosis y sin empeñarse en el mantenimiento de la anestesia profunda; alguna vez es permitido comenzar á operar en el período de insensibilidad sin relajación, sobre todo cuando la operación por su naturaleza y sitio no se irregulariza ni estorba con algún movimiento, ni el enfermo se perjudica.

En las grandes ó largas operaciones, para el aseo y colocación del apósito se aprovecha el estado consecutivo del enfermo, que duerme y es manejable como un cuerpo inerte.

En las pequeñas, algunas veces se necesita dar cloroformo durante el último acto, porque en la semi-vigilia y el estado inconsciente y de excitabilidad en que el enfermo se ha puesto, es imposible proceder.

Si el enfermo tose, tiende á vomitar ó se pone encendido de color, la continuación de la cloroformización corresponde mejor si con un poco de más actividad; pero si el color pasa á violáceo ó la tos se repite mucho, debe suspenderse un momento. Eso basta en general: la náusea y tos desaparecen, el color se normaliza.

Cuando, manteniendo su regularidad y amplitud la respiración, el enfermo parece congestionarse, debe investigarse el motivo; el alcoholismo puede serlo. Si á la vez la respiración parece suspenderse, probable es que la lengua arrastrada hacia la parte posterior estorbe el paso del aire. Con pinzas ad hoc se toma por la punta y se extrae. Se abusa de este medio, del que no debe echarse mano, sino cuando efectivamente tiene lugar el fenómeno.

Dos son los accidentes capitales durante la cloroformización: el síncope cardiaco y la suspensión de la respiración. Contra el primero nada vale; pero se pone en práctica lo mismo que para el accidente pulmonar.

Hasta media hora puede estar el paciente aparentemente muerto, durante la cual debe asistirsele.

Muchos son los medios imaginados para hacerlo con fruto, y es por demás ostentoso el aparato y lujo de provisiones de algunos cirujanos. Bien estaría proveerse de algunos de los más eficaces, aunque no habiendo muchos, con los numerosos de éxito discutible se embaraza el cuadro y se estorba el empleo de uno ó dos de reconocida utilidad.

La electricidad en manos de gente poco entendida en su manejo, puede ser perjudicial; por eso veo como estorbosas las máquinas que por hábito ó por ostentación complican á menudo el arsenal.

El nitrito de amilo, también en moda y en general útil, puede alguna vez ser contraproducente, y su efecto puede obtenerse de modo igualmente seguro y fácil por otro medio.

Eter, cafeína, alcohol, aceite alcanforado, etc., de acción fisiológica segura y perfectamente conocida, coadyuvan en grado mínimo.

La prehensión y extracción de la lengua puede ser útil en el caso de que verdaderamente estuviese impidiendo el paso del aire y causando asfixia ó contribuyendo á ella.

La respiración artificial es el recurso por excelencia: hecha

en el momento de advertir el accidente, con regularidad y constancia da generalmente resultado, sino hay síncope cardiaco. Contribuye á la vuelta de la respiración la percusión en la cara, miembros y especialmente en el torax con una sábana ó toalla gruesa mojada, así como la excitación con los dedos ó presiones digitales en el pecho. Estando como generalmente está el paciente, pálido, con palidez cadavérica, la inclinación de la cabeza es un poderoso recurso, que el mismo cloroformizador ó cirujano hará á la vez que la respiración artificial.

Cuando la pupila se ha dilatado bruscamente después de presentarse el pulso acelerado, pequeño é irregular, la palidez es notable, el aspecto cadavérico pronunciado y la circulación se ha suspendido, la resurrección es poco menos que imposible, generalmente todo es infructuoso; pero el cirujano procederá con suma actividad empleando la respiración artificial sostenida hasta por más de media hora.

Los otros medios están fuera de reglamentación; pueden ser nocivos, son de aplicación menos sencilla y su eficacia no es como la de la respiración artificial, reconocida universalmente; y los coadyuvantes de éste, excitación tegumentaria y declinación de la cabeza, son medios tan expeditos como ella.

He aquí lo principal, fácil de retenerse y de ponerse en práctica; reconocido por los cirujanos de todos los países y exento de contraindicaciones.

Nada es de mi propiedad, pero tampoco es copia impropia: es la aplicación de los principios científicos á la práctica, la selección de lo verdaderamente necesario y eficaz, la reprobación de los medios inciertos, el rechazo de los elementos peligrosos directa ó indirectamente, la condenación de los auxiliares de moda, y sobre todo de los recursos aparatosos y de pura ostentación; es decir, tal cual yo lo comprendo y quisiera que pudiesen poner en práctica todos los médicos principiantes, á quienes exclusivamente me permito indicarlo, y en el concepto de que luego que den los primeros pasos en el ejercicio de la profesión estarán en aptitud de mejorar ó profundizar estas indicaciones bien intencionadas, si mal expuestas.

San Salvador, junio de 1901.

DR. JOSÉ LLERENA.



## Etiología del Tifus ictericoide

### V

#### HECHOS OBSERVADOS EN EL SALVADOR.

"En los inmensos dominios de lo concebible no hay más que hechos; las ciencias no son otra cosa que los hechos sistematizados por grupos; fuera de los hechos nada hay que pueda conocerse y afirmarse categóricamente pues la misma experiencia no puede extender su autoridad más allá del sistema solar de que forma parte."

Es un hecho positivo desde hace algún tiempo, que el tifus ictericoide es una enfermedad microbiana é infecciosa. Mas ¿cuál es el microbio que da origen á esta enfermedad?

Parece que Faget, dominado por los descubrimientos de Pasteur, fue el primero en lanzar como hipótesis la idea de que fuese un microbio la causa de la fiebre amarilla; pero no es sino hasta en 1870 y 1878 que Richardson, de Filadelfia, y J. Jones, de New Orleans, hicieron las primeras investigaciones bacteriológicas: el primero encontró en la sangre una bacteria (*bacteria sanguinis febrí flavo*;) el segundo descubrió también en la sangre un pequeño corpúsculo de movimiento vibrátil. Talmy y Pasteur (de 1878 á 1881) practicaron investigaciones en el laboratorio de este último, sin encontrar ningún micro-organismo; el mismo resultado obtuvo M. le Dantec en 1884 y 1885. Capitan y Charrin en investigaciones sobre la sangre y orina practicadas en el laboratorio de patología general de la Facultad de París (1881), ven numerosos microbios móviles, de los cuales la mayor parte eran micrococci, y también los reprodujeron por cultivos. Domingo Freire, de Río Janeiro, en 1880 señala como causa del vómito negro la evolución en el organismo de una especie de alga que llamó "cryptococcus santogenicus". En 1883, Lacerda de Río Janeiro, cree que el micro-organismo del tifus ictericoide es un hongo polimorfo ("cogumello"). Carmona y Valle (México) en sus primeros trabajos de investigación, cree encontrar un hongo ("peronospora lutea") y, en posteriores investigaciones, consideradas como definitivas, vió en la orina un bacilo, al cual atribuye la causa de la fiebre amarilla. Cornil y Babé en los numerosos estudios hechos en el laboratorio de Anatomía patológica de París, sobre piezas anatómicas llevadas de nuestro país por el Dr. Alvarez, no pudieron encontrar ningún microbio específico. Finlay y Delgado (1887) practicaron cultivos en tubos de gelosa, valiéndose de mosquitos contaminados, y encontraron colonias de micrococcus tetrágenus á los que atribuyen la causa específica del vómito negro. Le Dantec, en 1887 no encontrando ningún bacilo específico en sus investigaciones llega á la conclusión de que la fiebre amarilla es una toxi-infección producida por un microbio cuyo asiento no se conoce. Rangé en sus experiencias practicadas 1885 á 1886) en Cayena cree que un bacilo que llama "bacilo ictericoide" produce la fiebre amarilla. Stemberg (1890) juzgaba que la fiebre amarilla era producida por una infección local, cuyo asiento principal estaba en el estómago. Por último, á fines del siglo pasado, el Dr. Sanarelli en sus investigaciones y experiencias verificadas en el Instituto Experimental de Montevideo cree haber encontrado en la sangre un bacilo específico, el "bacilo ictericoide". Pero á pesar de tan empeñada lucha por investigadores eminentes para descubrir á tan terrible flagelo,

este permanece en su destructora labor sin que el microscopio nos lo revele.

