

AÑO II.

FEBRERO DE 1889.

Núm. 14.

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA 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 del aparato de la visión (conclusión).—Cataratas secundarias.—Cuadro de operaciones del aparato de la visión.—Pupila artificial.—Enucleación del globo ocular.—Sección de actualidad.—Resección de ocho centímetros del ileon.—Curación por el Dr. D. Federico Rubio.—Enfermedades palúdicas (continuación) por D. Tomás Echevarría.—Cuadro del movimiento de enfermos en la Sección de Cirugía del Hospital provincial durante el año de 1888.—Cuadro de operados durante el mismo año.—Epitelioma de la cara: extirpación y autoplastia.—Crónica.—Anuncios.

TOLEDO:

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos

Comercio, 57 y Sillería, 15.



Rev 4/12



El Pectoral del Dr. Ayer
aumenta maravillosamente la
fuerza y la flexibilidad de
la voz.

Pectoral de Cereza DEL DR. AYER.

Las enfermedades mas penosas y fatales de la garganta y los pulmones principian generalmente por peligrosos desórdenes que se curan fácilmente si se les aplica en tiempo el remedio propio. La dilacion suele ser fatal. Los Resfriados y la Tos si no se cuidan, pueden degenerar en Laringitis, Asma, Bronquitis, Pulmonia, ó Tisis. Para estas enfermedades y todas las afecciones pulmonares, el mejor remedio es el

Pectoral de Cereza del Dr. Ayer.

Las familias donde hay niños deben tenerlo siempre en casa para administrarlo inmediatamente que se necesite. El retraso de un día en combatir la enfermedad puede en muchos casos retardar la cura y hasta hacerla imposible. No debe por lo tanto perderse un tiempo precioso experimentando otras medicinas de eficacia dudosa, sino aplicar de una vez el remedio mas seguro y mas activo en sus efectos. El remedio mas probado y mas universalmente conocido es el PECTORAL DE CEREZA DEL DR. AYER.

PREPARADO POR EL

DR. J. C. AYER y CIA., Lowell, Mass., E. U. A.

De venta en las principales farmacias y droguerías.

Agentes Generales para España,

VILANOVA HERMANOS y CA., Barcelona.



EL EXTRACTO COMPUESTO DE

Zarzaparrilla DEL DR. AYER,

Es un alterativo de eficacia tal que expelle del sistema toda clase de Escrófulas Hereditarias, previene el contagio y neutraliza los efectos del mercurio. Al mismo tiempo vitaliza y enriquece la sangre, produciendo una accion saludable en el organismo y renovando todo el sistema.

Esta gran

Medicina Regeneradora,

está compuesta con la verdadera Zarzaparrilla de Honduras, los Ioduros de Potasio y de Hierro, y otros ingredientes de gran potencia y virtud curativas, cuidadosa y científicamente preparados. La fórmula es generalmente conocida de la profesion facultativa, y los mejores médicos recetan la ZARZAPARRILLA DEL DR. AYER como un

Remedio Seguro

para las enfermedades ocasionadas por las impurezas de la sangre.

Está concentrado hasta el grado mas alto practicable, mucho mas que ninguna otra preparacion de su clase, que pretende proporcionar iguales efectos, y es, por lo tanto, la medicina mas barata y la mejor para purificar la sangre.

PREPARADA POR EL

DR. J. C. AYER y CIA., Lowell, Mass., E. U. A.

De venta en las principales farmacias y droguerías.

Agentes Generales para España,

VILANOVA HERMANOS y CA., Barcelona.

CONTRA CALENTURAS SIN RIVAL

En todo el orbe se conocen las **píldoras febrífugo-infalibles** de P. Fernández Izquierdo, Madrid, calle del Sacramento, núm. 2, Botica, y al por mayor, plaza de la Villa, núm. 4, laboratorio; que curan positivamente cuartanas, tercianas, cuotidianas, intermitentes rebeldes. Caja 24 reales, va por 26, y benignas 12 rs., va por 14, y se venden en las mejores Boticas y Droguerías de España. Exito constante.

JARABE DE HIPOFOSFITOS DE CLIMENT

(HIERRO, CALCIO, SODIO, ESTRIGNINA, CUASINA.)

Este jarabe, así por las sustancias que entran en su composición, como por lo esmerado de su elaboración, es un producto muy superior á los similares que se preparan en el extranjero, estando tan bien calculadas las dosis del principio activo estrignina, que no puede ocurrir ningún accidente tóxico si se siguen las instrucciones del prospecto que acompaña á cada frasco.

Sus aplicaciones terapéuticas son numerosas, entre otras muchas las siguientes:

TUBERCULOSIS.
ESCRÓFULA.
RAQUITISMO.
ESCORBUTO.
CLORO-ANEMIA.
DEPPEPSIA.
ALBUMINURIA.

MISERIA FISIOLÓGICA.
OSTEOMALACIA.
DISMENORRA.
ALCOHOLISMO.
INAPETENCIA.
DEBILIDAD NERVIOSA.
PARÁLISIS DIVERSAS.

Pero está especialmente indicado en los períodos poco avanzados de la tisis y de todas las manifestaciones del escrofulismo.

DOSIS.— *Como estimulante* (dosis máxima): De seis á ocho cucharadas de las de café, al día.

Dosis tónica: Tres cucharaditas al día.

Para niños: De dos á cuatro años, una cucharadita al día repartida en cuatro veces.

De cuatro á ocho años: Dos *íd. íd.*

Puede darse emulsionado en tres cucharaditas de glicerina pura ó de aceite de hígado de bacalao, ó en una copita de vino rancio.

Frasco grande, 4 pesetas.

Idem pequeño, 2,25.

Depósito en Toledo, Farmacia de los Santos, Plata, 23.

ACREDITADOS ESPECIFICOS

DEL DR. MORALES

22 AÑOS DE ÉXITOS

PASTILLAS Y PÍLDORAS AZOADAS para la tos y toda enfermedad del pecho, tisis, catarros, bronquitis, asma, etc., á media y una peseta la caja. Van por correo.

CAFÉ NERVINO MEDICINAL. Maravilloso para los dolores de cabeza, jaquecas, vahídos, epilepsia, parálisis, debilidad, males del estómago, del vientre y los de la infancia, á 3 y 5 pesetas caja. Van por correo.

PÍLDORAS LOURDES. El mejor purgante anti-bilioso y depurativo, de acción fácil, segura y sin irritar, aunque se usen por mucho tiempo. Se toman para conservar la salud; á una peseta caja. Van por correo.

Impotencia, debilidad, espermatorrea y esterilidad, cura segura y exenta de todo peligro con las célebres PÍLDORAS TÓNICO-GENITALES del Dr. Morales, á 7,50 pesetas caja. Van por correo.

Panacea anti-sifilítica, anti-venérea y anti-herpética, á 7,50 pesetas botella.—Inyección Morales, infalible, á 5 pesetas frasco.

Principales boticas y droguerías. En Toledo, Farmacia de D. José María de los Santos.—Depósito: Carretas, 39. Madrid, Dr. Morales, especialista en sífilis, venéreo, esterilidad é impotencia.

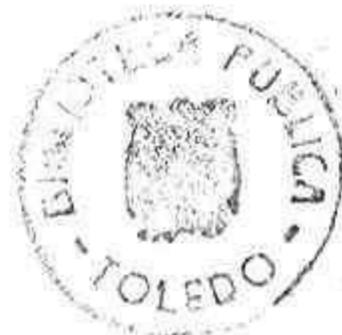
EL BISTURI

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA



Operaciones del aparato de la visión

(Conclusión)



Para terminar lo relativo á las operaciones especiales de que en los números anteriores venimos ocupándonos, sólo nos resta ya tratar de las cataratas secundarias y pupilas artificiales, que son las que nos quedan relativas al interior del ojo y de las enucleaciones del globo ocular que constituyen el grupo de las que interesan todo el ojo.

CATARATAS SECUNDARIAS

Estas cataratas, llamadas también falsas, son opacidades que obstruyen el campo pupilar como consecuencia bastante frecuente de la operación de catarata. Si aparece sólo un corto número de operados con esta terminación en el cuadro general, publicado en el número anterior, no es porque deje de ser frecuente, pues que en las estadísticas no baja de un 10 por 100, sino porque las opacidades sobrevienen muchas veces cuando ya los enfermos han salido del Hospital ó pasan desapercibidas á simple vista en el momento de tomar el alta. Su formación se explica por la retención de masas corticales que no reabsorbiéndose completamente dan lugar á fenómenos de irritación en la cápsula y en el iris con proliferación celular y depósito de productos mórbidos que constituyen una membrana de más ó menos espesor que impide el paso de los rayos luminosos.

El problema terapéutico consiste en abrir una abertura en esa membrana de nueva formación mediante la discisión simple ó combinada, operación que, si no más grave y difícil que las de catarata, por lo menos es más delicada y exige mayor cuidado y habilidad por parte del operador. Por esta razón nunca nos hemos atrevido á emprenderlas y en los cuatro ó cinco casos que hemos operado hemos preferido en lugar de la discisión simple ó combinada de la membrana desprender un colgajo de iris como si se tratase de una pupila artificial.

No consignamos los casos en el cuadro que seguirá á continuación por no conservar los datos, pero sí diremos que nunca nos ha sido el éxito satisfactorio en estas operaciones secundarias.

Operaciones del aparato de la visión

(Continuación)

4.º Pupilas artificiales

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICO.
1 Petronila Peña.....	Torrijos.....	»	»	Opacidad central cornea derecha...
2 Gervasio Herrero.....	San Pablo.....	38	C.	Id. id. extensa ojo derecho.....
3 Antonio Espinar.....	La Sagra (Gran.ª).....	55	S.	Atrexia pupilar.....
4 Eugenio Delgado.....	Marrupe.....	22	S.	Opacidad en ambas corneas.....
5 Alfonsa Jorge.....	Mohedas Jara.....	48	C.	Id. id.
6 Venancio Martín.....	Ajofrín.....	8	»	Id. central cornea derecha.....
7 Pedro Castro.....	Calera.....	12	»	Id. id. blanco nacarado.....
8 Jenara Prudencio.....	Puebla Montalbán.....	18	S.	Id. id. ambas corneas.....
9 Paula Montón.....	Mocejón.....	20	S.	Leucoma central ojo derecho.....
10 Ramona Fernández.....	S.ª Cruz Retamar.....	54	V.	Id. id.

