

AÑO II.

MARZO DE 1889.

Núm. 15.

# 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).—Pólipos del oído.—Operaciones de la nariz y las fosas nasales.—Rinoplastia.—Pólipos de las fosas nasales.—Cuadro estadístico de las anteriores operaciones.—Retención de placenta en un aborto fetal.—Extracción con pinzas uterinas.—Curación.—Una histerotomía supravaginal por el Dr. Candela, de Valencia.—Tratamiento de las fracturas del cuello del fémur y de la rótula por el Dr. Don Federico Rubio.—Discusión en la Real Academia de Medicina entre los Dres. San Martín y Creus acerca de un procedimiento nuevo para la resección parcial del pie.—Enfermedades palúdicas (continuación) por D. Tomás Echevarría.—Crónica.—Anuncios.

TOLEDO:

Imprenta, librería y encuadernación de Monor 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.

---

## MANUAL DE LAS INYECCIONES SUBCUTÁNEAS

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

TRADUCIDO DE LA 2.<sup>a</sup> 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**

# 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 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

---

**P**ASTILLAS 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.

---

**C**AFÉ 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.

---

**P**ÍLDORAS 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.

---

**I**mpotencia, 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.

---

**P**anacea 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

DEL OÍDO



Las operaciones quirúrgicas del aparato de la audición figuran en nuestra estadística, en número tan exiguo, que casi no merece la pena que nos ocupemos de ellas. Vamos, sin embargo, á decir dos palabras acerca de los pólipos mucosos del oído por considerar que esta enfermedad, por la sencillez de los medios para combatirla, es del dominio de la terapéutica quirúrgica general, más bien que de la especialidad de otología; así que puede en rigor ser tratada acertadamente por cualquier médico sin cultivar de lleno dicha importante especialidad, que, dicho sea de paso, se encuentra hoy en vías de progreso.

Son los pólipos del oído producciones morbosas que tienen su origen, ya en el conducto auditivo externo, ya en la membrana y caja timpánicas, aunque no es fácil en la clínica determinar en cuál de estos tres puntos se habrá iniciado el mal. Por su estructura pueden ser, como los de las buenas regiones, mucosos, fibrosos y musculares (myxomas); por su forma, pediculados ó de base ancha.

Fijando nuestra atención en los mucosos, que son los que hemos tenido ocasión de observar (como puede verse en el cuadro que sigue á continuación), su historia clínica puede reducirse á lo siguiente: después de un tiempo más ó menos largo en que los enfermos acusan otorrea, aparece en el conducto auditivo externo un tumorcito, de color rosado, de superficie lisa ó mamelonada como una fresa, pendiente de un pedículo fino de más ó menos longitud y del volumen como un garbanzo y algo mayor, en cuyo caso aparece fuera del conducto. El diagnóstico no ofrece, por consiguiente, dificultades sino en cuanto al punto de implantación. El pronóstico no es tan favorable como á primera vista pudiera pensarse, porque reconociendo como causa una flegmasia crónica, en el caso de radicar ésta en los huesos

y ser el pólipo una verdadera fungosidad, podría entrañar peligro por la extensión de la inflamación hacia adentro. Tratándose empero de verdaderos pólipos con su origen en la mucosa, la enfermedad no es grave. Su terapéutica consiste en la avulsión, que puede efectuarse en estos casos con una pinza de curar, de pequeñas dimensiones, introducida en el conducto lo más alta posible para aproximarse al pedículo, y una vez conseguido esto, basta hacer la torsión para que se desprenda completamente. De este modo y con inyecciones después de una disolución astringente de sulfato de cobre ó cloruro de zinc, hemos conseguido la curación completa. Los especialistas hacen la estirpación con los aprieta-nudos ó polipótomos de Wilde ó de Blake, cauterizando después el sitio de implantación del pedículo mediante la aplicación del speculum auris, lo cual exige grandes precauciones.