Respecto de la infección qué podemos decir? La opinión de los autores está dividida: unos piensan que la infección se verifica por la vía hídrica; otros por el aire, los alimentos ó el contacto con los objetos contaminados ó con las personas infectadas. El Dr. Carlos Finlay afirma, después de numerosas experiencias, que uno de los principales medios de infección son los mosquitos. Sanarelli y Lacerda, basados sobre las experiencias biológicas del bacilo icteróide, se deciden por la infección aerea, sin negar una pequeña influencia á la vía hídrica. Según estos mismos experimentadores las infecciones de los focos domiciliars y de los focos navales son favorecidas por fenómenos de zaprofitismo ejercida por los hongos vulgares en el desarrollo del bacilo icteróide.

Todos estos medios de infección son favorecidos por diversas condiciones: Telúricas, que tienen preferencia por las costas, pudiendo irradiarse del litoral al interior bajo forma moderada é inestable.

Hidrológicas No se ha señalado estructura geológica especial de los terrenos en que se desarrolla el tífus icteróide por ser muy variada aquella; pero Sanarelli atribuye una influencia importante á las aguas del mar.

Meteorológicas. Temperaturas elevadas y uniformes, humedad atmosférica, oscuridad y poca ventilación;

Sociológicas, étnicas é individuales. Medios urbanos y aglomeraciones.

Augusto Hirsch atribuye mucha influencia á la suciedad; Griesinger formula hasta una ley sobre razas: "la predisposición mórbida es más débil á medida que la coloración de la piel es menos clara". El sexo parece no tener ninguna influencia, los niños y los viejos son menos atacados. Los excesos de toda especie, los traumatismos casuales ú operatorios y las insolaciones influyen notablemente. Algunos de los medios de infección, así como las circunstancias que los favorecen, no los admiten muchos eminentes observadores, y otros dan á todos estos medios un valor muy problemático. Así es que los medios de infección del tífus icteróide y los elementos que los favorecen no están hasta hoy bien determinados, y, por consiguiente, sólo nos quedan los hechos de continuo observan los clínicos en las zonas amarillógenas y que nosotros hemos podido comprobar en este país, en donde por desgracia es endemo-epidémica la fiebre amarilla

Recientemente una comisión de médicos norte americanos (Doctores VValter Reed, James Carrol y Aristides Agramonte, todos Cirujanos auxiliares del ejército de EE. UU. en la Habana) guiados seguramente por la teoría que sentó en 1888 Finlay, han llegado después de varias experiencias rigurosas sobre la etiología del tífus icteróide á las siguientes conclusiones:

1.<sup>o</sup> El mosquito (*Culex fasciatus*) sirve de huésped intermediario al parásito de la fiebre amarilla. 2.<sup>o</sup> La fiebre amarilla se trasmite al individuo no inmune, por medio de la picada de mosquito que anteriormente se haya alimentado de la sangre de enfermos de esta infección. 3.<sup>o</sup> Parece requerir un intervalo de doce días ó más, después de infectado, para que el mosquito sea capaz de transmitir el germen infeccioso. 4.<sup>o</sup> La picada del mosquito en un periodo menor que el citado en el párrafo anterior, no parece conferir inmunidad alguna contra un ataque consiguiente de fiebre amarilla. 5.<sup>o</sup> La fiebre amarilla también se puede producir experimentalmente por medio de la inyección subcutánea de sangre, tomada de la circulación general durante el primero ó segundo día del ataque. 6.<sup>o</sup> El período de incubación en trece casos de fiebre amarilla experimental,

ba fluctuado entre 41 horas y 5 días y 17 horas. 7<sup>º</sup> La fiebre amarilla no se trasmite por medio de ropas de cama ó de uso, ni por mercancías ni artículos de ninguna clase que hayan tenido contacto con casos de esa enfermedad, y por lo tanto la desinfección de dichos efectos con el objeto de evitar la propagación de la fiebre amarilla, es completamente innecesaria. 8<sup>º</sup> Se podrá decir que una casa se halla infectada de fiebre amarilla, solamente cuando dentro de ella se encuentren mosquitos contaminados, capaces de transmitir el parásito de esa infección. 9<sup>º</sup> La propagación de la fiebre amarilla se puede restringir eficazmente por medios que se dirijan á la destrucción de los mosquitos y á la protección de los enfermos contra la picada de estos insectos; y 10<sup>º</sup> Aunque la manera de vehiculación de la fiebre amarilla se ha determinado ya definitivamente, la causa específica de esta enfermedad está todavía sin descubrirse.

Estas conclusiones, que como todo lo norte americano están empaçadas de un espíritu práctico, han despertado en mí más que nunca el estudio de los hechos que de continuo se observan en este país en relación con la etiología del vómito negro.

En pugna con la 8<sup>ª</sup> conclusión práctica, encontramos un hecho real observado y experimentado en esta capital todos los años. Después de las primeras lluvias y en cuanto sigue una pequeña sequía, salen del Cuartel de la Brigada de Línea y del Hospital General los primeros atacados de fiebre amarilla. Ahora, todo el que venga á nuestra capital verá que estas dos cosas no tienen charcos ni tienen virtud de prolongar la vida de los mosquitos (*Culex faciatu*s), que como es bien sabido no tarda ni cuatro meses. Tampoco fueron los mosquitos infectos los que contaminaron las piezas ó salones de estos establecimientos: el Hospital fue infectado por dos agentes de policía de La Libertad, que de ese puerto ingresaron al Hospital con tífus icteróide; el cuartel fue infectado en 94 por soldados procedentes del Hospital.

En agosto de 1894 se destinó uno de los pabellones del Hospital Rosales en construcción, para lazareto, y una vez terminada en apariencia la epidemia de fiebre amarilla, se cerró para abrirlo en 97 con objeto de enladrillarlo y los operarios extranjeros ocupados en este trabajo todos fueron infectados. En este pabellón cerrado durante dos años tampoco existían mosquitos contaminados, y sin embargo fue un foco de infección, como lo demuestra el hecho referido. En la ciudad de Atiquizaya, á 10 k. de Santa Ana, que no registraba en su historia epidemia de fiebre amarilla, llegó de esta última ciudad en 95 un vecino infectado y la casa en que murió fue cerrada por dos años. En 97 se abrió para reedificarla, la mayor parte de los obreros, lo mismo que uno de los dueños de la casa que dirigía el trabajo, fueron atacados de vómito negro. Esta casa, que fue el foco de la epidemia de 97, no contenía mosquitos contaminados.

He aquí un hecho reciente: En Jucuapa, diezmada en la actualidad por la fiebre amarilla, por lo general casi no hay zancudos y especialmente en el barrio en que principió la epidemia. El foco de partida fue una familia que llegó infectada de San Miguel, y la propagación de la enfermedad fue casi inmediatamente después del primer caso.

En fin, multitud de hechos semejantes se registran en la historia de nuestras epidemias.

Varios médicos de esta capital, y últimamente el Dr. Zelaya, han observado casos de infección directa de persona á persona; yo he podido observar algunos en los mozos que solo se ocupan de transportar enfermos al lazareto, sin que se pueda atribuir la infección á los mosquitos, ó á que hayan permanecido mucho tiempo en el lugar contaminado.

San Salvador se sirve de agua de dos fuentes, de las cuales una es de mejores condiciones higiénicas que la otra, sin embargo la infección no ha tenido predilección por los habitantes que toman agua de una ú otra fuente. El Dr. Provve en su buen trabajo sobre "Fiebre amarilla en Centro América", al referirse á la infección por el agua en la epidemia de Amapala el año de 1893, dice: Las disposiciones para recoger el agua de las lluvias, y la conservación de esta durante la estación seca, así como la filtrada y hervida antes del consumo, se procuraba hacer en las casas de los extranjeros con sumo cuidado, mientras que los nativos se servían solamente de agua de pozo, sin tomar en general ninguna precaución. No obstante eso, la enfermedad atacaba casi exclusivamente á estas mismas personas que se cuidaban de la higiene.