5.º—De todo el globo ocular y órbita

1 María López Hermosa..	Torrijos.....	47	C.	Tumor fibro-plástico parte interna órbita izquierda.....
2 Ramona Rodríguez.....	Sonseca.....	60	C.	Melanoma del globo ocular.....
3 Leonarda Ontanilla.....	Horcajo Montes.....	59	C.	Id. id.
4 Pedro de la Peña.....	Mora.....	32	C.	Melanosis simple.....
5 Leonarda Ontanilla.....	Horcajo Montes.....	59	C.	Tumor reproducido llenando la cavidad orbitaria.....
6 Francisca Román.....	Consuegra.....	60	V.	Carcinoma región orbitaria izq.ª...
7 Nicasio López.....	Mora.....	38	C.	Melanosis simple del globo ocular.
8 Maximina López.....	Cerralbos.....	61	C.	Epitelioma globo ocular izquierdo.
9 Micaela Pérez.....	San Pablo.....	55	C.	Carcinoma del globo ocular que llenaba la cavidad orbitaria izquierda
10 Dominga Sáez.....	Pelahustán.....	71	C.	Melanosis del globo ocular y órbita.
11 Modesta Vegue.....	Toledo.....	9	»	Estafiloma voluminoso con melanosis.....
12 Esteban Ruano.....	Mocejón.....	34	V.	Id. id. ojo izquierdo.....
13 Celedonio Cid Rodríguez	Ventas P.ª-Aguil.ª	6	»	Id. id. derecho.....
14 Juana Navas.....	Guadamur.....	78	V.	Id. id. izquierdo.....
15 Mariano Pavón.....	Id.....	57	C.	Id. id. id.
16 Rufino Hernández.....	Bargas.....	5	»	Estafiloma muy voluminoso.....
17 Luisa Sánchez Heredero	Fuensalida.....	3	»	Id. id.
18 Juliana Nieto y Sierra..	Almendral.....	52	V.	Id. id. derecho.....

aparato de la visión

(Continuación)

4.º Pupilas artificiales

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Excisión lateral.....	»	Mayo 74	Junio 74	Visión escasa.
Id. id.	»	Enero 74	16En.º74	Id. en el mismo estado.
Id. id.	»	6 Set. 74	31Oct.74	Flemón ocular.
Excisión lateral en el izquierdo.....	»	22Abl.78	18Jun.78	Id. id.
Id. en ambos ojos.....	»	2Mayo79	21Jul.79	Visión escasa.
Excisión lado externo inferior.....	23May81	24May81	29May81	Id. buena.
Excisión superior y tatuaje.....	30Ag.º85	20Set.85	10Oct.85	Id. escasa.
Id. id. id. en el izquierdo.....	12May85	22Jun.85	27Jun.85	Sin resultado.
Excisión superior.....	»	Mayo 76	»	Visión buena.
Id. id.	12Set.84	12Set.84	27Set.84	Alivio.

5.º—De todo el globo ocular y órbita

Enucleación del tumor y globo ocular	»	14May75	28Jun.75	Curación.
Enucleación. Proced.º de Bonnet...	»	22Jun.75	11Jul.75	Id.
Id. id.	»	23Feb.78	10Mar.78	Id.
Id. id.	»	12Abl.78	27Abl.78	Id.
Enucleación.....	29May78	31May78	7Julio78	Id.
Extirpación del tumor y globo ocular	20Feb.81	11Mar.81	1.ºJun.81	Id.
Enucleación. Proced.º de Bonnet...	20En.º82	21En.º82	19Feb.82	Id.
Id. id.	20May82	21May82	26Jun.82	Id.
Extirpación.....	1.ºAbl.83	12Abl.83	15May83	Id.
Enucleación. Proced.º de Bonnet...	9Abril86	13Abl.86	25May86	Id.
Id. id.	3Julio86	7Julio.86	14Jul.86	Id.
Id. id.	»	7Feb.76	22May76	Id.
Id. id.	22May81	23May81	28Jun.81	Id.
Id. id.	24May81	28May81	4Julio81	Id.
Id. id.	12Jun.82	12Jun.82	15Jul.82	Id.
Id. id.	26Oct.83	27Oct.83	5Dicb.83	Id.
Id. id.	3Mar.85	4Mar.85	12Abl.85	Id.
Id. id.	13May85	30May85	27Jun.85	Id.

Pupila artificial

Sabido es que esta operación se practica en el iris, ya con un fin puramente físico para abrir paso á los rayos luminosos, ya con un fin terapéutico en ciertas enfermedades de las membranas internas.

Como puede verse en el cuadro, casi todas las que aparecen en él pertenecen á la primera clase, pues de la segunda sólo figura una que con otro corto número de que no conservamos apuntes son todas las que hemos tenido ocasión de practicar.

La indicación de operar en aquéllas la constituyen las opacidades más ó menos centrales y extensas de la cornea y las atrexiás pupilares que impiden el paso de los rayos luminosos. Generalmente cuando los enfermos llegan al operador ha transcurrido mucho tiempo desde que padecieron las keratitis ó iritis que determinaron las alteraciones de textura en la cornea y el iris de que se trata, y así no puede formarse juicio de la extensión alcanzada por el proceso inflamatorio agudo más que por los resultados de la exploración. En la cornea es muy falaz el juicio de la extensión de la opacidad, porque al lado de cicatrices densas suele haber otras difusas que no impiden ver el color del iris, pero que son muy impropias para dar paso á los rayos luminosos de manera que pueda obtenerse después de la operación un grado de visión suficiente á causa de la dispersión que sufren los rayos luminosos al pasar á través de una cornea semitransparente.

Por este motivo cuando se aprecia que hay suficiente campo para una pupila artificial, estimando como *mínimum* un cuarto de la circunferencia de la cornea, hay que desconfiar de esta apreciación y no decidirse á emprenderla como no se considere sana siquiera la mitad de la cornea. Por separarnos de esta regla de conducta, en muchos de nuestros operados no hemos obtenido el resultado que buscábamos, si bien nada perdieron sino la esperanza de ver á costa de algunas molestias; bien pensado, para esto hubiera sido tal vez preferible no operarlos. Otra circunstancia que debe tenerse presente antes de practicar esta operación son las dificultades que habrán de encontrarse por las adherencias del iris á la cornea y á la cápsula del cristalino, pues son raras las queratitis algo extensas que no se propa-

gan al interior del ojo. Para desprender dichas adherencias se necesita un cuidado y habilidad extraordinarios, sobre todo cuando recaen en la cápsula; á poco que se lesione ésta sobrevendrá una catarata trahumática que hará completamente inútil la pupila artificial. También hay que tener en cuenta que detrás de la opacidad puede existir una catarata formada, lo cual nos ha ocurrido dos veces en nuestra clientela particular: en estos casos, hecha la pupila artificial y reconocida la catarata, pueden seguirse dos caminos, ó agrandar la incisión y hacer desde luego la extracción de la catarata, ó mejor que esto aplazar la extracción para cuando la herida de la operación esté cicatrizada. Esta al menos ha sido nuestra línea de conducta en los dos casos citados, de los cuales sólo obtuvimos buen resultado en el de extracción inmediata por tratarse de una catarata senil regresiva con atrofia del núcleo, que extragimos íntegro con su cápsula cogiéndolo con las pinzas de pupila artificial.

El método seguido para la operación en los casos de opacidades de la cornea, ha sido la iridectomia, que es el aceptado actualmente por los prácticos. Sin embargo, no en todos ha podido efectuarse sin desgarrar más ó menos el iris por encontrarse alterado en consecuencia del trabajo flegmático sufrido anteriormente y por consiguiente no es en rigor una iridectomia la llevada á cabo sino una iridorexis, ó sea una excisión con desgarramiento parcial del iris. Otro tanto sucedió en el caso que figura en el cuadro de atrexia pupilar, caso seguido de inflamación y supuración del ojo en consecuencia de las dificultades con que tropezamos para hacer la excisión de un pequeño colgajo de iris.

Por este motivo nuestro malogrado Delgado y Jugo, decía que debía reservarse el nombre de pupila artificial para los casos de alteraciones de la cornea ó del iris que impiden el paso de los rayos luminosos y dejar el de iridectomia para todos los demás en que se practica esta operación, como auxiliar en la extracción de la catarata ó con un fin terapéutico.

Si echamos una ojeada por el cuadro estadístico, encontramos que sólo en dos casos el resultado fué satisfactorio: el sitio de la operación fué parte superior y externa de la cornea en uno y en el otro la parte superior, debido á que no había campo suficiente en la parte superior é interna, que es el sitio de elección por ser ésta la dirección ordinaria de los ejes ópticos. En las opacidades de la cornea, muy

pocas veces se puede elegir el sitio mejor, y hay que resignarse á practicarla en donde, sea posible, aunque sea en lado externo, que es el más desfavorable. En otros dos casos se practicó el tatuaje con el objeto de teñir de negro la mancha de color blanco nacarado brillante que presentaba la cornea, y si las ventajas de ambas operaciones para la visión fueron escasas, no puede atribuirse á otra cosa más que á la gran extensión de las opacidades y á la insuficiencia del campo operatorio á pesar de haber seguido el precepto de hacer la sección en el límite de la esclerótica con la cornea.

Sólo nos resta ya decir dos palabras acerca de la iridectomia como recurso terapéutico en las afecciones de las membranas internas con aumento de la presión intraocular y particularmente en el estado patológico que se ha designado con el nombre de glaucoma. En cuanto á la ejecución es esta operación de las más sencillas, lo contrario de lo que sucede en la pupila artificial óptica, y bajo este punto de vista puede decirse que si ésta debe ser del dominio del verdadero especialista, aquélla puede practicarla cualquier Médico, siempre que llene las condiciones indispensables para que surta los buenos efectos que de ella se obtienen en el glaucoma, á saber: que la excisión del iris comprenda el círculo mayor de este velo membranoso y que no quede ninguna porción enclavada entre los labios de la herida de la cornea. La indicación puede también formarse con facilidad atendiendo á la dureza característica del ojo que indica el aumento de la presión.

Siendo muy corto el número de nuestros operados no podemos decir por experiencia personal otra cosa más sino que hemos creído encontrar alivio después de la operación.

Recientemente ha propuesto el Sr. Becker, en lugar de la iridectomia para evitar la mutilación que siempre ocasiona en el iris y los enclavamientos que suelen quedar después de ella, aun tomando todo género de precauciones, la esclerotomia, que en sus manos ha dado excelentes resultados en ciertos casos de glaucoma. A la experiencia toca decidir cuál de estas operaciones es la preferible.

5.º--OPERACIONES QUE INTERESAN TODO EL GLOBO OCULAR

Este grupo comprende una sola operación, la enucleación del globo ocular, indicada en los tumores orbitarios y otras afecciones que interesan solamente al ojo.

