

Año I.

1.º DE ABRIL DE 1888.

Núm. 4.

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUJÍA PRÁCTICA

POR

el Doctor D. Pedro Gallardo

CIRUJANO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

*Premiado por la Universidad Central con los grados
de Bachiller, Licenciado y Doctor*

*Declarado con aptitud para el Profesorado en las oposiciones
á las cátedras de Obstetricia de Granada y Terapéutica de Zaragoza*

*Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina
de Madrid, etc. etc.*



SUMARIO

Operaciones tocológicas.—Observación núm. 1: eclampsia en el periodo expulsivo: extracción con el fórceps: curación.—Observación núm. 2: rigidez del cuello uterino: inercia atónica: aplicación de fórceps: defunción.—Observaciones núms. 3, 4 y 5: inercia atónica: extracción con el fórceps, curación.—Cicatriz fibrosa en el anillo vulvo-vaginal consecutiva al parto anterior: incisiones en los dos siguientes: curación.—Observación núm. 6: inercia atónica: aplicación del fórceps: curación.—Observación núm. 7: distocia por aumento de volumen de la cabeza: aplicación de fórceps: curación.—Observación núm. 8: distocia por lentitud en el periodo expulsivo: aplicación de fórceps: curación.—Observación núm. 9: id. id. id.—Observación núm. 10: distocia por cortedad del cordón: aplicación de fórceps: fiebre séptica consecutiva: defunción.—Observación núm. 11: inercia uterina en presentación de extremidad pelviana: aplicación de fórceps: curación.—Observación núm. 12: inercia por hidramnios: presentación de extremidad pelviana: hidrocefalo: aplicación del fórceps: curación.—Observaciones núms. 13 y 14: partos anticipados con placenta previa: curación en el primero y defunción en el segundo.—Observaciones 15, 16 y 17.—Presentaciones transversales: versión podálica: curación en la 15 y 17: defunción en la 16.—Crónica | Santero y Martínez!

TOLEDO

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos
Comercio, 57 y Sillería, 15

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUJÍA PRÁCTICA



Operaciones tocológicas



Es el parto una función fisiológica dolorosa en que la mujer necesita siempre ayuda, pero tan sencilla ordinariamente, como lo son las prescripciones de la Higiene. La persona que preste esta ayuda á falta de conocimientos del asunto, debe ser muy discreta y prudente para no perturbar con auxilios intempestivos la marcha natural, como muchas veces suele acontecer, tornándose en difíciles y peligrosos partos que, dirigidos con el simple buen sentido, hubieran sido perfectamente fisiológicos.

Cuando el parto se desvía del orden normal, lo cual por fortuna ocurre rara vez, exige conocimiento profundo de su mecanismo y de las causas que pueden hacerlo difícil para salvar á la madre y al nuevo ser de los gravísimos peligros que amenazan su existencia.

A este fin están encaminadas las operaciones tocológicas, más importantes que las ordinarias de Cirujía, porque su objetivo son dos seres y mucho más difíciles por las circunstancias en que se practican. Con efecto, el tocólogo necesita intervenir activamente en el parto cuando por algún accidente como la eclampsia ó la hemorragia están en peligro inminente la madre y el hijo, ó cuando después de grandes sufrimientos se impone la necesidad de terminarlo artificialmente para evitar gravísimos males. En el primer caso, para obrar con la rapidez que la situación exige, precisa tener un conocimiento exacto de las indicaciones y de los medios para satisfacerlas, pues la pérdida de un solo instante, puede malograr el fin de su humanitaria empresa. En el segundo tiene más tiempo para reflexionar; pero en cambio es difícil muchas veces formar juicio exacto de la naturaleza de la causa que hace difícil el parto, ya dependa de la madre, como una estrechez pelviana ó un tumor, ya del feto, como una mala posición, una deformidad ó anomalía de conformación. A las dificultades

naturales que ofrecen las cuestiones que con urgencia tiene que resolver antes de proceder á obrar, hay que agregar las que acarrea la falta de reposo y recogimiento para meditar. Ocurre unas veces que el parto principia bien, la presentación es de vértice, la posición buena primera ó segunda, y no ocurre nada de particular durante el período de dilatación que se verifica normalmente: se rompe la bolsa después de estar el cuello dilatado y continúan las contracciones con energía y regularidad, y sin embargo la cabeza no desciende y el parto se prolonga y se hace necesaria la intervención: otras, por el contrario, los accidentes ó las causas de intervención aparecen súbitamente. De cualquier manera que sea, en cuanto el tocólogo anuncia al esposo, á los padres ó interesados los peligros de la situación y la necesidad de intervenir activamente, se presenta á sus ojos el cuadro de mayor desolación. La que está al borde del sepulcro es la esposa amada, la compañera inseparable de la vida, la que tal vez algunos meses antes se le unió con indisolubles lazos, su amor, su dicha, su felicidad; es la hija del alma, tal vez único consuelo de sus amantes padres; es la hermana querida, ángel tutelar y providencia tal vez de sus hermanos;..... y está hoy al borde de la tumba, cuando ayer era todo alegría, encanto, felicidad..... y se encuentra próxima á perecer en el desempeño de una función que la inmensa mayoría de las mujeres ejecutan sin dificultad..... Y si ella se salva es dudosa la salvación del nuevo ser, tal vez esperado durante muchos años,..... que tal vez tiene preparada una preciosa canastilla con mil primorosos objetos que con la mayor ilusión preparó el amor maternal.....

En medio de estas circunstancias, que constituyen el medio ambiente, la atmósfera que envuelve al operador, que arrancan de los interesados exclamaciones de dolor, lágrimas y sollozos mal reprimidos, preciso es que tenga gran serenidad de espíritu, gran presencia de ánimo, para que su entendimiento no se perturbe y pueda obrar con la decisión y energía que su misión demanda: cien ojos están mirando lo que hace y analizando sus menores gestos y no ciertamente para premiar su abnegación y sacrificios (que aunque otra cosa pueda creerse por alguien son siempre muy grandes), sino para pedirle estrecha cuenta si el éxito no corona sus esfuerzos. Por todo esto, las operaciones tocológicas son más difíciles y delicadas que las ordinarias de la Cirujía.

Y del propio modo revisten gravedad excepcional cuando se trata

de una desgraciada que no tiene esposo, ni padres, ni hermanos, ni amigos, porque entonces parece que todos estos afectos se concentran en el operador, que considera á la operada como exclusivamente suya, y á falta de una atmósfera caldeada por el sentimiento, encuentra dentro de su conciencia gritos de dolor que no dejarían de perturbarle, aunque no fuera más que ante la incertidumbre del éxito que llevan siempre consigo esta clase de operaciones, si no estuviese dotado de una gran presencia de ánimo.

Formado concepto en los términos que acaba de expresarse de las operaciones tocológicas, voy á exponer las historias clínicas de todas las que he practicado en mi vida profesional. Como los casos no son muy numerosos y como por otra parte no se prestan por su complejidad á presentarlos en cuadros como los publicados para otra clase de operaciones en los números anteriores, he creído oportuno prescindir de ellos, reseñando en su lugar cada caso separadamente con mayor ó menor extensión, según su importancia. No considero por otra parte oportuno publicar los nombres de las personas por razones fáciles de adivinar, á pesar de que con esto pierden en cierto modo los hechos el carácter de autenticidad. No creemos que haya nadie capaz de tener dudas en este punto; pero si lo hubiera le compadeecemos: el buen sentido nos pondrá á cubierto de toda sospecha con esta sencilla reflexión: los que como nosotros confiesan públicamente sus faltas, errores y fracasos para enseñanza propia y aun para la ajena, no se concibe inventen casos que no han tenido realidad, aparte de que esta invención también tendría su mérito.

OBSERVACIÓN NÚM. 1 (AÑO DE 1881)

ECLAMPSIA EN EL PERÍODO EXPULSIVO.—EXTRACCIÓN CON EL FÓRCEPS.—
CURACIÓN

Una señora de 33 años de edad, primeriza, de buena conformación, fué asistida por un Practicante durante el primer período del parto que al parecer fué normal; mas llegado el expulsivo y después de dos ó tres días de sufrimientos, fué llamado un Profesor, que debió encontrar inercia uterina más ó menos graduada, puesto que le prescribió el cornezuelo de centeno. Al poco rato, no sabemos si con contracciones uterinas ó sin ellas, se presentó un ataque eclámpico

de bastante intensidad, y alarmados todos fui avisado con urgencia, encontrando una presentación de vértice y la cabeza fuertemente encajada en la excavación: el ataque había cesado, aunque la enferma estaba todavía atontada. Por el rápido examen del estado general pude notar que no había notables hinchazones adematosas en las piernas ni en otros sitios que indicasen la existencia de una albuminuria como causa de la eclampsia, y como de todas suertes cualquiera que fuese la causa, la indicación que se imponía con toda urgencia era la extracción del feto, para realizarla, dado el período del parto y la poca movilidad de la cabeza, no era posible pensar en otros medios que en el fórceps. Para no perder tiempo, yo mismo fui á buscar este instrumento á mi casa, que estaba cerca, y cuando regresé supe que había tenido otros ataques que también habían cesado, encontrándose en un estado de notable estupor. Colocada en la posición debida en la misma cama, procedí á su aplicación; mas no bien había penetrado la mano en la vagina, un nuevo ataque, mucho más fuerte que los anteriores, parecía que iba á terminar por momentos su existencia, en vista de lo cual suspendí la maniobra y mientras el Practicante hacía una pequeña sangría de la mano para evitar la muerte por congestión cerebral y pulmonar, con la certeza de que el feto estaba muerto, hundí en la masa encefálica por la fontanela anterior, no recuerdo si el rompecabezas de Blot ó el perforador que lleva en su mango una de las ramas del fórceps con ánimo de vaciar la sustancia cerebral y reducir el tamaño de la cabeza para proceder en seguida á la aplicación que antes hube de suspender, no sólo por el ataque que se iniciaba, sino también por la imposibilidad de pasar la mano entre la cabeza y la matriz. Otro nuevo ataque repitió estando en esta maniobra, y entonces, para ganar tiempo, tuve la inspiración de apelar al gancho del fórceps, que introduje por el agujero del cráneo, y estando todos los órganos en completa relajación, pude, haciendo fuertes tracciones, extraer la cabeza y seguidamente el tronco. Procediendo en seguida á practicar la respiración artificial y á dar fricciones secas á la enferma que estaba como muerta, volvió á latir el pulso, á restablecerse la respiración y todas las demás funciones, quedando en un coma profundo del que salió completamente á las 24 horas. A las 48 se presentó fiebre pseudó-accesional, precedida de gran frío que se combatió eficazmente con la quinina, entrando en convalecencia á los pocos días.