Esto mismo hemos tenido ocasión de observar aún en personas que sólo tomaban agua pasada por un buen filtro Pasteur-Charberlain.

San Salvador tiene en su centro y en algunos barrios cloacas, que en su mayoría son muy superficiales, y todas desaguan en un arroyo de ancho lecho que queda dentro de la misma ciudad, casi sin aguas en la estación seca y abundante después de las grandes lluvias. En la parte de la población que no hay cloacas, se sirven de consumideros buenos y en otras, que son las menos, hay grandes patios en que los "zopilotes", cerdos, perros y la luz solar se encargan de la limpieza.

Se observa con mucha frecuencia que el tífus icterode da con más intensidad en el circuito canalizado, sin que se propague en la dirección de las cloacas.

Otro hecho citado por el Dr. Provve y que nosotros lo hemos comprobado en numerosos casos, es que muchos enfermos no han comido ni bebido nada en los lugares en que se infectaron.

En esta República la infección territorial, viniendo de las costas al interior es como sigue: Santa Ana (1895), Chalchuapa (1894), Quezaltepeque (1895), Nejapa (1895), Coatepeque (1895), Chinameca á 800 m. sobre el nivel del mar, Jucuapa, San Salvador á 684 m. sobre el nivel del mar (endemo epidemia desde 1894), Santa Tecla á 798 m. sobre el mar (1894), Armenia, Atiquizaya (1897), Nahuizalco (1894, 1895, 1896), Izalco (los mismos años que la anterior), Sonsonate (1895). Todos estos lugares en donde la fiebre amarilla se ha presentado bajo la forma epidémica, tienen una temperatura media anual de 23°, 20 á 24°, 25 c.

La Unión, puerto de entrada de las primeras infecciones, Chalatenango á 506 m. sobre el nivel del mar y Usulután á 128 m. que tienen 27°, 35 á 28° c de temperatura media al año, son inmunes.

Es un hecho que el mayor número de infectados en la capital son de los departamentos inmunes, como lo prueba de manera irrefutable la estadística recogida en los lazaretos por el eminente Dr. Provve. Chalatenango, 80; Cojutepeque, 75; Santa Tecla (altura de la costa), 55; Zacatecoluca, 52; Sensuntepeque, 44; Usulután, 23; Morazán, 18; Ahuachapán, 61; estos tres últimos dan cifras relativamente bajas por estar lejos de San Salvador.

He aquí otro hecho positivo: La infección aumenta casi en todas partes durante la estación lluviosa; demuéstrole la estadística. La recogida por el Dr. Provve es: Enero, 1894, 0; 1895, 0; 1896, 3; Febrero, 1894 y 1895, 0; 1896, 0; Marzo, 1894 y 1895, 0; 1896, 1; Abril, 1894 y 1895, 0; 1896, 2; Mayo, 1894 y 1895, 0; 1896, 6; Junio, 1894 y 1895, 0; 1896, 4; Julio, 1894, 0; 1895, 85; 1896, 8; Agosto, 1894, 0; 1895, 58; 1896, 30; Septiembre, 1894, 93; 1895, 70; 1896, 56; Octubre, 1894, 87; 1895, 59; 1896, 53; Noviembre, 1894, 56; 1895, 23; 1896, 42; Diciembre, 1894, 11; 1895, 24; 1896, 28.

Los hechos que nos da la estadística con respecto á las razas, son los siguientes: en 1895 entraron al lazareto de la capital, á cargo del Dr. Provve, 2 franceses, 1 siríaco, 1 japonés, 1 inglés, 1 suizo; de estos solo los dos últimos eran rubios. En 1896 de 3 norte americanos, murió 1; de 2 alemanes, murió 1; de dos franceses, 2; 1 ruso y 1 siríaco.

De una colonia algo numerosa de siríaco hubo tantos muertos como entre los demás extranjeros. Varios negros norte americanos fueron infectados. Entre los extranjeros, los más recientemente llegados son los más fácilmente infectados.

En las epidemias de Atiquizaya (1897) y Jucuapa (1901), han sido infectados de preferencia los nativos, sin excepción de viejos y niños; también se ha notado en la capital infecciones de muchos niños y ancianos.

El Dr. Guerra observó por primera vez, que los heridos y operados del Hospital se infectaban con más facilidad que los otros enfermos.

Se nota con frecuencia que los extranjeros y los nativos, después de excesos de bebidas alcohólicas, de comidas y de grandes fatigas ó insolaciones, están más predispuestos á la infección. La estadística demuestra que después de las grandes aglomeraciones en las fiestas, aumenta el número de atacados.

Se ha comprobado en todas las epidemias de las diferentes ciudades, que se necesita de una á tres semanas para que se presenten nuevos casos después del primero.

Las salas del Hospital y los salones del cuartel de la 1.<sup>a</sup> Brigada de Línea, focos domiciliarios los más importantes de la capital, de donde salen para los lazaretos los primeros atacados, tienen pavimento de ladrillo de arcilla, poco húmedo en la estación seca y bastante en la lluviosa; son algo oscuros sobre todo donde están las camas que dan más infectados.

En los días de sequía que siguen á las primeras lluvias, y aún durante las lluvias acompañadas de temperaturas elevadas, se nota mayor evaporación en estos salones infectados, especialmente en la noche.

En las ciudades infectadas en que por la constitución geológica de su pavimento, (Santa Tecla por ejemplo), la humedad se conserva más tiempo que en San Salvador, la epidemia va dos meses atrás.

Por estos hechos que acabo de exponer, se ve que estos lugares constituidos en focos de infección, después de haber alojado una vez infectados de fiebre amarilla, la humedad en los meses de lluvias y su correspondiente temperatura favorecen la germinación del agente infeccioso, y las corrientes de aire cálido cargado del vapor de agua que naturalmente existen en estos sitios, llevan el agente específico á los individuos.

Los mosquitos depositan, en la microscópica herida que producen en la piel de las personas, con la especie de lanceola de que están provistos, una especie de saliva que de seguro contiene una diastasa, la cual produce primero una ligera anestesia y en seguida ardor, dolor y un circuito ligeramente edematoso. En los extranjeros que no gozan de inmunidad contra estos piquetes, como los nativos, ocasiona grandes extragos, por lo general fiebre. Esta fiebre produce un "locus minoris resistantia", y sabemos que todas las enfermedades microbianas invaden el organismo en cuanto encuentran menos resistencia. Así nos explicamos que en seguida de la fiebre producida por las picaduras de los mosquitos (*Culex faciatu*s) en los no inmunes, venga á atacar el tifus icteroide, á menos que el microbio específico se llegue á encontrar en la circulación capilar.

Las mismas cualidades que á los mosquitos, se le pueden atribuir á las chinches [*Cimex lectularius*, Lin] y á las pulgas, entre nosotros.

