

Año II.

MAYO DE 1889.

Núm. 17.

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA

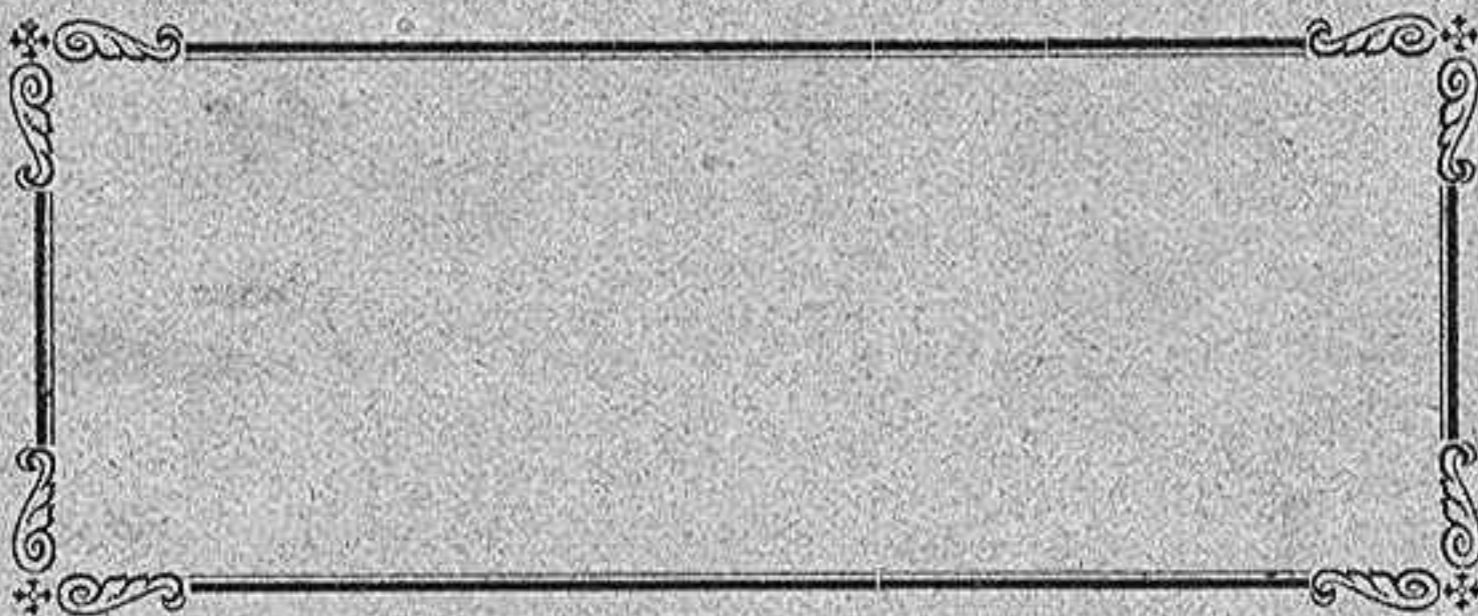
POR

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 especiales (continuación).—De la boca y sus dependencias.
—1.º Labios, carrillos y encías.—Epiteliomas de los labios.—Pérdidas de
sustancia de carrillo y autoplastia del mismo.—Adherencias del carrillo
á las encías.—Tumor de las encías.—Cuadro estadístico.—Acción tóxica
de la cocaína como anestésico local.—Enfermedades palúdicas (continua-
ción), por D. Tomás Echevarría.—Crónica.—Anuncios

TOLEDO:

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos

Comercio, 57 y Sillería, 15



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.

IMPORTANTE á los Sres. FARMACÉUTICOS

Productos químicos y naturales, de las más acreditadas casas inglesas, sin competencia en calidad y precio.

Representante en Madrid, *J. Cruz Vázquez, Serrano, 35 moderno*, á donde los señores Farmacéuticos pueden dirigir sus pedidos, en la seguridad de que serán transmitidos inmediatamente á Inglaterra, y siempre que los pedidos sean de alguna importancia, los recibirán directamente á su nombre.

Se remiten catálogos gratis

**J. CRUZ VAZQUEZ. - Serrano, 35 moderno
MADRID**

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.

COLORO-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 id. id.

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 especiales

(Continuación)

DE LA BOCA Y SUS DEPENDENCIAS



1.º *Labios, carrillos y encías*

Las que de esta clase hemos practicado son muy numerosas, como puede verse por el cuadro que seguirá á continuación, habiendo recaído la mayor parte sobre el labio inferior.

Este labio, por su gran movilidad y por su situación, se encuentra más expuesto que el superior á la acción de las causas vulnerantes y esto puede explicar la mayor frecuencia de sus enfermedades.

En la infancia suelen observarse pérdidas de sustancia á consecuencia de afecciones escrofulosas que, radicando primero en la encía y bordealveolar, se extienden más tarde hacia afuera, determinando extensas mortificaciones de los tejidos blandos. Este origen tuvieron las lesiones de las niñas núm. 1 y 3 del cuadro que se presentaron en el Hospital, con extensas pérdidas de sustancia en el labio inferior cuando ya el proceso destructor estaba terminado y estaban cicatrizadas completamente las heridas. Para remediar las alteraciones funcionales consiguientes se hizo el refrescamiento y la sutura como para el labio latorino simple.

En la edad adulta, el labio inferior se encuentra afectado en la inmensa mayoría de los casos por el epitelioma, que es la enfermedad que motiva casi siempre la intervención quirúrgica activa. Puede también producir en él pérdidas de sustancia el lupus, como sucedió en la enferma núm. 3 del cuadro, que ofreciendo una extensa ulceración de esta naturaleza con pérdida de sustancia en toda su altura, le

fué extirpada por medio de dos incisiones en V, reuniendo después los bordes por medio de alfileres.

En nuestro cuadro estadístico, de 64 operaciones de los labios, 60 han recaído sobre el inferior y cuatro sobre el superior. La enfermedad que las ha motivado ya queda dicho que en la inmensa mayoría ha sido el epiteloma. De los 60 casos del labio inferior, 56 han sido del sexo masculino y los cuatro restantes del femenino. De los cuatro casos del labio superior tres han sido del 1.º y uno tan solo del 2.º Cuyos datos demuestran, no sólo que el labio inferior se afecta más veces que el superior, sino también que el sexo masculino es el que más padece. Del labio superior parece, á juzgar por nuestra estadística, que la mujer padece más que el hombre, aunque siendo muy pocas las observaciones recogidas no autorizan para fundar en ellas ninguna conclusión.

En las clases pobres las enfermedades de los labios son más frecuentes que en las acomodadas; pues en nuestra estadística, de las 64 operaciones, sólo dos ó tres han recaído en personas de mediana posición y las demás en jornaleros del campo.

Se ha atribuído la mayor frecuencia del epiteloma del labio inferior al uso del tabaco y algunos autores la han atribuído á la costumbre de fumar en pipa. Por nuestra parte, no hemos podido comprobar esta causa como ocasional del epiteloma, inclinándonos á creer que la falta de limpieza, los pequeños y repetidos trahumatismos á que se expone la gente del campo con motivo de sus rudas faenas, y la costumbre de apurar mucho los cigarrillos hasta hacerse pequeñas quemaduras en el borde libre del labio inferior; todas estas influencias y otras análogas engendran un estado de irritación crónica en el labio inferior que, unido á la predisposición constitucional, hereditaria en muchos casos, dan lugar al padecimiento que nos ocupa.

Respecto á la edad de los operados, los datos que arroja el cuadro son los siguientes:

De 30 á 40	De 40 á 50	De 50 á 60	De 60 á 70	De 70 á 80	De 80 á 90
4	12	20	22	1	1

Estas cifras indican que la mayor frecuencia del epiteloma es de

los 50 á los 70 años, siendo raro entre los 30 y 40 y algo más frecuente entre los 40 y 50, lo cual concuerda con la edad señalada por los clínicos para la producción y desarrollo del cáncer de otras regiones.

El sitio más frecuente ha sido la parte media del labio, extendiéndose más hacia la piel que hacia la mucosa. En la comisura del labio inferior sólo lo hemos encontrado cinco veces y una sola en la del superior. En el labio superior le hemos encontrado en uno de los lados, afectando más bien la piel que la mucosa, habiendo encontrado ésta una vez completamente integra.

Nuestra manera de proceder en el epiteloma del labio inferior es la siguiente: cuando el epiteloma es pequeño y afecta próximamente la tercera parte de la altura del labio, nos limitamos á efectuar la extirpación mediante una incisión semilunar con un bisturí convexo y alguna vez también con la tijera. Después de esto con la tijera curva excindimos algunas glándulas muciparas que suelen encontrarse hipertrofiadas, y cuando creemos haber eliminado todos los tejidos dañados, cubrimos la herida con tiras de tafetán gomado, ó bien antes de aplicar éstas hacemos una sutura entre la piel y la mucosa con el objeto de disminuir la superficie cruenta. De uno y otro modo, la herida cicatriza en breve espacio de tiempo, sin quedar una deformidad notable.