La eclampsia en el caso precedente, como ya queda indicado, no debía ser de origen urémico, sino más bien puramente accidental, puesto que no se apreciaban notables edemas en el tejido celular. ¿Sería la causa el cornezuelo? Un dato falta para afirmarlo, y es saber si antes del primer ataque se presentaron fuertes contracciones uterinas, lo cual en aquellos momentos, por la premura del tiempo, no pudimos investigar: nos inclinamos á creer, sin embargo, que cada ataque debía venir precedido de una fuerte contracción por las dificultades que encontramos para pasar la mano entre la cabeza del feto y la matriz, que entonces atribuimos al volumen excesivo de la cabeza y tal vez fuese debido á estas dos causas. En tal supuesto, la eclampsia tiene una explicación fisiológica sencilla. Contrayéndose enérgicamente la matriz, y no pudiendo avanzar la cabeza por desproporción entre sus diámetros y los de la pelvis, esta dificultad se convirtió en estímulo, reflejo que, obrando sobre la médula, dió por resultado las convulsiones.

OBSEEVACIÓN NÚM. 2 (1882)

LENTITUD DEL PARTO POR RIGIDEZ DEL CUELLO UTERINO.—INERCIA EN EL ÚLTIMO PERÍODO.—APLICACIÓN DEL FÓRCEPS.—DEFUNCIÓN

Era una señora primeriza, de 35 ó más años de edad, robusta y bien constituida. Después de muchas horas de parto fuí avisado á propuesta del Profesor de cabecera por la familia de la parturiente, encontrando una presentación de vértice, primera posición, con la bolsa formada é íntegra y el cuello sin estar dilatado completamente á pesar de contracciones enérgicas y repetidas.

Este hecho y la dureza y relieve que al tacto presentaba el contorno del cuello, que, lejos de haberse ido adelgazando gradualmente, conservaba los vestigios de sus dos labios anterior y posterior, parecía desde luégo inclinar el ánimo á creer que la causa del obstáculo estaba en la rigidez del cuello, fenómeno propio de las primerizas de cierta edad, pues todos los tejidos se prestan peor á las dilataciones que en las jóvenes. En vista de esto, se acordó someter á la parturiente á un baño general templado, encargándole se hiciese también algunas inyecciones emolientes. Verificado esto á las cinco de la tarde, á las nueve de la noche volví á ver á la enferma que se encontraba en

el mismo estado respecto á la rigidez del cuello; pero observé que las contracciones uterinas habían disminuído en frecuencia é intensidad. Entonces propuse que con un bisturí de botón y mejor con una tijera larga que llevaba preparada, se hiciese el desbridamiento del cuello para que la cabeza pudiese avanzar, operación exenta del peligro de hemorragia, único que se podía temer por no estar generalmente muy desarrollados los vasos en la porción vaginal del cuello durante la gestación. No habiendo sido aceptada mi propuesta, en la que volví á insistir á las once de la noche, me retiré á mi casa. A las cinco de la madrugada fuí llamado de nuevo precipitadamente, encontrando á la parturiente en el siguiente estado: gran postración de fuerzas, cuello flácido y en relajación, la matriz en completa inercia, la bolsa rota, la cabeza en la excavación. Acto seguido se preparó todo lo necesario para la aplicación del fórceps, que se efectuó de una manera fácil y rápida con previa anestesia. El feto estaba muerto. La matriz se contrajo después de la extracción de la placenta. Trasladada la enferma á su cama, se graduó cada vez más el estado de postración de fuerzas, pequeñez de pulso etc., á pesar de los excitantes difusivos que le administraron, y falleció á la media hora de la operación.

OBSERVACIONES NÚMS. 3, 4 y 5

INERCIA EN EL ÚLTIMO PERÍODO DEL PARTO.—EXTRACCIÓN CON EL FÓRCEPS.—CURACIÓN (1882).—OBSTÁCULO MECÁNICO Á LA EXPULSIÓN EN EL SEGUNDO PARTO POR UNA CICATRIZ FIBROSA EN EL ESFÍNTER DE LA VAGINA PROCEDENTE DEL PARTO ANTERIOR.—INCISIONES.—CURACIÓN (1883).—EL MISMO OBSTÁCULO EN EL TERCER PARTO.—UNA INCISIÓN.—CURACIÓN (1885)

Estas observaciones se refieren á una misma señora, y aunque la intervención ha sido diferente en el primer caso con relación á los últimos, como se relacionan entre sí, he creído conveniente presentarlas reunidas. En el primer parto fué asistida por un Cirujano, y después de tres ó más días de sufrimientos, se suspendieron completamente los dolores. Avisado entonces un Profesor, al ver la inercia uterina completa, la prescribió el cornezuelo de centeno, y no dando resultado alguno, fuí llamado á intervenir activamente, encontrando

que habiendo practicado la cabeza el movimiento de rotación interior y estando detenida en la vagina, sin faltar otra cosa para la expulsión que vencer la resistencia del esfínter, esto no podía verificarse por faltar completamente los dolores. La cabeza llevaba ya muchas horas en tal situación y los labios estaban adematosos, presentando su mucosa un color lívido que indicaba el gran obstáculo que existía para la circulación. Al estar suprimidos los dolores ó contracciones uterinas, apelé, en vista del fracaso del cornezuelo á su análogo, la electricidad, que dió igual resultado. En vista de ello se empleó el fórceps, y previamente cloroformizada, procedí á la introducción de una de las ramas, bastando sólo apalancar con ella sobre el mentón para que se desprendiese por la conisura posterior de la vulva, saliendo sin dificultad toda la cabeza y acto seguido el tronco y la placenta.

Como la cabeza había estado muchas horas comprimiendo el esfínter de la vagina, se mortificó éste completamente, así como el meato urinario y la porción inferior de la uretra, no quedando fístula urinaria por comprender, el esfacelo solo, el esfínter vaginal y sus inmediaciones. En lugar de fístula, resultó el nuevo meato urinario situado á uno ó dos centímetros en la pared anterior de la vagina. La enferma sufrió mucho en consecuencia de estas lesiones locales que vinieron acompañadas de fiebre pseudo-accesional, reponiéndose después de un mes ó más con lociones é inyecciones de agua fenicada y el uso diario de la quinina.

Juzgo interesante esta historia bajo el aspecto clínico por el hecho de no haber respondido el cornezuelo ni la electricidad á lo que podía esperarse de estos poderosos agentes como excitadores de la contractilidad muscular. Sin duda alguna, esta completa inercia era debida al agotamiento de la acción nerviosa por un trabajo tan prolongado, siendo notable que no estuviese también profundamente alterado el estado general de la parturiente. Este hecho prueba que en vez de gastar tiempo en administrar el cornezuelo á dosis tal vez peligrosas, en las inercias uterinas debe apelarse al fórceps.

En el segundo parto se verificó fisiológicamente el primer período, descendiendo la cabeza hasta el esfínter vaginal; mas encon-

trando allí un anillo cicatricial inextensible que no podía franquear, después de aguardar el tiempo que se creyó prudente, se practicaron en él tres incisiones, dos laterales y una posterior, que comprendieron todo el tejido inodular, lo cual bastó para que la cabeza venciese el obstáculo sin consecuencias ulteriores.

En el tercer parto sucedió algo análogo, pero bastaron una ó dos incisiones menos profundas.

Actualmente se encuentra en el octavo ó noveno mes de su cuarto embarazo, y aunque va perdiendo el miedo á los partos, todavía no puede menos de acordarse de ellos con terror.

OBSERVACIÓN NÚM. 6 (1885)

INERCIA ATÓNICA EN EL PERÍODO EXPULSIVO.—APLICACIÓN DE FÓRCEPS.—CURACIÓN

Este caso se refiere á una multipara, en la cual se presentó el parto de una manera normal; pero después de romperse la bolsa amniótica sin saber el motivo, se suspendieron completamente las contracciones uterinas. Avisado después de algunas horas, procedí á la aplicación del fórceps, que se verificó con la misma facilidad que si hubiese recaído sobre un maniquí, saliendo viva é intacta una niña y siguiendo el puerperio un curso regular.

Este caso como los anteriores demuestra que la aplicación del fórceps es muy sencilla y muy inofensiva para el feto si está vivo en los casos de inercia uterina cualquiera que sea su causa, por lo cual debe ser preferido á todo otro agente terapéutico y principalmente, como queda ya indicado, al cornezuelo de centeno.

OBSERVACIÓN NÚM. 7 (1882)

PARTO DE PRIMERIZA LENTO EN EL PERÍODO EXPULSIVO POR LIGERO AUMENTO EN EL VOLUMEN DE LA CABEZA.—APLICACIÓN DE FÓRCEPS.—CURACIÓN

Una señora de 28 á 30 años, primeriza, bien constituída. No ofreció

nada de particular el parto en su primer período, que apareció en presentación de vértice, primera posición; mas rota la bolsa amniótica á pesar de fuertes y repetidas contracciones uterinas, la cabeza no avanzaba, sino que permanecía fuertemente encajada en el estrecho superior. Pasadas 12 ó 14 horas de grandes sufrimientos en esta situación, consideró el Profesor de cabecera que no podría prolongarse sin grave riesgo, y avisado coincidí con su opinión, creyendo que la causa que impedía avanzar á la cabeza era una desproporción entre sus diámetros y los de la pelvis, pero de las que son susceptibles de vencerse con el fórceps. Había peligro en esperar más tiempo: en primer lugar, porque la bolsa estaba rota y el feto no podría soportar la compresión que sobre él ejercía la matriz; en segundo, por la compresión de las partes blandas de la madre, y en tercero, porque se había observado que las contracciones habían disminuído en frecuencia é intensidad y era muy posible que el cansancio trajese la inercia. En su virtud se procedió á la aplicación del fórceps, previamente cloroformizada la enferma, lográndose después de larga y trabajosa faena en que se precisaron nuestras fuerzas y las del compañero, la extracción de un feto de sexo masculino, vivo, que por efecto de la presión que había sufrido, tenía una ligera erosión de las cucharas en la región parietal. La enferma se restableció perfectamente sin accidente alguno ni siquiera fiebre, siguiendo el puerperio un curso normal.