De todo lo expuesto, relativo á la etiología de la fiebre amarilla en El Salvador, podemos llegar á las siguientes

## CONCLUSIONES:

- 1.<sup>o</sup> La infección de la fiebre amarilla se produce principalmente por la vía aérea;
- 2.<sup>o</sup> Los mosquitos (*Culex faciatu*s) tienen un papel problemático en el contagio;
- 3.<sup>o</sup> Se puede decir que una casa es un foco de infección, cuando se haya asistido en ella algún atacado de esta enfermedad, sin que haya necesidad de asistir un nuevo caso para despertar la virulencia del foco;
- 4.<sup>o</sup> La infección por el contacto directo con los contagiados es problemática ó cuando menos secundaria;
- 5.<sup>o</sup> Por lo general, se necesita de una á tres semanas para que se desarrolle la fiebre amarilla, después de haber sido importado el primer caso á una población;
- 6.<sup>o</sup> De la infección por las ropas de cama ó los vestidos, por mercaderías ó artículos que hayan tenido contacto con los infectados, nada podemos asegurar; y por consiguiente, mientras no se pruebe de una manera palmaria que no son medios de infección, debemos siempre practicar lo que á este respecto aconseja la higiene profiláctica;
- 7.<sup>o</sup> Todas las circunstancias que favorecen la humedad, la evaporación y las corrientes de aire en las habitaciones, favorecen también el desarrollo de los gérmenes, la virulencia y la infección en los focos domiciliarios;
- 8.<sup>o</sup> Los extranjeros recientemente llegados al país, son los más predispuestos al contagio, no habiendo ninguna influencia por las razas, los sexos y las edades;
- 9.<sup>o</sup> Las aglomeraciones, las insolaciones, los excesos de toda especie, los traumatismos casuales y operatorios, favorecen la infección. Así es que todo cirujano de las zonas amarillógenas, deben tomar sus medidas preventivas antes de practicar cualquier operación;
- 10.<sup>o</sup> La fiebre amarilla no tiene predilección marcada por las partes más sucias de una población;
- 11.<sup>o</sup> Lugares situados en alturas considerables, sean del litoral ó del interior, pueden ser infectados por esta enfermedad; y
- 12.<sup>o</sup> El mayor número de atacados en una ciudad infectada son los de los lugares inmunes.

San Salvador, junio de 1901.

S. ORTEGA CORTES.

---

## NOTAS CLINICAS

---

**Observación recogida en el 2.<sup>o</sup> Servicio de Cirugía á cargo del Doctor Tomás G. Palomo.**

---

El día 28 de noviembre de 1900 se presentó al Hospital General J. Díaz, natural de Honduras, jornalero, de 17 años de edad, soltero. Ocupó la cama No 7 de la sala "Abascal" á cargo del Dr. Tomás G. Palomo.

El enfermo es de temperamento linfático, de antecedentes hereditarios y patológicos nulos.

Refiere que desde hace más de un año está padeciendo de "una inflamación del lado izquierdo de la boca" que le dificulta la deglución y experimentalmente al mismo tiempo mucha molestia para respirar.

Se presenta con la boca abierta, la mirada medio dormida, palidez marcada, enflaquecimiento notable, signos que denotan una hematosiis imperfecta y una nutrición defectuosa; no hay ingurgitación de los ganglios del cuello. El tumor es poco consistente, del color de la mucosa bucal, del tamaño del puño cerrado, no doloroso, de base extensa y que parecía implantado en el ángulo izquierdo del maxilar inferior, ocupando casi toda la cavidad faríngea, distendiendo la mucosa del velo del paladar, extendiéndose hacia la región supra-hiodia izquierda y sobresaliendo del nivel de la mejilla debajo del borde del maxilar.

A primera vista se creyó en un quiste ó tumor sanguíneo, y se practicaron por el Cirujano dos punciones, con la aguja núm. 2 del aspirador de Deulafoy, en dos distintos lugares; pero la primera no dió ningún resultado positivo y en la segunda se obtuvo un líquido hemorrágico rutilante, por lo cual el Cirujano se inclinó á creer en la existencia de un tumor sanguíneo, y ordenó al Interno, que entonces era el que suscribe, la aplicación de dos inyecciones hipodérmicas de 1 c. c. cada una, de una solución de ferropirina al 10 por 100, con el objeto de provocar la coagulación de la sangre y contener así la hemorrágia producida y el aumento de volumen de tumor. Quedó el enfermo en observación.

Durante dos días se pusieron estas inyecciones; pero produciéndose dolores muy fuertes en el momento de poner la inyección y notándose síntomas de inflamación debidos quizás á la irritación producida por la solución ó á una verdadera inflamación ocasionada por la imposibilidad de mantener completamente aséptica la región en el momento de la inyección, se suspendió este tratamiento y se combatieron los síntomas antes dichos con antiiflogísticos hasta hacerlos desaparecer. Para mejorar el estado general del enfermo, que no era satisfactorio, se instituyó un tratamiento tónico y reconstituyente.

El tumor continuó aumentando de volumen y cada vez se hacía más difícil la respiración del paciente, llegando en ocasiones á ponerse la cara cianótica. El 19 de diciembre se produjeron accesos de asfíxia que pusieron en peligro la vida del enfermo, pues ya en esta fecha el tumor había producido casi la oclusión de la cavidad faríngea. En presencia de esta situación, el Interno de turno llamó á las 2 p. m. al Dr. Alfonso Quiñónez, quien practicó inmediatamente la operación de la traqueotomía. En la tarde de ese mismo día la temperatura ascendió á 39°, y desde el 19 hasta el 25 del mismo mes, ésta osciló entre 37° y 38°. El enfermo respiraba libremente.

Se practicaron nuevas punciones el 23 del mismo mes, pero no se obtuvo ningún líquido y se notó que el tumor además de haber crecido había aumentado de consistencia, por lo cual se decidió practicar la extirpación del tumor, y se observó al extraerlo que era un tumor sarcomatoso.

"Operación". El 25 de diciembre se practicó ésta. Se eligió como método anestésico la eterización rectal, con lo cual se consiguió una anestesia regular, cosa que en la cloroformización es difícil obtener en casos como el presente.

Después de hecha la desinfección de la región operatoria con solución de sublimado y alcohol, se practicó una incisión que principió en el ángulo de la mandíbula y vino á terminar al mentón, siguiendo el borde de la mandíbula; se interesó en esta incisión la piel, el tegido celular sub-

cutáneo y pequeños vasos; en otra más profunda se cortó la transversal de la cara y se hizo la forcipresura de ésta. Desde este momento se continuó la disección con los dedos, haciendo fuertes tracciones y valiéndose de las tijeras para seccionar los tejidos que no podían romperse con los dedos. Al disecar la mitad del tumor se creyó prudente dividirlo con las tijeras para facilitar su extracción; después se siguió disecando del mismo modo hasta su base de implantación, que era la cara inferior del esfenoides y cara interna de la apósis terigoides. La mucosa bucal se dejó intacta.

Hecha la extirpación completa se procedió á hacer la "toilet" de la cavidad, poniendo enseguida un taponamiento de gaza yodoformada; después se pusieron tres puntos de sutura con crin de Florencia, dos en el extremo anterior y dos en el ángulo posterior.

La temperatura por la tarde de ese mismo día fue de 37° 8 y desde este día hasta el 15 de enero de 1901, osciló entre 36° y 37° 5.

A los tres días de operado se le extrajo la mitad de la gaza que le servía de "drenaje" y á los seis se quitó todo el taponamiento. A partir de este día se le continuaron haciendo sus curaciones antisépticas y poniéndole "drenaje" de gaza yodoformada hasta la completa cicatrización de la herida. En los primeros días de operado se alimentó al paciente por la vía rectal.

La cánula de la tráquea se le retiró el treinta de enero último, veinte días después el enfermo abandonó el Hospital completamente sano.

—En este caso, como se comprenderá, era de necesidad la operación de la traqueotomía antes de la extirpación del tumor, y aunque no se hubieren presentado fenómenos asfícticos tan alarmantes, hubiera sido conveniente, para evitar una asfíxia por hemorragia en caso de que la implantación del tumor fuera vascular, peligro que hay que tener en cuenta cuando se opera en la cavidad faríngea.

Esta operación preliminar, que en Francia tiene pocos partidarios, en Alemania tiene muchos, y la estadística parece darles la razón, porque durante los primeros días que siguen á la operación, es salvaguardia contra la posibilidad de un edema de la glotis; puede llenarse de gaza yodoformada la cavidad buco-faríngea y mantener la herida aséptica; se disminuye la frecuencia de la neumonía, causa frecuente de la muerte después de la operación, que sobreviene por el paso en las vías aéreas de micro-organismos provenientes del campo operatorio.

Con la traqueotomía había un peligro: una bronquitis consecutiva por haber sido prolongada la dispnea; pero el resultado como se ve no pudo haber sido más satisfactorio.