Cuando el epiteloma comprende más de la tercera parte de la altura del labio, hacemos la extirpación por medio de dos incisiones en V, cuyos bordes reunimos por medio de alfileres. Si la boca, procediendo de este modo queda pequeña, hacemos la incisión de una ó de las dos comisuras, y después, para que los bordes cruentos de estas incisiones no se adhieran entre sí, hacemos la sutura entre la mucosa y la piel, cubriendo en seguida todas las superficies con tiras de tafetán gomado, y así que están secas damos un barniz de colodión, único apósito que usamos en esta clase de operaciones. A los seis ó siete días y algunas veces antes quitamos los alfileres y puntos de sutura y si la cicatrización no es completa colocamos un apósito igual. Por último, cuando el epiteloma tiene mucha extensión, después de la extirpación, hacemos la autoplastia por el método de deslizamiento, siguiendo los procedimientos de Sime ó Buchanan, de Teale, de Sedillot, más ó menos modificados por las exigencias del caso particular.

Siendo bastante frecuente encontrar afectados los ganglios subma-

xilares, además de la extirpación del epiteloma, con ó sin autoplastia, tenemos la costumbre de efectuar su iluminación mediante las incisiones y disecciones que para ellos sean precisas.

De nuestros operados, tres han sufrido dos veces la operación por reproducción del padecimiento y otros dos tres veces. El tiempo que ha tardado en efectuarse la reproducción ha variado entre tres meses como minimum y dos años y medio como maximum.

A estos casos de reproducción que nos son conocidos podemos agregar otro, tratado en el año último de 1888, el cual es sumamente notable por las circunstancias que ahora vamos á indicar. Tratábase de un sujeto de 34 años, que se presentó en el hospital en 21 de Enero del 88 con una ulceración pequeña y superficial en la parte media del borde libre del labio inferior. Como el sujeto era joven y la ulceración no tenía en su base la induración propia del epiteloma, dudamos al principio fuese de esta naturaleza y nos propusimos tratarla por medio de los cáusticos y como si fuese una úlcera simple. Después de algunas semanas de tratamiento vimos que en vez de reducirse ganaba en extensión y profundidad y en su virtud decidimos hacer la extirpación mediante una incisión semilunar, saliendo el enfermo curado antes del mes de ser operado (9 de Abril). En 28 de Setiembre volvió á ingresar con el padecimiento reproducido en los ganglios submaxilares, y hecha su extirpación salió curado el 1.º de Noviembre. Poco tiempo después volvió de nuevo en estado de caquexia y afectadas todas las glándulas del cuello; y considerándole ya inoperable, decidió irse á Madrid al hospital general, en donde sufrió una nueva extirpación, presentándosenos después de ésta en el mes de Marzo último en un estado verdaderamente lamentable con todos los caracteres, así locales como generales, de la caquexia cancerosa, de la cual sucumbió al mes próximamente.

Si nos hemos detenido en indicar todas las circunstancias del caso precedente, es porque queremos hacer notar que la malignidad del epiteloma no depende ni de la edad del sujeto ni de la forma más ó menos benigna con que se inicie el padecimiento, sino del tiempo que tardan en afectarse los ganglios cervicales, desde cuyo momento puede considerarse el sujeto como perdido, pues aunque se haga la extirpación de los que se encuentren afectados, siempre quedará la duda de dejar alguno que esté dañado y no pueda reconocerse por su situación profunda.

En cuanto al epiteloma del labio superior, como ya queda indicado, de cuatro casos, tres han sido mujeres y uno tan sólo hombre. De dichos tres casos, dos recayeron en una misma mujer que se presentó la primera vez en el hospital con el epiteloma en el labio superior cerca de la comisura: se hizo la extirpación mediante dos incisiones en V, conservando la mucosa que estaba sana, saliendo curada en poco tiempo; mas la reproducción no se hizo esperar, pues habiendo tomado el alta en 24 de Mayo del 79, volvió á ingresar en 20 de Octubre del mismo año, con la reproducción en el sitio de la primera operación y en los ganglios cervicales; operada de nuevo á los veinte días próximamente sucumbió de la caquexia. Este hecho demuestra una vez más que las operaciones en las afecciones cancerosas no deben realizarse cuando ya están afectados los ganglios profundos, pues en general, aunque se haga la extirpación de éstos, no puede tenerse la seguridad de eliminar todos los interesados, en cuyo caso no sirven más que para acelerar el desenlace fatal del padecimiento.

En los otros dos casos se hizo la extirpación con autoplastia, saliendo curados sin notable deformidad y no habiendo vuelto á saber de ellos.

PÉRDIDAS DE SUSTANCIA DEL CARRILLO

Á CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES EXTENSAS Y PROFUNDAS POR ANTRAX Ó PÚSTULAS MALIGNAS

Dos casos de esta naturaleza se nos han presentado en nuestra práctica, en los que para remediar la deformidad y las alteraciones funcionales consiguientes practicamos la autoplastia del carrillo. En los dos casos empleamos el mismo procedimiento que describimos extensamente en un artículo que publicamos en 1875 en el periódico *El Anfiteatro anatómico español*; y como en él se expone todo cuanto pudiéramos decir acerca del particular, juzgamos oportuno reproducirlo á continuación:

«El 28 de Octubre del año próximo pasado (1874) ingresó en la sección de cirugía del hospital provincial de la Misericordia o, oedlT ed

Cándida Alonso Solano, natural de Guadamur, pueblo de la misma provincia muy próximo á la capital, de 38 años de edad, casada, de buena salud habitual, de temperamento sanguíneo y que había dejado de lactar á una hija suya poco tiempo antes.

Al parecer, en consecuencia de un antrax que había padecido en el carrillo izquierdo, presentaba en éste á su ingreso una enorme escara, acompañada de la inflamación consiguiente en las partes circunvecinas, infarto de las glándulas parótida y submaxilar, y reacción febril proporcionada á estos desórdenes locales. A los pocos días establecióse supuración abundante, el proceso inflamatorio entró en su período de declinación, iniciándose muy luego el de eliminación de las escaras que terminó hacia el 8 de Noviembre.

La escara referida comprendía todo el espesor del labio y del carrillo y se extendía por abajo hasta la región supra-hiódea, y en profundidad hasta la rama horizontal de la mandíbula, cuya lámina externa se secuestró; por manera, que al eliminarse todos los tejidos mortificados, quedó una profunda y extensa herida, que entreabierta la boca, dejaba ver el canino y los dos ó tres primeros molares del lado afecto con sus bordes alveolares y parte de la rama horizontal de la mandíbula.

Pérdida de sustancia tan considerable, constituía para la paciente una gran deformidad, y además la imposibilitaba para la masticación é insalivación por el lado afecto. Buena prueba de esto era el encontrarse en las curas que diariamente se la hacían porciones de los alimentos en las piezas de apósito, las cuales se hallaban también empapadas por la saliva y los líquidos, que se la suministraban como bebida usual.

En tales circunstancias encontrábase el cirujano en el caso de resolver estos dos problemas: primero, determinar si la deformidad y la perturbación en los actos masticación é insalivación, producidas por la pérdida de sustancia, reclamaban por su entidad la intervención quirúrgica; y segundo, si los recursos quirúrgicos podrían tener inmediata aplicación en el presente caso, ya considerada la lesión en sí misma, ya en relación con las condiciones individuales de la paciente.

Examinando atentamente la deformidad, no podía menos de considerar, que recayendo en una mujer, aunque pobre y humilde, en buena edad y no desgraciada de rostro, no dejaría de afectarse su estado moral al comtemplarse, no sólo doforme y fea, sino asquerosa y repug-

nante con el continuo saliveo por la herida. Y en cuanto al defecto de los actos masticación é insalivación, viniendo en el caso actual acompañados por lo menos de la pérdida de la saliva parotídea de un lado, no dejarían tampoco de alterarse considerablemente las digestiones, por más que esta clase de saliva desempeñe un papel menos importante que la de las otras glándulas en los fenómenos químicos de la digestión. Perturbadas las digestiones, de temer era que esto, unido á la afección moral, hiciese que la nutrición se resintiese dentro de un plazo más ó menos largo y se engendrase tal vez uno de esos estados, que en la ciencia se conocen con el nombre de diatesis, los cuales tan fatales consecuencias acarrearán á los individuos que los contraen.

Era, pues, necesaria, en atención á esto, la intervención quirúrgica para remediar las lesiones existentes en nuestra enferma.

Los recursos con que la cirugía cuenta para esto, bien sabido es que son las operaciones conocidas con los nombres de *reorganizaciones*, *anaplastias*, ó *autoplastias*, por medio de las cuales «*el cirujano reforma ó reorganiza con más ó menos primor los órganos mutilados y los reconstituye en términos de rehabilitar funciones y disimular imperfecciones*», como dice en su nunca bien apreciado *Resumen de Cirugía* nuestro eminentísimo doctor D. Diego Argumosa, gloria de las más preclaras de la cirugía operatoria contemporánea.

