Alberto Montenegro
Flores

Octubre 1893

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

DEL CENTRO

La Laparotomia * * Exploratriz.

TESIS

Sostenida por

Alberto Montenegro Flores

Ante la Honorable Junta Directiva, en el acto de su investidura de

MÉDICO Y CIRUJANO

Octubre de 1893

GUATEMALA

Tipografía El Porvenir, octava Calle Poniente número 1.

JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA DEL CENTRO

Decano	Dr. Don	Juan J. Ortega
Vice Decano	" "	David Luna
Vocal 1º	" "	Mariano Fernández P.
Suplente	" "	Fabricio Uribe
Vocal 2º	" "	Domingo Alvarez
Suplente	" "	Luis Estrada
Vocal 3º	" "	Mariano S. Montenegro
Suplente	" "	Demetrio Orantes
Vocal 4º	" "	Leopoldo Ariza
Suplente	" "	Luis A. Abella
Secretario	" "	Ernesto Mencos
Suplente	" "	Nicolás Zuñiga

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PRIVADO:

Decano	Dr. Don	Juan J. Ortega
Vocal 1º	" "	Domingo Alvarez
" 2º	" "	Pedro Pablo Nates
" 3º	" "	Alberto Molina
Secretario	" "	Ernesto Mencos

Sólo los candidatos son responsables de las doctrinas consignadas en la tesis.—Artículo 286, de la Ley Orgánica de Instrucción Pública.

DEDICATORIA

A LA MEMORIA DE MI QUERIDA MADRE

SRA. DOÑA DOLORES FLORES DE MONTENEGRO

Y A MI PADRE

DOCTOR DON MARIANO S. MONTENEGRO

AL SEÑOR DOCTOR DON

Mariano Trabanino

A mis maestros de Clínica Quirúrgica y Clínica Médica

DOCTORES

Don Juan J. Ortega y Don Fabricio Uribe.

INTRODUCCION.

Los métodos aséptico y antiséptico, obra inmortal de los eminentes cirujanos Nélaton y Lister, han hecho dar un gran paso al progreso de la cirugía, y por lo tanto, al de la cirugía abdominal. Nos han dado armas poderosas contra ese mundo infinito de seres orgánicos, tan diminutos y tan dañosos, como su número inconmensurable y su reproducción prodigiosa, los microbios. A Nélaton y Lister se agrega Pasteur que, con su potente genio investigador, nos descubre los secretos de la vida de estos mismos seres, enseñándonos á conocerlos.

Si conocemos las causas productoras de los malos éxitos en cirugía, y en nuestras manos están los medios de destruirlas, no debemos vacilar en recurrir á la intervención quirúrgica, salvadora de muchas víctimas que un temor infundado entrega á la muerte.

Innumerables enfermedades de la cabidad abdominal y de los órganos que contiene se escapan á los medios ordinarios de investigación. Tenemos que abrir el vientre para darnos cuenta de lo que allí pasa y poder sentar el diagnóstico, y con él, el tratamiento apropiado que nos conduce á la curación.

mediados de nuestro siglo, cuando la antisépsia quirúrgica se impuso por sus magníficos resultados, cuando Walne hizo esta operación por la primera vez, el año de 1842, con el objeto de reconocer las adherencias de un tumor abdominal. Este cirujano practicaba una insición muy pequeña, que solo permitía introducir uno ó dos dedos, para hacer la exploración por medio del tacto.

Dos años después de Walne, en 1846, Philips y Atlee, recomendaron calurosamente esta operación que, consideraban de poco peligro.

Los cirujanos de Norte-América fueron pronto partidarios de la insición exploratriz, tan decididos que llegaron á abusar de ella, según Kœberlé; pero han demostrado de una manera evidente que su práctica no es peligrosa si se hace con discernimiento.

Los cirujanos ingleses fueron muy circunspectos antes de decidirse por aceptarla; pero los numerosos casos de éxito feliz publicados por Bird, Baker Brown y principalmente por Spencer Wells, han hecho que hoy, se practique sin temor alguno.