—La regularidad de la anestesia se obtuvo fácilmente haciendo uso de la eterización rectal, \* sin necesidad de recurrir á la cánula-tapón de Trendelenburg, como muy bien hubiera podido hacerse; pero siendo más económico y más cómodo el aparato usado para la eterización en nuestro Hospital, era preferible (Véase "La Clínica"—Serie III—núm. 4 página 49.)

—Cuando queda la cavidad después de una operación, la curación que da mejores resultados, consiste en rellenar completamente de gaza antiséptica dicha cavidad, pues está probado científicamente y por la experiencia que el poder curativo en cirugía está fundado sobre todo en las propiedades físicas y antisépticas de los materiales de curación.

Practicamente este procedimiento es superior al Mickulike, por lo expedito de la curación y porque reúne mejores condiciones físicas.

San Salvador, junio de 1901.

T. GUTIÉRREZ.

\* El Salvador es la única sección centroamericana en donde se practica la eterización por el recto.  
(Nota del autor.)

## LA ANGIOTRIPSIA

### SU APLICACION EN NUESTRO HOSPITAL.

En diciembre del año de 1897 el profesor Tuffier presentó á la Sociedad de Cirugía de París un instrumento para hacer la hemostasis en la hysterectomía vaginal prescindiendo en absoluto de pinzas y ligaduras. Ese instrumento lo llamó él "Angiotribo". Poco tiempo después el profesor Doyen en carta abierta dirigida á Tuffier y publicada en "La Revue de Gynecologie" demostró que este último cirujano había presentado, "sin pena ninguna", como invento suyo el instrumento que Doyen había dado á conocer muchos meses antes al Congreso Médico reunido en Moscou, con el nombre de "Vasotribo".

No tenemos noticia que Tuffier haya contestado esa carta abierta y eso nos hace creer que Doyen es el que ha triunfado y que él es el verdadero inventor del instrumento que con justicia ha producido una revolución en la cirugía moderna.

\*

En nuestro Hospital el método de la angiotripsia ha sido aplicado en muchos casos de hysterectomías vaginales practicadas por los doctores Tomás G. Palomo y Francisco Guevara.

El primero de estos cirujanos, que tiene á su cargo la 1.<sup>a</sup> Clínica Quirúrgica en el Hospital, fue el que dió á conocer entre nosotros el nuevo método de hemostasis, aplicando el angiotribo en un caso de prolapso completo del útero. Esta operación fue practicada el 19 de junio de 1899. La técnica operatoria empleada fue la siguiente:

Al rededor del cuello hizo el Dr. Palomo, con el bisturí, una incisión de la mucosa vaginal, aislando después la matriz con la punta del dedo. Perforó en seguida el fondo de saco de Douglas hasta llegar á la cavidad peritoneal é hizo la inversión del útero trayendo el cuerpo hacia fuera, separando antes las adherencias con los dedos. Las pequeñas arterias que dieron hemorragia se les tomó con una pinza y se les hizo la torción. Estando bajada la matriz y sostenida únicamente por los ligamentos anchos, se aplicó sobre éstos el angiotribo con un minuto de duración en cada lado. Mientras estaba aplicado el instrumento se hizo arriba de él la ligadura de los ligamentos con un hilo de catgut, pero estas ligaduras quedaron flojas porque además de la incomodidad que se presentaba para hacerlas, siendo demasiado anchos los ligamentos por estar distendidos por la aplicación del angiotribo no pudieron apretarse como se debe. A continuación se hizo abajo del angiotribo el corte correspondiente con unas tijeras rectas. Terminado el acto operatorio se practicó un taponamiento de la vagina con gaza yodoformada. La operada curó perfectamente bien sin haberse presentado ningún accidente. Esta aplicación de angiotribo era la primera que se hacía en Centro América.

Poco tiempo después el Dr. Palomo tuvo un segundo caso con aplicación del angiotribo y la técnica operatoria fue la misma que en el primero, habiendo también quedado flojas las ligaduras que se hicieron en los ligamentos anchos. En esta operación el éxito fue bueno también.

En mayo de 1900 el mismo cirujano puso en práctica por tercera vez el nuevo método de hemostasis en un caso de hysterectomía por cáncer del cuello del útero. El procedimiento fue el mismo que en los casos

anteriores, con la única diferencia que en este solo en un ligamento se puso ligaduras que quedaron siempre flojas.

A las 48 horas de operada la enferma, se presentó una fuerte hemorragia, pero quitado el tapón de gaza que ocupaba la cavidad de la vagina se vió que la hemorragia no dependía de donde se había aplicado el angiotribo sino que era ocasionada por una pequeña arteria del borde de la mucosa vaginal.

El éxito de esta operación hubiera sido completo; pero desgraciadamente la enferma contrajo una fiebre amarilla grave que la llevó á la tumba á los 17 días de operada. En varios casos más el Dr. Palomo ha aplicado el angiotribo sin hacer uso de las ligaduras para los ligamentos anchos, solo en dos de estos casos hubo que poner ligadura en pequeñas arterias del borde de la sección de la mucosa vaginal por estar muy accesible á las maniobras del cirujano.

El éxito en todos ellos fue bueno. \*

El tiempo que el cirujano ha empleado para practicar las operaciones de que hemos hecho mención ha sido de 15 á 45 minutos según las adherencias que ha habido que desprender.

\*

El Dr. Guevara, Jefe de la 2.<sup>a</sup> Clínica Quirúrgica del Hospital, ha practicado también la histerectomía vaginal haciendo uso del angiotribo. La técnica operatoria por él empleada es diferente á la que el Dr. Palomo ha puesto en práctica.

No pudiendo referir detalladas todas las operaciones de esta clase practicadas por el Dr. Guevara, porque nos saldría demasiado extenso este trabajo, solo daremos á conocer completa la última de ellas llevada á cabo el 4 del corriente mes. Se trata de una mujer de 34 años, soltera y que ha tenido tres hijos. A consecuencia del último parto la matriz le quedó prolapsada. Decidida la operación se procedió á ella, previa desinfección rigurosa del campo operatorio, de la manera siguiente: Por medio de una pinza de doble garra aplicada en el labio posterior del cuello uterino se fijó el útero y con un bisturí de punta se practicó un ojal en el fondo de saco vaginal posterior, en dirección transversal comprendiendo toda la extensión de los tejidos hasta el peritoneo, dándole suficiente extensión para poder introducir el angiotribo, el cual se aplicó en la extremidad derecha de la abertura lo más cerca posible del útero. Después de un minuto de presión se retiró el instrumento y se seccionó con las tijeras rectas la parte comprimida por el angiotribo.

Sucesivamente se continuó aplicando de igual manera hasta por cuatro veces en el lado derecho, dejándolo siempre un minuto para que la presión fuera eficaz y procurando hacerlo en la periferie del útero. En una de estas aplicaciones quedaron comprendidos el ovario y la trompa derechos que fueron extirpados también. En el lado izquierdo se observó el mismo procedimiento que en el derecho con la única diferencia que aquí no se extirparon la trompa y ovario correspondientes, sino hasta que había sido quitado el útero.

La sección total se terminó por el fondo de saco anterior, teniendo especial cuidado de repudiar hacia arriba el fondo de la vejiga para no comprenderla en la aplicación del angiotribo.

Extirpado completamente el útero se notó que la arteria uterina izquierda manaba sangre; inmediatamente se tomó con una pinza hemostática y una aplicación del angiotribo hizo cesar la hemorragia. La trompa y ovario izquierdos se extirparon por último con dos aplicaciones de angiotribo. Procedióse en seguida á suturar con hilo de plata el fondo de saco vaginal con puntos separados. En el momento de comenzar la sutura un esfuerzo de vómito de la enferma hizo que se presentara

la vejiga á través de los labios de la herida vaginal, hecho que testificó que la vejiga no había sufrido ninguna lesión.

Se colocó gaza yodoformada en la cavidad, terminando de esta manera la operación. Al séptimo día se retiraron los puntos de sutura por estar ya perfectamente adheridos los labios de la herida operatoria. El éxito en esta operación fue muy bueno.