Ya que he copiado las anteriores líneas, no puedo resistir al deseo de transcribir también un párrafo que se encuentra en la misma página de su excelente libro, siquiera por lo que influyó en mi ánimo para decidirme á practicar la operación que me está ocupando. Tratando de asignar el carácter que á la autoplastia corresponde, se expresa en estos términos: «*La oreja, que sufrió una separación completa, pendiente solamente de una lengüeta del pulpejo, el dedo y aun el brazo que quedaron divididos casi completamente, pendientes de un poco de piel... presentan reunidos de nuevo fenómenos admirables, testimonios insignes del inmenso poder del organismo; pero no son reorganizaciones, no son anaplastias. Hay en esto prodigios de la naturaleza, ayudada por el arte, pero no portentos del Arte auxiliado por la naturaleza como en la anaplastia. En ésta se eleva el Arte hasta las gradas de la Omnipotencia. El Criador esculpió el todo y el cirujano, aunque en escala más pequeña, esculpe en vivo.*»

Esta bellísima y valiente apología de la autoplastia me incitaba á practicar la operación en el caso actual, como incitaría al más tibio ó

menos entusiasta de las glorias quirúrgicas; pero esto mismo me imponía el sagrado deber, no sólo de medir antes bien mis escasas fuerzas, sino de examinar si la operación era realizable, ya por la pérdida de sustancia en sí misma, ya por las circunstancias individuales de la paciente: que no se alcanza gloria en el campo quirúrgico, procurando el bien de la humanidad que sufre y padece, sino cuando hay probabilidades, ya que nunca pueda contarse con una seguridad completa, de que el bien ha de resultar de nuestra intervención, pues como enseñaba otra lumbrera de la medicina española, nuestro queridísimo é inolvidable maestro el Dr. D. Vicente Asuero, «*el primer canon de la Terapéutica, es no hacer mal, y el segundo hacer bien*».

¿Era realizable la operación por las condiciones de la pérdida de sustancia en sí misma? Después de profunda meditación, y bien tomadas las medidas, encontramos posibilidad de restaurarla á pesar de su mucha extensión, pues la había para disecar un colgajo de suficientes dimensiones de la piel inmediata del cuello. Además, disecando solamente la piel y la capa muscular superficial, ningun órgano importante podía temerse interesar con el bisturí, siempre que se evitase el herir la vena yugular externa, y esto de ninguna manera podía suceder, no habiendo necesidad de hacer llegar hasta ella las incisiones que debían practicarse para trazar el colgajo. La superficie de la herida por otra parte, estaba en toda su extensión cubierta de mamelones celulo-vasculares de buen aspecto, y en excelentes condiciones para contraer adherencias con el futuro colgajo. Por todo esto, pues, no encontraba serias dificultades que se opusiesen á su realización.

¿Era practicable por las condiciones individuales de la paciente? Su constitución orgánica era buena, su vida y costumbres arregladas, excelente su salud habitual; y aunque sus fuerzas al ingresar en el hospital estaban notablemente quebrantadas, no sólo por su enfermedad, sino también por haber dejado de lactar en época muy cercana, habiendo mejorado su estado general á los pocos días bajo la influencia de un plan tónico, de esperar era que pudiese resistir la operación, tanto más cuanto que su disposición de ánimo, al reclamarla con insistencia diariamente, se prestaba mucho para obtener un éxito favorable.

¿Debía ejecutarse inmediatamente ó aplazarse para cuando las heridas estuviesen cicatrizadas? Cuestión es esta, como lo es siempre la

de la oportunidad de tiempo, la más delicada de la terapéutica; pero resuelto anteriormente el punto principal, que es el relativo á las fuerzas de la enferma, había una razón para no diferirla. Era esta que actualmente se hallaba la superficie de la herida, como antes se ha manifestado, en buenas condiciones para contraer adherencias con el coljago, y aplazándola, si bien la enferma ganaría en fuerzas, se perdería esta buena disposición.

Hechas estas consideraciones, de que no he podido prescindir si es que había de justificar la indicación de la operación en el caso presente, voy á ocuparme de describirla.

Y antes de esto, para mejor inteligencia, conviene hacerlo, siquiera sea á la ligera, de la pérdida de sustancia. Tal como aparece diseñada en la figura 1.^a, puede considerarse su contorno de forma irregular-



Fig. 1.^a

mente triangular con—un lado superior, formado por una banda

muy estrecha del labio inferior con su comisura íntegra, que se prolongaba por encima, y más allá de ésta, en una extensión como de unos tres centímetros,—un lado interno representado por una línea oblicua de dentro afuera, que partiendo al nivel del canino izquierdo, se extendiese por la parte lateral de la barba hasta más allá de la región submaxilar—y un lado externo formado por los tejidos del carrillo y de la región submaxilar.

La operación se practicó el 12 de Noviembre (1874) último (á los quince días de su ingreso en el hospital) previamente cloroformizada la enferma y consistió en lo siguiente:

1.º Partiendo del ángulo inferior de la herida, trazáronse en el cuello tres incisiones, representadas en la figura por las líneas *ab*, *bc*, y *cd*, que comprendían la piel y el tejido celular y el músculo cutáneo.

2.º Circunscrito de este modo un colgajo cuadrilátero *abcdm*, procedióse á su disección de abajo arriba y de dentro afuera; y como el lado externo de la herida *mp* se había procurado durante la eliminación de las escaras que no contrajese adherencias con los tejidos profundos, fué fácil este tiempo de la operación al desprender los tejidos del carrillo para reunir la disección de esta parte con la del cuello.

3.º Disecado, pues, este colgajo sin grandes dificultades, refrescáronse los bordes de la herida mediante una incisión representada por la línea *a'b'*, otra en la dirección *a' m*, que tuvo que hacerse con mucho cuidado por ser muy estrecha la tira del labio existente, que interesaba conservar por tener íntegra la comisura, y otra para regularizar la línea flexuosa *mp*.

4.º En seguida se hizo girar el colgajo alrededor del punto *d*, de manera que la línea *ab* coincidiese con la *a'b'* y el lado *mp* después de refrescado y regularizado con el *a' m*. De este modo las líneas *bc* y *cd* vinieron á ocupar la posición *b' c'* y *c' d*.

5.º Después de esto, se pusieron tres alfileres de oro para unir los bordes del colgajo en la barba y tres puntos de sutura entrecortada para unir los lados *am* y *mp*; y como este lado era más largo que su compañero, quedó en la parte externa de la comisura un pliegue, que hubiera podido fácilmente evitarse prolongando el lado *a' m*, pero no se hizo porque de este modo se disminuía la base del colgajo y se corría el riesgo de que se esfacelara por falta de nutrición.

La figura 2.^a representa la disposición en que quedaron las partes después de la operación.

En consecuencia de ella sobrevino una reacción febril moderada y todo siguió en buen estado hasta el tercer día, en que apareció erisipela, enfermedad á la sazón reinante en la localidad, que se extendió á toda la cara y cuero cabelludo. Se graduó bastante, pues llegó á subir