En Alemania, Olshausen ha publicado algunos casos; y probablemente por el espíritu de reserva de los cirujanos alemanes no tenemos conocimiento de muchas operaciones de esta naturaleza practicadas allí.

En Francia, aunque en corto número de veces, se ha practicado la insición exploratriz. Péan, el

decidido partidario y valiente defensor de las ovariotomías, cuenta cuatro casos en su estadística. M. Ferrier señala otros tantos en la estadística del Hospital Bichat. Terrillón publica tres en su obra, (1) y Leon Le Fort ha publicado una observación de muchísimo interés, con todos sus detalles. Se trataba de una oclución del intestino ocasionada por una brida cicatricial. (2)

Por último se practicó la operación exploratriz, en nuestro Hospital, á mediados del corriente año, por el jefe del Segundo Servicio de Clínica Quirúrgica, nuestro maestro, Dr. Ortega. Tratábase de una tuberculosis mesentérica. [3]

A medida del progreso incesante de la cirugía que á tan grande altura se ha remontado en nuestros dias, la Laparotomía Exploratriz se practica con más frrcuencia, con más extensión y con mejor éxito.

Antiguamente la insición del abdomen inspiraba un verdadero terror, y nadie se atrevía á practicarla.

En tiempo de Walne, solo el maestro ó el cirujano atrevido se permitían introducir uno ó dos dedos en la cavidad abdominal, confiándose á la finura de su tacto, y los éxitos eran menos felices.

Hoy, La Laparotomía Exploratriz como medio de diagnóstico, es un precioso recurso para todos

---

(1) Terrillón, Clínique Quirurgicale. Pag. 258.
(2) "Repertorio Médico de New-York".
(3) Segundo Servicio de Clínica Quirúrgica, observación tomada por el primer ext[illegible], Br. D. Jesús Portillo.

los cirujanos de conciencia; la cavidad abdominal se abre anchamente, se ayuda al tacto con la vista; y los resultados son más satisfactorios.

III.

Indicaciones.—Como el objeto principal de la insición exploratriz es resolver un diagnóstico dudoso que se ha hecho imposible por otros medios, sus indicaciones son tan numerosas como las enfermedades que afectan á la cavidad abdominal y á los órganos que contiene. Las lesiones tranmáticas y las lesiones de nutrición son sus principales indicantes; pero la intervención oportuna está sujeta á la diversidad de los casos, y solo la sagacidad y pericia del cirujano pueden determinarla. Si una peritonitis se ha declarado, lejos de ser un obstáculo para la intervención quirúrjica, es una indicación muy racional, como podemos juzgar por el siguiente caso interesante de Bouilly.

"Un hombre de veintinueve años recibe una patada doble de caballo en la región epigástrica. Se declara una peritonitis. Bouilly, que ve al enfermo por primera vez al otro día del accidendente reconoce una ruptura del intestino y se decide inmediatamente á practicar la laparotomía; veintidos horas habian trascurrido desde el accidente y el principio de la peritonitis.

Después de abierto el vientre, el intestino es atraido hácia afuera, y se encuentran, á poca dis-

tancia una de otra, una perforación y una escara. Bouilly hace la reseeción del asa que soporta estos dos focos de contusión, teniendo cuidado de comprender en la insición un colgajo de mesenterio en forma de cuña. El cabo superior del intestino es entonces vaciado tan completamente como es posible y se suturan las dos extremidades. En fin, se hace el lavado del peritoneo y se reune la herida abdominal, sin volverse á inquietar por el asa intestinal.

La operación fué seguida de considerable mejora; los síntomas de la peritonitis persistieron, es verdad, durante dos ó tres dias, pero cedieron gradualmente.

El tercer dia después de la operación el enfermo tuvo un desorden intestinal; pero, al mismo tiempo la herida se abrió de nuevo y dió salida á cierta cantidad de materias fecales. Los mismos fenómenos persistieron los dias siguientes, y sin embargo el estado general del enfermo mejoraba cada vez más.