En septiembre de 1900 practicó también el Dr. Guevara, usando el procedimiento ya descrito, una histerectomía vaginal en una joven de 20 años que tenía un prolapso uterino. Esta vez se presentó una pequeña hemorragia después de la operación que fue cohibida con un pequeño tapon de percloruro de hierro.

En el mes de enero del mismo año, usando la misma técnica operatoria, extirpó un útero canceroso en una mujer de 50 años. Aquí hubo necesidad de hacer un raspado de las paredes vesicales porque estaban invadidas también por el neoplasma.

La misma operación le fue practicada en marzo del propio año, á una mujer de 34 años que tenía un cáncer del útero. En todos estos casos el resultado que se obtuvo fue muy satisfactorio.

Creemos que con los casos relacionados bastará para dar á conocer la aplicación que ha tenido entre nosotros el angiotribo. El éxito más lisonjero ha correspondido á los trabajos de nuestros hábiles cirujanos, que han puesto en práctica el moderno método de hemostasis.

Es innegable que la ablación del útero por este nuevo procedimiento es un gran adelanto para la cirugía moderna que progresa diariamente de una manera asombrosa. Operaciones que antes parecían casi imposibles de practicarse, ahora tal vez se ejecutan frecuentemente sin dificultad ninguna. Circunscribiéndonos al objeto de nuestro trabajo, la angiotripsia, tendremos que confesar, que el nuevo método de hemostasis, disputado por Doyen y Tuffier, y aplicado á la histerectomía vaginal ha venido á simplificar esta difícil operación antes tan molesta y embarazosa para la enferma por el gran número de pinzas que durante 48 horas había que dejar en permanencia, y peligrosa algunas veces por las infecciones si se hacía uso de las ligaduras. El cirujano ya no necesitará rodearse de un instrumental numeroso ni de practicar ligaduras para asegurar el éxito de su operación, le basta un angiotribo y unos dos ó tres instrumentos más indispensables en toda operación quirúrgica por pequeña que sea.

San Salvador, junio de 1901.

R. V. CASTRO.

## CUADRO

DE LAS OPERACIONES PRACTICADAS EN EL HOSPITAL GENERAL

(Mes de mayo de 1901.)

*Primer servicio de Cirugía á cargo interinamente del Dr. Alfonso Quiñónez M.*

- 1—Extirpación de un epitelioma invadiendo el lobulillo derecho de la nariz. Autoplastia inmediata.
- 1—Abertura de un absceso intra orbitario del ojo izquierdo.

- 1—Tenorrafia de los extensores y flexores del dedo mediano de la mano izquierda.
- 1—Raspado uterino.
- 1—Cura radical de hernia inguinal por el procedimiento de Duplay y Cazzin.
- 1—Iridectomía lateral en el ojo izquierdo por glaucoma crónico (cocaína).
- 1—Extracción de esquirlas de una herida con fractura del parietal izquierdo.
- 1—Histeropexia abdominal por prolapso uterino (procedimiento de Czerni-Terrier)
- 1—Extracción de catarata senil del ojo izquierdo á gran colgajo elíptico con insición corneana superior, sin iridectomía (procedimiento del Dr. Palomo) cocaína.
- 1—Ovariectomía doble, por oovitis crónica (Drs. Araujo y Quiñónez).
- 2—Extirpaciones de rinoscleroma por medio del bisturí.
- 1—Resección parcial de una costilla del lado izquierdo por caries consecutiva á herida producida por instrumento cortante (Drs. Araujo y Quiñónez).
- 1—Extirpación de la bolsa de un antiguo quiste sebáceo situado en la región media y anterior del torax.
- 1—Iridectomía superior en el ojo izquierdo por opacidad central de la cornea (cocaína).
- 1—Tenorrafia de los extensores de los dedos anular y meñique de la mano derecha.
- 1—Sutura de una herida de la cabeza en la región fronto parietal.
- 1—Regulación de una herida con fractura del dedo índice de la mano izquierda.
- 1—Histerectomía vaginal en un caso de cáncer uterino. Pinzas en permanencia durante 84 horas.
- 1—Apendiceptomía por apendicitis crónica
- 1—Extracción de una bala situada entre el tejido muscular de la región escapular derecha [Dr Letona H.]
- 1—Laparotomía con sutura del intestino en tres puntos y tres en el mesenterio, por heridas producidas con instrumento cortante [Drs. Letona H. y Cano.]
- 1—Reapertura de la cavidad abdominal en el mismo caso anterior, por presentarse síntomas de hemorragia interior. Ligadura de la arteria espermática que era la que producía la hemorragia. (Dr. Quiñónez.)
- 1—Extirpación de papilomas de la vulva.
- 1—Operación de fistula vesico-vaginal
- 1—Abertura de un absceso del escroto (muerto por síncope pulmonar.)

*Segundo servicio de cirugía á cargo del Dr. Francisco Guevara.*

(CLÍNICA DE LA FACULTAD)

- 1—Extirpación de un lipoma situado en la región supra-escapular izquierda.
- 1—Amputación en el tercio medio del brazo por esfacelación de los tejidos que habían sufrido un machacamiento.
- 1—Extirpación de un mixoma de las fosas nasales [cocaína.]
- 2—Extirpación de cataratas, una nuclear y otra lechosa.
- 1—Debridamiento del canal lacrimo-nasal.
- 1—Iridectomía por glaucoma crónico y por opacidades de la córnea.

- 1—Extirpación de un sarcoma de la axila y de los ganglios infra y supra claviculares.
- 4—Raspados uterinos por endometritis.
- 1—Operación de una fistula vesico-vaginal.
- 1—Ovario-salpingotomía por salpingo-ovaritis crónica consecutiva probablemente á blenorragia.
- 1—Enucleación del ojo izquierdo en un caso de oftalmía purulenta con perforación de la cornea.
- 1—Extirpación de un sarcoma del cuello, situado entre el externo-cleido-mastoideo y los escalenos, comprendiéndolas yugulares externas. Murió 12 horas después de operado, á consecuencia de seoh clorofórmico.
- 1—Ovariectomía izquierda en un caso de ovaritis crónica hipertrofiada y dolorosa.
- 1—Cauterizaciones lineales de los fondos de saco uterinos en un caso de prolapso incompleto de la matriz.

*Tercer servicio de cirugía à cargo del Dr. Manuel E. Araujo.*

- 3—Uretrotomías internas, practicadas con el uretrótomo de Maisonneuve, por estrechese de la uretra, consecutivas á blenorragia.
  - 1—Operación de catarata [caféina].
  - 2—Meatotomías con el meatótomo de Civiale.
  - 1—Sutura de una herida producida con instrumento cortante en el tejido muscular del hombro derecho.
  - 1—Extirpación de un tumorcito canceroso melánico de la conjuntiva.
  - 1—Extirpación de un cancer del pene, decorticación de los tejidos lesionados.
  - 1—Extirpación de unos ganglios cancerosos de la ingle
  - 1—Litolapaxia de Bigelovv.
- Se hicieron además otras operaciones de pequeña cirugía.

---

## NOTAS CIENTÍFICAS

---

\* El Dr. E. Coni, de Buenos Aires, presentó al 2º Congreso latino americano reunido en Montevideo en marzo del corriente año, un notable trabajo sobre la mortalidad comparada de las cinco capitales sudamericanas más importantes, y obtuvo el resultado siguiente: *Buenos Aires* tiene en la actualidad una mortalidad de 17 por mil; *Río Janeiro* varía del coeficiente más bajo de 22.9 por mil al de 45.4 por mil; *Santiago de Chile*, 35.50 por mil [año 1899]; *Lima*, 42.8 por mil; *Montevideo*, 14.11 por mil como cifra media.

De lo anterior se deduce que la capital del Uruguay ocupa el primer puesto entre las capitales sudamericanas respecto á la sanidad pública.