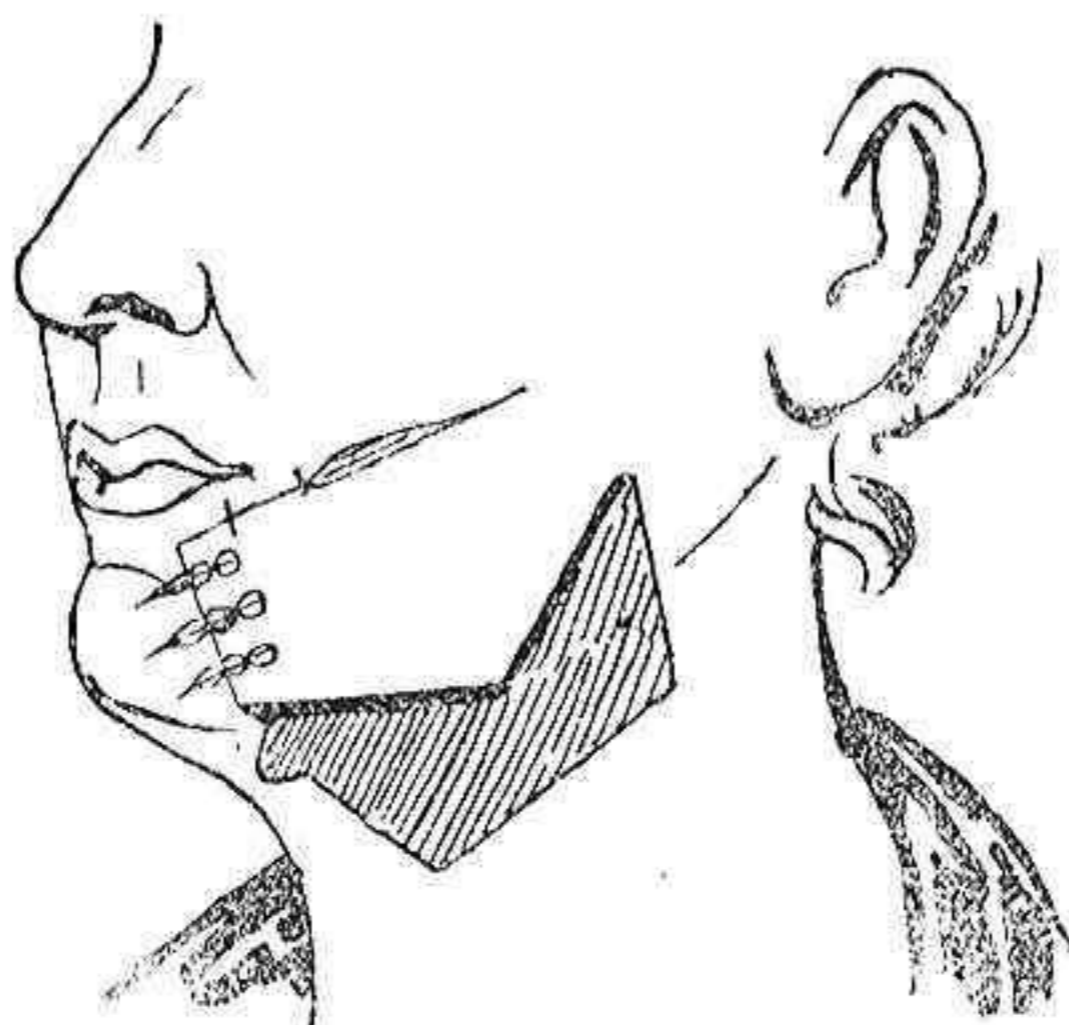


Fig. 2.^a

el termómetro á 41°; pero afortunadamente hizo su evolución de una manera regular y terminó en un septenario. A pesar de esto no se interrumpió el trabajo de cicatrización de las heridas; al cuarto día se quitaron los alfileres, más tarde los puntos de sutura y el 18 de Diciembre (al mes y seis días de la operación) tomó el alta completamente curada.

A mediados de Enero del corriente año (1875) he tenido la satisfacción de volverla á ver, habiéndose diseñado, tal como aparece en la figura 3.^a, la disposición en que han quedado definitivamente las partes.

Sus cicatrices están perfectamente consolidadas, y si no fuese por el pliegue de piel que ha quedado en la parte superior, que es de esperar disminuya algo con el tiempo merced al movimiento de la mandíbula, más libre cada día, apenas le quedaría deformidad alguna.

De todos modos, la enferma está muy contenta y agradecida, desem-



Fig. 3.^a

peña bien el acto de la masticación y su deformidad es insignificante comparada con la que sin la operación hubiera tenido.

Para terminar, réstame tan sólo hacer público mi reconocimiento hacia el joven médico de la beneficencia municipal y forense de esta ciudad D. Fernando Sánchez, por haberme prestado su concurso y ayuda en esta y otras varias operaciones, así como por haber tenido la amabilidad de diseñar con mucha fidelidad el presente caso en las tres figuras que acompañan.

Aunque mi elogio, en el afecto y amistad que le profeso, pueda parecer interesado, me permitiré decir de este profesor que, dada su aplicación, laboriosidad y entusiasmo científico, no es dudoso le esté reservado un brillante porvenir.»

ESTRECHEZ DE LA ABERTURA BUCAL

Aparte de los pocos casos en que la atrexia ó estrechez bucal es

congénita, puede sobrevenir accidentalmente en consecuencia de quemaduras, úlceras escrofulosas, noma etc. con adherencias de los labios á las encías y pérdidas de sustancia ó sin ellas.

En el único caso que hemos tenido ocasión de tratar, la estrechez había sobrevenido á consecuencia de ulceraciones de naturaleza escrofulosa en el labio y encía superiores: siendo dolorosos los movimientos, el sujeto, que era un niño de seis años, había procurado inmovilizar los labios durante mucho tiempo y así se produjo al mismo tiempo que la estrechez de la abertura bucal la adhesión del labio superior á la encía.

Para remediar los inconvenientes de esta situación, que á la vez producía deformidad y estorbaba la introducción de los alimentos y la masticación, hicimos una incisión en cada comisura, comprendiendo todo su espesor y en una extensión suficiente para agrandar la abertura bucal algo más de lo normal: en seguida desprendimos las adherencias del labio superior y después dimos puntos de sutura numerosos entre la mucosa y la piel á fin de evitar la nueva adhesión entre los bordes de las incisiones de las comisuras; colocando por fin con este mismo objeto un cuerpo intermedio entre la encía y el labio superior. El niño salió curado en poco más de 20 días.

ADHERENCIAS ENTRE LAS ENCÍAS Y EL CARRILLO CON IMPOSIBILIDAD DE ABRIR LA BOCA

En Diciembre de 1875 se presentó en la consulta pública del Hospital una niña de diez años, que por la blancura de la piel y de los cabellos y el color del iris podía calificarse de alvina, pues faltaba el pigmentum en estos órganos que es el rasgo característico del alvinismo. Estaba sumamente demacrada por alimentación insuficiente durante las dos ó tres semanas que llevaba de padecimiento. Había principiado éste, según referencia de su madre, por ulceraciones en el lado derecho de la boca que al principio la impedían abrirla con libertad y poco á poco se le había ido cerrando hasta juntarse las arcedas dentarias y ser completamente imposible la alimentación, en cuyo estado llevaba algunos días.

Hecha una atenta exploración con el dedo pequeño pudo éste ser

introducido entre el carrillo y los maxilares en el lado izquierdo, mas no en el derecho, en donde aparecieron fuertes adherencias cicatriciales entre el carrillo y las encías. Después de este examen no cabía duda de que se trataba de una constricción de las mandíbulas de causa cicatricial; debiendo, por tanto, consistir la terapéutica en el desbridamiento. La extensión de éste no podía precisarse *á priori*, porque no habiendo observado á la enferma durante el tiempo que padeció las ulceraciones en el carrillo y encías, y no siendo posible la exploración con el dedo, faltaba base para formar juicio de la extensión de las adherencias. Con todo, decidimos operarla y lo efectuamos del modo siguiente: Introducido el dedo pequeño cerca de la comisura derecha, hicimos pasar por debajo de él la tijera corva con la convexidad mirando hacia afuera, y de este modo seccionamos las bridas más accesibles, así en la encía superior como en la inferior; después siguió avanzando el dedo hasta las últimas muelas, y á medida que lo hacía hacíamos obrar la tijera del mismo modo, hasta que fué posible una ligera separación de las mandíbulas: entonces reemplazamos la tijera con el bisturí, y dirigiendo el corte entre el carrillo y las encías, rasando éstas, seccionamos una cicatriz resistente que comprendía desde el segundo incisivo hasta el último molar, así en la mandíbula superior como en la inferior: después de estas primeras incisiones, las profundizamos á pequeños cortes lentamente, hasta graduar con el dedo el espacio que debía quedar entre el carrillo y las encías, de suerte que fuese igual al del lado sano, y cuando nos pareció haberlo conseguido y la niña pudo abrir completamente la boca, dimos por terminada nuestra intervención, no sin haber colocado antes entre el carrillo y las encías para evitar su nueva adhesión un cuerpo intermedio, hilas mojadas en una disolución fenicada. La niña debió estar mucho tiempo con la boca cerrada á juzgar por una densa corteza de sales calcáreas adheridas á los dientes y muelas, la cual quitamos en parte mecánicamente por el raspado y en parte con lavatorios de agua acidulada con ácido nítrico.

Otro caso análogo se nos presentó en 1884 en un niño de dos años, pero la formación de la cicatriz era de fecha mucho más reciente, por cuyo motivo pudimos destruir las adherencias con el dedo al efectuar la exploración de la boca para formar juicio de la causa que le impedía abrirla. No colocamos cuerpo intermedio para evitar nueva adhesión por la corta edad del niño, limitándonos á aconsejar á la madre

que le hiciese abrir la boca muchas veces al día y pasase el dedo entre el carrillo y las encías, y aunque de este modo se retardó algo la cicatrización, antes de un mes salía completamente curado.

Tumores de las encías

Los tumores de las encías se han designado con diversos nombres; *épulis* que literalmente del griego significa sobre la encía; *fungus* y *fungus hematodes*, por su aspecto fungoso; tumores mielopláxicos por entrar en su constitución en muchas ocasiones los elementos histológicos de la médula del hueso mieloplaxos y medulóceles. Pueden clasificarse en dos grupos: benignos y malignos. Los primeros, en su inmensa mayoría, pertenecen á la clase de los sarcomas, pues aunque también pueden comprenderse en ellos los aneurismas de las arterias dentarias, estos son raros; sólo se registran dos observaciones. Los malignos están incluídos en el epitelioma.

A simple vista es difícil distinguir el epitelioma del sarcoma de esta región, pues su aspecto exterior es casi idéntico en el primer período, más tarde el aspecto lobulado del epitelioma, su rápida evolución y sobre todo el infarto de los ganglios cervicales son caracteres suficientes para establecer su distinción del sarcoma.