La mejora fue tan manifiesta que Bouilly pensó en formar el ano contranatura. El noveno dia exploró con el dedo el orificio accidental. Esta tentativa fué desgraciada: la misma tarde el enfermo era presa de vómitos, y al dia siguiente sucumbia á consecuencia de una peritonitis supurada.

La autopsia reveló la existencia de una peritonitis generalizada y permitió, por otra parte, comprobar que las extremidades suturadas del intes-

tino se habían separado desde hacía ya mucho tiempo; pero antes que estas suturas hubiesen cedido, se habian formado adherencias al rededor del asa cortada y se habian opuesto al paso de las materias en el vientre. Desgraciadamente estas adherencias eran poco sólidas, y por eso fué que una de ellas pudo ser rota por el dedo del cirujano.

Esta interesante observación prueba claramente que la peritonitis por perforación intestinal, es suceptible de curar por la laparotomía. El enfermo de que se trata sucumbió á un accidente relativamente tardío, en un momento en que no quedaban señales de la peritonitis que había motivado la intervención". (1)

Las contuciones y las heridas penetrantes por instrumento punzante ó por arma de fuego, producen trastornos de tal trascendencia que las más de las veces causan la muerte; y un tanto por ciento de estas víctimas puede salvarse por la oportuna intervención quirúrgica.

Un individuo sufre un choque violento en el vientre, es herido por un verduguillo ó atravezado por un proyectil. Al momento no se dá cuenta del peligro en que se halla, pero siempro teme y acude al médico; este comprende desde luego la gravedad, piensa en la rotura de un órgano, en la herida de una asa intestinal, en la hemorragia in-

(1) Heydenreich. Thérapeutique Chirurgicale contemporaine.

terna. etc. Su primer recurso está en la naturaleza, y se dispone á ayudarla; cura la herida, si la hay, recomienda la quietud, administra los opcáceos, pone inyecciones de eter, etc.; pero á pesar de esto el paciente comienza á sufrir dolores atroces de vientre, se enfria, tiene vómitos, en una palabra, la peritonitis enseña la cara y tras ella la muerte. Este es el momento oportuno, el médico no se cruza de brazos como impotente, posee aún el último recurso y está en su mano: La Laparotomía Exploratriz.

En los tumores del ovario, del útero ó de los demás órganos contenidos en el abdomen, la insición exploratriz está indicada para reconocer las adherencias y demás conecciones que tienen con los órganos vecinos; para establecer su naturaleza ó para averiguar su verdadero asiento; causas todas que pueden modificar el pronóstico y el tratamiento y que las mas veces oscurécen el diagnóstico.

La obstrucción intestinal, cualquiera que sea su causa, es también una indicación, cuando ha resistido á todos los recursos ordinarios del caso y amenaza un peligro inminente de muerte, como en el caso, citado, de Leo Le Fort.

IV.

Contra indicaciones.— Las contra-indicaciones están sujetas también á la diversidad de casos, principalmente si se trata de lesiones trau-

máticas. No es posible sentar conclusiones precisas; sin embargo en las lesiones de nutrición que dan más tiempo podemos señalar una que otra.

Señalaremos solamente la debilidad extrema del paciente que expone al choque operatorio; los casos de tumor vejetante de la pelvis y de abdomen, cuando son adherentes al útero ù otro órgano accesible por la vía vajinal; y los casos en que una ascitis abundante amenaza una reproducción violenta.

V.

Manual Operatorio.—El manual operatorio, como una de las principales partes de la operación de que tratamos puesto que de él depende muchas veces el buen éxito, lo subdiviremos, tratando por separado, de lo que se relaciona con el paciente, con el local operatorio, con el instrumental, con la designación de los ayudantes y sus obligaciones, con las piezas de curación, y de la conducta que deben observar los que asisten al acto de la operación.