CUANDO CESA DE CONCEBIR LA MUJER?—En un estudio que sobre esta cuestión ha hecho el Dr. Sebastián B. Rodríguez, de Montevideo, llega á las conclusiones siguientes: 1º Que no se puede considerar la apari-

ción de los menstros como signo de pubertad; 2º Que la desaparición de los menstros no puede fijar el comienzo de la menopausia; 3º Que no existe síntoma, ni grupo de síntomas en el vivo, con el cual se pueda afirmar que la mujer no es apta para la reproducción; y 4º Que el límite extremo de la vida fértil de la mujer puede considerarse el de los 60 años.

NUEVO ESPOROZOARIO PARÁSITO EN EL HOMBRE. En algunos tumores el Dr. Guillermo R. Seeber [La Plata] ha encontrado un esporozoario que no ha sido descrito todavía.

CONTRA EL ALCOHOLISMO. El Congreso Latino americano, tomando en cuenta que en todos los países de Hispano América tiende el alcoholismo á propagarse de una manera asombrosa, aumentando por consiguiente sus consecuencias fatales para el individuo y para la sociedad, y convencido de que es una de las causas más poderosas de la degeneración de la raza, recomienda las medidas de prevención para evitar tan terrible mal y aconseja se adopten las medidas mas modernas de que la ciencia dispone para curarlo. El Congreso Médico cree que debe instruírse á los pueblos sobre los perniciosos resultados del alcoholismo, que los gobiernos todos de la América dicten medidas severas, represivas. Concluye declarando, apoyado en estudios verdaderamente científicos, que toda sustancia alcohólica ó alcoholizada, cualquiera que sea su procedencia industrial, es nociva á la salud, y considera el consumo de los llamados *aperitivos* como una forma grave de alcoholismo inconsciente.

TRATAMIENTO DE LA PUSTULA MALIGNA POR EL ICTIOL. El Dr. Joffé, Médico ruso, ha puesto en práctica este tratamiento con muy buen resultado, en 14 casos que ha asistido. La escara que cubre la pústula se arranca, en seguida se cauteriza la ulcera con el termo cauterio y se coloca á continuación sobre ella y sobre toda la región inflamatoria una compresa empapada en la siguiente mezcla:

Ictiol..... 1 parte  
Glicerina ..... 3 —

La compresa se sostiene con un vendaje. Esta curación hay que hacerla hasta dos veces en las 24 horas. A los tres días el enfermo está curado y solo queda una escara que luego desaparece. Este tratamiento da mejores resultados que el licer de Van Ssvieten y que las inyecciones hipodérmicas de ácido fénico.

BIBLIOTECA NACIONAL-HEMEROTECA

SAN SALVADOR, EL SALVADOR. C. A.

## CRONICA

EN uno de los días del mes de junio falleció en la ciudad de Santa Tecla la bella y distinguida señorita Piedad Llerena. Tan doloroso acontecimiento ha venido á llenar de luto el hogar de nuestro ilustrado maestro el Dr. José Llerena. A él y á su estimable familia les enviamos nuestro pésame más sentido.

YA VOLVIÓ ha encargarse de la primera Clínica Quirúrgica en el Hospital General el doctor don Tomás G. Palomo. Nos alegramos de ver consagrado de nuevo á los trabajos profesionales á tan distinguido facultativo.

**HONRA MERECIDA.** Los estudiantes de Medicina, discípulos del doctor Zelaya, han querido manifestarle el mucho aprecio que por él tienen, y espontáneamente y firmado por todos le han obsequiado un hermosísimo diploma cuya leyenda es la siguiente: "República del Salvador. América Central. Los estudiantes de Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional tienen el alto honor y la legítima satisfacción de ofrecer el presente diploma á su digno maestro el señor doctor don Salomón R. Zelaya, en testimonio de profundo aprecio y como tributo de impercedera gratitud. San Salvador etc."

Felicitamos al doctor Zelaya por la honra tan merecida de que ha sido objeto de parte de sus discípulos.

**LA PRESENTE** edición de "La Clínica" aparece formada de 24 páginas por que corresponde á los meses de mayo y junio ó sea 12 páginas por cada uno que son las que deben formar cada número del periódico.

**EL DOCTOR DEBAYLE.** A mediados de junio regresó á Nicaragua el doctor don Luis Debayle, Delegado por aquella República y la de Honduras al congreso Médico Pan-Americano reunido en la Habana y al congreso de la tuberculosis verificado últimamente en Nueva York.

En ambos congresos ha dado á conocer el doctor Debayle su vasta ilustración, y ha merecido numerosas distinciones de muchas notabilidades científicas.

Los aplausos que ha recibido y los triunfos alcanzados por el doctor Debayle honran á Centro-América en sumo grado. "La Clínica" se complace en enviar á tan distinguido profesor las más ardientes felicitaciones.

**LA FIEBRE AMARILLA.** Corren rumores infundados respecto de esta enfermedad: Se ha llegado á decir que está azotando de una manera alarmante en esta capital y ocasionando muchas víctimas. Todo eso es falso y sin fundamento, pues en el corriente año la fiebre amarilla ha disminuido muchísimo, gracias á las buenas medidas higiénicas que se han tomado.

Nosotros fuimos quienes el año pasado dimos la voz de alarma cuando se quiso celebrar la fiesta del Salvador, en el mes de agosto porque en aquella época sí había tomado proporciones alarmantes; ahora los ataques han sido mucho menos que los del año de mil novecientos. En el mes de junio del corriente año murieron de fiebre diez y en el mismo mes del año que terminó hace poco [1900] murieron 37. Eso demuestra lo que decimos, que la fiebre amarilla ha disminuido.

En el próximo número publicaremos una estadística detallada y comparativa de las defunciones ocasionadas por esa enfermedad.

**ENFERMO** de algún cuidado ha estado don Carlos Leiba, Redactor de esta Revista, pero afortunadamente ya está restablecido, por lo que nos alegramos muchísimo.

**CADA DÍA** resulta más interesante el sumario de la revista mensual "La Patria de Cervantes;" el correspondiente al número 5, que acaba de publicarse es el siguiente: "La Hermandad de los siete Reyes" [continuación] "Veinte grados;" Hojas del diario del doctor Moreno," "El ojo del ídolo;" "El Continente oscuro" (continuación,) "Los Enanos de las cuevas;" "Cuentos del Coronel;" "Morir feliz"-25 grabados.

Se admiten suscripciones de todas las librerías y en la casa editorial de Bailly-Bailliére é Hijos al precio de 9 pesetas año en Madrid y diez en provincias.

## Anuario Farmacèutico--Mèdico

---

Con este título, y más propiamente dicho "La Oficina de Farmacia española, según Dorvault," se publica todos los años por esta época un tomo que en el presente es el vigésimo primero de la segunda serie, que viene reportando grandes beneficios á la clase médica y en especialidad á los farmacéuticos.

El nombre de los Sres. D. José Olmedilla y Puig, ilustre académico y catedrático, y D. Filiberto Soria, no menos ilustre farmacéutico y químico, autores asimismo de reconocida competencia, sería suficiente á recomendar la obra; pero examinada detenidamente, encontramos en ella tal cantidad de datos, que desde luego aseguramos que es libro indispensable para todo farmacéutico.

El estudio de minuciosas y detenidas observaciones respecto al análisis y ensayo de muchas sustancias, el de medicamentos nuevos cuyo nombre se ha dado á conocer lo suficiente para que el farmacéutico se vea en muchos casos en la necesidad de prepararlo, presentándolos con la necesaria perfección para su uso terapéutico, ocupan algunas páginas del Suplemento, expuesto todo en forma tal que ha de acudirse á ellas con fructífero resultado en no pocas ocasiones.

Nuevos y útiles aparatos, que la farmacia práctica ha de aceptar como de gran utilidad, se dan á conocer con su correspondientes grabados, así como interesantes dibujos histológicos que ponen de manifiesto las maravillas de ese mundo de lo infinitamente pequeño que revela á nuestras miradas cuando llamamos á nuestro auxilio al microscopio.