Los cuatro casos de tumores de las encías que hemos tenido ocasión de tratar han sido clasificados de mielopláxicos, fundándonos más bien en los caracteres exteriores que en el análisis histológico. Otra circunstancia que hemos tenido en cuenta para adoptar esta denominación es la de que los sarcomas de células mieloides son los más frecuentes de esta región. Su asiento primitivo es el periostio alvéolo-dentario ó de los espacios interdentarios, después aparece en la encía bajo la forma de una pequeña excrecencia lisa, redondeada, indolente, de color rojo, más ó menos pronunciado y del tamaño de un garbanzo ó una cereza, empujando á veces los dientes y haciéndolos caer. Tienen poca tendencia estos tumores á invadir el hueso y lo más que se extienden en la encía es á la mitad de una mandíbula. Abandonados á sí mismos se ulceran, lo cual ocurre rara vez, porque la dificultad de la masticación, cuando no la preocupación del paciente, le hacen acudir en demanda de los auxilios de la terapéutica.

Consiste ésta en la excisión simple y la resección del borde alveolar, seguidas ó no de cauterización con el termo-cauterio. De los cuatro casos operados, en uno, después de haber hecho la excisión por dos veces, el tumor se reprodujo al poco tiempo, y esto nos obligó á hacer la extracción de dientes y muelas, y después de nueva excisión la cauterización con el termo-cauterio. En los otros tres no sobrevino que sepamos la reproducción.

Operaciones especiales

(Continuación)

DE LA BOCA Y SUS DEPENDENCIAS 1.º Labios, carrillos, encías.

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICO.	Operación — Método. — Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.	
1	Santiago Morales	Manzanque	10	»	Necrosis del borde alveolar con pérdida de sustancia del labio inferior hasta la barba.	Refreseamiento de los bordes y sutura como para el labio leporino.	»	10 Nov. 74	18 Dic. 74	Curación.
2	Juana Córdova	S.ª Ana de Pusa	63	C.	Úlcera labio inf. pérdida de sustancia.	Id. id.	»	1.º Oct. 75	19 Oct. 75	Id.
3	Cesárea Miguel	Toledo	9	»	Pérdida de sustancia del labio inferior y adherencias á la encía.	Id. id.	4 Feb. 81	7 Feb. 81	23 Feb. 81	Id.
4	Una joven	Polán	16	S.	Cicatriz indurada en la barba.	Extirpación y sutura.	»	Mayo 82	»	Id.
5	José Jaramillo	Pueblanueva	58	V.	Epitelioma del labio inferior.	Extirpación de la mayor parte del labio. Queiloplastia procedimiento de Buchanan.	»	3 Julio 73	25 Jul. 73	Id.
6	Martín Mencia	Navalucillos	40	C.	Pequeño epitelioma labio inferior.	Excisión semilunar.	»	17 Oct. 73	13 Nov. 73	Id.
7	Benito Carrasco	Noez	49	C.	Id. id.	Id. id.	»	8 Abril 74	19 Abl. 74	Id.
8	Id. id.	Id.	49	C.	Id. reproducido.	Extirpación en V y sutura con alfileres.	»	31 Dic. 74	11 En.º 75	Id.
9	Manuel Pérez	Torrijos	58	C.	Epitelioma labio inferior.	Id. id.	»	8 Feb. 75	12 Mar. 75	Id.
10	Bernadino Cano	San Pablo	38	C.	Id. id.	Excisión semilunar.	»	12 Mar. 75	8 Abl. 75	Id.
11	Manuel Sánchez	Novés	56	C.	Id. id.	Extirpación en V y alfileres.	»	7 Ag. 75	25 Ag. 75	Id.
12	Casimiro Madrigal	Illescas	63	S.	Induración callosa labio inferior.	Id. semilunar.	»	25 Ag. 75	13 Set. 75	Id.
13	Alfonso Martín	Navahermosa	36	C.	Pequeño epitelioma labio inferior.	Id. id.	»	6 Nov. 75	22 Nov. 75	Id.
14	Justo Romero	P.ª de D. Fadrique	60	V.	Epitelomia labio inferior.	Id. en V y alfileres.	»	25 Oct. 75	21 Nov. 75	Id.
15	Romualdo Paje	Puebla Montalbán	56	V.	Id. id.	Id. semilunar.	»	15.º Oct. 75	19 Nov. 75	Id.
16	Casimiro Madrigal	Illescas	63	S.	Id. reproducido.	Id. en V y alfileres.	»	18 Dic. 75	1 En.º 76	Id.
17	Gregorio González	Puebla Montalbán	38	C.	Producción cornea labio inferior.	Excisión semilunar.	»	24 Feb. 76	14 Mar. 76	Id.
18	Gregorio Ralero	H.ª Valdecarábans	54	V.	Epitelioma labio inferior.	Extirpación en V y alfileres.	»	25 Mar. 76	6 Abl. 76	Id.
19	Gregorio Carrasco	Argés	48	V.	Úlceración cicatriz antigua labio inf.	Id. semilunar.	»	31 Mar. 76	10 Abl. 76	Id.
20	Eustaquio Orgaz	Puebla Montalbán	52	C.	Pequeño epitelioma labio inferior.	Id. id.	»	26 Set. 76	10 Oct. 76	Id.
21	Francisco Villarreal	Carpio de Tajo	56	C.	Id. id.	Extirpación en V, prolongación de una comisura y alfileres.	»	6 Dic. 76	20 Dic. 76	Id.
22	Pantaleón García	Menasalbas	60	C.	Id. id.	Id. id. id.	»	26 Ag. 77	14 Set. 77	Id.
23	Rosa Cañamero	Menasalbas	60	C.	Id. id.	Excisión semilunar.	»	12 Set. 77	7 Oct. 77	Id.
24	Bernardino Cano	San Pablo	40	C.	Epitelioma labio inferior.	Extirpación en V con prolongación de las comisuras y alfileres.	»	»	23 Nov. 77	Id.
25	Cirilo Sánchez	Gálvez	62	C.	Id. id.	Id. id. id.	»	15 Oct. 77	6 Nov. 77	Id.
26	Bernardino Cano	San Pablo	40	C.	Id. reproducido labio inferior.	Extirpación y autoplastia.	»	14 Mar. 78	8 Abl. 78	Id.
27	Francisco Fernández	H.º de los Montes	60	C.	Pequeño epitelioma labio inferior.	Excisión semilunar.	3 Ag.º 78	4 Set. 78	30 Set. 78	Id.
28	Gregorio Ralero	H.ª Valdecarábans	58	V.	Epitelioma labio inf. reproducido.	Extirpación en V y alfileres.	24 Ag.º 78	Enero 79	24 Mar. 79	Id.
29	Hilario Corvera	Villaf.ª Caballeros	59	C.	Id. id.	Excisión semilunar.	23 Ag.º 79	16 Set. 79	5 Oct. 79	Id.
30	Aniceto Megía	»	40	C.	Epitelioma comisura labio inf. y ganglios submaxilares línea media.	Extirpación en V y de los ganglios alfileres.	31 Dic. 79	31 Dic. 79	15 En.º 80	Id.
31	León Martín	Bargas	64	C.	Epitelioma labio inferior.	Id. id. id.	1.º Mar 80	5 Mar. 80	24 Mar. 80	Id.
32	Francisco Pérez Barón	S.ª M.ª de Villamor	55	»	Pequeño epitelioma labio inferior.	Excisión semilunar.	26 May 80	28 May 80	8 Jun. 80	Id.
33	Pío Sánchez Magestad	Mora	61	C.	Epitelioma labio inferior.	Extirpación en V y prolongación de la comisura.	26 Oct. 80	27 Oct. 80	13 Nov. 80	Id.