A. De la preparación del paciente. Si se trata de un caso perentorio que no dá tiempo, como en la obstrucción intestinal invencible por otros medios, nuestro primer cuidado será la asepsia del campo operatorio. Un riguroso lavado con jabón antiséptico y sepillo, rasurando previamente la región del pubis, otro con agua sublimada al dos por mil y otro con eter puro, nos pondrán al abrigo de los micro-organismos

B. Del local operatorio.—El aseo, el aire, el calor y la luz son condiciones impresindibles para el local operatorio de las que debemos preocuparnos.

Cuando operemos en una casa particular, damos la preferencia á la pieza más desocupada, mejor aireada y más iluminada. Si el caso no es urgente y disponemos de tiempo, mandaremos dar una lechada de cal á las paredes, se limpiará escrupulosamente el piso y el techo frotándolos con trapos empapados de agua fenicada al cincuenta por mil, y durante las veinticuatro horas antes de la operación, mantendremos la atmósfera cargada de ácido sulforoso; para lo cual, colocaremos en medio de la estancia un brasero con carbones encendidos, echamos sobre ellos una cantidad determinada de azufre, en relación con las dimensiones del local, y cerramos inmediatamente de una manera hermética. Pero si el caso es urgente, tendremos que contentarnos con el lavado riguroso al agua fenicada y la desinfección por el ácido sulfuroso durante el tiempo en que preparamos al paciente y todos los útiles que van á servirnos.

En los hospitales habrá una sala de operaciones destinada únicamente para las laparotomías que, estará situada todo lo distante posible de las enfermerías, de los escusados y de todos los demás focos de infección. La construcción de estas salas será á propósito para que se presten á un lavado completo y rápido. Las paredes serán

pintadas al oleo y los ángulos que forman, deben ser redondeados: no debe haber rincones ni superficies de difícil acceso al lavado; y el piso tendrá el suficiente declive para su facil desagüe. Dispondrá de una bomba capaz de proyectar el agua hasta los puntos más alejados de la sala. Será cuidadosamente lavada y desinfectada por el ácido sulfuroso, antes y después de cada operación.

En el local operatorio no admitiremos más moviliario que el sumamente indispensable. En las salas de hospital, es preciso que todos los muebles puedan ser rápidamente trasladados de lugar; todo el ajuar, como asientos, mesas, etc. será de metal esmaltado ó barnizado y de vidrio.

Durante todo el curso de la operación se procurará mantener la atmósfera saturada de vapores de agua fenicada y á una temperatura elevada, que no baje de veinticinco grados ni pase de treinta; con el objeto de no exponer al paciente á los accidentes que ocasiona el enfriamiento ó el calor seco.

C. Del instrumental.—Si solamente se tratara de la simple insición de la pared abdominal, nos bastaría con un bisturí, una pinza de disección, una sonda acanalada y unas pinzas hemostáticas; pero una vez abierta la cavidad abdominal, tenemos que explorarla y que darnos cuenta de los trastornos de sus paredes ó de los órganos contiene, y, segun los casos, tendremos en seguida que suturar una asa intestinal qué, enu-

clear un tumor, que vaciar un quiste etc. Debemos, pues, tener prevenidos todos los instrumentos que en estos casos nos puedan ser útiles.

Para asegurar la asepsia de nuestros instrumentos, les haremos un buen lavado con jabón y sepillo, los pondremos en un baño de agua á cien grados de calor durante quince minutos por lo menos, é inmediatamente los pasaremos á un recipiente á propósito lleno de agua fenicada roja, (1) antes de confiarlos al ayudante que deberá ocuparse de ellos.

Como imprescindiblemente tenemos que hacer uso de esponjas ó de algo que las sustituya, nos fijaremos especialmente en su preparación. Si no están preparadas, las despojaremos de las sustancias inorgánicas por medio del ácido clorhídico, después se sumerjen en una solución fuerte de permanganato de potasa, y por último se decoloran por medio de un ácido órgánico como el cítrico y se hierven en agua sublimada. (2)

Debemos tener presente el número de pinzas y de esponjas de que nos servimos, como una precausión necesaria para evitar que uno de estos útiles quede dentro de la cavidad después de

---

(1) La solución fuerte de ácido fénico, al 50 por mil, se tiñe siempre de rojo por medio del carmin.