OBSERVACIÓN NÚM. 8 (1882)

PARTO LENTO EN EL PERÍODO EXPULSIVO.—APLICACIÓN DEL FÓRCEPS.—
CURACIÓN

Primeriza, de 34 años, muy robusta. Parto en presentación de vértice, primera posición, cuyo primer período fué lento. Dilatado el cuello uterino y rota la bolsa, la cabeza encajada en el estrecho superior no descendía á la excavación, siendo muy enérgicas y repetidas las contracciones uterinas. Agotadas las fuerzas con los sufrimientos de más de 30 horas de parto, se decidió la aplicación del fórceps, que se practicó con previa anestesia, teniendo necesidad de emplear tracciones muy fuertes en que hubo que apelar á las fuerzas de los ayudantes por ser insuficientes las del operador, extrayéndose por fin una

niña muy robusta con erosiones en la región malar que no tuvieron consecuencias. El puerperio normal.

OBSERVACIÓN NÚM. 9 (1883)

PARTO LENTO EN EL SEGUNDO PERÍODO.—APLICACIÓN DE FÓRCEPS.— CURACIÓN

Primeriza, de 18 años, de constitución endeble, el marido muy robusto. Asistida por mí desde el principio del parto, se presentó el feto de vértice y en primera posición, marchando con perfecta normalidad el primer período: rota la bolsa, descendió hasta la mitad de la excavación; pero las contracciones, después de 12 ó 14 horas de esfuerzos, se hicieron débiles y á largos intervalos, comenzando á alterarse el estado general, por lo cual, previamente cloroformizada, se hizo la aplicación del fórceps, extrayéndose un feto de sexo masculino muy robusto, vivo y sin lesión alguna. En el puerperio se presentó fiebre pseudo-accesional, que se combatió con la quinina. Después se notó una pequeña fistula vesico-vaginal, de la cual curó casi sin tratamiento alguno.

Los tres casos anteriores tienen entre sí analogías sobre las cuales he de llamar la atención. En todos ellos hubo necesidad de hacer fuertes tracciones para la extracción, la cabeza estaba alta en el estrecho superior ó en la mitad superior de la excavación, sin haber efectuado el movimiento de rotación interior y en buena posición. ¿Cuál era la causa de no descender la cabeza después de dilatado completamente el cuello y rota la bolsa? Cuestión es esta de capital importancia, pero de difícil resolución siempre en el momento de la ejecución, tan difícil, que casi siempre la intervención se impone sin haberla resuelto de una manera cierta y positiva.

Sin embargo, algunos datos hay que pueden ilustrarnos, si no para formar un juicio cierto, cuando menos probable en mayor ó menor grado.

En ausencia de vicios manifiestos de conformación en la pelvis, ó de obstáculos apreciables de las partes blandas, estos datos son: el volumen del vientre en el último período de la gestación, el estado de robustez de ambos cónyuges, la edad de la parturiente en el primer parto y el sexo del feto.

En cuanto al primer punto, el volumen del vientre suele estar en relación con el del feto: si una embarazada es joven, robusta, de buena salud y ha podido alimentarse bien durante la gestación, es de inferir que el feto estará bien desarrollado. Si además de esto, al romperse la bolsa el líquido amniótico no sale en cantidad excesiva, ni tampoco en las contracciones interinas que siguen á la rotura, podemos suponer con fundamento que el volumen del vientre depende exclusivamente del feto. Un feto voluminoso desciende con más trabajo y dificultad que otro que lo sea menos, pues del desarrollo general ha de participar también la cabeza.

En cuanto al segundo, siendo el feto un producto de dos factores para juzgar de su desarrollo y condiciones físicas en el momento del nacimiento, hay que tener en cuenta ambos, porque no debe perderse de vista que el nuevo ser desde el momento de la concepción adquiere las disposiciones orgánicas de sus progenitores: si los dos son robustos y el embarazo ha sido bueno, robusto debe ser el feto: si el uno es robusto y la otra endeble, el feto puede sacar las disposiciones del padre y ser robusto ó las de la madre y ser endeble, ó un término medio; y si uno ó los dos tienen la cabeza voluminosa en relación con el resto del cuerpo, el feto puede sacar esta disposición. Y que esta doctrina no es caprichosa y tiene fundamentos fisiológicos lo prueban los conocidos trabajos que se han hecho para la selección de las especies animales por medio del cruzamiento de las distintas razas.

La edad de la mujer en su primer parto tiene una influencia marcada en su curso y terminación que es hasta de apreciación vulgar. Esto es debido al desarrollo del sistema óseo que generalmente es completo á los 25 años, y desde esta edad en adelante van predominando las sustancias minerales sobre las orgánicas, sucediendo otro tanto con los cartílagos, fibro-cartílagos y ligamentos. De aquí el que durante el embarazo las modificaciones que sufren los huesos y articulaciones de la pelvis que tienen por objeto aumentar su capacidad con el fin de facilitar el acto del parto, sean mucho menos marcadas en las primerizas de más de 25 años, lo cual justifica que el parto sea más laborioso.

Por fin, en lo que respecta al sexo del feto se ha observado que es más difícil el parto en los de sexo masculino; pero como el sexo no puede conocerse hasta después del nacimiento á lo menos en las presentaciones de vértice, resulta que este dato no puede utilizarse para

formar juicio acerca de la causa de la lentitud del trabajo en el período expulsivo. Sin embargo, en las multiparas que se hayan observado atentamente durante varias gestaciones, puede venirse en conocimiento del sexo del feto, aunque no saberlo con certeza. Los signos para esta distinción son en nuestra opinión estos: en las hembras, siguiendo la ley general de evolución, los primeros movimientos deben sentirse más pronto que en los machos, mas en cambio los de estos serán más fuertes. En las primeras debe desarrollarse antes el sistema muscular y en los segundos una vez desarrollado será más vigoroso.

Haciendo ahora aplicación de estos datos á los tres casos clínicos anteriormente reseñados, tenemos: en el primero una primeriza de más de 25 años, bien constituída, cuyo marido es robusto y tiene la cabeza voluminosa; estas circunstancias debían dar por resultado la lentitud del trabajo, ocasionando una estrechez pelviana relativas, susceptible sin embargo de ser vencida con el fórceps en el hecho de permitir el paso de la mano entre la cabeza del feto y la matriz para la colocación de las ramas del instrumento. En el segundo, estas circunstancias estaban agravadas por ser la edad más próxima á los 40 que á los 30. En el tercero era una primeriza joven, pero de constitución endeble, siendo en cambio muy robusto el marido. En la primera y tercera el feto fué de sexo masculino, en la segunda femenino.

Por consiguiente, la causa en todas de la lentitud del parto fué el volumen del feto: en la primera y segunda, además de voluminosos los fetos, debía haber en la pelvis la estrechez fisiológica que la edad imprime, y en la tercera, siendo el feto voluminoso, ella era endeble y por consiguiente también la matriz y sus contracciones.

OBSERVACIÓN NÚM. 10 (1887)

DISTOCIA POR CORTEDAD DEL CORDÓN.—APLICACIÓN DEL FÓRCEPS.—
FIEBRE SÉPTICA.—DEFUNCIÓN Á LOS 34 DÍAS.

La redacción de esta historia nos causa tan penosa impresión, que de buen grado la pasáramos por alto si no nos hubiésemos impuesto como un deber la penosa tarea de hacer examen de conciencia profesional á la luz pública, exponiendo con sinceridad todos los hechos notables que hemos observado y tratado en nuestra práctica. Y renunciáramos de buen grado á ocuparnos de éste como de algunos otros, porque excitando especialmente nuestro interés en el momento de la acción, trae á nuestra memoria, juntamente con las alegrías de

pasadas victorias, las penas y tristezas de derrotas, siempre presentes en nuestro espíritu, siquiera estas derrotas no hayan dependido en modo alguno de falta de solicitud y esmero en la asistencia, que es lo único que por nuestra parte podemos ofrecer, dadas las arduas dificultades del arte y nuestra pequeñez para resolverlas con acierto.

Era una señora bien constituída, que tuvo su primer parto á los 26 ó 28 años de edad en presentación de vértice y primera posición; en el período de dilatación no se observó nada de particular sino la lentitud propia de las primerizas de esta edad, prolongándose más de lo regular el expulsivo, á pesar de contracciones enérgicas y repetidas; fué llamado en consulta otro Profesor, y después de detenida deliberación se resolvió aguardar: pasadas más de 24 horas, las fuerzas generales de la parturiente empiezan á desfallecer, las contracciones uterinas se hacen más débiles y los intervalos más largos, en vista de lo cual hube de apelar para reanimarlas á las corrientes eléctricas de inducción aplicando un reóforo en la región puviana y otro en el fondo del utero, moviéndolos desde uno á otro punto con intermitencias, con cuyo medio conseguí el fin que me proponía, observando que á cada aplicación la cabeza descendía en la excavación aunque volvía á ascender en el momento en que cesaba la contracción: continué empleando este medio á largos intervalos desde el anochecer hasta la madrugada en que se verificó por fin la expulsión de un niño robusto, muerto desde algunas horas antes al parecer y que presentaba un cordón muy corto, liso y sin vestigios de espirales y que además venía arrollado al cuello. Esta circunstancia fué indudablemente la causa de la lentitud extraordinaria del parto y también de la muerte del feto, el cual estuvo de una parte comprimido totalmente por la matriz durante más de 24 horas que transcurrieron desde la rotura de la bolsa á la expulsión, y de otra estuvo soportando la compresión que el cordón ejercía sobre el cuello, que debía interrumpir á la vez la circulación placentaria y la cefálica. Después de este parto laborioso sobrevino una fiebre pseudo-accesional que se combatió con la quinina, restableciéndose la enferma antes de un mes.

A este parto siguió otro completamente fisiológico, observándose también cordedad del cordón no tan graduada ni tampoco arrollado al cuello.

En el tercer parto, el mismo fenómeno lo hizo algún tanto laborioso y hubo en el puerperio una fiebre de la misma naturaleza aunque de menos intensidad y duración.