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICO.
34 Rufino Villasevil.	Bargas.	62	C.	Epitelioma labio inf. comisura izq. ^a
35 Mariano Díaz.	Argés.	82	V.	Id. id. id.
36 Pedro Saavedra.	Mora.	46	C.	Epitelioma pequeño labio inferior.
37 Celestino Sierra.	Bargas.	43	C.	Id. id.
38 Ramón Fernández.	Nombela.	56	V.	Id. id.
39 Pablo González.	Navalucillos.	56	C.	Id. id.
40 Juan del Olmo Tenorio.	Torrijos.	48	»	Id. id.
41 Sabina Martín.	Mocejón.	58	V.	Id. id.
42 Pedro Montero.	Almoróx.	68	V.	Id. id.
43 León López.	Puebla Montalbán.	58	C.	Epitelioma de la mayor parte labio inferior.
44 Vicente Sánchez.	Casar de Escalona.	50	C.	Id. pequeño.
45 Manuel Pérez.	Navalucillos.	59	V.	Id. id.
46 Juan del Cerro.	H.º de los Montes.	55	C.	Id. id.
47 Pedro López.	Noez.	69	C.	Id. id.
48 Blas Corroto.	Gálvez.	37	C.	Id. id.
49 Sabina Martín.	Mocejón.	61	C.	Epitelioma reproducido labio inf.
50 Lucio Toro.	Alía (Cáceres).	65	C.	Id. id. id.
51 Vicente Paniagua.	Polán.	64	V.	Epitelioma labio inferior.
52 Florencio Nieto.	Carranque.	50	C.	Epitelioma labio inferior comisura derecha.
53 Isidro Caño.	Novés.	50	C.	Epitelioma labio inferior comisura derecha. Ganglios submaxilares.
54 Lucio Herrero.	Orgaz.	70	V.	Id. id. id.
55 Bartolomé F. Mínguez.	Novés.	42	C.	Pequeño epitelioma labio inferior.
56 Sabas Cerro.	Bargas.	63	C.	Id. id. id.
57 Gabina Martín.	Mocejón.	60	C.	Epitelioma labio inferior.
58 Santiago Galiano.	Burguillos.	58	»	Id. comisura derecha labio inferior.
59 Vicente López.	Mora.	56	C.	Id. labio inferior.
60 N. Nieto.	Manzanque.	56	C.	Id. id.
61 Francisco de la Peña.	Mora.	62	»	Epitelioma comisura izquierda labio inferior.
62 Segundo Morales.	Totánés.	64	V.	Id. id.
63 N. Luengo.	Oropesa.	54	»	Id. id.
64 N. N.	Mocejón.	48	C.	Id. id.
65 Antonia Miguel.	Mora.	66	V.	Id. comisura derecha labio superior.
66 Antonia Miguel.	Mora.	66	V.	Carcinoma reproducido comisura izquierda. Ganglios submaxilares.
67 Francisco Ayllón.	Rielves.	50	C.	Epitelioma labio superior.
68 Petra Colmenero.	Consuegra.	60	V.	Id. id.
69 Cándida Alonso.	Guadamur.	38	C.	Pérdida de sustancia parte inferior del carrillo izquierdo de una caracterización profunda.

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Extirpación en V y alfileres	13Feb.81	16Feb.81	5 Mar. 81	Id.
Id. id.	18Ag. 81	25 Ag. 81	20 Set. 81	Id.
Incisión semilunar	3 Oct. 81	3 Oct. 81	20 Oct.81	Id.
Id. id.	15 Abl.82	15 Abl.82	5 May 82	Id.
Extirpación en V con prolongación de comisura y alfileres	16En.º83	16 En.º83	29En.º83	Def. de fiebre perniciosa.
Id. id. id.	17 Set. 83	17 Set. 83	1.ºOct.83	Curación.
Incisión semilunar	16 Oct.83	16 Oct.83	8 Nov. 83	Id.
Extirpación y alfileres.	16Nov.83	27Nov.83	1.ºDic.83	Id.
Incisión semilunar.	13 Dic. 83	18 Dic.83	11En.º84	Id.
Extirpación y autoplastia	5Mayo84	6Mayo84	27May84	Id.
Id. semilunar y sutura	24 Set. 84	25 Set. 84	18Oct. 84	Id.
Id. en V y alfileres.	25 Oct.84	28Oct. 84	7 Nov. 84	Id.
Id. semilunar y sutura	17En.º85	20 En.º85	5 Feb. 85	Id.
Id. id.	24 Abl.85	24 Abl.85	30 Abl.85	Id.
Id. id.	18 Abl.85	18 Abl.85	7 May.85	Id.
Extirpación en V con prolongación de la comisura y alfileres.	12 Abl.85	17 Abl.85	10May85	Id.
Id. id. id.	9Mayo85	13May 85	4 Jun. 85	Id.
Extirpación procedimiento de Sime y de un ganglio submaxilar.	11May85	12May 85	12Jun.85	Id.
Id. en V y alfileres	10Jun.85	12Jun.85	23Jun.85	Id.
Extirpación en V de los ganglios. Alfileres.	10Jun.85	12Jun.85	23Jun.85	Id.
Id. y autoplastia.	15Abl.86	2Mayo86	22May86	Id.
Id. incisión semilunar sutura piel y mucosa.	20May86	20May86	24May86	Id.
Id. id. id.	1.ºJul. 86	7 Julio 86	18 Jul. 86	Id.
Id. en V y alfileres	31 Oct.86	4 Nov. 86	28Nov.86	Id.
Id. id.	31 Oct.86	2 Nov. 86	6 Dic. 86	Id.
Id. incisión semilunar.	24Feb.87	26Feb.87	17Mar.87	Id.
Id. en V y sutura.	»	Oct 83	»	Id.
Id. id.	»	Mayo 84	»	Id.
Id. id.	»	Julio 79	»	Id.
Id. id.	»	Set. 83	»	Id.
Id. id.	»	Oct. 79	»	Id.
Id. en V conservando la mucosa.	3Mayo79	5 May 79	24 May79	Id. sin deformidad
Id. del tumor y ganglios.	20Oct. 79	29 Oct.79	17Nov.79	Defunción por caquexia
Id. en V y alfileres.	»	23 Ag. 77	12 Oct.77	Curación.
Id. de más de la mitad del labio y autoplastia.	6 Ag.º 83	18 Ag. 83	30 Oct. 83	Id.
Autoplastia del carrillo.	»	Nov. 74	Dic. 74	Id.

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado	DIAGNÓSTICO.
70 Mariano Revenga	Noez	34	C.	Id. id. id.
71 Anselma Virriales	Toledo	10	»	Adherencias del carrillo á las encías é imposibilidad abrir la boca.
72 Antonio García	Ajofrín	2	»	Id. id. id.
73 Pablo Pérez	Bargas	6	»	Estrechez de la abertura bucal con adherencias de la encía al labio sup.
74 Juana Miguel	Torrijos	49	C.	Tumor mielopláxico borde alveolar superior.
75 Feliciano Cedillo	Mocejón	33	C.	Id. id. borde alveolar inferior.
76 Romualdo Aguado	Ollas	60	C.	Id. id. id.
77 José Herrero	Meiyeiro (Lugo)	11	»	Id. id. id.

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Id. id.	7 En.º 80	Abril 80	31May80	Id.
Desbridamiento	»	Dbre. 75	9 En.º 76	Id.
Rotura de las adherencias con los dedos.	22Abl.84	22Abl.84	18May84	Id.
Dilatación de las comisuras y separación de las adherencias.	25May84	25May84	17Jun.84	Id.
Extirpación del tumor previa extracción de dos incisivos y un molar.	25Jun.82	7 Jul. 82	25 Jul.82	Id.
Resección del borde alveolar previa extracción de tres incisivos.	25Feb.83	26Feb.83	16Mar.83	Id.
Resección del borde alveolar y toque de termo cauterio.	24Feb.85	24Feb.85	4 Mar. 85	Id.
Extirpación.	27May86	4Junio86	25Jun.86	Id.

Acción tóxica de la cocaína usada como anestésico local

En los números 2 y 9 de esta publicación hemos dado á conocer algunos casos prácticos en que ha sido empleado el clorhidrato de cocaína en inyección hipodérmica para producir la anestesia, encomiando sus ventajas sobre los demás anestésicos locales y aun sobre el cloroformo en las operaciones quirúrgicas pequeñas. Desde entonces hemos seguido empleándole siempre con resultados satisfactorios en operaciones análogas á las citadas, tales como fístulas de ano simples, extirpación de tumores pequeños, amputaciones de dedos etc. á las dosis de 5, 6 y hasta 8 centigramos en otras tantas inyecciones hipodérmicas, á centigramo por gramo, ó sea al 1 por 100.

Habiendo elevado recientemente la dosis á 15 centigramos en el hecho clínico de que ahora voy á ocuparme, han sobrevenido accidentes graves que me apresuro á publicar para que al lado de las ventajas de dicha sustancia en la anestesia local figuren sus inconvenientes.

A principios del mes de Mayo se nos presentó en el Hospital el enfermo Claudio Alameda, de quien en los números 14 y 15 de nuestra Revista nos hemos ocupado al tratar de las rinoplastias. Su epitelioma había vuelto á reproducirse, ocupando el tumor, del volumen como un huevo de paloma, la parte superior de la nariz. Proponiéndonos efectuar su extirpación con rinoplastía sacando el colgajo de la frente, y no siendo posible la anestesia por medio del cloroformo durante todo el tiempo que durase la operación, como sucede en las que se practican en la boca y en fosas nasales, pensamos en la anestesia local por medio de la cocaína é hicimos preparar una disolución de 15 centigramos de clorhidrato de cocaína en 15 gramos de agua. Llegado el momento de la operación, principiamos por hacerle quince inyecciones, unas superficiales y otras profundas, en los sitios que debían ser interesados por el corte del bisturí, así en la extirpación del tumor como en la autoplastía: en seguida, dejando transcurrir unos diez minutos, efectuamos ambas operaciones sin contratiempo alguno y con excasísimo dolor del paciente. La hemorragia no fué muy considerable: sólo se hicieron dos ligaduras de vasos pequeños y la capi-

lar fué cohibida con el lavado de las superficies cruentas con una disolución de antipirina al por 5 por 100.