En la extirpación de los tumores orbitarios hay que hacer al propio tiempo la del ojo por las íntimas conexiones que entre sí suelen tener, y tan sólo en el caso de desarrollarse superficialmente podrían ser atacados tumores de pequeño volumen sin comprometer la integridad anatómica y fisiológica del órgano de la visión. Para esta operación se principia incindiendo la comisura externa de los párpados á fin de agrandar el campo de acción y de que puedan obrar con libertad los instrumentos. Nos servimos generalmente para efectuarla de una pinza denticulada y la tijera curva, procurando ajustarnos á los preceptos que se dan en todos los libros de Cirugía para la enucleación.

Cuatro tumores de esta clase aparecen en el cuadro: el 1.º (núm. 1) designado con el nombre de tumor fibroplástico, era un sarcoma duro, situado en la parte interna de la órbita, del volumen como de una nuez y que había empujado hacia fuera el ojo deformándolo considerablemente. Por estos caracteres y por su dureza al tacto hecho á través de los párpados no nos quedó duda de que era necesario su extirpación juntamente con la del ojo, y realizado, se curó la enferma en breve espacio de tiempo y no se ha reproducido puesto que en el año anterior ha vuelto á ingresar con una úlcera en una pierna, de la que también se curó: otros dos afectaban la forma del epiteloma ulcerado, ocupando el uno la parte superior de la órbita y el otro la parte anterior del globo ocular y siendo su naturaleza maligna evidente: el 4.º por fin era un tumor que llenaba completamente la órbita, procedente de un melanoma extirpado en Febrero del 78, tomando el alta curado el 10 de Marzo y reproducido en 28 de Mayo, á los tres meses próximamente.

Respecto á las enfermedades que interesan sólo el globo del ojo podemos formar dos grupos, con los que han ofrecido nuestros operados: los estafilomas muy voluminosos y la melanosis. En la primera de éstas, cuando se trata de estafilomas totales, todo el contenido del ojo forma prociencia á través de la cornea y es á veces tan considerable que no permite cerrar los párpados, originando una serie de sufrimientos que no tardarían en propagarse simpáticamente al ojo sano. La indicación de la enucleación en estos casos está muy justificada: suponiendo que con la operación del estafiloma pudiera conservarse parte del ojo, no sería sino á expensas de una supuración más peligrosa y duradera que la de la enucleación y las ventajas que de aquella conserva-

ción podían obtenerse para la colocación de un ojo artificial serían escasas ó nulas.

No menos clara es la indicación de la enucleación en la melanosis. Se reconoce ésta por manchas de color negro en la esclerótica que proceden del pigmentum de la lámina fúsea de la coroides, acompañadas de alteraciones en la visión más ó menos graduadas ó de un ataque glaucomatoso. Dichas manchas negras pueden ser la consecuencia de una coroiditis, en cuyo caso no tienen consecuencias ulteriores ni más importancia para el diagnóstico y pronóstico que la de la tisis del ojo; ó pueden ser síntoma de una de las formas más graves del cáncer del ojo, el cáncer melánico ó el melano-sacorma. En la duda que puede presentarse al principio de la evolución del mal debe enuclearse el ojo aunque se trate de una melanosis simple, porque en último término un ojo amenazado de tisis para nada sirve al enfermo y si se aguarda á que el tiempo ponga en claro que se trata de un melano-sacorma nos exponemos á una reproducción á breve plazo como la que dejamos citada anteriormente. La edad del enfermo es un dato muy importante para decidirnos á la operación, pues es sabido que el cáncer se desarrolla más frecuentemente entre los 40 y los 60 años. La melanosis simple suele acompañar al estafiloma como sucedió en la enferma núm. 11 del cuadro.

En todos los casos que acabamos de citar hemos practicado la enucleación por el procedimiento de Bonnet, que considerábamos el mejor hasta hace poco tiempo que vimos practicar con una limpieza extremada al distinguido especialista Sr. García Calderón el descrito por el Sr. Becker en su *Terapéutica ocular* y que hasta entonces no conocíamos. «Consiste en coger con las pinzas (después de colocar un simple separador de resorte) la conjuntiva cerca de la cornea y en hacer deslizar una rama de las tijeras curvas debajo de la conjuntiva de modo que contornee la cornea y se obtenga así una circuncisión muy exacta. Se cortan después como para la operación ordinaria de estrabismo los cuatro músculos rectos. Luégo me veis deslizar á lo largo del lado externo del globo ocular una cucharita de Wetz que acabalgo sobre el nervio óptico y que permite levantar y luxar muy fácilmente el globo ocular. Además esta cuchara sirve de conductor á las tijeras, con las cuales se corta con mucha facilidad el nervio óptico. La sección de este último va muy luégo seguida del desprendimiento rápido de los músculos oblicuos y del

poco tejido celular que aún retiene al ojo.... termino de ordinario la operación colocando sucesivamente en una aguja enebrada en seda encerada y cogida con un porta-agujas los diversos pliegues de la conjuntiva formados en las inmediaciones de la abertura hecha en el saco conjuntival. Reuno en cierto modo la conjuntiva pericorneal por pliegues sucesivos á la aguja y una vez apretados estos pliegues á manera de una bolsa, tuerzo sencillamente los dos extremos del hilo bien encerado y los corto sin atarlos, lo cual me permite quitar la sutura á los dos ó tres días con la mayor facilidad, tirando sencillamente de uno de los extremos del hilo. (1)»

Este procedimiento tiene sobre el de Bonnet la ventaja de reunir la herida por una costura de las llamadas entre nosotros de jareta, hecha en la conjuntiva, que así recubre las secciones de los músculos y permite la cicatrización por primera intención, si como vimos al Sr. García Calderón, se emplea una antisepsia rigurosa. Esta ventaja es inapreciable, porque aunque generalmente la herida en el procedimiento de Bonnet cicatriza pronto y bien, en todos nuestros operados ha cicatrizado por segunda intención, ó sea después de una supuración más ó menos prolongada y expuestos por consiguiente á los accidentes de la puhoemia y septicemia tan frecuentes por desgracia en nuestros Hospitales, á pesar de todas las precauciones antisépticas.

SECCIÓN DE ACTUALIDAD

El 17 de Febrero publicó el *Siglo Médico* la siguiente nota leída en la Real Academia de Medicina de Madrid por el Dr. D. Federico Rubio, Académico de número de la misma, y tenemos la mayor complacencia en reproducirla en nuestra modesta revista, así por el interés que encierra, como por dar un testimonio público de nuestro respeto y consideración á tan ilustre Cirujano, honra de la patria.

Resección de ocho centímetros del Íleon

CURACIÓN

Tengo el honor de presentar á la Academia esta operada, cuya hoja clínica voy á leer:

(1) Terapéutica ocular de L. Becker, traducción del Sr. Serret, 1881, pág. 582 y 583).

INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA.—*Sala de Santa Agueda, cama núm. 14.*—Dolores García, treinta y dos años de edad. Bien constituida. Estatura regular. Casada. Temperamento mixto. Natural de Lugo. Vecina de Madrid, Salesas, 3. De oficio portera.

Fecha originaria de su mal, 4 de Enero del 88.

Id. de su admisión en el Instituto, 1.º de Febrero del 88.

Id. de su salida, 26 de Enero del 89.

Duración de la dolencia fuera del hospital, veintiseis días.

Id. en el Hospital, once meses y veintiseis días.

Id. en el Hospital después de la primera operación, dos meses y ocho días.

Id. id. después de la segunda operación, tres meses y diez días.

Causas.—Indigestión de legumbres cocidas.

Modo de empezar el mal.—Dolores cólicos, coincidió con la aparición repentina de un tumor en la ingle derecha. Vómitos y suspensión de la defecación hasta pasado el cuarto día, á virtud de purgantes.

Tratamiento empleado antes de su ingreso.—Quietud, emolientes, calmantes, enemas y purgas.

Curso del mal en los primeros días.—El tumor inguinal se puso flemoso, se abrió espontáneamente, dando salida á pus y materia excrementicia. Se reblandeció y abrió por dos orificios; uno hacia la parte correspondiente al anillo inguinal externo, y otro hacia la parte inferior del gran labio derecho de la vulva.

Sucesivamente fué disminuyendo el pus y aumentando las materias fecales.

Estado de la paciente á su entrada en el Hospital.—Demacración y decoloración. Inapetencia. Abatimiento físico y moral. Estado repugnante de suciedad, por las continuas pérdidas de excremento. Deposiciones anales tardías y muy escasas. Casi todo se evacua por las aberturas fistulosas, en forma líquida unas veces, otras pastosa. Eritema en el vientre, ingles y parte anterior, interna y superior del muslo.

Estado de la interesada hoy, fecha de su salida del Hospital.—Perfectamente curada del afecto intestinal. Alguna atrofia y retracción del muslo izquierdo, dependientes de la quietud, compresión y vendajes á que ha estado sujeta por tanto tiempo, pero que van disminuyendo, corrigiéndose con rapidez.

Tratamiento en el Hospital.—Febrero.—Del 1.º, día de su entrada, al 5.—Aseo prolijo. Quietud. Enemas. Leche y huevos.

Del 5 al 15.—Idem y oclusión con el colodión gelatinizado. Mejoría.

Del 15 al 20.—Idem y compresión por medio de vendajes. Sigue la mejoría. Defeca casi regularmente, escapando poco excremento por las fístulas.

Del 20 al 29.—Idem. íd. No hay necesidad de mudar el apósito sino cada cuatro ó cinco días.

Marzo.—Del 1.º al 20.—Sigue en estado satisfactorio.

Del 20 al 31.—No escapa nada por las fístulas.

Abril.—Del 1.º al 3.—Las fístulas parecen cerradas.

Día 5.—Flemón inguinal acompañado de fiebre.

Día 8.—Abrese espontáneamente. Pus y abundantes materias fecales. Eritema en la región.

Día 15.—Mejora el eritema. Aceite de ricino.

Del 15 al 20.—Más excrementos en el apósito. Se vuelve á la oclusión con el colodión.

Del 20 al 30.—Mejora el estado de la enferma.

Mayo.—Del 1.º al 31.—Sigue la mejoría. Se cierra la fístula inferior. Sólo escapa de tarde en tarde algún líquido excrementicio por la abertura superior.

Junio.—Continúa aliviada. Pasan ocho y más días sin salida excrementicia.

Julio.—Se reabre la fístula inferior. Cauterización de las aberturas con el termo. Más salida de excrementos.

Agosto.—Continúa el mismo curso de alivios y recaídas.

Setiembre.—Idem. íd.