(2) Las esponjas por muy bien preparadas que estèn, su asepsia siempre es dudosa, Podemos sustituirlas por manguitos hechos con algodón hidrófilo y gasa aséptica, y compresas de la misma gasa doblada en ocho y costuradas por los bordes.

cerrada, como algunas veces ha sucedido.

D. De los ayudantes.—El número de ayudantes será lo más reducido posible. Uno para el cloroformo, uno para los instrumentos y uno que se encargará de las esponjas, bastan para los casos más apurados.

Deben ser suficientemente instruidos, estar al tanto de lo que se va á hacer y ceñirse estrictamente al papel que desempeñan, sin distraer su atención en otra cosa.

El ayudante encargado de la anestesia no se preocupará para nada del curso de la operación. Se ocupará exclusivamente de administrar el cloroformo conveniente mezclado con aire, y procurando siempre que la anestesia no pase del período quirúrjico por acúmulo de cloroformo en la sangre. Para conseguir esto seguirá paso á paso los movimientos respiratorios y por estas indicaciones regularizará la administración del anestésico. Se le ha dado mucha importancia á las oscilaciones del pulso, pero yo no las creo tan capitales: en casos de accidente sus indicaciones generalmente son tardias y su atención requeriría la presencia de un segundo ayudante que no dejaría de estorbar al operador.

El encargado de los instrumentos debe tener presente el número y clase de los que están á su cargo, seguir atento todos los tiempos de la operación para poner en manos del operador el instrumento que va á ser útil, sin que sea necesario que se lo pidan.

El ayudante encargado de las esponjas dispondrá de dos palanganas, á ser posible, de porcelana llenas de una solución antiséptica. En una tendrá un número determinado de esponjas y la otra servirá para colocar en ella las que han servido. (1) Su principal cuidado será el de poner en las manos del cirujano una esponja exprimida, siempre que haya que limpiar el campo operatorio ó que cohibir una hemorragia.

E. De la curación.—La curación se hará según el procedimiento operatorio seguido. En algunos casos la sutura de la pared abdominal será completa, y en otros habrá que dejar en la herida uno ó varios tubos de desagüe ó el pedículo de un tumor, etc. En uno ú otro caso cubriremos la herida con una capa de gasa yodoformada, dispuesta de tal manera que, dé paso á los tubos de desagüe cuando los haya, y encima de está, varias capas de algodón antiséptico. Todo esto lo sostendremos por un vendaje de cuerpo, de franela, convenientemente apretado.

Hemos dicho que inmediatamente después de operado el enfermo, le cambiaremos vestidos. Nos contentaremos con un camisón limpio que satisfaga las exigencias de la antisepsia.

---

[1] Cuando una esponja sirve una vez, ya no podemos responder de su asepsia. Si se dispone de muchas, es mejor usar siempre una nueva.

F. De los que asisten al acto de la operación.—Nadie debe entrar al local operatorio sin estar seguro de la asepsia de su cuerpo y de sus vestidos. El operador y sus ayudantes, conocen los riesgos á que expone la suciedad, y recomendarán á los que asisten la mayor limpieza.

Los que asistimos al acto operatorio, seamos ó no profanos en la ciencia médico-quirúrgica, guardaremos el mayor comedimiento, procurando que ningún motivo distraiga al operador ó á sus ayudantes.

VI.

Procedimiento operatorio.—Antes de proceder á la abertura del vientre tendremos cuidado de desocupar la vejiga si está llena para no exponernos á herirla, cuidando que la orina no valla á infectar al paciente ó á las ropas.

El operador se colocará á la derecha del paciente ó enfrente de él, entre sus muslos, ó de la manera que quede más cómodo y tenga más libertad en sus movimientos.