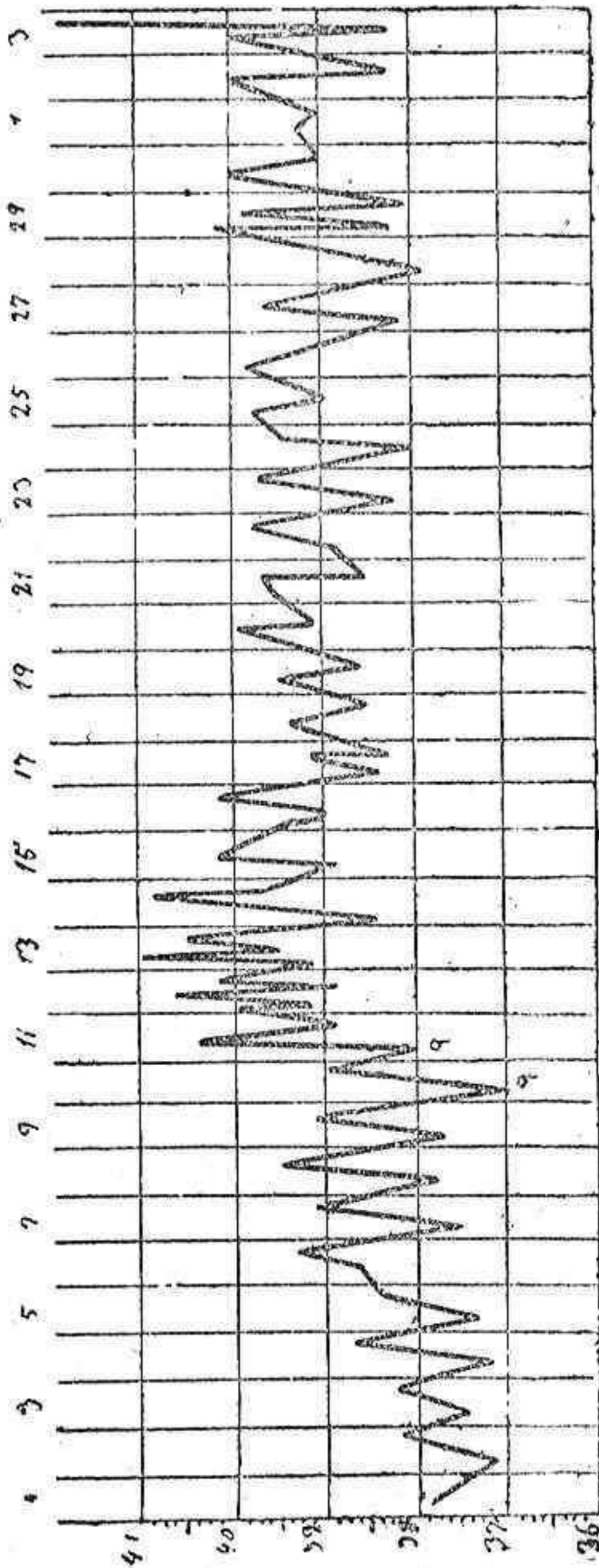
Con estos antecedentes llega en 1887 el cuarto parto, habiendo transcurrido desde el primero unos ocho años, durante cuyo tiempo la señora, excelente madre, modelo de esposas y de madres, no pensó en sí misma: con los afanes de la casa y de sus hijos, apenas salía á la calle ni hacía el suficiente ejercicio, dando esto lugar á un aumento en el tejido celular adiposo, á una ovexidad extraordinaria en su edad con la atrofía consiguiente á este estado en su sistema muscular. Se inicia el parto con algunas semanas de retraso, según su cuenta, y llamado á las once de la noche, encuentro una presentación de vértice y el cuello bastante dilatado: siguen las contracciones con regularidad, y á las dos de la madrugada se rompe la bolsa amniótica: es colocada en la debida posición, sin otra diferencia con relación al primer parto, que la de preferir á la camilla de parir, preparada en el suelo, que usaban los antiguos comadrones, una cama pequeña con la conveniente inclinación que usan actualmente los tocólogos más afamados, por ser más conveniente y más cómoda. Los dolores expulsivos comenzaron con regularidad y energía, y sin embargo, fueron pasando horas y horas y la cabeza no descendía: á las seis horas de la rotura de la bolsa, convencido de que la causa de la lentitud era la cortedad del cordón, propuse el empleo del mismo medio usado con éxito en el primer parto; pero la parturiente, buena madre ante todo, se opuso á ello porque alguien la dijo entonces que la electricidad había sido la causa de la muerte de su hijo. Las fuerzas generales se hallaban muy quebrantadas, las contracciones uterinas se iban debilitando y era necesaria una intervención activa cualquiera que ella fuese. Para acordar lo más acertado se celebró una junta con otros dos Profesores de esta localidad y se convino proceder desde luego á la aplicación del fórceps, y ejecutada esta operación á las seis de la tarde, no sin gran dificultad que me ayudó á vencer uno de mis compañeros, se extrajo un feto muerto de sexo masculino, con el cordón corto y arrollado al cuello. Después de esta operación la enferma quedó en una postración extraordinaria de fuerzas que se revelaba por pequeñez del pulso y notable dificultad en la respiración, de cuyo estado, con grandísimo trabajo, logré sacarla, merced al empleo de los excitantes difusivos, caldos con vino, mistura etérea, inyecciones hipodérmicas de éter, etc., que me retuvieron á su lado hasta las doce de la noche, hora en que algún tanto repuesta me retiré á descansar, desconfiando mucho de haber logrado mis propósitos de levantar el sis-

tema nervioso de la postración en que se encontraba. A la mañana siguiente el peligro había desaparecido, el pulso y todas las funciones se encontraban en estado normal y por todas partes resuenan voces de ¡victoria! ¡victoria! y no faltan más que los arcos de triunfo y las coronas para el vencedor si esto se estilase en los modernos tiempos, ó por mejor decir, si esto se hubiese estilado alguna vez para los vencedores en batallas contra la muerte.

Después la enferma siguió en estado satisfactorio hasta el cuarto día, en que se observaron fenómenos locales y generales que iniciaron el proceso patológico que había de poner fin á su existencia. Por parte del estado local, se observó que habiendo necesidad de practicar diariamente el cateterismo (con una sonda flexible de las de Nelatón) por haber quedado la vejiga inerte en consecuencia de la compresión que ejerció durante muchas horas la cabeza del feto, al penetrar este día sin dificultad la sonda en la vejiga no salió orina y en cambio estaban manchados por este líquido los paños que tenía colocados debajo de la vulva. Por parte del general, la temperatura que se había mantenido los tres primeros días entre 37 y 38, se elevó en éste á 38,5 y siguió aumentando en los sucesivos hasta 39,6, sin remisiones notables hasta el día 10, en que bajó á 37. Este descenso espontáneo y no influido por medicación alguna en la fiebre parecía que iba á terminarla, ó por lo menos á imprimir en ella el carácter accesional, que es el más propio para ser combatido eficazmente con la quinina; mas no sucedió así desgraciadamente, y administrado un gramo de este medicamento en la apirexia completa, la fiebre volvió á elevarse á 39: al día siguiente no descendió más que á 38, á pesar de lo cual se repitió el medicamento y por la tarde subió la temperatura á 40,4, precedida de escalofríos y acompañado el estado febril de fenómenos gástricos, sequedad y rubicundez de la lengua, borborigmos, diarrea, etcétera. La fiebre entraba en un período que entrañaba extraordinaria gravedad, tanto mayor, cuanto que en vez de ser modificada en sentido favorable por la quinina, se había agravado después de la administración de este medicamento. Del 11 al 14, la fiebre continuó aumentando gradualmente hasta 41, sin otras remisiones que las provocadas por dosis de antipirina que variaron entre uno y cuatro gramos diarios. El día 14 se observó en la base del pulmón izquierdo una pequeña zona del lóbulo inferior, región dorsal, en que el murmullo vesicular estaba disminuído y existía un estertor crepitante con



disnea que contribuía á aumentar el gran meteorismo que había, algo de tos y algún esputo viscoso ligeramente herrumbroso. Más tarde síntomas parecidos se presentaron en el pulmón derecho, siguiendo la fiebre con alternativas diversas hasta la terminación, como puede verse en el siguiente trazado que gráficamente expresa el curso del proceso morboso.



Expuestos brevemente los hechos, veamos ahora la serie de juicios que sirvieron de fundamento á nuestra intervención, no sólo bajo el aspecto quirúrgico, sino también bajo el médico.

Desde el momento en que rota la bolsa amniótica principió el período expulsivo y pasadas algunas horas con contracciones enérgicas y repetidas, la cabeza no descendía, principiamos á pensar que alguna causa, algún obstáculo mecánico, existía que se oponía á este descenso, creencia que iba arraigándose cada vez más en nuestro ánimo á medida que el tiempo transcurría sin adelantar el parto. Siendo la presentación y posición del feto, perfectamente fisiológicas, y siendo buenas igualmente las circunstancias de la madre, la primera idea que nos ocurrió por los antecedentes de los partos anteriores, fué la cortedad del cordón, y concentrando nuestra atención en este punto, observamos repetidamente que la cabeza descendía á cada contracción; pero al cesar ésta, volvía á ascender al sitio en que se encon-

traba, y así, en fuerza de tiempo, había llegado á la excavación, en donde seguía sucediendo siempre lo mismo. Este fenómeno, juntamente con el retraso de algunas semanas en la iniciación del parto, son signos de la cortedad del cordón y dan al juicio que de ésta se forma un grado de probabilidad, que casi se aproximaba á la certeza absoluta en el presente caso por los antecedentes de los partos anteriores. Aun sin estos antecedentes, por lo que hemos observado en nuestra práctica, nos inclinamos á creer que siempre que observen bien estos dos hechos puede afirmarse de una manera positiva la cortedad del cordón. Ahora bien, como este defecto es raro que sea causa de distocia, como lo ordinario es que sólo determine una lentitud mayor en el trabajo que no exige los auxilios del arte, lo prudente es aguardar cierto tiempo á que el parto se efectúe por los esfuerzos naturales. ¿Cuánto tiempo debe durar la expectación? No sobreviniendo hemorragia por desprendimiento de la placenta ó rotura del cordón, en cuyo caso hay que obrar inmediatamente, es variable el tiempo que debe tardarse en intervenir activamente: en general no puede esperarse más de 12 ó 14 horas sin peligro para el feto y para la madre.