Octubre.—Idem. íd.

Noviembre.—Día 23.—Dilato las fístulas. Encucuétrase el ano preternatural abierto en el fascia cribiforme.

Del 23 á 2 de Diciembre.—No se levanta el apósito por hallarse limpio y no haber fiebre.

Día. 3.—Nótase en el apósito una pequeña mancha; se levanta, y sale algún pus teñido de excremento.

Del 4 al 15.—La enferma se encuentra como antes de la operación.

Día 16.—Laparotomía. Desplazamiento de la tercera asa intestinal del ileon, á contar desde su entrada en el ciego. Despegamiento del

mismo ileon de la cara posterior de la región crural. Encuéntrase ulcerado y roto, con una pérdida longitudinal de tres centímetros y medio y dos y medio de latitud. Rodea á la pérdida de sustancia un área enferma como de medio centímetro en toda la circunferencia. Resección de ocho centímetros del asa intestinal y una porción en forma de V de la parte del mesenterio correspondiente. Sutura de las partes. Defeca natural el día 18. Dieta absoluta del 16 al 20. Huevos leche y sémola desde el 20 al 30. Alimentación ordinaria en adelante

El día de la operación, vómitos al parecer clorofórmicos. Dolor en el epigastrio que la enferma refiere al estómago. Siguen el 17 y calman el 18.

El 20 vuelve á defecar por el ano y continúa con régimen normal en adelante.

Día 31.—Se levanta el apósito. Cicatrización completa y sin supuración.

La operación ejecutada en esta enferma corresponde á la Cirugía novísima, aunque sus precedentes datan de muy antiguo.

En las obras clásicas por donde estudiamos los que somos viejos hoy, se trataba de las suturas longitudinales y transversales del intestino, dándose cuenta de varias clases de ellas más ó menos originales y complicadas; sin deber dejar de hacer mención de la de nuestro compatriota Argumosa, no tanto por ella misma, como por la particular circunstancia de recomendar con preferencia la tranza ó tospi del gusano de seda para verificar dicha sutura. Lo cual bien merece que se le reconozca el honor de la prioridad, por haber entrevisto y conocido las ventajas de las ligaduras orgánicas animales, hoy tan justamente en boga. Pero las suturas en las heridas de los intestinos no tenían otro alcance ni propósito que las ejecutadas sobre cualquiera otra parte del organismo: unir lo dividido preternaturalmente; y para eso, sólo se verificaba cuando los intestinos, saliendo al exterior del vientre por una herida de mano airada, se presentaban lesionados.

Desde que la laparotomía vino á generalizarse para tratar diversos afectos de la cavidad abdominal, surgió la idea de buscar los intestinos probablemente heridos, aunque no asomasen por ser estrecha y punzante la solución abdominal. Asimismo, la antisepsia animaba á empresas quirúrgicas que antes hubiesen resultado completamente infaustas. Entre ellas, no ya sólo abrir el abdomen y reconocer y sutu-

rar una herida de intestino, sino buscarlo para extirpar y volver á unir un trozo mayor ó menor del mismo.

Como caso práctico que es éste, y no trabajo de erudición, no me he ocupado en registrar los casos auténticos seguidos de éxito que se cuentan hasta el día. Pero seguramente que no han de ser muchos, por la resonancia y eco que en periódicos y Academias extranjeras han tenido los que no hace muchos meses llegaron á mi conocimiento.

En España, donde por desgracia son tan frecuentes las luchas de arma corta, no existe hospital ni Cirujano de ellos que no haya tenido que socorrer heridos de vientre con contracción y herida de intestinos, y conozco bastantes casos de suturas de ellos.

Pero de laparatomía, cuando el intestino lesionado queda en el interior, y extirpación de un trayecto, no tengo más conocimiento que de dos casos, pertenecientes á mi buen amigo D. Antonio Salado. Del primero fui testigo presencial, y se determinó la operación por mi consejo. Tratábase de un mancebo de taberna que recibió en el vientre una herida de cuchillo. Entró en el hospital con contracción de un asa herida, á la que el Cirujano de guardia hizola sutura transversal; pero como á las veinticuatro horas presentase suma gravedad por peritonitis séptica, al ser consultado opiné por abrir el vientre y reconocer la sutura, que, en mi juicio, debía dejar escape á las materias fecales.

El Dr. Salado, siguiendo mi consejo, encontró, en efecto, que la sutura no resultó eficaz, pero además reconoció otra herida transversa poco más encima, y otra en el asa superior inmediata, que no se habían podido descubrir en la primera cura. En tal situación, se hizo exacta y prolijamente la sutura transversal en la última, y como la antes suturada estuviese violácea, contundida y próxima á la segunda inferior, que también era transversal y completa, se extirpó el trozo de intestino intermedio y la parte mesentérica correspondiente. El enfermo sucumbió aquella misma noche, encontrándose en la autopsia que, á más de las tres heridas expuestas, existía una cuarta, también transversal, en otra asa más distante y que no pudo verse ni en la primera cura ni en la operación posterior.

El segundo caso de resección intestinal no pude presenciario, pero el Dr. Salado tuvo la bondad de darme de él conocimiento verbal. Fué un herido de vientre por arma de fuego. Presentaba timpanitis á poco vómitos y diarrea sanguínea, con lo que pudo diagnosticar la herida



de intestinos. Verificada la laparatomía, limpió la cavidad del peritoneo de las heces fecales derramadas y resecó un trozo de intestino delgado perforado por el proyectil.

El paciente falleció á poco, y la autopsia declaró que había muerto de hemorragia por herida de un vaso, ocasionada por el mismo proyectil.

Por la hoja de observación que he leído se viene en conocimiento de que he observado una conducta contemporalizadora durante muchos meses. Un año ha estado la enferma bajo mi dirección, sujeta á diversos tratamientos, desde los más sencillos hasta la disección de las partes exteriores, el refrescamiento de la abertura anal y la sutura de ella y el anillo de la fascia cribiforme. Como á veces pasaban bastantes días sin que la paciente perdiese excrementos, esto animaba á esperar. Mas al fin, plenamente convencido por el curso de la dolencia que no podía tener correctivo más que por una operación, decidí la primera, aunque descubiertas las partes ya comprendí que aquel acto quirúrgico exterior no podría dar los resultados apetecidos.

La curva térmica demuestra que, no obstante haber sido prolijo el acto operatorio por el cuidado que exigía el zurcido de la abertura intestinal y la fascia cribiforme, dada la vecindad de los vasos femorales, no ocurrió fiebre ni accidente hasta que, á los ocho días, reabsorbido el catgut, todo volvió á quedar según se estaba.

Dada la ineficacia de la primera operación, no quedaba que adoptar más que dos partidos: ó abandonar la enferma á su suerte y que la consumiera en la miseria de su estado, ó tentar una operación más radical. Abrir el vientre, buscar el asa intestinal rota, desprenderla de sus adherencias y suturar la solución de continuidad á ser posible; y en otro caso, reseca la porción afecta y hacer la sutura de los extremos.

Decidida la paciente á todo evento, fué preparada con un baño general desinfectante y con purgas y enemas para desalojar los intestinos cuanto fuera dable de los materiales excrementicios, y el 16 de Enero, una vez anestesiada, se procedió á hacer la operación.

Elegí como punto de incisión abdominal la oblicua lateral á la derecha, que se recomienda para la ligadura de la iliaca externa, y no hube de arrepentirme, porque cayó directamente sobre el ciego, mostrando de un modo claro su apéndice vermicular. Cosa importante para la orientación en un género de operaciones en que la aber-

tura abdominal debe ser pequeña, lo indispensable para introducir los dedos y con el tacto reconocer, porque de otra suerte y por incisión mayor, se escapan los intestinos, se dilatan y ya no se les puede hacer penetrar de nuevo, á causa de que el contenido se hace mayor que la capacidad continente, cosa que no sucede en los casos de tumores ó hidropesías por hacerse la cavidad amplia y dilatada desde mucho tiempo.

En efecto; por la incisión fué fácil, desde el ciego, enganchar la primer asa del íleon en la embocadura, y por pequeñas tracciones, correr á la segunda, encontrando entre ella y la tercera, á contar del ciego, que no cedía, y tiraba de la región crural, donde se hallaba presa. Entonces, protegiendo las partes con el índice y medio de la mano izquierda, ya con el bisturí, ya más con las tijeras, y teniendo el mayor cuidado con los vasos vecinos, pude desprender las partes, mostrándose al exterior el asa intestinal con una perforación como de tres y medio centímetros de longitud y dos y medio de latitud. La circunferencia de la abertura estaba fungiforme y ofrecía un área del mal aspecto en toda la circunferencia, por lo que, estudiando si por refrescamiento pudiéramos proporcionarnos un ojal que cerrase por sutura, resultaba que el calibre del intestino venía á quedar tan estrecho que apenas permitía el alojamiento del meñique, cosa imposible para un régimen normal en el curso posterior de las materias fecales. En este caso, tuvimos que optar y optamos por reseca transversalmente un trozo de intestino, que resultara como de ocho centímetros, para que recayese la división en puntos sanos y prudentemente distantes de las alteraciones circulatorias.

Verificado esto, hicimos una extirpación en forma de V en la parte del mesenterio correspondiente, á fin de que la sutura resultara más exacta. Hicimos la sutura del mesenterio doble, por una y otra cara de sus dos hojas, después de haber ligado por uno y otro extremo dos arcos arteriales que resultaron divididos. La sutura del mesenterio, como la del intestino, fué la de Lambert, pero no á puntos sueltos, sino con hilo continuo de catgut y suficientemente largo, á fin de alejar el temor de que algún punto aislado pudiera separarse antes de tiempo. Las partes quedaron íntimamente unidas y á satisfacción de que entre punto y punto no era posible escape de excrementos. Así sucedió felizmente, como textifica la observación. A los dos días de operada la enferma defecó espontáneamente y duro; y si bien es cierto que

esos materiales procedían del intestino grueso, no lo es menos que la sutura tuvo que resistir las presiones que siempre sufren en el acto de la defecación.

Aparte de los vómitos y del dolor epigástrico, nada sobrevino por el acto quirúrgico. Cicatrizaron las heridas por primera intención y no hubo fiebre, como se manifiesta por el adjunto cuadro de temperaturas. »

Enfermedades palúdicas

Clasificación

(Continuación)

La benignidad y la malignidad ó perniciosidad en el paludismo es lo primero que nos importa conocer; después si es regular ó irregular en sus múltiples y caprichosas manifestaciones patológicas; si son éstas simples ó complicadas, y por último, el tipo que afecte la periodicidad.