Con un bisturí de filo convexo hacia la extremidad, practicaremos una insición, comenzando un poco por debajo del ombligo y siguiendo exactamente el rafe de la linea blanca hasta cuatro ó cinco centímetros por encima del borde superior del arco pubiano. Este primer corte comprenderá la piel y el tejido celular subentaneo. Reconocida la aponéurosis del músculo oblicuo mayor, punto de referencia importante cuando la

pared abdominal está provista de una gruesa capa de tejido adiposo, se la insinde. En seguida dividiremos la facia transversalis, y luego la capa celular subperitoneal muchas veces infiltrada de grasa.

Después de insindida la capa sub-peritoneal llegamos al peritoneo; se levanta con unas pinzas y se hace en él un ojal que dé paso á una rama de las tijeras que, guiaremos con el dedo índice de la mano izquierda, ó á la sonda acanalada que servirá de guía al bisturí, para cortar el peritoneo en toda la extensión de la herida.

Procuraremos que la herida esté siempre limpia para evitar la caída de sangre en el peritoneo, poniendo una pinza en cada pequeño vaso que cortemos.

Si el tamaño de la insición no es suficiente para explorar bien, la agrandaremos insindiendo más hacia arriba, hasta más allá del ombligo, pero costeàndolo por la derecha.

Abierto el vientre, procederemos á su reconocimiento, y una vez hecho el diagnóstico, el cirujano sabrá la conducta que debe seguir después. Habrá casos en que se suture la herida inmediatamente despues de la operación y otros, los más, habrá que continuar operando; pero esto ya no es laparotomía exploratriz.

Antes de proceder á la sutura de la herida haremos el aseo del peritoneo por medio del lavado, cuidando que no quede ningún cuerpo extraño en la cavidad.

Cuando tengamos que hacer un gran lavado, nos serviremos de una solución tibia de seis gramos de cloruro de sodio químicamente puro en mil gramos de agua destilada, filtrada y hervida á una temperatura de ciento veinte grados, como del mejor líquido que para el objeto se ha recomendado: pero si solo tratamos de limpiar la sangre que haya podido derramarse, nos bastará con las esponjas ó los manguitos y compresas que hemos indicado.

Para practicar la sutura nos serviremos del catgut ó de la seda fenicada.

La oclusión del vientre la haremos por el procedimiento de Pozzi (1) ó de sutura mixta que previene las hernias y las eventraciones. Consiste en emplear una sutura continua en dos planos superpuestos, uno para el peritoneo y otro para las aponeurosis, y una sutura de puntos separados para los tegumentos. En algunos casos, cuando temiéremos una trasudación sanguinea, agregaremos una serie de suturas enclavijadas afirmadas por rollitos de gasa yodoformada.

Una vez concluida la oclusión del vientre, haremos la limpieza de su pared para proceder á la curación con gasa yodoformada, algodón antiséptico y el vendaje de franela que hemos indicado.

---

(1) Este procedimiento fué seguido por el Dr. Ortega en la operación que practicó este año. y que dejamos citada.

VII.

Cuidados consecutivos y accidentes.—Después de operado el paciente lo colocaremos en una cama previamente calentada, en decúbito supino y con los muslos ligeramente levantados por medio de una almohada puesta debajo de las corbas. Cuando recobre el conocimiento, lo que será más ó menos pronto, comenzaremos á darle de tomar por cucharadas un vino suave ó mejor champagne durante las primeras veintitres horas.

Practicaremos á menudo el caterismo, cada cuatro ó seis horas, hasta que el enfermo pueda orinar por sí solo con facilidad, sin que haga esfuerzos que lo expondrían á un accidente.

Sucede á veces que gases que no se pueden expeler molestan al operado, y entonces sería conveniente colocar una sonda permanente en el recto para evitar esta molestia.

Al tercer día comenzaremos á dar al paciente alguno que otro alimento, y en algunos casos, del quinto al sesto día, le administraremos una cucharada de aceite de ricinos.

La primera curación no debemos tocarla, á menos de indicación especial, sino cuando hayamos de quitar los hilos de sutura, lo que se hará al octavo día.

En suma, los cuidados consecutivos se dirijirán á mantener al paciente en el más completo reposo, física y moralmente, á aliviar los dolores

excesivos por medio de la morfina en inyecciones y á procurar la libre evacuación de la orina y de los gaces.