Formado este juicio de la causa que hacía lento el parto en el caso que me ocupa, y temeroso de que pudiese ser necesaria otra clase de intervención, á las seis ú ocho horas de la rotura de la bolsa, propuse, como ya queda indicado en otro lugar, el empleo de las corrientes eléctricas de inducción, que tan buen resultado dieron en el primer parto; pero no siendo aceptado, tres ó cuatro horas después abordé resueltamente la cuestión del empleo del fórceps, como el único recurso para salvar la vida de la madre y tal vez la del feto. Estaba indicado este recurso terapéutico porque la cabeza llevaba ya muchas horas comprimiendo la vejiga tan fuertemente que, habiéndome propuesto sondarla, con mucha dificultad pudo penetrar una sonda de goma; porque las contracciones uterinas iban debilitándose y porque las fuerzas generales iban decayendo extraordinariamente. Por otra parte, encajada la cabeza en la excavación, de no aplicar el fórceps, ningún otro medio había para terminar prontamente el parto. Pero como el empleo del fórceps es muy peligroso en la cortedad del cordón, pues que al hacer fuertes tracciones puede desprenderse violentamente la placenta y sobrevenir de sus resultas una hemorragia mortal, como también se ha observado alguna vez la inversión uterina en casos de este género, pensé en aquel momento que tal vez fuese

preferible intentar, mejor que la aplicación del fórceps, la sección del cordón por medio de unas tijeras largas si por acaso estaba arrollado al cuello. No recordaba entonces haber visto formulada esta idea por ningún tocólogo, ni después tampoco la he encontrado en los autores que he registrado. Me parece, sin embargo, factible, porque aunque difícil, me parece posible reconocer con los dedos el cuello del feto y hacer llegar hasta el cordón una tijera corba por sus planos y bastante larga: una vez seccionado, si hay contracciones, el feto saldrá rápidamente, y si no las hubiera podría aplicarse el fórceps también con rapidez para ver de salvar el feto. Si, pues, fuese practicable la sección del cordón, entiendo que debe ser menos peligrosa para la madre que el desprendimiento brusco de la placenta ó la inversión uterina que pueden sobrevenir de las tracciones que se hagan con el fórceps. Aunque esto se pensó, no pudo ponerse en práctica, porque el estado de fuerzas de la paciente no consentía maniobras dilatorias de resultado dudoso, sino proceder á la expulsión por el camino más corto, que era el fórceps.

Tan pronto como se desprendió la cabeza del feto se comprobó el diagnóstico formado de cortedad del cordón, que no sólo era corto con relación á lo que se observa normalmente, sino que también estaba arrollado al cuello; siendo así el defecto de longitud absoluto y relativo á la vez, aunque sin esto último no es dudoso que el parto hubiera sido fisiológico.

Explicado el juicio del parto y los motivos de nuestra intervención vamos á examinar el proceso patológico consecutivo.

Este proceso de naturaleza febril, desde el día siguiente de la terminación del parto hasta el sexto, fué de una intensidad pequeña; pero desde este día en adelante revistió el carácter de las fiebres graves. Proceso febril grave en el puerperio no hay que discurrir mucho para sentar el diagnóstico de fiebre puerperal. Pero como el concepto reinante de esta enfermedad es el de considerarla subordinada á procesos locales muy variados, el diagnóstico no está hecho con decir sólo fiebre puerperal, es preciso investigar cuál de esos procesos es el causante de la fiebre. Mis ideas en este punto, aunque conformes en el fondo con las de los autores modernos en cuanto á considerar la fiebre puerperal como infecciosa, no lo están sin embargo en algunos detalles que voy á exponer.

Se considera en efecto como origen de la infección general la local

de la herida uterina, resultante del desprendimiento de la placenta y de las demás que puedan existir en el cuello, la vagina, la vulva, etc.; pero que yo sepa, no se ha dado importancia para la explicación de la fiebre del puerperio á la infección urinosa que necesariamente debe sobrevenir cuando, por haber estado muchas horas la cabeza detenida en la excavación, se forman escaras en la pared anterior de la vagina, cuyo desprendimiento, si comprenden todo el espesor del tabique vésico-vaginal, da lugar á las fístulas vésico-vaginales. Llamo la atención de los prácticos sobre este particular porque creo haber observado fiebres puerperales por infección urinosa y porque en estas circunstancias, si las fístulas están situadas en el cuello de la vejiga ó en la uretra, puede llenarse una indicación causal con la aplicación de una sonda permanente que impida el paso de la orina por la herida, aparte de que con este medio puede conseguirse á la vez la curación de la fístula. En los enfermos de vías urinarias ocurre con frecuencia que se forman abscesos urinarios en el eseroto ó en el periné, de cuyas resultas sobreviene fiebre continua-remitente cuando hay diarrea y alteraciones en las vías digestivas ó francamente intermitentes cuando faltan estas alteraciones. Las mismas formas exactamente se observan en las fiebres puerperales, ya dependan de flebitis uterina, ya de embolías, etc., y así por la observación clínica no podrá distinguirse en el primer período de una fiebre puerperal si la causa es una infección purulenta ó urinosa ó uro-purulenta, porque racionalmente pensando pueden coexistir, agravándose naturalmente en este caso en su curso y en su terminación. Digo que creo haber observado fiebres puerperales, cuya causa era tan sólo una infección por la orina, porque en las que sobrevienen por infección de la herida uterina, aun siendo debidas al contagio, no he visto que falte en su curso, siempre largo, alguna alteración consecutiva, ya en los ligamentos anchos, ovarios tejido celular pelviano, ya en las serosas distantes de la pleura ó de las articulaciones, etc., ya en los parenquimas del pulmón, hígado, etc., mientras que en las fiebres puerperales que he observado con fístulas urinarias no he encontrado tales alteraciones, siguiendo sin embargo la fiebre un curso análogo. Puedo citar en comprobación de esto las observaciones núms. 3 y 9, de fístulas uretrales con fiebre pseudo-accesional sin la menor alteración consecutiva ni en el aparato genital ni en otros órganos distantes, y sobre todo otro caso más notable, que fué el primero que me indujo á pensar

que en muchas fiebres del puerperio la causa es la infección urinosa análoga á la que sobreviene en los enfermos con abcesos urinarios. Juzgo este hecho muy interesante para la cuestión que me ocupa y ligeramente voy á reseñarlo.

Era una señora primeriza á los 34 años de edad, asistida en Octubre de 1886, que en consecuencia de haber sido lento el período expulsivo, sobrevino una pequeña fístula en la pared anterior de la vagina, y habiendo quedado la vejiga inerte, hubo necesidad de sondarla durante dos ó tres semanas, porque habiendo intentado dejar una sonda permanente, no pudo la enferma soportarla: al tercero ó cuarto día sobrevino fiebre precedida de grandes escalofríos y con altas temperaturas que siguió una marcha continua y fué acompañada de sudores abundantes de olor amoniacal y de alteraciones en las vías digestivas: explorada la región hipogástrica no se encontró la menor alteración uterina ni periuterina: tampoco se observó nada en las serosas ni en los parenquimas, habiendo durado más de un mes. En este caso la causa de la fiebre debió ser la infección por la orina, infección efectuada en la vejiga misma en consecuencia del desprendimiento de epitelium por el cateterismo y por la contusión que sufrió durante el parto; y muy principalmente por la orina que se marchase á través de la herida, aunque en pequeña cantidad por estar situada la fístula en el cuello de la vejiga.

Por lo expuesto tengo la convicción de que muchas fiebres puerperales tienen por causa en las circunstancias referidas, la infección urinosa, ya se efectúe por la vejiga, ya por la herida vésico-vaginal, y puesto que en la forma clínica no hay diferencias esenciales para distinguir estas fiebres de las verdaderamente puerperales en el primer período, solamente las alteraciones ulteriores que sobrevengan en su curso podrán servirnos para hacer la distinción.

Con estas ideas acerca de las fiebres del puerperio, tan pronto como en el caso que me ocupa, la salida de orina por la vulva en mayor ó menor cantidad, me indicó la existencia de una fístula vésico-vaginal, me preocupó hondamente este hecho, no solamente para darme explicación del proceso febril, sino lo que es más importante para remediarlo, tratando de llenar una indicación causal si era posible, que con una sonda permanente en la vejiga dejase de bañar la orina la herida vésico-vaginal. Estuve observando manchados por la orina hasta el día 16 de Abril los paños colocados entre los genitales, sin

que pudiese atribuirse esto á incontinencia de orina, porque contra este hecho había el significativo de no salir orina por la sonda al cuarto día, y en la incontinencia nunca queda la vejiga tan vacía que no salgan siquiera algunas gotas de líquido. Además la incontinencia se concibe en los primeros días, pero no más adelante cuando la enferma sentía la necesidad de orinar y orinaba voluntariamente, lo cual no es incompatible con una fístula situada en la parte más baja de la pared vaginal en el cuello de la vejiga ó en la uretra, pues la orina se retiene en parte, y al orinar sale al mismo tiempo que por el meato urinario por la abertura fistulosa. La fístula era de temer que existiese por las horas que la cabeza del feto había estado comprimiendo fuertemente la vejiga. A pesar de todo, no tuve la fortuna de conseguir que se hiciese un reconocimiento en regla ó siquiera con el dedo, para poner en claro con toda evidencia este punto importante del diagnóstico. Mi insistencia para que se hiciese fué justa y legítima, porque tenía por objeto ver de atenuar ó descartar una de las causas posibles del proceso febril, la infección urinosa, colocando una sonda permanente en la vejiga si era posible que la soportase ó si estaba indicada en atención al punto en que existiese la perforación del tabique. Tuve la desgracia de no hacerme entender ó tal vez de que por mi pequeñez no se diese valor alguno á mis juicios en este punto.

Y podía pensarse al tomar incremento el proceso febril, que alguna parte tuviese en su producción la infección por la orina en atención á que dicho incremento correspondía á la época en que se había efectuado ya la eliminación de las escaras. Hay que decir que desde los primeros momentos se prescribieron inyecciones vaginales de agua fenicada dos ó tres veces al día, curándose con iodoformo las erosiones que había en la vulva. Después el día 11 se observaron fenómenos de irritación gastro-intestinal, sequedad de la lengua, sed, borborismos, diarrea que atribuí en un principio á la quinina, pero que persistiendo durante algunos días, podían referirse legítimamente á la eliminación de los elementos de la orina por la mucosa gastro-intestinal. Más tarde aparecieron procesos neumónicos, de los que la infección purulenta produce, primero en un punto muy limitado del pulmón izquierdo, después en el derecho. ¿Qué significación tenían estos procesos? No debían ser otra cosa que focos purulentos metastáticos. En vista de ellos, es indudable que si hubo en un principio

y siguió habiendo en lo sucesivo infección por la orina, también sobrevino la infección purulenta, que pudo efectuarse, ya por la herida uterina, ya por la vaginal, ya por ambas á la vez.