No debe, pues, confundirse la benignidad con la regularidad del curso, como algunos han confundido, siendo preciso tener en cuenta que dista mucho lo uno de lo otro, porque puede suceder muy bien que una enfermedad accesimal se nos presente marcadamente perniciosa que amenace concluir por momentos con la vida del paciente, ofreciendo sin embargo el más acabado y completo cuadro patológico en cuanto á su sintomatología: ó por el contrario, la regularidad en la manifestación de los síntomas puede faltar en otra, dando lugar hasta á la carencia de uno de los estadios, sin que por esta razón deje de ser muy benigna en su proceso.

Teniendo en cuenta las razones expuestas, he preferido clasificar este importante grupo de enfermedades por su carácter, división á todas luces más clínica, que salva peligrosas confusiones, al paso que facilita su estudio y conocimiento.

Antes de ocuparme del tipo, réstame decir cuatro palabras acerca de la división del paludismo maligno ó pernicioso. Lo mismo el febril que el infebril puede afectar la forma perniciosa, puesto que según Duboné afirma, ocasiona también el infebril la tumefacción del bazo y la melanemia. Pero la malignidad del grupo infebril de estas enfermedades consiste sólo en la exageración de su sintomatología, como más adelante procuraremos demostrar, conviniendo que fijemos ahora nuestra atención solamente en las fiebres perniciosas propiamente tales, en las que por la infinita variedad de los fenómenos malignos ofrecen más dificultad en su clasificación.

Una metódica y acertada clasificación de las fiebres perniciosas, en la que puedan tener cabida todas las infinitas formas clínicas que puedan presentarse á la observación del médico, podrá ser difícil, pero nunca imposible, como por algunos se ha supuesto al ver la deficiencia de las clasificaciones que hasta ahora se han dado por

quienes se han ocupado más ó menos extensamente en su estudio.

Desde Húfeland, que al tratar de las perniciosas decía solamente, que eran las fiebres que en cada acceso presentaban un síntoma muy grave, tenemos precisión de llegar á Chomel para encontrar algo que pueda merecer el nombre de clasificación. Este autor establece cuatro grandes grupos para su división, incluyendo en el primero las que se manifiestan por un vivo dolor en un órgano interno é importante para la vida; en el segundo, las caracterizadas por una evacuación dolorosa; en el tercero, cuando esta evacuación tiene lugar sin dolor; afectando las del cuarto grupo, una alteración notable en la función de una víscera, sin que sea acompañada de evacuación ni dolor.

¿Cómo aplicar á la clínica la clasificación de Chomel? Es tan ambigua y confusa que apenas si puede saberse lo que quiere expresar, á más de no poder incluir en ninguno de sus grupos ciertas formas cuya malignidad se manifiesta por la simulación de otro estado febril y otras más de diaria observación.

Las siete divisiones que establece Gintrac tampoco pueden satisfacer las exigencias de la práctica, porque si bien está su clasificación fundada bajo un aspecto más clínico, no por eso deja de ser deficiente, además de que por lo profusa y dilatada, con dificultad puede ser retenida en la memoria por las treinta y siete variedades en que subdivide cada uno de los siete grupos, como puede verse á continuación.

Divide Gintrac las fiebres perniciosas según resida la perniciosidad en los siguientes órganos ó aparatos: tegumento externo, sistema nervioso cerebro espinal, aparato respiratorio, aparato circulatorio, aparato digestivo, aparato secretorio y aparato sexual. Corresponden á estos órganos ó aparatos las treinta y siete variedades en esta forma: al primero, las perniciosas, algida, diaforética, peteñial, exantemática y gangrenosa; al segundo, las cefalálgica, comatosa, paralítica, cataléptica, estuporosa, delirante, convulsiva, epiléptica, tetánica, hidrofóbica, neurálgica y reumática; al tercero, las dispnéica, hiposa, hemoptóica, pleurítica y pneumónica; al cuarto, las sincopal y cardiaca; al quinto, las gastrálgica, emética, hematemética, diarreica, disentérica, colérica y congestiva de la América del Norte; al sexto, las ictérica y ascítica, y al sétimo, las priápica, histérica, metrorrágica y puerperal.

Grisolle, puede decirse que sigue la clasificación de su maestro Chomel con ligeras variaciones, admitiendo además una forma especial de perniciosa que denomina adinámica.

Otros clásicos establecen tres grupos de estas fiebres, colocando en el primero aquéllas cuya malignidad está representada por la violencia de cualquiera de sus estadios; en el segundo, las que en el curso de alguno de ellos aparece algún síntoma grave, simulando otra enfermedad; y, en el tercero, las en que se sustituye el acceso febril por síntomas periódicos de otra dolencia.

Jaccoud coloca á las fiebres perniciosas entre las intermitentes anormales confundiendo lastimosamente la anormalidad del curso con la malignidad: ya hemos dicho, y no insistiremos más sobre este punto, que puede una fiebre ser perniciosa, sin que por eso deje de presentárenos á la clínica observación, siguiendo sus períodos con normalidad. La perniciosa puede ser regular é irregular; su regularidad no implica que esté exenta de malignidad.

Refiere este autor los fenómenos perniciosos á su origen patogénico, y en este sentido establece dos grandes grupos ó divisiones: una que se refiere al sistema vaso-motor y simpático, en la que incluye las formas algida, coleriforme, diaforética, pneumónica, pleurítica y nefrítica, y otra, al sistema cerebro-espinal, con las comatosas ó apoplética, soporosa, delirante, maniaca, tetánica, epiléptica, paralítica, etc. Llama además perniciosas solitarias á aquellas en que la malignidad está constituida por la exageración peligrosa de uno de los síntomas ó fenómenos del paroxismo febril, y acompañadas, á las que se les une un fenómeno nuevo extraño á la sintomatología normal del acceso constituyendo la perniciosidad. Entre las solitarias comprende la algida, la coleriforme y la diaforética, siendo las demás formas acompañadas.

Compréndese perfectamente que el célebre clínico del hospital de la Caridad, trata esta importante cuestión sólo para salir del paso, como ordinariamente ocurre en la clasificación que de estas enfermedades hacen casi todos los autores de patología médica, que las dedican sólo un brevísimo párrafo, habiendo algunos, como Niemeyer y Strümpell, que para nada mencionan su clasificación, hablando solamente de ellas como obligados y haciendo hasta poco aprecio de su descripción.

La división de Jaccoud no puede ser tampoco aceptada en sana práctica, porque en ella no tienen lugar apropiado algunas formas de malignidad frecuentísimas á la observación diaria, como lo son las que semejan una fiebre tifoidea; las caracterizadas por un flujo sanguíneo ó no por cualquiera vía, y otras, aparte de que establece la distinción de solitarias y acompañadas, que no creo lógica en modo alguno, porque la perniciosidad es condición indispensable de las fiebres que estudiamos, de la que tienen que ir siempre acompañadas, sea cualquiera el fenómeno que las dé lugar, así que lo mismo puede acompañarse del síntoma maligno sudor, por ejemplo, que de los pleuríticos, congestivos, etc.; el elemento pernicioso reconoce siempre el mismo origen, afecta formas diferentes por circunstancias desconocidas, y por tanto, no es lo práctico establecer categorías.

De los errores prácticos que se cometerían siguiendo esta clasificación, nos da ya una prueba clara y terminante el mismo Jaccoud, porque coloca en el grupo de las solitarias la coleriforme que había de ser acompañada, puesto que se caracteriza su malignidad por

evacuaciones de vientre incoercibles, que nada tienen de común con la sintomatología ordinaria ó normal del acceso. Hace también caso omiso de la perniciosa de forma lípida que había de incluir entre las solitarias según el orden que establece en su división.

Resumiendo, por lo que á vuela pluma dejó anotado de las más importantes clasificaciones de algunos patólogos, se deduce que ni antiguos ni modernos han podido hallar una pauta segura y fija que satisfaga por completo las exigencias á que la clínica tiene derecho en cuanto á la clasificación, porque tan pronto se han fijado en los órganos ó aparatos en que se ha manifestado la perniciosidad, como en la forma ó modo de presentarse, descuidando la experiencia clínica al establecer sus divisiones. Esto prueba evidentemente, como dejamos expresado, la dificultad de la empresa; pero en mi entender si se ha hecho imposible hasta ahora, ha sido porque no se ha atendido debidamente en tan vasto tema á lo que diariamente nos revela la práctica, prefiriendo sucumbir á la abstracción á acogernos en el seguro puerto de la clínica, base del más fácil estudio. (*Continuará*).
 Puebla de Montalbán, Febrero de 1889.

TOMÁS DE ECHEVARRÍA.

MOVIMIENTO DE ENFERMOS POR MESES EN LA SECCIÓN DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE LA MISERICORDIA DURANTE EL AÑO DE 1888.

Número de camas en el departamento de hombres	35
Id. de id. en el de mujeres	28
TOTAL	63

MESES	Altas para curación, alivio ó voluntarias.		Altas por defunción.		Operados. (altas)	
	Hombres.	Mujeres.	Hombres.	Mujeres.	Hombres.	Mujeres.
Enero	21	11	»	1	1	»
Febrero	27	12	4	2	1	2
Marzo	31	6	3	»	3	1
Abril	28	18	1	1	5	1
Mayo	29	13	4	»	6	1
Junio	24	11	2	»	2	2
Julio	35	14	2	3	1	»
Agosto	40	16	2	2	4	»
Setiembre	24	12	2	2	2	3
Octubre	29	9	1	»	6	1
Noviembre	28	15	1	»	3	2
Diciembre	33	15	1	1	6	»
	349	152	23	12	40	13

Mortalidad, 6,9 por 100.