## De la nariz y las fosas nasales

---

### RINOPLASTÍA

Esta operación, cuyo objeto es restaurar total ó parcialmente la nariz cuando por cualquier motivo ha sobrevenido en ella una pérdida de sustancia ó corregir su deformidad en caso de estar deprimida por la destrucción del tabique, ha puesto en actividad como ninguna el genio inventivo de los cirujanos, que desde el Celso hasta nuestros días no han cesado de dar á luz métodos y procedimientos para su ejecución. Apenas se concibe en los sentimientos humanitarios de nuestra civilización el método que se dice usado aun entre los indios de trasplantar la nariz ó un colgajo de tegumentos de un sujeto sano á otro enfermo. No es extraño que este método dé alguna vez buenos resultados, pues todos los autores citan casos auténticos en que separada la nariz, la oreja, un dedo, etc. de una cuchillada, por ejemplo, colocadas de nuevo las partes en su sitio han prendido perfectamente. Por nuestra parte podemos también citar un hecho de esta indole: hace tres ó cuatro años se nos presentó en el hospital una mujer á la que una hermana suya acababa de cortar un dedo de un hachazo que le dió involuntariamente al nivel de la segunda falange, nos pedía que la curásemos la herida; mas trayendo envuelta en un pañuelo

y sangrando todavía la porción de dedo separada, quisimos ver si obteníamos su reunión, á cuyo fin hicimos un lavatorio con agua fenicada, después colocamos la parte desprendida en su sitio, procurando que se correspondiesen exactamente todos sus elementos, hueso con hueso, piel con piel, etc. y por fin dimos puntos de sutura y colocamos un apósito antiséptico. No sobrevino inflamación y á los veinte ó treinta días la reunión se había efectuado completamente, ignorando cómo quedarían los movimientos del dedo, porque dejó de presentarse antes de que hubiésemos hecho la debida exploración acerca del particular. De todas suertes fué este un ingerto notable, porque comprendió todo el espesor del dedo, incluso el hueso, al nivel de la parte media de la segunda falange del índice, si no recordamos mal. Igual fundamento reconocen los ensayos de heteroplastia que se han realizado por algunos cirujanos, mediante los cuales se ha trasplantado un colgajo de una región á otra en el mismo sujeto, ensayos que sólo en casos muy excepcionales podrán repetirse, pues por más que se diga, son remotas las probabilidades de que prenda un colgajo separado completamente y sin vínculos vasculares y nerviosos que le unan con el resto del cuerpo.

Aparte de este método, que merece tenerse en cuenta, porque pueden utilizarse en la práctica, aunque en circunstancias verdaderamente excepcionales, la rinoplastia puede efectuarse por los otros tres métodos clásicos: el indiano, el italiano y el francés ó por deslizamiento, los dos primeros para la restauración total y el último para la parcial.

Nunca se me ha presentado ocasión de poner en práctica en el vivo el método indiano, en el cadáver lo he ensayado algunas veces. Esto trae á mi memoria un episodio de mi vida que con perdón del lector voy á referir. En el ejercicio práctico de unas oposiciones en que tomé parte en 1872 me salió en suerte la rinoplastia, y al ver la papeleta no cabía en mí de gozo porque creía que iba á ejecutar la operación brillantemente: llegó el momento de la ejecución y muy ufano principié por cortar al cadáver toda la nariz, en seguida tomé mis medidas y tallé un colgajo de la frente para restaurar la pérdida de sustancia, lo invertí y me encontré con que faltaba mucho para cubrir la pérdida de sustancia, disequé más el pedículo, lo estiré..... y nada: había tomado mal las medidas y resultó un desastre, que por el momento fué para mí muy doloroso, pero que por lo mismo me ha servido después

de provechosa enseñanza en todas las autoplastías que he practicado, pues siempre tomo antes bien las medidas y procuro tallar un colgajo bastante mayor que éstas para que me sobre tela en lugar de faltarme.

El método italiano lo he puesto en práctica una vez con éxito satisfactorio como después diré; los demás casos que figuran en el cuadro los he operado por deslizamiento.

Antes de pasar revista á los casos voy á hacer algunas consideraciones generales acerca de las indicaciones de la autoplastía.

Después de toda extirpación de producciones patológicas malignas, es de utilidad realizar una operación autoplástica á fin de recubrir con un colgajo de tejidos sanos la pérdida de sustancia que queda. Con efecto, aunque para formar el colgajo se produce una herida de dobles dimensiones ó más que la que se trata de restaurar, y en definitiva después de restaurada queda otra de dimensiones equivalentes, sin embargo ésta es más limpia que aquélla, su situación relativa es más favorable para la cicatrización inmediata, para disimular la deformidad resultante de la cicatriz y para evitar alteraciones funcionales, circunstancias todas dignas de tenerse en cuenta para determinar, no sólo la conveniencia ó utilidad de la autoplastía, sino el método ó procedimiento más adecuado. Pero sobre todas ellas, la que más debe pesar en nuestro ánimo es la de procurar una pronta cicatrización, pues de antiguo es sabido que la reproducción de un tumor maligno sobreviene tanto más temprano cuanto más tiempo tarde en cicatrizar la herida de la operación. Y si por todos estos motivos las autoplastías están indicadas en general después de la extirpación de tumores malignos, cuando ésta recae sobre la boca, la nariz, los párpados, etc., hay además otra razón más importante, cual es la de evitar ó atenuar con la restauración autoplástica, graves alteraciones funcionales, entre las cuales señalaremos, en lo que á las pérdidas de sustancia de la nariz se refiere, el aspecto asqueroso ó repugnante, las alteraciones en la voz que se hace nasal, la fetidez del aliento, la pérdida ó alteración del olfato, las flegmasias crónicas de las fosas nasales y de la faringe, etc. etc.