Para luchar contra estas infecciones yo no conozco otros medios que los empleados en este caso: La antipirina para rebajar las altas temperaturas que por sí mismas son peligrosas y para eliminar por el sudor el agente séptico, si es que puede admitirse el hecho de esta eliminación dadas las ideas reinantes: el alcohol para levantar y sostener las fuerzas; y la quinina, como antiséptico y antifebril, de acción dudosa para mí, por lo que tengo observado, en los procesos febriles de marcha continua ó en que las remisiones sean escasas y forzadas por la antipirina, de acción segura siempre en los de marcha pseudo-accesional ó francamente intermitente.

Los procesos locales neumónicos se trataron con un vejigatorio el del izquierdo y se consiguió su resolución completa; no empleando el mismo recurso en el del lado derecho porque apareció en otra forma; los estertores estaban diseminados y como si correspondiesen á pequeños abcesos múltiples.

OBSERVACIÓN NÚM. 11

PARTO DIFÍCIL POR INERCIA UTERINA.—PRESENTACIÓN DE EXTREMIDAD PELVIANA, POSICIÓN SACRO-ILIACA DERECHA.—APLICACIÓN DEL FÓRCEPS. CURACIÓN (1883).

Era una primeriza joven, de constitución endeble y mal nutrida por alimentación insuficiente á causa de su extremada pobreza. Principió el parto con la rotura anticipada de la bolsa, hecho que he observado constantemente en las presentaciones de extremidad pelviana, que era la que en este caso se ofrecía. No hay para qué decir que el período de dilatación fué extremadamente lento; llegado el expulsivo, agotadas sus fuerzas con los esfuerzos que la habían obligado á hacer las personas que la rodeaban en su afán de que terminase el parto sin la intervención facultativa, cesaron los dolores completamente, y después de algunas horas de espera se decidieron al fin á avisarme. Reconocida la parturiente, apreció una presentación de extremidad pelviana en segunda posición ó sea sacro-iliaca derecha encajada en el estrecho superior; traté de reanimar las fuerzas con caldos y vino generoso; mas no reapareciendo las contracciones uterinas, procedí, previa anestesia, á la extracción del feto, para lo cual introduje la

mano derecha en la dirección de la fosa iliaca derecha hasta encontrar la ingle derecha del feto que era la más anterior, y haciendo deslizar por la cara palmar de la mano el gancho que tiene una de las ramas el fórceps, conseguí colocarlo en dicha ingle, y haciendo después tracciones graduadas, extraje sin dificultad, y adoptando las debidas precauciones para que no fuese comprimido el cordón, las nalgas y en seguida el tronco. Acto seguido practiqué, cuidando siempre del cordón, el movimiento de rotación de la cabeza, completando con la extracción de ésta la de una niña de regular nutrición, viva y con una herida contusa poco profunda en la ingle, que me inspiró algún recelo para el porvenir, aunque la curé antisépticamente: gracias á esto, en pocos días estaba cicatrizada. Un año después fallecía la pobre criatura, que se había nutrido y desarrollado bien, de difteria. La desventurada madre, que tantos sacrificios se había impuesto para criar á su hija, lloraba doblemente su pérdida porque yo no había podido asistirle con motivo de una breve ausencia de esta ciudad ¡como si yo tuviese algún talismán bendito para salvar su existencia!

OBSERVACIÓN NÚM. 12

PARTO EN PRESENTACIÓN DE NALGAS CON PROCIDENCIA DE UN BRAZO.—
INERCI A UTERINA POR HIDRAMNIOS.—HIDROCÉFALO.—EXTRACCIÓN DE
LAS NALGAS CON EL GANCHO DEL FÓRCEPS.—APLICACIÓN DEL FÓRCEPS
Á LA BASE DEL CRÁNEO.—CURACIÓN (1883).

En demostración de lo raros que son por fortuna para la humanidad los partos distócicos, suelo yo citar el hecho de que, corriendo á cargo de los Médicos de la Beneficencia provincial, en cuyo número tengo el honor de contarme, la casa de Maternidad de esta capital, que es una dependencia del Asilo provincial, en 15 años, que yo sepa, sólo ha ocurrido en este establecimiento un parto difícil, el que va á ser objeto de esta observación, no bajando el número anual de partos de 26 (aproximadamente) la mayor parte de primerizas.

Era una primeriza de 24 ó 26 años, robusta y que tenía un vientre muy voluminoso. Se presentó el parto con normalidad, pero después de algunas horas, sin duda cuando ya estaba terminado el período de dilatación, estando la parturiente de pie, se rompió bruscamente la bolsa saliendo con estrépito una gran cantidad de aguas: acostada y reconocida por la enfermera encontró fuera de la vulva

un brazo, y asustada llamó con urgencia al Médico del Establecimiento, que lo era mi querido amigo D. Julio Arnáiz, que actualmente desempeña un puesto análogo en el Hospital del Rey de Burgos. Este á su vez me hizo avisar, así como á los demás compañeros de la Beneficencia provincial, y todos reunidos, fuí designado para intervenir activamente. A primera vista parecía que se trataba de una presentación transversal, y hechos los preparativos para la versión podálica, al reconocer para proceder á la ejecución nos encontramos con una presentación de nalgas con prociencia del brazo. En su virtud acordamos reducir el brazo por encima del estrecho superior, lo cual fué muy fácil porque había una inercia completa del utero. Después y por este motivo se procedió á la extracción del feto con el gancho del fórceps, lo cual se efectuó también sin dificultad; pero encajada la cabeza en la excavación no fué posible hacerla descender. Suspendida toda maniobra para dar reposo á la paciente y deliberar lo que convendría hacer, se acordó aplicar el fórceps, creyendo fundadamente que si la cabeza había podido encajarse en la excavación y recorrer la mayor parte de su altura, no debía existir en ella un obstáculo insuperable para su desprendimiento, y con efecto, aplicado dicho instrumento, logró extraerse, no sin gran trabajo, la cabeza y seguidamente el tronco y la placenta, sin otro contratiempo que lamentar que una rasgadura del periné hasta el esfínter, de la cual curó perfectamente en unos 15 á 20 días y sin ninguna otra novedad en el puerperio. El feto estaba muerto desde algunos días antes y en maceración. La cabeza estaba muy abultada por un hidrocefalo muy notable: gracias á esto pudo extraerse, pues con los esfuerzos de la tracción se amoldó á los diámetros de la pelvis, alargándose extraordinariamente. Habiendo asistido al parto desde el primer momento, hubiera podido preverse una cabeza hidrofálica al observar la excesiva cantidad de aguas que espelió la parturiente al romperse la bolsa, pues es muy frecuente que cuando hay hidramnios haya también hidrocefalo; la misma causa que determina el aumento de exhalación en la serosa placentaria, produce idéntico efecto sobre las del feto. Por lo demás, el hecho de la existencia del hidramnios da explicación satisfactoria de todos los demás que en esta enferma se observaron: siendo muy grande la cantidad de líquido amniótico, el feto estaba suspendido y como nadando en él, y al romperse la bolsa bruscamente, estando la parturiente en posición vertical, pudo ser

arrastrado el brazo por la oleada de líquido; la matriz quedó inerte por lo endeble que era la fibra muscular á causa de la dilatación ó distensión que había sufrido con el aumento de líquido.

OBSERVACIÓN NÚM. 13

PARTO ANTICIPADO CON PLACENTA PREVIA INSERTA EN LA PARTE ANTERIOR DEL CUELLO.—CESACIÓN DE LA HEMORRAGIA AL ENCAJARSE LA CABEZA.—PROCIDENCIA DEL CORDÓN AL ROMPERSE LA BOLSA: REDUCCIÓN.—TERMINACIÓN FAVORABLE: UNA NIÑA VIVA (1883)

Una señora de unos 24 años de edad, después de haber padecido una neumonía que por excepción exigió el uso de la sangría, estando en el sétimo mes del embarazo, se presentaron contracciones uterinas precedidas de hemorragia, que fué aumentando gradualmente á medida que avanzaba el período de dilatación: así que hubo adquirido la dilatación un diámetro como de unos 4 ó 5 centímetros, pudo reconocerse que la placenta estaba adherida á la pared anterior del cuello uterino, y no siendo muy grande la hemorragia me propuse comprimir con el dedo durante cada contracción para ver de cohibirla, recurso precario que hubiera servido de muy poco si una circunstancia tan feliz como natural no hubiera venido á comprimir mejor de lo que me era dado hacerlo: cuando me disponía, por ser ya formidable el flujo, á introducir la mano para hacer la extracción del feto mediante la versión, una fuerte contracción encajó la cabeza en la excavación, y comprimida la placenta cesó todo peligro y me abstuve de intervenir. Otra fuerte contracción rompió bruscamente la bolsa y salió el cordón por delante de la cabeza; mas como era pequeña, dejaba suficiente espacio para hacer la reducción, terminando á poco felizmente el parto. La niña vivió algunas horas y hubiera sido viable si la enfermedad de la madre no hubiera influído sobre su desarrollo.

OBSERVACIÓN NÚM. 14

PARTO ANTICIPADO CON PLACENTA PREVIA: INSERCIÓN CENTRAL.—HEMORRAGIA FORMIDABLE DURANTE DOS Ó TRES DIAS.—TRANSFUSIÓN DE SANGRE SEGUIDA DE LA EXTRACCIÓN MEDIANTE LA VERSIÓN PODÁLICA.—DEFUNCIÓN (1885)

Una señora multipara en el sexto ó sétimo mes del embarazo: se presentaron contracciones uterinas precedidas de hemorragia, que continuó en aumento durante dos ó tres días, y llamado á auxiliarla,

después de este tiempo la encontré pálida y fría como el mármol, sin pulso y casi en el período de la agonía. Con la mayor rapidez posible procedí á hacerle la transfusión de la sangre, y no teniendo otra á mano usé la del cordero, previamente desfibrinada en cantidad como de unos 180 gramos, poniéndole además algunas lavativas de la misma sangre desfibrinada. Ni con estos medios ni con los excitantes difusivos que se le dieron, pudo conseguirse otra cosa más que una débil reacción durante la cual se hizo con suma facilidad y rapidez la extracción, del feto mediante la versión podálica. La placenta estaba ya desprendida y había cesado la hemorragia. Se siguieron empleando los mismos medios durante una media hora, en que dejó de existir. Lo cual demuestra que la intervención tardía en estos casos es completamente estéril y no proporciona al práctico otra satisfacción que la tranquilidad de conciencia que da el cumplimiento del deber por triste y penoso que sea, ni á la familia otro consuelo que el contemplar la solicitud con que se procuró la salvación del ser amado.