La más temible de las complicaciones que debemos temer después de la operación, es la peritónitis generalizada. Se anuncia del tercero al cuarto día por la elevación de la temperatura, vómitos y dolor fijo en el vientre. El pulso se hace frecuente y pequeño y la facies se altera de una manera profunda. Pondremos todos nuestros medios para vencer á este terrible accidente, aunque por desgracia casi nunca lo conseguiremos. Pocas veces, ninguna talvez, se produce por solo la incisión exploratriz; siempre es consecuencia de los trastornos producidos por la operación que se ha practicado después de ella.

La hemorragia interna también es otro accidente, pero no es exclusivo de la incisión exploratriz.

Algunas veces la herida abdominal se abre después de quitadas las suturas, y entonces pueden salirse los intestinos, por lo que algunos cirujanos dejan las suturas hasta diez ó quince días después.

Muchos otros accidentes pueden presentarse y sorprendernos, pero no los apuntamos, por lo que hemos dicho, que las más de las veces provienen de causas que son independientes de la simple incisión.

VIII.

Conclusión. — La Laparotomía Exploratriz constituye, hoy en en día, una operación verdaderamente benigna que no compromete la vida por sí sola. Esta benignidad nos la demuestra la estadística, apesar de no ser muy completa.

En ciento setenta y nueve incisiones exploratrices practicadas por varios cirujanos, encontramos solo treinta y nueve casos desgraciados que, hacen el setenta y nueve por ciento de curaciones.

En noventa y cuatro publicadas por Lawson solo hallamos dos casos de muerte; y en veintiuna hechas por Terrillon, no ha habido un solo caso de muerte que se pueda achacar directamente á la operación misma.

Si hiciéramos con la estadística de las incisiones exploratrices lo que con la de las ovariotomías, es decir, que sacáramos el número proporcional de los casos buenos de las operaciones que un mismo cirujano ha practicado en diferentes épocas, tendríamos que los casos felices llegarían casi al cinco por ciento, así como en las ovariotomías se ha aproximado tanto al mismo número.

La operación de que hemos venido hablando no tiene ningún riesgo si se practica á tiempo y ciñéndose rigurosamente á lo prescrito por la antisepsia.

Los casos en que está incada la incisión explo-
ratriz se presentan muy á menudo entre nosotros,
principalmente los mas urgentes, los de las lesio-
nes traumáticas; pero la operación no se practica.
Este es motivado por el terror, más espantoso
que la misma muerte, que los profanos y hasta al-
gunos médicos, tenemos á la abertura del vientre;
pero este temor es infundado é inescusable, prin-
cipalmente por parte del médico que, está en el
deber de arrancar á la muerte el mayor número
de víctimas que pueda.

PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva.—El epiplón mayor.
Física Médica.—Atmiómetro de Jacobelli.
Botánica Médica.—Crocus sativus.
Química Médica Inorgánica.—El Ozono.
Zoología Médica.—Gadus morrhua.
Fisiología.—Acción fisiológica de la saliva.
Química Médica Orgánica.—Acido fénico.
Patológía General.—Palpación abdominal.
Patología Externa,—Tumor blanco.
Patología Interna.—Manifestación del paludismo.
Higiene..—Higiene de la boca.
Clínica Quirúrgica.— Administración del cloroformo.
Medicina Legal.—Reconocimiento de las manchas de esperma.
Obstetricia.—Fiebre puerperal.
Clínica Médica.—Reconocimiento de la albúmina en la orina.
Toxicología.—Bases en que se funda El método de Stas.
Medicina Operatorta.—Cateterismo de las vías lagrimales.
Terapéutica y Materia Médica.—El cloroformo.
Farmacia.—Agua sublimada.
Ginecología. — Cateterismo de la úretra en la mujer.
Bacteriología.—Preparaciones microscópicas del bacilo de Koch.
Enfermedades de Niños.—Oftalmía purulenta.
Moral Médica.—Conducta del Médico en la morada del pobre.