Colocado el apósito correspondiente y al tiempo de ser trasladado el enfermo á su cama, unos tres cuartos de hora después de puestas las inyecciones, principió á quejarse de pesadez de cabeza y vértigos; examinado atentamente había palidez general, descomposición del semblante, refrigeración periférica, pulso filiforme al principio y poco después falta completa en ambas radiales, lentitud en la respiración, latidos cardiacos apenas perceptibles por la auscultación. Ante este cuadro aterrador, desde luego pensamos que debía atribuirse á la absorción de los 15 centigramos de cocaina, pues no debía depender de la hemorragia que había sido poco considerable, ni de la conmoción nerviosa en consecuencia del trahumatismo, pues este enfermo había sufrido otras tres operaciones iguales ó mayores que la actual sin la menor alteración. Meditando después con detenimiento sobre el particular, no tenemos duda de que los fenómenos observados fueron debidos á la cocaina, que como todos los alcaloides, lleva su acción á los centros nerviosos, dando lugar á fenómenos de parálisis por parte de la respiración y de la circulación. Y como lo que más impresionaba en aquellos momentos era la parálisis cardíaca que se venía encima, contra ella dirigimos la terapéutica, que consistió en inyecciones hipodérmicas de éter en número de tres con intervalo de una hora, calentadores á las extremidades y al tronco, jarabe de cafeína una cucharada cada hora, caldos calientes y vino generoso cada media hora. Con estos recursos el pulso fué restableciéndose poco á poco y todos los fenómenos tóxicos fueron cediendo y á las cuatro horas el enfermo había recobrado su estado normal.

De lo expuesto resulta el hecho de que la cocaina es tóxica á la dosis de 15 á 20 centigramos en inyección hipodérmica, y como esta acción tóxica venía señalándose por los observadores á una dosis mucho más elevada, gramo y medio á dos gramos, por la vía de las mucosas, como hay Cirujanos que la emplean en pulverización durante las operaciones, y en esta forma no es posible calcular qué cantidad será absorbida, hemos creído conveniente dar á conocer esta observación para llamar la atención del público médico sobre los inconvenientes y peligros del uso de esta sustancia.

Enfermedades palúdicas

(Continuación)

Se observa, no obstante, frecuentemente, en las enfermedades palúdicas, pues á ellas debo referirme exclusivamente, que no todas invaden del mismo modo, pareciendo en algunas formas como que existe realmente ese llamado período prodrómico, puesto que algunos enfermos se quejan de cefalalgia, quebrantamiento general de fuerzas, anorexia, etc., antes de ser invadidos de la enfermedad; pero no cabe dudar sean estas manifestaciones anormales los primeros síntomas de la misma, toda vez que estos mismos síntomas se presentan en gran número de casos cada vez que va á comenzar un nuevo acceso de la enfermedad. ¿Qué médico familiarizado con la observación de fiebres accesionales, por ejemplo, no habrá oído mil y mil veces de labios del mismo enfermo antes de llegado el estado del frío de cada acceso febril, anunciar su pronta aparición por esos signos llamados prodrómicos?

Creo que la gran mayoría de los prácticos en estas enfermedades habrán comprobado esto, y, si cierto es, hay que convenir que los pródromos no son entonces como la introducción de la enfermedad, como se pretende, sino los primeros síntomas de cada uno de sus accesos, á no ser que se conceptúe á cada manifestación accesimal como una nueva enfermedad.

No niego que esta especie de introito patológico, ó primeros síntomas, faltan en algunos casos de curso regular, que es donde exclusivamente he podido, algunas veces, observarlos; pero hay que tener presente que suelen pasar las más veces desapercibidos por el mismo enfermo, y en cuanto al médico, como no procure comprobar su existencia con un detenido interrogatorio, en muchos casos, creerá que han faltado. La mayor ó menor susceptibilidad del enfermo puede ocultar al médico los primeros síntomas de la enfermedad y creer por tanto que ha empezado repentinamente.

En suma, en lo que al paludismo se refiere, puedo asegurar que nunca he observado el período prodrómico propiamente tal y como le entienden la generalidad de los patólogos, así que sólo acepto lo que

la práctica enseña diariamente, es decir, que el paludismo que sigue las leyes patológicas que le son propias, suele manifestarse con sus primeros síntomas poco intensos, pero propios de la aparición de la enfermedad y de cada uno de sus accesos.

El termómetro nos evidencia que la enfermedad principia aun antes que los supuestos pródromos, como veremos cuando tratemos del ciclo térmico que siguen estas fiebres y basta con lo expuesto para justificar mi opinión en este asunto que no he querido excusar, no sólo por la importancia que puede entrañar en cuanto á la seguridad del diagnóstico, sino porque donde todos la han omitido es justo que yo la exponga atendiendo á lo observado constantemente en la clínica.

Ahora volvamos á las fiebres intermitentes regulares; pero como este artículo va resultando kilométrico y por tanto pesado, dejaremos para otro su descripción.

Fiebres intermitentes regulares benignas. Ya hemos dicho anteriormente lo que debe entenderse por fiebre regular accesional, así que desde luego empezaremos á describir las dos formas clínicas que pueden afectar las fiebres regulares.

Caracterízase la forma benigna de estas fiebres por aparecer á nuestra observación con tres períodos ó estadios diferentes y sucesivos, conocidos de todos, y que, como es sabido, al primero ó inicial se le denomina de frío; al segundo, de calor; terminando el acceso febril con el tercero ó de sudor, quedando el enfermo, finalizado este último, en un período de descanso, en el que se verifican en él todas sus funciones orgánicas como en el estado de salud perfecta. Denomínase este paréntesis, período de apirexia por la carencia de fiebre, pudiendo ser más ó menos largo, circunstancia que sirve para distinguir los diferentes tipos que puede afectar la enfermedad.

El estadio del frío en esta forma febril ofrece alguna variedad digna de tenerse en cuenta; generalmente según las condiciones del sujeto atacado, así se nos ofrece á la observación más ó menos modificado. En los individuos robustos y fuertes de gran impulso circulatorio por el que la sangre al ser repelida al interior por la mayor energía contractil de las fibras musculares de la red vascular periférica, desde luego se comprende perfectamente que sus síntomas propios han de desarrollarse con mayor energía. Por el contrario, en los sujetos débiles, especialmente en niños y viejos, de temperamento linfático, pocas veces se observa ese temblor intenso con castañeteo de dientes,

horripilaciones, etc. etc. que caracteriza este período de la fiebre. La mayor ó menor energía de la sintomatología del primer estadio febril suele estar en razón directa de la edad, temperamento, sexo, constitución, etc. de los sujetos invadidos. Muchas veces parece como que falta el período del frío, pero el médico atento podrá observar que las manos, pies, orejas y punta de la nariz están más frías que de ordinario al poner la mano sobre dichas regiones, y si á esto añadimos la mayor palidez del semblante, lo amoratado de los labios, cierto hundimiento de los ojos, cuya mirada suele ser más lánguida, podrá asegurarse con certeza el diagnóstico del primer estadio de esta fiebre.

Los estadios segundo y tercero, ó sean el del calor y el de sudor en las fiebres intermitentes benignas regulares, siempre guardan íntima relación con el del frío ó inicial; así, serán tanto más violentos los síntomas de éstos, cuanto que más exagerado é intenso sea el primero. Estos tres períodos se ligan íntimamente por la intensidad de sus síntomas, puesto que son tres distintos grados de un mismo proceso morboso, cuya sucesión regular está subordinada á la ley de la vida que es siempre idéntica, correspondiendo la fuerza de reacción á la de acción.

En cuanto á los detalles de la sintomatología en la fiebre que me ocupa, resultaría por demás pesado y enojoso que de ellos nos ocupáramos, toda vez que no habrá ningún médico que no haya visto y tratado una fiebre accesional regular benigna, á más de que se puede decir bien poco que merezca especial mención fuera de lo que todo el mundo sabe; pero, no obstante, de una cosa por demás interesante, he de ocuparme, me refiero al ciclo-térmico que ordinariamente siguen estas fiebres.

El grado térmico en las enfermedades febriles y las oscilaciones que en el curso de las mismas puede experimentar el calor, es de suma importancia para su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. La fisiología nos demuestra que la vida no puede prolongarse mucho tiempo con temperaturas constantes superiores á 41° 5 centígrados, porque nuestros elementos orgánicos sufren profundas é irremediables alteraciones, así que la cifra térmica febril compatible con la vida oscila entre los 38° á los 41° ó 42° centígrados, ó sea en tres grados y medio á cuatro ascendiendo á contar de la cifra fisiológica. Este aumento gradual ó súbito de temperatura hasta llegar á la hipertermia, raras veces compatible con la vida, y el descenso más ó menos rápido

del calor febril hasta la cifra normal, ó á más baja todavía, en el curso de los procesos febriles, caracteriza su forma clínica.