OPERADOS CON ALTA DU

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICOS.
1 Lorenzo M. Romero...	Toledo	36	C.	Herida por arma de fuego antebrazo.
2 Faustino Morán.....	Id.	17	S.	Herida penetrante de vientre y otras dos transversales en los intestinos
3 Maximina Alamo.....	Gálvez	12	»	Uñero dedo gordo pie derecho....
4 Regina Esteban.....	Mocejón.....	34	C.	Tumor lagrimal.....
5 Ignacia Roa.....	Toledo.....	17	S.	Uñero dedo gordo pie izquierdo....
6 Leocadio Santos.....	Burguillos.....	50	S.	Flemón profundo palma mano deha.
7 Benigno Gallego.....	Villaluenga.....	24	C.	Fístula de ano.....
8 Tiburcio Alarcón.....	Puebla Montalbán	39	C.	Luxación completa del humero hacia abajo.....
9 Manuel Sierra.....	Bargas.....	34	S.	Pequeño epiteloma labio inferior..
10 Abdón Bautista.....	Id.	18	S.	Catarro del saco lagrimal.....
11 Pedro Pérez.....	Portillo.....	50	C.	Herida contusa y fracturas conminutas en el pie.....
12 Pío Alamo.....	Bargas.....	18	S.	Quiste sebáceo áng.º ext.º ojo dcho.
13 Luis López.....	Navahermosa.....	52	V.	Hidrócele testículo derecho.....
14 Gregoria Lorena.....	Toledo.....	18	S.	Entropión ambos ojos.....
15 Juan Aguilera.....	Layos.....	40	C.	Pequeño epiteloma sobre el hueso propio de la nariz lado derecho..
16 Sotero Martín.....	Menasalbas.....	57	C.	Catarata ojo derecho.....
17 Ramón García.....	Ajofrín.....	21	S.	Quiste parte posterior región lateral derecha del cuello.....
18 Bernardino Laborda...	Lorca.....	26	S.	Osteitis tercio superior del cúbito...
19 Antonio Díaz.....	Almonacid.....	28	S.	Herida contusa sobre el parietal derecho con fractura y hundimiento.
20 María Corchero.....	S.ª Cruz Paniagua	25	V.	Fístula vulva-rectal profunda y extensa.....
21 Plácido Salvador.....	Val S.º Domingo.	63	V.	Epiteloma labio inferior.....
22 Claudio Alameda.....	Puebla Montalbán	65	C.	Epiteloma dos veces reproducido en la nariz.....
23 Casimiro Galán.....	Ajofrín.....	62	C.	Catarata ojo izquierdo.....
24 Dorotea de la Cruz.....	Id.	»	»	Retención de placenta.....
25 María de la Puente.....	Polán.....	64	C.	Carcinoma ulcerado región lumbar.
26 Remigio Aguado.....	Oliás.....	60	S.	Epiteloma labio inferior.....

RANTE EL AÑO DE 1888

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Desarticulación del codo. Colgajo anterior por transfixión.....	5 Nov. 87	5 Nov. 87	8 En.º 88	Curación.
Sutura intestinal con cadgut y de la pared abdominal.....	3 Feb. ...	3 Feb. ...	7 Feb. ...	Defunción.
Avulsión de la mitad de la uña ...	17 Enero	17 Enero	12 Feb. ...	Curación.
Destrucción del saco lagrimal.....	7 Feb. ...	8 Feb. ...	5 Marzo.	Id.
Avulsión de la uña y cauterización con el termo-cauterio.....	14 Enero	14 Enero	27 Feb. ...	Id.
Incisiones mano y antebrazo.....	14 Dicb.	14 Dicb.	5 Marzo.	Id.
Incisión.....	28 Feb. ...	28 Feb. ...	7 Marzo.	Id.
Reducción con anestesia.....	7 Marzo.	10 Marzo	24 Marzo	Id.
Excisión semilunar.....	21 Enero	14 Marzo	9 Abril..	Id.
Cateterismo por el punto lagrimal inferior hasta el núm. 4.	8 Feb. ...	8 Feb. y sigtes..	9 Abril..	Alivio.
Amputación supramaleolar.....	8 Abril..	8 Abril..	13 Abril.	Defunción.—(Reacción tardía y fiebre trahumática.)
Extirpación.....	7 Marzo.	7 Marzo.	15 Abril.	Defunción.
Punción simple.....	10 Abril.	12 Abril.	20 Abril.	Curación.
Procedimiento de Pangestecher....	11 Jul. 87	Julio 87.	30 Abril.	Alivio.
Extirpación y rinoplastía mediante un colgajo triangular de la megilla Pupila artificial previa, excisión sup.	10 Abril.	10 Abril.	3 Mayo..	Curación.
Extirpación.....	18 Feb. ...	18 Abril.	11 Mayo.	Id.
Extirpación.....	10 Mayo.	11 Mayo.	13 Mayo.	Alta pedida en buen estado.
Amputación brazo tercio inferior método circular.....	24 Marzo	17 Mayo.	22 Mayo.	Defunción.—(Erisipela gangrenosa.)
Incisiones y levantamiento de la porción de hueso hundido.....	2 Feb. ...	23 Marzo	25 Mayo.	Curación.
Incisiones de los trayectos.....	22 Abril.	30 Abril.	26 Mayo.	Id.
Extirpación en V.....	17 Abril.	18 Abril.	28 Mayo.	Id.
Extirpación y rinoplastía tomando el colgajo del brazo (método ital.º)	17 Abril.	21 Abril.	8 Junio.	Id.
Extracción á pequeño colgajo sup.	19 Mayo.	4 Junio..	28 Junio.	Visión buena.
Extracción estado descomposición.	25 Junio.	25 Junio.	28 Junio.	Defunción.
Extirpación y autoplastía.....	16 Mayo.	21 Mayo.	29 Junio.	Curación.
Extirpación. Excisión semilunar ..	9 Julio..	10 Julio.	31 Julio.	Id.

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICOS.
27 Laureano García.....	San Pablo.....	17	S.	Uñero dedo gordo pie derecho.....
28 Nemesio Rodríguez.....	Valladolid.....	75	C.	Antrax extenso parte posterior cuello
29 Matías Muñoz.....	Yuncillos.....	62	S.	Queratitis con absceso cornea derecha
30 Victoriano Sánchez.....	Menasalbas.....	16	S.	Quiste párpado inferior izquierdo..
31 Eusebia Maestro.....	Mora.....	42	V.	Lipoma frente tamaño una almendra
32 Cipriano Mancebo.....	Mazarambroz.....	12	»	Quiste folicular como un garbanzo mucosa labio inferior.....
33 Crisanta López.....	Orgaz.....	26	S.	Tumor lagrimal ulcerado.....
34 Avelina Sanz.....	Mora.....	45	V.	Fibroma como un huevo de gallina región maset. ^a derecha.....
35 Rosendo Aradas.....	S. Román (Coruña).....	48	C.	Flemón profundo en un dedo y flebitis antebrazo.....
36 Cándido Gamboa.....	Pulgar.....	50	C.	Úlcera carcinomatosa dedo medio mano derecha.....
37 Esteban Martín.....	Mora.....	45	S.	Fibroma palma de la mano como un huevo de paloma.....
38 Cesáreo Gómez.....	Manzanique.....	66	C.	Catarata ojo izquierdo y pterigión..
39 Faustino Abad.....	Pelahustán.....	38	V.	Entropión párpado supr. ambos ojos
40 Juana Rodríguez.....	Añoover de Tajo.....	63	V.	Catarata ojo derecho.....
41 Natalio Cano.....	Val S. ^o Domingo.....	»	»	Epitelioma labio inferior.....
42 Felipe Ruano.....	Mocejón.....	53	V.	Id. id. id.....
43 Manuel Sierra.....	Bargas.....	36	S.	Carcinoma ganglios submaxilares..
44 María Pérez.....	Almonacid.....	55	C.	Catarata ojo izquierdo.....
45 Francisco Hernández.....	Horcajo Montes.....	70	V.	Epitelioma labio inferior.....
46 Petra Rodríguez.....	Bargas.....	37	C.	Entropión párpado supr. ambos ojos
47 Gregorio Iglesias.....	Ajofrín.....	23	S.	Quiste sebáceo parte posterior cuello
48 Pedro Velázquez.....	Mora.....	19	S.	Quiste sebáceo áng. ^o externo ojo d. ^o
49 Pablo del Alamo.....	Novés.....	62	V.	Epitelioma labio inferior.....
50 Justo Gómez.....	Portillo.....	60	V.	Epitelioma labio inferior ganglios submaxilares lado derecho.....
51 Eustaquio García.....	Mocejón.....	48	C.	Fimosis. Úlceras venéreas.....
52 Antolín Ubeda.....	San Pablo.....	47	C.	Fístula de ano y caries del isquión.
53 Fermín Sánchez.....	Burguillos.....	69	V.	Flemón profundo muslo derecho...

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta	Terminación.
Avulsión parcial de la uña.....	12 Julio.	12 Julio.	4 Ag. ^o ..	Id.
Incisiones cruciales en número de 4	1. ^o Julio.	1. ^o Julio.	7 Ag. ^o ..	Id.
Incisión en la parte inferior cornea.	16 Ag. ^o ..	16 Ag. ^o ..	19 Ag. ^o ..	Alivio.—(Alta pedida.)
Extirpación.....	11 Ag. ^o ..	11 Ag. ^o ..	20 Ag. ^o ..	Curación.
Extirpación con anestesia local....	22 Ag. ^o ..	24 Ag. ^o ..	10 Set...	Id.
Incisión y cauterización con nitrato de plata.....	10 Set...	10 Set...	17 Set...	Id.
Dstrucción del saco termo-caut. ^o ..	30 Ag. ^o ..	31 Ag. ^o ..	17 Set...	Id.
Extirpación con anestesia local....	22 Ag. ^o ..	24 Ag. ^o ..	28 Set...	Id.
Incisiones.....	20 Set...	20 Set...	28 Set...	Id.
Amputación contigüidad-anestesia local.....	20 Set...	20 Set...	6 Oct...	Id.
Extirpación anestesia local.....	7 Set...	7 Set...	8 Set...	Id.
Extracción colgajo inferior.....	16 Set...	26 Set...	6 Oct...	Visión mediana.
Trasplatación del suelo ciliar. Procedimiento de Arlt.....	28 Ag. ^o ..	2 Set...	15 Oct...	Curación.
Extracción á colgajo superior.....	2 Enero.	14 Set...	18 Oct...	Visión buena.
Extirpación en V.....	9 Oct...	9 Oct...	26 Oct...	Curación.
Extirpación en V y prolongación de la comisura.....	12 Oct...	12 Oct...	30 Oct...	Id.
Extirpación de tres ganglios.....	28 Set...	3 Oct...	1. ^o Nov.	Id.
Extracción á colgajo superior.....	13 Oct...	10 Oct...	4 Nov...	Visión buena.
Extirpación en V.....	5 Oct...	17 Oct...	5 Nov...	Curación.
Trasplatación del suelo ciliar. Procedimiento de Arlt.....	8 Oct...	7 Nov...	26 Nov...	Id.
Extirpación con anestesia local....	13 Nov...	13 Nov...	28 Nov...	Id.
Id. id.....	16 Nov...	16 Nov...	10 Dicb.	Id.
Extirpación en V.....	15 Nov...	15 Nov...	13 Dicb.	Id.
Extirpación en V y de los ganglios.	11 Nov...	13 Nov...	21 Dicb.	Id.
Incisión dorsal.....	18 Oct...	29 Oct...	24 Dicb.	Alta pedida.
Incisión por sinemapria. Extracción de secuestros.....	15 Dicb.	15 Dicb.	29 Dicb.	Defunción.—(Infección purulenta.)
Incisión por la sinemapria.....	7 Nov...	14 Nov...	23 Dicb.	Alta pedida.