Tres casos de versión podálica

OBSERVACIÓN NÚM. 15

PRESENTACIÓN TRANSVERSAL.—SEGUNDA POSICIÓN DE HOMBRO IZQUIERDO (CÉFALO-ILIACA DERECHA).—CURACIÓN (1881).

Era una señora de 34 años, casada, con dos partos anteriores fisiológicos.

El 25 de Junio del 81, asistida al principio del parto por otro profesor, reconoció éste, al romperse la bolsa amniótica, una mano en la vulva y fué inmediatamente avisado. Por el atento examen de la mano determiné la posición que era la segunda de hombro izquierdo: la cabeza estaba en la fosa iliaca derecha, los pies en la izquierda y el plano dorsal del feto hacia adelante.

En las versiones internas, éste es un punto importante que hay que fijar con claridad, porque así se podrán realizar más pronta y eficazmente. Sabiendo en efecto en qué lado están los pies, sin tanteos ni vacilaciones, se va derechamente á buscarlos.

Sin embargo, antes que el diagnóstico de la posición, hay que fijar el de la presentación, pues no siempre que aparece una mano en la vulva, se trata de una presentación de tronco. En dos ocasiones he tenido ocasión de observar esto: en la una se trataba de una presenta-

ción de vértice y en la otra de nalgas, ambas con prociencia de una mano que bastó reducir para que siguiese el parto un curso normal.

En el caso que me ocupa, tratándose de una presentación transversal en la posición ya dicha, previa consulta con el Profesor de cabecera y otros dos que fueron avisados, sin anestesia procedí á la versión interna, introduciendo la mano y dirigiéndola hacia la izquierda, en donde á poco encontré un pie que traje á la vulva sin gran trabajo: en seguida hice lo mismo con el otro, y acto seguido, bien agarrados los dos, efectué la evolución, quedando convertida la posición en sacro-iliaca izquierda. No habiendo contracciones uterinas por medio de tracciones se hizo descender el tronco y salieron los hombros: efectué el movimiento de rotación interior de la cabeza, quedando el occipucio en relación con la sínfisis puviana y el mentón con la cara cóncava del sacro; elevando el tronco hice tracciones y desprendí por la comisura posterior de la vulva el mentón y salió por fin toda la cabeza. A los pocos momentos salió la placenta y la enferma quedó en muy buen estado. El puerperio siguió un curso regular y á los siete días la enferma abandonaba el lecho y poco después se entregaba á sus ocupaciones.

OBSERVACIÓN NÚM. 16

PRESENTACIÓN TRANSVERSAL.—SEGUNDA POSICIÓN DE HOMBRO IZQUIERDO (CÉFALO-ILIACA DERECHA).—DEFUNCIÓN (1885).

La mujer objeto de esta reseña, tendría de 28 á 30 años, casada, con dos ó tres hijos, habiendo sido los partos anteriores fisiológicos. El 29 de Octubre del 85 llevaba tres días de parto y la bolsa amniótica se rompió á las cuatro de la tarde, hora en que fué llamado un Profesor para su asistencia. Este solicitó el auxilio de otro compañero, y juntos intentaron varias veces la versión que no pudieron realizar sin duda por las fuertes contracciones uterinas que se presentaban, que eran muy dolorosas. Llamado á las siete de la tarde, reconocí que se trataba de una presentación transversal y formé un juicio erróneo de la posición creyendo que se trataba de la primera de hombro izquierdo con el plano dorsal hacia atrás, la cabeza á la izquierda y los pies á la derecha, cuando en realidad no era ésta sino la segunda en que sucede lo contrario. Colocada la paciente sobre una mesa y previamente cloroformizada, procedí á la operación ayudado por mis compañeros. Introduje la mano izquierda dirigiéndola hacia la fosa iliaca derecha, suponiendo que en ella estarían los pies; mas encon-

trandola cabeza, comprendí que me había equivocado, y en su virtud saqué la mano para volverla á introducir y dirigirla hacia la izquierda, en donde encontré un pie que extraje hasta la vulva, no sin grandísimas dificultades por las fuertes contracciones uterinas que seguían á pesar de la cloroformización. Como un error conduce á otro, al extraer el pie me asaltó el extraño temor (el vientre era muy voluminoso) de que en vez de un feto hubiese dos y que al buscar los pies sacase al exterior uno de cada feto, por cuya razón, antes de buscar el otro pie, practiqué un nuevo reconocimiento en la otra fosa iliaca hasta adquirir el convencimiento de que no había más que un solo feto. Después de esto busqué y extraje el otro pie y procedí á hacer la evolución tirando de los dos, al propio tiempo que elevaba el brazo que estaba fuera empujando el hombro encajado en la excavación: así quedó convertida la posición de tronco en posición de nalgas. Hecho lo cual, se efectuó breve y felizmente la extracción del feto y en seguida la de la placenta, cuyo cordón apareció roto y el feto muerto como es consiguiente en la mayor parte de las versiones, al menos en todas las que he presenciado y practicado.

Después de la operación la enferma quedó tranquila, el pulso en buen estado y quejándose únicamente de cansancio.

Se la dispuso un plan tónico difusivo, compuesto de caldos frecuentes y vino. La familia refiere que durante la noche y á poco de la operación sobrevino un sudor copioso, acompañado de angustias. Por la mañana vinieron á llamar precipitadamente y cuando llegamos había fallecido.

¿Cuál pudo ser la causa del fallecimiento? La falta de reacción, el estupor profundo del sistema nervioso que sobreviene después de todos los grandes traumatismos por las pérdidas de inervación. Había sufrido mucho en tres días que llevaba de parto, muchísimo desde las cuatro de la tarde hasta las ocho de la noche en que terminó la intervención quirúrgica, y con todo esto y con la acción del cloroformo vino la sideración del sistema nervioso. ¡Lástima grande que no se nos comunicase el peligro en tiempo oportuno! ¡Tal vez con los excitantes difusivos hubiera podido triunfarse!

OBSERVACIÓN NÚM. 17

PRESENTACIÓN TRANSVERSAL.—PRIMERA POSICIÓN DE BRAZO IZQUIERDO (CÉFALO-ILIACA IZQUIERDA.)—SEPTICEMIA.—CURACIÓN (1885).

Era una mujer de 28 años de edad, casada.

En 9 de Noviembre de 1880 tuvo su primer parto fisiológico aunque lento. A consecuencia de un disgusto se suprimió el flujo loquial, presentándosele calentura y dolor al vientre, con cuyo motivo le aplicaron en dos veces tres docenas de sanguijuelas, le dieron quinina y otros medicamentos, durándole la enfermedad más de un mes.

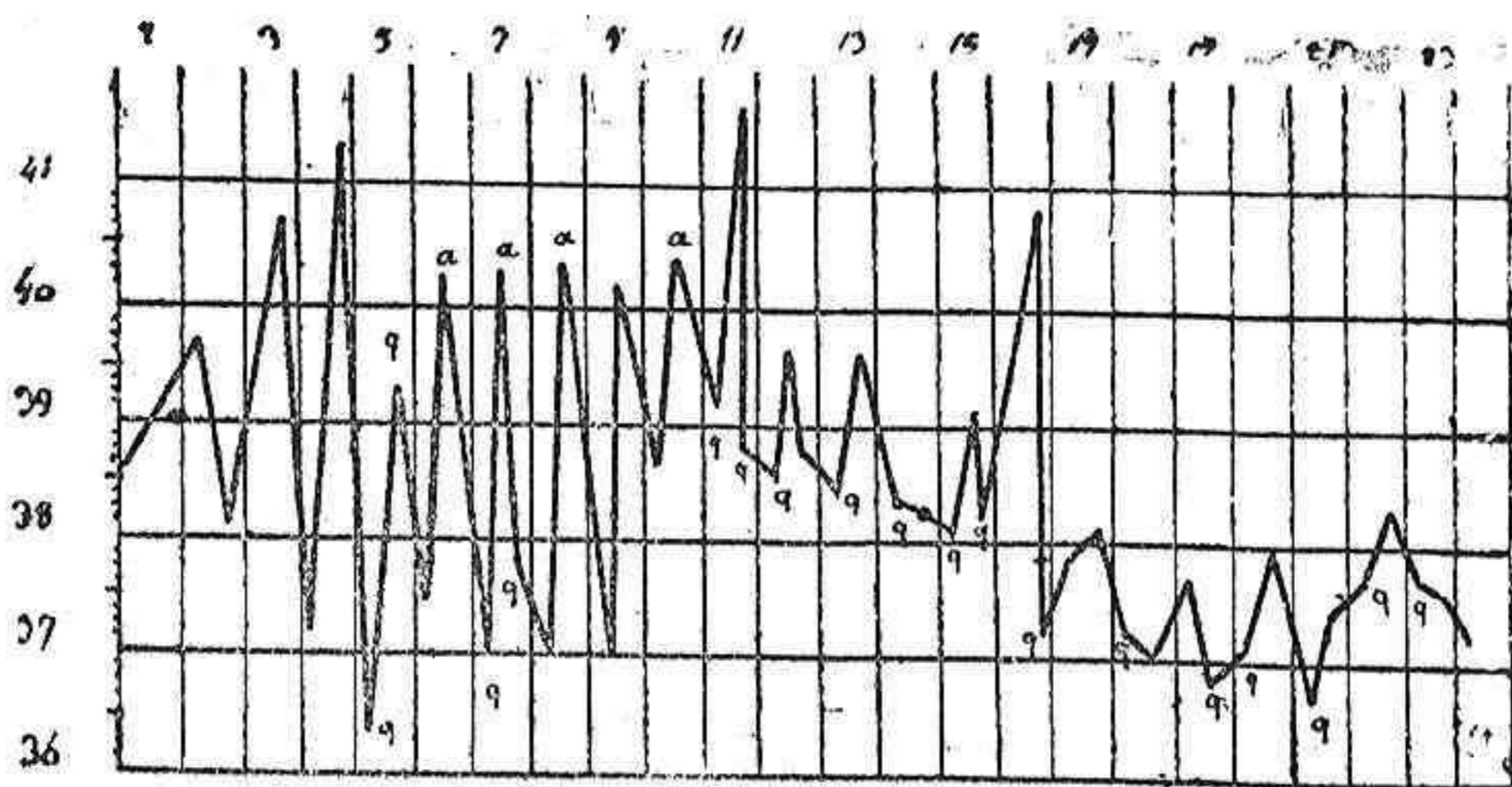
El 30 de Octubre del 85 principiaron los dolores para su segundo parto, y no tardó en dar á luz un niño robusto. Después cesaron los dolores, y viendo que tardaba en expulsar la placenta se acostó. Al día siguiente 31 reaparecieron los dolores, y entre 11 y 12 del día se rompió otra bolsa y apareció una mano en la vulva. Entonces llamaron un Profesor y en seguida á otro que estuvieron allí hasta las tres y media de la tarde en que fuí avisado, encontrando fuera de los genitales el brazo izquierdo. Reconocido y formado el juicio de que se trataba de la primera posición de hombro izquierdo (céfalo-iliaca izquierda) el plano dorsal, hacia atrás la cabeza en la fosa iliaca izquierda y los pies en la derecha, procedí á la operación en la forma siguiente:

Colocada la enferma sobre una mesa sin anestesia, por no ser las contracciones muy dolorosas, introduje la mano izquierda, y dirigiéndola á la derecha con mucha dificultad, porque la matriz estaba fuertemente contraída, logré encontrar un pie que saqué á la vulva y volví á introducir la mano para buscar el otro, pero sintiéndola aprisionada por la matriz, renuncié á buscarle más, y aprovechando un momento de reposo procedí á hacer la evolución, elevando el hombro encajado con una mano mientras con la otra tiraba hacia abajo del pie que estaba fuera sujeto con un lazo y así no tardé en cambiar la presentación. Acto continuo efectué sin dificultad la extracción y después la de las dos placentas unidas por su parte media y cada una con su cordón. El feto, de sexo masculino, estaba en maceración; las placentas en descomposición, salió después de ellas sangre negruzca de mal olor.

La enferma quedó en buen estado; había sufrido poco y su estado moral era excelente, pues ni siquiera había dado importancia á la operación que acababa de sufrir.

A las 24 horas apareció fiebre, que no adquirió intensidad hasta el tercer día, en que subió mucho la temperatura, precedido este ascenso súbito de grandes escalofríos y terminando con sudor al día si-

guiente en que repitió con más intensidad, pero acompañada de los mismos síntomas y lo mismo en los siguientes hasta los días 9 y 10, á partir de los cuales se fijó en un hombro un dolor continuo exacerbante, que se aumentaba á los movimientos: este dolor aumentó en intensidad el día 11, coincidiendo con una gran elevación de temperatura, después, al descender, disminuyó la sensibilidad, siguiendo el proceso febril una marcha continua, y el día 16 volvió á subir bruscamente, notándose entonces una tumefacción considerable en la articulación afecta, la cual fué disminuyendo gradualmente hasta la completa resolución en seis ó siete días. El siguiente trazado expresa gráficamente la marcha del proceso morboso, que ofreció la notable particularidad de no afectarse en lo más mínimo las funciones digestivas ni las del sistema nervioso, á pesar de temperaturas tan altas, lo cual debe atribuirse en gran parte al tratamiento empleado, que consistió en la antipirina cuando la temperatura era elevada y el bromhidrato de quinina en inyecciones hipodérmicas cuando descendía. También se usaron en reemplazo de este medicamento y por razones de economía las píldoras febrífugas de Fernández Izquierdo, administrándolas reducidas á polvo para facilitar su absorción (nueve píldoras en tres dosis con intervalo de dos horas). Localmente el alcohol de romero á partes iguales con el aceite esencial de trementina en fricciones á la articulación afecta. Con este plan, reforzado más tarde con una disolución ferruginosa, la enferma, se curó completamente, y á los dos meses pudo lactar á su hijo, pues en fuerza de constancia reapareció la secreción láctea suspendida durante la enfermedad.



Por lo expuesto se ve claramente que esta fiebre era de infección séptica por la descomposición que habían sufrido las placentas y aun el segundo feto antes de su expulsión. El hecho de haberse afectado la articulación del hombro con síntomas de artritis, prueba que no hay diferencias esenciales entre la pohoemia y septicemia, pues en una y otra, cuando se prolongan más de un septenario, se observan alteraciones consecutivas en las serosas ó parenquimas, alteraciones inflamatorias que rápidamente terminan por supuración y que otras veces eran atribuídas al depósito por transporte en los puntos afectados de los glóbulos de pus, y de aquí el haber sido designados con el nombre de abscesos metastásicos á las colecciones purulentas formadas con tal motivo. En el día se considera al glóbulo de pus en sí como inofensivo, admitiendo á lo más que sirva de agente que transporte los gérmenes microscópicos productores del proceso morboso. Aun sin entrar en el fondo de la cuestión de si las bacterias son ó no su causa determinante, hay razones clínicas que abonan la inocuidad de la absorción del pus: por mi parte he observado repetidas veces la reabsorción de focos purulentos que no estaban en contacto con el aire, sin sobrevenir el menor desorden consecutivo, y no hay práctico que no haya visto también reabsorberse derrames pleuríticos, que si al principio son serosos, es sabido que al poco tiempo se convierten en purulentos, sin que haya sobrevenido una infección purulenta consecutiva; y estos hechos clínicos de observación diaria prueban concluyentemente que el pus, por serlo, ni por pasar á la sangre en gran cantidad, determina la infección, es preciso para esto que esté en contacto con el aire.

Comparando este trazado térmico con el anterior se aprecian notables diferencias en el proceso febril, pues mientras en el segundo la fiebre tuvo una tendencia marcadamente accesional por venir precedida de frío, terminar por sudor y haber apirexia completa por algunas horas, en el primero sólo un día se observó apirexia de corta duración, siguiendo después un curso continuo, siendo las remisiones provocadas por la antipirina. Las mismas formas he tenido ocasión de observar en las fiebres de infección séptica, así en el estado puerperal como fuera de él.

CRÓNICA

¡Santero! ¡Martínez!—Dada la índole de nuestra publicación, es muy corto el espacio de que podemos disponer para expresar nuestro profundo dolor con motivo del fallecimiento de dos esclarecidos maestros, los Doctores D. Tomás Santero y D. Rafael Martínez y Molina, que formaron parte de aquella brillante pléyade de varones ilustres en que figuraron Toca, Asuero, Fourquet, Mata, Encinas y otros, que tan alto colocaron el nombre del Colegio de San Carlos. Ya van quedando muy pocos de aquellos antiguos maestros, y cada uno que desaparece aviva en nuestra memoria los recuerdos de la juventud, acrecentando en nuestra alma los sentimientos de amor, veneración y gratitud que lograron infundirnos.

¿Qué discípulo de Martínez no siente agolparse el llanto á los ojos al contemplar con la imaginación en la sala de Disección aquella venerable figura, siempre modesto, siempre afable y cariñoso para sus discípulos, que como el que no hace nada inicia al principiante en los más recónditos secretos de la organización? ¿Qué discípulo de Santero no se siente conmovido con el recuerdo de aquella voluntad poderosa que le subyugaba imponiéndole su ideal de hacerle en un solo curso un Médico digno de tan honrosa investidura? Eran estas dos ilustraciones de la ciencia y el arte médico por sus especiales aptitudes y carácter dos polos opuestos y como providencialmente colocados en los dos extremos de la carrera: Martínez explicaba la primera asignatura y su carácter dulce era el más apropiado para que el catecúmeno se aficionase al estudio árido de la Anatomía que se le figuraba fácil al ver la sencillez y claridad con que le era expuesta; y su tolerancia en los actos académicos, propia del sabio, era muy adecuada para que el alumno no desmayase en los primeros pasos de la carrera: Santero explicaba el último año, y su rigidez de carácter, que se inspiraba en el noble afán de hacer verdaderos Médicos, obligaba al discípulo á saber de todo y á estudiar de nuevo en lo fundamental todas las asignaturas para utilizarse de ellas á la cabecera del enfermo, siendo en los actos académicos el terror de los torpes ó vagabundos y padre justiciero de los inteligentes ó aplicados; pudiendo decirse muy alto que no ha nacido quien le iguale á enseñar al alumno á discurrir por sí propio sobre todos los problemas llamados á resolver á la cabecera del enfermo, ni quien le aventaje á enseñar con el ejemplo la asiduidad y puntualidad en el cumplimiento de las obligaciones profesionales. Así, aunque por caminos opuestos, pocos han cumplido mejor su misión en esta vida, ya se les contemple como Profesores, ya como Médicos á la cabecera del enfermo. ¡Loor eterno á su memoria y que sus vidas por entero, consagradas á la ciencia y á la humanidad, sean ejemplos en que se inspiren la generación presente y las venideras!

Suscripción: Por un año..... 6 pesetas

CALLE DE SANTA JUSTA, NÚM. 1

Consulta del Doctor Gallardo

sobre enfermedades de Cirujía y especiales de la mujer, todos los días de una á tres, calle de Santa Justa, núm. 1, y para los pobres, de nueve á diez, en el Hospital de la Misericordia.

ANUNCIOS

AGUA DE INSALUS

en LIZARZA (Tolosa) Guipúzcoa,

ANALIZADA POR EL EMINENTE QUÍMICO DR. D. FAUSTO GARAGARZA

Es bicarbonatada, ligeramente alcalina, digestiva, de sabor agradable. Excelente bebida gaseosa para las comidas, sola ó mezclada con vino. Superior á las de Saint-Galmier, Apollinaris y Vals. Abre el apetito, auxilia la digestión y es eficaz contra las afecciones de los aparatos gástrico y urinario.

**75 céntimos de peseta la botella de litro con casco
en toda España**

Depósito en Toledo: Farmacia de D. J. M. de los Santos, Plata, 23.—Administración, Plaza Vieja, núm. 1, TOLOSA.

MANUAL DE LAS INYECCIONES SUBCUTÁNEAS

**POR BOURNEVILLE, Médico de Bicetre, y BRICON, Doctor
en Medicina**

TRADUCIDO DE LA 2.^a EDICIÓN FRANCESA

POR FÉLIX FERNÁNDEZ LÓPEZ

Farmacéutico, Administrador de la REVISTA MÉDICA DE SEVILLA

Forma un tomo en 8.^o de XL-224 páginas esmeradamente impreso en excelente papel con 15 figuras en el texto.

PRECIO: 2,50 pesetas.—Véndese en esta Administración, Maese Rodrigo, 38 (Sevilla) y en las principales librerías.