Admítense generalmente cuatro tipos febriles según las oscilaciones térmicas conceptuadas como patológicas, denominados: continuo cuando la oscilación no excede de un grado relativamente á la máxima y mínima temperatura febril; remitente, cuando estas oscilaciones son de uno á tres grados; intermitente, cuando el ciclo febril dura cierto número de horas, dejando intervalos más ó menos largos de completa apirexia; y recurrente, siempre que los accesos febriles duren de cinco á siete días, siendo seguidos de una apirexia de la misma duración, para dar lugar á otro acceso de fiebre igual al primero, sucediéndose así, dos, tres ó más paroxismos febriles.

En toda enfermedad febril hay precisión de estudiar las modalidades que experimenta la temperatura durante su curso para deducir las consecuencias clínicas que son peculiares á cada forma en particular.

En las fiebres intermitentes hay que considerar tres estadios térmicos bien definidos. El acceso febril se inicia por un escalofrío más ó menos violento y prolongado, al que sigue el período de calor para terminar por el de sudor: las oscilaciones térmicas de estos tres estadios son bien manifiestas; la temperatura asciende á su grado más alto al iniciarse el primer estadio para descender algo durante el mismo, elevándose otra vez al máximum al principiar el segundo y volver á descender gradualmente desde que principia el período de sudor ó finál de la accesión.

(Continuará)

Puebla de Montalbán y Mayo de 1889.

TOMÁS DE ECHEVARRÍA.

CRÓNICA

Libros recibidos.—*Manual de enfermedades venéreas y sífilíticas*, por el Profesor Aquiles Breda, director del Instituto dermatológico de Padua, versión española de la última edición italiana por el Dr. D. M. Carreras y Sanchis, Médico de la Asociación de escritores y artistas, Profesor del Fomento de las Artes, premiado con diploma de

1.^a clase en la Exposición literaria y artística de 1885-86, adicionado con notas por el Dr. D. Baltasar Hernández Briz, Médico de número del Hospital general, Jefe de la consulta de enfermedades de los niños (sección de Cirugía) en dicho Hospital, ex Médico agregado del Hospital de la Princesa, etc.

Se han recibido los dos últimos cuadernos (4.^o y 5.^o) de esta importante obra, que con los anteriores, forman un tomo de 360 páginas en 4.^o mayor, buena impresión y excelente papel, que al precio de 6 pesetas en Madrid y 7 en provincias se vende en la librería de los editores Robles y Compañía, Magdalena 13, y en las principales de España y América.

Terapéutica moderna de la tisis pulmonar, por D. Federico Gómez de la Mata, fundador de la Sociedad española de Terapéutica, miembro de la Sociedad española de Laringología, Director del periódico de Terapéutica *Los Nuevos remedios*, autor de varias obras científicas premiadas en la Exposición literaria y por el ilustre Colegio de Farmacéuticos de Madrid, Socio honorario del mismo, corresponsal de las Reales Academias de Medicina de Barcelona, Cádiz y Vitoria, de la Sociedad farmacéutica lusitana etc. Forma esta monografía un tomo de 208 páginas, de la cual hemos de hacer un juicio crítico especial y que se vende al precio de 4 pesetas en Madrid, casa del autor, San Mateo, 2, 3.^o, y de 5 en provincias en las principales librerías.

Pasado, presente y porvenir de las Farmacopeas.—Discurso leído en la sesión inaugural de la Academia de Medicina de Valencia en 29 Enero de 1889 por el Dr. D. Vicente Peset y Cervera, Profesor auxiliar de aquella Universidad, ex director del laboratorio judicial de Madrid etc. etc.

Trabajos prácticos efectuados en el Anfiteatro anatómico, en los laboratorios, en las clínicas y en la policlínica de la Escuela de Medicina de Sevilla durante el curso de 1887 al 88. Es un trabajo que honra sobremanera á la Escuela libre de Medicina de Sevilla, digno de ser imitado por las oficiales y del que hemos de ocuparnos detenidamente en uno de los números próximos.

Baja sensible

Ha dejado de publicarse nuestro colega de Madrid, *Los Avisos Sanitarios*, dirigido por nuestro querido amigo el Sr. D. Pablo Fernández Izquierdo, á quien damos con este motivo el más sentido pésame.



LA MARCA

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 DOMILIO

En el último año se han vendido

MÁS DE DOS MILLONES DE PURGAS

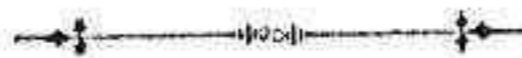
La clínica es la gran piedra de toque en las aguas minerales y ésta cuenta **36 años de uso general y con grandes resultados** para las enfermedades que expresa la etiqueta.

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, aga, ricina, antifebrina, calavarina, curare y curarina, cocaina, duvoisina, digitalina, eserina, eucaliptol, morfina y sus sales, pilocarpina (nitrato), quinina y sus sales más modernas, el terpinol, el iodol, la diastasa, 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 Il^{re}. 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 hidrargírico «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 habia 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. B. El Presidente, *Bartolomé Robert* —El Secretario perpetuo, *Luis Suñe*.

ELIXIR MORRHUOL «CASTILLO»

La Il^{re}. Academia Médico-farmacéutica, donde ha sido presentado el Elixir y grajeas Morrhuol 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: Morrhuol, 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 Morrhuol (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. Florentino Jimeno.—El Presidente, Dr. Nicolás Homs.—El Secretario, Dr. Estanislao Andreu.»

Tenemos también preparados Elixir Morrhuol con peptonato de hierro y las grajeas Morrhuol 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.

M. G. del Castillo
MARCA REGISTRADA

Vino y Jarabe de Dusart

CON LACTO-FOSFATO DE CAL

El *Lacto-Fosfato de cal* contenido en el *Vino y Jarabe de Dusart* es un reparador de los más energicos. Afianza y endereza los huesos de los niños **raquíticos**; devuelve el vigor y la actividad á los *adolescentes* decaidos y *linfáticos*, y á los que están fatigados por un crecimiento muy rápido. En la **Tisis** facilita la cicatrización de los pulmones.

Las mujeres **embarazadas** que recurren al *Vino ó Jarabe de Dusart* soportan su estado sin fatiga alguna, sin vómitos y dan á luz criaturas robustas.

El *Lacto-Fosfato de cal* enriquece la leche de las **Nodrizas** y preserva á los niños de la *Diarrea* y de las enfermedades de desarrollo. Con su benéfica influencia la **Dentición** se efectúa sin cansancio ni convulsiones.

En una palabra, el *Vino y Jarabe de Dusart* despiertan el apetito y las fuerzas de los **convalecientes** y convienen en todos los casos de **extenuación y concunción** del cuerpo humano.

Depósito en **PARIS**: 8, rue Vivienne
Y EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS DE ESPAÑA Y AMÉRICA

SANDALO DE MIDY

Farmacéutico de 1ª Clase, en **PARIS**

Suprime el **Copáiba**, la **Cubeba** y las **Inyecciones**. Cura los flujos en 48 horas. Muy eficaz en las *enfermedades de la vejiga*, torna claros los orines más turbios. Como garantía, cada cápsula lleva impreso en negro el nombre **MIDY**.

PARIS, 8, Rue Vivienne y en las principales Farmacias.

Inyección de Grimault y C^{ia} al Mático



Preparada con las hojas del **Mático del Perú**, tan populares para la curación de la *blenorrea*, esta inyección ha adquirido en poco tiempo una reputación universal, siendo la sola inócua por no contener sino huellas de las sales astringentes que las otras poseen en abundancia. Corta con brevedad los flujos más tenaces y dolorosos.

Depósito en **PARIS**: GRIMAULT y C^{ia}, 8, Rue Vivienne

FOSFATO DE HIERRO

de **LERAS**, Doctor en Ciencias

Este ferruginoso es el único que encierra en su composición los elementos de los huesos y de la sangre: es sumamente eficaz contra la *Anemia*, el *Empobrecimiento de la Sangre*, los *Colores pálidos*, *Flujos blancos é Irregularidad de la menstruación*. Se soporta siempre bien, por lo que se receta con frecuencia á las señoras, jovencitas y niños delicados.

En **PARIS**, 8, rue Vivienne, y en todas las Farmacias.

ASMA CIGARRILLOS INDIOS

de GRIMAULT y C^{ia}, Farm^{os}, Paris

El más eficaz de los remedios conocidos para combatir el asma, la tos nerviosa, los catarros, el insomnio.

Depósito en Paris, 8, rue Vivienne, y en todas las Farmacias.

EL BISTURI

REVISTA MENSUAL DE CIRUGIA 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

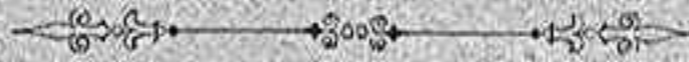
Está de venta en la librería de Robles y compañía, Magdalena,
13, Madrid y en casa del autor en la Puebla de Montalbán.

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.