Epitelioma ulcerado en la región lateral izquierda de la cara.—Extirpación y autoplastia

Consideramos interesante la siguiente historia clínica, á la que acompañamos tres dibujos que representan los principales tiempos de la operación, y el resultado definitivo tomado de fotografía, porque siendo las autoplastias del carrillo operaciones no regladas, faltan en los libros de operatoria quirúrgica modelos que imitar, cuando se trata de realizar por primera vez esta clase de operaciones. Muchos años hace publicamos en la Revista de Medicina y Cirugía prácticas otra historia de autoplastia del carrillo, acompañada también de los correspondientes dibujos, y entonces nos movió como ahora nuestro buen deseo de que pueda ser utilizado por nuestros compañeros en circunstancias análogas el procedimiento seguido en estos casos particulares, por más que en último término no sean otra cosa que la aplicación de los preceptos generales de la autoplastia y particularmente del método por deslizamiento.

D.^a Tomasa Perea de las Infantas, natural de Orgaz, de 58 años de edad, viuda y de buena salud habitual. Hace muchos años se le presentó en el lado izquierdo de la cara (región masetérica) una mancha de color moreno, en la cual se formó un pequeño relieve como verrugoso y así permaneció durante mucho tiempo sin molestarla para nada. Más tarde (hará como unos dos años) se desprendió el relieve, verrugoso y se formó una ulcerita que lentamente ha ido ganando en profundidad y extensión y en pocos meses ha tomado proporciones amenazadoras: actualmente se ofrece á la observación una úlcera profunda de forma irregular, su superficie ó extensión algo menor que la de una moneda de un duro, de bordes desiguales é invertidos hacia afuera, cubierta de una costra de feo aspecto, con induración en la base y dando una exhalación sero-purulenta en corta cantidad que por la acción del aire se concreta y forma la costra. Dicha úlcera se ha manifestado rebelde á los diversos tratamientos á que ha sido sometida por mi inteligente é ilustrado compañero D. Andrés Salgado, de cuyas dotes como profesor me está vedado decir nada más que ser un querido amigo y condiscipulo.

Con estos datos á la vista, y teniendo en cuenta la edad de la paciente y el desarrollo lento que suelen tener los epiteliomas de la cara durante su primer período, el diagnóstico estaba claro, se trataba sin duda alguna de un epitelioma, y como no existían ganglios infectados en la región cervical y era bueno el estado general, la indicación de la extirpación, sin perder momento, era evidente.

La enferma, aunque de bastante edad, es una señora animosa y valiente como pocas, y cuando en la primer consulta que me hizo la hablé de los diversos tratamientos que podían emprenderse, me dijo que prefería curarse siguiendo el camino más corto, y que en tal concepto estaba decidida á la operación, lo cual me extrañó bastante porque

ignoraba que le había sido propuesta por algunas celebridades de Madrid, y cuando llegó á mí, venía ya curada de espantos.

Estando la úlcera situada, como queda referido, en la región masetéica, se la circunscribió por tres incisiones *ac*, *ch* y *ha*, lo más distantes posible



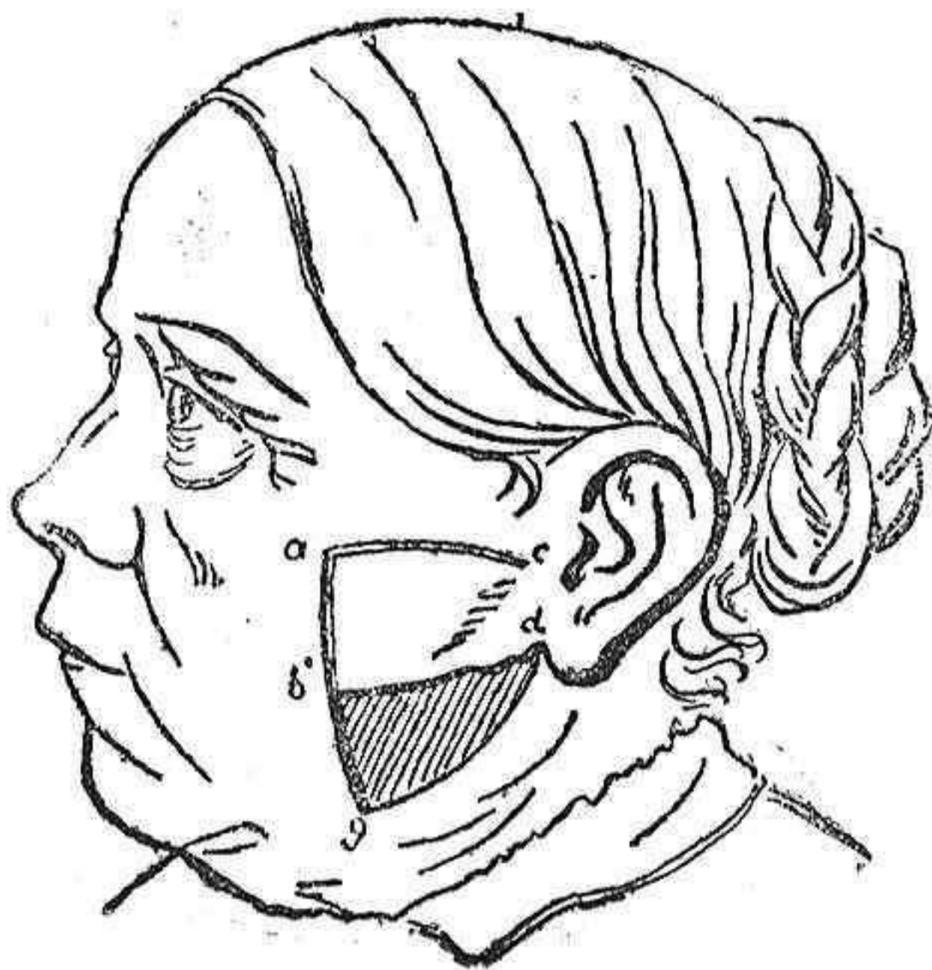
de los tejidos afectos, y comprendieron la piel y la aponeurosis masetéica.—En seguida se profundizó la superior *hc* hasta más allá de la base de la producción morbosa y se procedió á su disección de arriba abajo, logrando su completa extirpación. Consigo arrastró una pequeña porción del masetero, sobre el cual estaba implantada y tropezando por delante con la bola adiposa de Bichat, fué eliminada también. Al principiar la disección se interesó la arteria transversal de la cara, que fué ligada.

Quedó después de esto, como aparece en la figura 1.^a, una pérdida de sustancia triangular y para restaurarla era preciso tallar un colgajo de dimensiones suficientes. Siempre, cuando de formar colgajos autoplásticos se trata, hay que procuraren primer término que la nueva herida se aleje de los órganos ó tejidos importantes que puedan existir en sus inmediaciones, á fin de que si resultan complicaciones no los comprometan ó los comprometan lo menos posible y de que con la retracción cicatricial no sobrevengan alteraciones en las funciones que les están encomendadas. A la par que en esto, hay que pensar un sitio en donde pueda disponerse, no sólo de mucha extensión superficial, sino de mucho grueso para asegurar su nutrición. Ahora bien; dada la pérdida de sustancia *ahc*, el colgajo podía sacarse de la parte superior prolongando hacia arriba la incisión *ah* y trazando después desde el nacimiento del pelo una incisión paralela al lado

hc; pero entonces la pérdida de sustancia quedaría muy cerca del ojo y de la cabeza por una parte, y por otra el pedículo del colgajo tendría muy poco grueso, estaría formado sólo por la piel; á más de que situada la pérdida de sustancia nueva encima de la herida restaurada, los líquidos exhalados por aquélla serían un obstáculo para la reunión inmediata de ésta. Podía también trazarse en la parte anterior prolongando los lados *ac* ó *ch*, en cuyos casos la nueva pérdida de sustancia se aproximaría á la boca y á la nariz, en donde además de producir una deformidad mayor por ser un sitio más visible, podía temerse con la retracción cicatricial alguna alteración funcional. Desechadas las partes superior y anterior por los inconvenientes expuestos, decidimos sacar el colgajo de la parte inferior, en la que además de las ventajas de apartarse de la cabeza, ojo, boca y nariz podía contarse con dimensiones suficientes en superficie y en grueso y con otra condición no menos estimable para el buen éxito de toda autoplástica, cual es la de la movilidad de la piel de las inmediaciones, porque facilita la aproximación de los ángulos de la herida y de este modo se reduce la superficie cruenta.

Prolongando pues la incisión *ha* hasta el punto *b*, situado como á un centímetro por debajo de la rama de la mandíbula, y trazando la incisión *bd* siguiendo la dirección de esta rama, quedó formado el colgajo cuadrilátero *abcd*, en cuyo grueso se comprendió, además de la piel, la capa muscular subyacente.

Disecado este colgajo, teniendo cuidado de evitar la herida de la arteria facial, hasta más allá de su base *cd* y haciéndole girar hacia arriba, vino á ocupar la situación *a'b'cd* de la fig. 2.^a



y reuniendo sus bordes por puntos de sutura en número de 5 ó 6 para el lado *a c* y 3 ó 4 para el *a b'*, fué así restaurada la pérdida de sustancia de la extirpación, y en su lugar quedó otra equivalente *b' g d* en la parte inferior. Para disminuir ésta se aproximaron los bordes de la herida en los ángulos *g* y *d*, poniendo dos ó tres puntos de sutura.

Colocado un apósito antiséptico, la reunión del colgajo se efectuó por primera intención, sin que hubiese más que una ligera fiebre traumática que no llegó á 39 durante los dos ó tres primeros días. La herida de la parte inferior cicatrizó por segunda intención, pero sin ofrecer durante su curso ninguna circunstancia digna de mención. A la primera semana la enferma abandonó el lecho y á la segunda las heridas estaban cicatrizadas, siendo el resultado definitivo el presentado en la fig. 3.^a



CRÓNICA

Ateneo antropológico.—Leemos en el *Siglo Médico*: «Esta activa sociedad escolar del colegio de San Carlos acaba de conferir el título de socios corresponsales, en atención á sus notables trabajos, á nuestros estimados compañeros en la prensa los doctores Carreras y

Aragó, Campá, Fernández Osuna, Vidal Solares, Gallardo, Giralt, Castells, Clavero del Valle, Grás Fortuny, Manaut y Fajarnés, directores todos ellos de ilustrados colegas de provincias. Nuestra cordial enhorabuena por esta distinción.»—Por nuestra parte debemos hacer público nuestro agradecimiento al Ateneo antropológico por el inmerecido honor que nos dispensa, felicitando á la vez á nuestros compañeros, cuya buena compañía es para nosotros otro motivo de reconocimiento.