Figuran entre los datos de utilidad práctica un método breve para la extracción y determinación de los alcaloides de las plantas con el uso del hidrato de cloral, algunas consideraciones sobre las gásgas antisépticas, un recetario con cerca de 250 fórmulas, etc., pudiendo observarse en las demás secciones muy curiosos artículos.

Mucho más largos habríamos de ser para poder dar una idea somera del mérito de esta obra, mas por considerarla demasiado conocida nos reducimos á estas breves líneas, seguros de que nuestros lectores tendrán con ello suficiente para juzgar de su reconocida utilidad é importancia; terminamos la presente nota asegurando á nuestros lectores que el presente Anuario es un libro que todos deben conservar en su biblioteca, para venir en su auxilio no pocas veces en numerosas consultas, resolviendo casos dudosos.

De venta en todas las librerías y en la casa editora al precio de 6 pesetas en rústica y 8 en pasta.

---

## Médicos y Cirujanos

SAN SALVADOR.

DR. TOMAS G. PALOMO  
Consultas de 2 á 4 p. m.  
10a. Avenida Norte No 6.

DR. FRANCISCO GUEVARA  
Consultas de 2 á 4 p. m.  
6a. Calle poniente No. 6

DR. MANUEL E. ARAUJO  
Consultas de 2 á 4 p. m.  
7a. Calle Oriente No. 56

DR. SALOMON R. ZELAYA  
Consultas de 2 á 4 p. m.  
Esquina formada por la 4a. C. P.  
y la 12a. A. S.

DR. CARLOS MEDINA  
Consultas de 1 á 4 p. m.  
*Gratis á los pobres.*

Dr. GUSTAVO S. BARON  
8.<sup>o</sup> Calle poniente n<sup>o</sup>

Dr. SANTIAGO LETONA H.  
Consultas de 1 á 4 p. m.  
3a. Calle Oriente.

DR. NICOLAS AGUILAR  
Consultas de 2 á 4 p. m.

DR. RODOLFO B. GONZALEZ  
Especialista en partos.— Con  
sultas diarias de 1 á 4 p. m.  
Frente á los Baños Hidroterápicas

DR. ALFONSO QUINONEZ M.  
Consultas de 1 á 4 p. m.  
9a. Avenida Norte No. 39

DR. PEDRO MEJÍA  
Consultas de 1 á 4 p. m.  
Calle de Mejicanos.

DR. F. GUILLERMO CANO  
Consultas de 1 á 4 p. m.  
Casa del Dr. Gallegos.

Dr. CARLOS ROMERO  
Consultas de 1 á 4 p. m.  
7a. Avenida Sur.

Dr. CARLOS F. DARDANO  
Consultas de 1 á 4 p. m.  
9a. Avenida Sur

*Anuario Internacional de Medicina y Cirugía*, revista semestral dedicada al examen retrospectivo de todos los descubrimientos y adelantos prácticos en las ciencias médicas, por el doctor don Gustavo Reboles y Campos, adicionado con un formulario moderno.

Se ha puesto á la venta el tomo XXXII de esta publicación, exelentemente tratado pues en él se encuentran cuantos datos nuevos y exepriencias se han dado á conocer en el mundo médico durante los meses de julio á diciembre del año último, constituyendo un verdadero auxiliar del médico.

De venta en todas las librerías de España y América y en la casa editorial de los señores Bailly-Bailliére é hijos, al precio de 5 pesetas en rústica y 6 en pasta en Madrid, y en provincias con un aumento de 50 céntimos respectivamente.

# Lotería del Hospital y Hospicio

DE SAN SALVADOR.

---

Premio mayor \$ 5.000 pesos

---

Hay además otros premios de importancia.

Por cada nueve números hay un premio.

Sorteos mensuales. ~~de~~ Valor del billete entero, 4 pesos.

---

**M** DOMINGO LUIS DELLEPIANE **M**

**C**IRUJANO **D**ENTISTA

FRENTE AL COSTADO NORTE DE LA IGLESIA  
DE LA MERCED.

---

**Librería y Papelería Francesa**

— DE —

**ITALO DURANTE**

SUCESOR DE E. GOUBAUD Y Cía.

SURTIDO COMPLETO DE MERCERIA. — Se hacen pedidos al extranjero de toda clase de libros por una módica comisión.

— PORTAL PONIENTE. PARQUE DUEÑAS —

---

## AVISO

LA casa editora que remita frecuentemente obras á la Redacción de la "La Clínica," tendrá derecho á la publicación de un aviso permanente en el periódico, anunciando la casa remitente.

## Farmacia de León Sol y Cía

---

FARMACIA DE PRIMERA CLASE

Se venden únicamente medicinas puras y frescas.  
11a. Avenida Sur N.º 40.—San Salvador.

---

## Industria Nacional

PREPARACIONES GENUINAS

DE LA FARMACIA DE M. PALOMO Y CIA., SAN SALVADOR

### ELIXIR DE PAPAYO

remedio infalible para las dispepsias; hace secretar al estómago más perezoso los jugos propios para la digestión á \$2 frasco

“Jarabe de Yoduro de hierro” inalterable, bien dosificado, \$ 1.25 centavos el frasco, “Vino de las tres quinas” tónico de febrifugo por excelencia á \$1.25 el frasco.

“Tinta Azul Negra,” para escribir á \$0.75 el frasco, para copiar á peso el frasco. Da tres copias de una vez.

“Tricomelanina,” hermoso tinte para transformar las canas y el pelo rubio, en negro azabache, á dos pesos el frasco.

“Tinta Indeleble” para marcar ropa á peso 0.50 el frasco.  
Remedio para callos á 0.50 el frasco.

---

**¡Importante! ¡Importante!**

---

EN la Administración de esta Revista se compran á buen precio ejemplares de “La Clínica” correspondientes á la primera época de su publicación (año 1893).

# REVISTA IBERO AMERICANA DE CIENCIAS MÈDICAS

---

DIRECTOR PROPIETARIO:  
Doctor don Federico Rubio y Gali.

REDACCION Y ADMINISTRACION:  
Instituto quirúrgico de la Moncloa-Madrid

---

Esta importante publicación aparece los meses de Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre; constando cada número de 15 pliegos por lo menos con las ilustraciones necesarias aparte.

En la Administración de "La Clínica" y en la Librería de don Jaime Gonzalbo, 9ª Avenida Sur 33 se admiten suscripciones para la República del Salvador al precio de 25 pesetas anuales.

---

## LIBRERIA EDITORIAL

— DE —

BAILLY - BALLIERE E HIJOS

Madrid, Plaza de Santa Ana, Núm. 10.

Esta casa, es una de las que gozan de más crédito en España por el mérito de sus trabajos y por la importancia de las muchas obras y Revistas que publica, como el Anuario Farmacéutico-Médico, redactado en presencia de los periódicos, formularios y obras más modernas publicadas en España y el extranjero; "La Patria de Cervantes", Revista literaria de mucho mérito; etc, etc.

---

**Doctor José Llerena,**  
**Médico y Cirujano.**

SAN SALVADOR C. A.

Oficina de consultas: Casa frente al costado poniente de la iglesia de San José, contigua á la que ocupa el Padre Dueñas.

DR. ADOLFO PERDOMO

**Médico y Cirujano**

Santa Ana.

Dr. RUBÉN RIVERA

**Médico y Cirujano.**

Sonsonate.

Dr. J. MAXIMILIANO OLANO

*Médico y Cirujano.*

Sonsonate.

DR. NICASIO ROSALES

**Médico y Cirujano**

Sonsonate.

**FARMACIA**  
**DE GUEVARA HERMANOS**

POSEE EL MAS EXTENSO SURTIDO DE MEDICINAS  
Y ESPECIALIDADES EN ESTA CAPITAL.

EL DESPACHO DE RECETAS ES ATENDIDO ESPECIALMENTE

6.ª Calle Poniente N.º 6.—Frente al Mercado.—San Salvador.

**Doctor Orozco**

Dentista Norte Americano

Frente á la casa de don Gustavo Lozano