Libros recibidos.—*Origen y causas del escrofulismo y su profilaxis*, comunicación leída al primer congreso generológico y pediátrico español, por el Dr. D. Baldomero González Alvarez, médico de la inclusa y del hospital del Niño de Jesús de Madrid y director fundador de la revista «Archivos de Medicina y Cirugía de los niños.»

Formulario crítico de especialidades y secretos, por D. Angel Bellogin y Aguasal, doctor en farmacia, primer cuaderno que contiene el *Formulario del aceite de hígado de bacalao*, 90 céntimos de peseta para los suscritores y 1 peseta por cuadernos sueltos. Para las suscripciones, dirigirse al autor, Angustias, 56, Valladolid.

Oportunidad de la traqueotomía en el crup y medios operatorios de la incisión traqueal, por D. Francisco Vidal Solares, doctor en medicina y cirugía de las facultades de Madrid y París, autor laureado con medalla de plata por la real academia de medicina de Madrid y con medalla de oro por la academia médico-quirúrgica jerezana, antiguo médico externo por oposición de los siguientes hospitales de París: *Enfants malades* exclusivo para las afecciones de los niños; *des Cliniques*, dedicado á las enfermedades del embarazo y del parto; y *Pitié* destinada exclusivamente á las enfermedades de la matriz, 2.^a edición, obra premiada por la médico-quirúrgica jerezana en el certamen de 1878.

Discurso leído en la solemne sesión inaugural de la real academia de medicina de Madrid, por el doctor D. José Díaz Benito y Angulo, académico de número de la misma.

Climatoterapia española en la tisis pulmonar ó estudio de los diversos puntos que en España, Islas Baleares y Canarias pueden utilizarse como sanatorios para los tísicos, por D. Agustín Bassols y Prim, ex interno por oposición del hospital de Santa Cruz de Barcelona y médico del mismo, licenciado en ciencias físico-químicas, ex médico forense dos veces premiado por la real academia de medicina y cirugía de Barcelona, socio fundador de la española de laringología, etc. etc., con una carta introducción del doctor D. Rafael Rodríguez Méndez, catedrático de higiene de la facultad de medicina de Barcelona y director de «La Gaceta médica catalana,» obra premiada por la real academia de medicina y cirugía de Barcelona con el premio extraordinario «Garí.»



LA MARGARITA

EN LOECHES

Antibiliosa, antiherpética, antiescrofulosa, antisifilítica y reconstituyente.

Según la *Perla de San Carlos*, Dr. D. Rafael Martínez Molina con este agua se tiene

LA SALUD Á DOMICILIO

En el último año se han vendido

Más de DOS MILLONES de purgas

La clínica es la gran piedra de toque en las aguas minerales, y ésta cuenta **36 años de uso general y con grandes resultados** para las enfermedades que expresa la etiqueta.

Depósito central: Madrid. Jardines, 15, bajo, derecha, y se venden también en todas las farmacias y droguerías.

FARMACIA, LABORATORIO Y DROGUERIA
DE DON EMILIO ECHEVARRÍA Y MAYO

4 — SAN SALVADOR — 4

TOLEDO



En este establecimiento podrán adquirir los Sres. Farmacéuticos á precios reducidos, alcaloides, glucosidos y otros productos especiales procedentes de las principales fábricas de Francia y Alemania, tales como la apomorfina, aconitina, antipirina, agaricina, antifebrina, calavarina, curare y curarina, cocaina, duvoisina, digitalina, eserina, eucaliptol, morfina y sus sales, pilocarpina (nitrato), quinina y sus sales más modernas, el terpino, el iodol, la diastasa, etc. etc.

FARMACIA Y LABORATORIO QUÍMICO

M. GÓMEZ DEL CASTILLO

PREMIADO CON MEDALLA DE ORO EN LA EXPOSICION UNIVERSAL
DE BARCELONA 1888 POR TODOS SUS PEPTONATOS,

ELIXIRES, SOLUCIONES Y GRANULOS

Los más rápidos, seguros y eficaces según dictamen de la Real Academia de Medicina y Cirugía, cuya eficacia é inmensos resultados han sido comprobados en los hospitales de esta capital, Madrid y Buenos Aires. Dice así la Ilre. Real Academia de Barcelona:

ELIXIR DE PEPTONATO DE HIERRO «CASTILLO»

Es de un grato sabor, por cuya razón puede administrarse á los niños y aun á las personas de más susceptible paladar; no produce estreñimiento ni cólico en el aparato gastro-intestinal como sucede cuando se emplean otros preparados ferruginosos.

Los fenómenos consecutivos no tardan muchos días en manifestarse; de modo que en sujetos anémicos ó muy empobrecidos por el desgaste orgánico, se notan aumento de coloración en las mucosas, mayor tensión arterial, y otros fenómenos que no dejan lugar á duda de los inmensos resultados del Elixir: obra como verdadero *eupéptico*, notándose desde los primeros días el aumento de apetito, que auxilia mucho á la acción medicamentosa.

Cada cucharada contiene 0'10 peptonato de hierro, para tomar tres cucharadas al día, una antes de cada comida.

SOLUCIÓN PEPTONATO AMÓNICO-HIDRARGÍRICO «CASTILLO» para inyecciones hipodérmicas; cada grano de esta solución contiene 0'02 de sal (una inyección diaria).

GRANULOS PEPTONATO AMÓNICO-HIDRARGÍRICO «CASTILLO» cada gránulo contiene 0'01 de sal para tomar cinco gránulos al día

El peptonato amónico hidrargérico «CASTILLO», tanto en la forma de solución como de granulos tiene su principal uso en los periodos secundarios y terciarios de la sífilis, cuyos progresos contiene inmediatamente, llegando en pocos días á la más completa curación, cosa que no había podido conseguirse antes del descubrimiento de tan prodigioso preparado (según se acredita en la práctica de eminentes especialistas académicos y puede afirmar de los experimentos efectuados esta *Real Academia de Medicina y Cirugía*)

SOLUCIÓN DE PEPTONATO DE QUININA «CASTILLO» para inyecciones hipodérmicas, cada grano de solución contiene 0'20 de sal.

GRANULOS PEPTONATO DE QUININA «CASTILLO» cada gránulo contiene 0'05 de sal.

El peptonato quinina «CASTILLO» bajo estas dos formas de Solución y Gránulos, tienen un valor inapreciable en toda clase de estados febriles y muy especialmente en las afecciones de origen palúdico, en las neuralgias y los casos de septicemia y en general en todos los casos en que están indicadas las sales de quinina, siendo muy superior el Peptonato de quinina por su gran solubilidad y absorción y rápidos resultados.

GRANULOS PEPTONATO DE BISMUTO «CASTILLO» de 0'10 de sal por gránulo Han sido administrados en enfermos que padecían diarreas catarrales; los resultados terapéuticos han sido casi inmediatos.

ELIXIR DE PEPTO-FOSFATO DE CAL «CASTILLO» tres cucharadas al día. En diversos enfermos ha podido ensayar el Elixir esta Academia, observando magníficos resultados en afecciones escrofulosas que radican en los huesos y cubierta periostia.

V.º B.º El Presidente, *Bartolomé Robert* —El Secretario perpetuo, *Luis Suñe*,

ELIXIR MORRHUOL «CASTILLO»

La Ilre. Academia Médico-farmacéutica, donde ha sido presentado el Elixir y grajeas Morrhuel preparadas por M. G. del Castillo para su estudio, esta docta corporación ha emitido el siguiente dictamen:

«El Elixir presentado por el Dr. M. G. del Castillo á esta Academia, contiene: Morrhuel, que representa el conjunto de todos los principios á los que el aceite de hígado de bacalao debe su acción terapéutica; peptonato y pepto-fosfato cal, constituyendo un medicamento agradable, de excelentes indicaciones como reconstituyente y analéptico.

«Las grajeas contienen el Morrhuel (conjunto de todos los principios á los que el aceite de hígado de bacalao debe su acción terapéutica), en sustancia y estado natural. Representa una buena forma farmacéutica para la administración de dicho producto.

«La Academia recomienda estos dos preparados por su exquisita confección al par que por su valor terapéutico.»

«Barcelona 18 de Diciembre de 1888.—Comisión de productos naturales y preparaciones farmacéuticas: Dr. Jorge Gudel, Dr. Fernando Segura y Dr. Flor entino Jimeno.—El Presidente, Dr. Nicolás Homs. —El Secretario, Dr. Estanislao Andreu.»

Tenemos también preparados Elixir Morrhuel con peptonato de hierro y las grajeas Morrhuel creosotadas

ELIXIR PEPTO-YODURO DE AZUFRE «CASTILLO» tres cucharadas diarias.

¡ Obra con evidentes resultados en las afecciones sífilíticas, herpéticas y reumáticas.

Para evitar falsificaciones, en cada frasco exíjase la marca y firma del autor.

De venta en las principales farmacias.

Depósito general: Farmacia del autor, Dr. M. Gómez del Castillo, Condal, 15, Barcelona.



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.

SE ADMITE TODA CLASE DE ANUNCIOS

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA

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

CALLE DE SANTA JUSTA, NÚM. 1

GEOGRAFÍA MÉDICO-ESPAÑOLA

DATOS PARA EL ESTUDIO MÉDICO TOPOGRÁFICO DE LA VILLA DE
PUEBLA DE MONTALBÁN POR

DON TOMAS ECHEVARRÍA

Socio corresponsal de la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona,
premiado con medalla de oro por dicha corporación,
ex redactor de *El Dictamen* y colaborador de la *Gaceta médica catalana*

Precio 3 pesetas

Está de venta en la librería de Robles y compañía, Magdalena,
13, Madrid y en casa del autor en la Puebla de Montalbán.

ESPECIALIDAD EN VINOS MEDICINALES

FARMACIA DE GILL Y ALBORNOZ

6, Plazuela de las Tendillas, 6

TOLEDO



Se preparan con vinos generosos de las casas más acreditadas de Jerez los de quina ferruginoso, diastasa y pepsina y otros que encarguen los Sres. Profesores Médicos, á precios bastante más económicos que los extranjeros, distinguiéndose por la superior calidad de los productos medicinales que entran en su confección y por su transparencia que indica la perfecta disolución.