En todos los casos que figuran en el cuadro siguiente se trataba de epitelomas, cuya extirpación dejó en la nariz pérdidas de sustancia parciales; por consiguiente, el método seguido para restaurarlas fué el de deslizamiento.

En los números 1, 3, 4, 7 y 10, el epiteloma estaba situado en una

de las alas y la extirpación y autoplastia se realizaron en la forma que se indica en la fig. 1.<sup>a</sup>

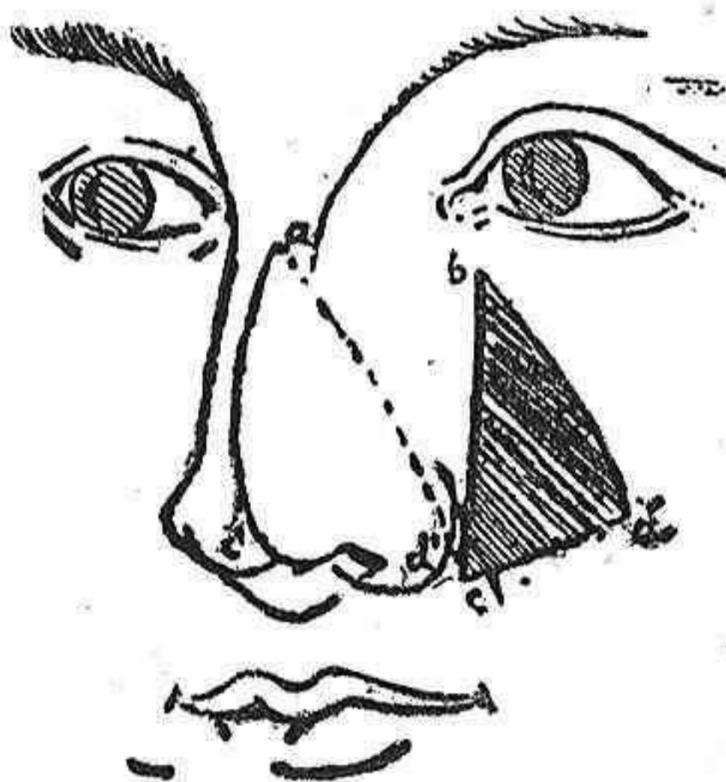


Figura 1.<sup>a</sup>

Las líneas  $ac'$  y  $ac$  representan las incisiones de la extirpación del ala en que tenía su asiento la producción morbosa, las  $cd$  y  $db$  las practicadas para formar el colgajo  $acdb$ , que disecado y haciéndole girar de fuera adentro tomó la posición  $a'c'd'$ , quedando una pérdida de sustancia representada por el triángulo  $bcd$ . En la cavidad cubierta por el colgajo se puso una mecha de hilas del diámetro adecuado.

En el núm. 7, el epiteloma comprendía, además del ala derecha, toda la porción cartilaginosa del tabique nasal, y efectuada su extirpación, las dos fosas nasales quedaron convertidas en una. Para remediarlo el profesor dentista de esta ciudad Sr. Ibáñez construyó en el acto mismo de la operación una pieza del material color rosa que emplea para las dentaduras artificiales, la cual, fijándose por medio de una ranura en los huesos propios, formaba un tabique bastante apropiado. La herida cicatrizó en unos 30 días próximamente, pero se estrechó de tal manera la nueva ventana nasal, que hubo necesidad de dilatarla mediante una pequeña incisión, de resultas de la cual, en este enfermo que había soportado perfectamente la operación principal y todas sus consecuencias, sobrevino fiebre que en tres ó cuatro días puso término á su existencia por efecto de su avanzada edad.

En el núm. 10 también sobrevino estrechez en la ventana nasal, y para remediarla hicimos construir una canula de plata que sujetamos por medio de dos pasadores como los que llevan los pendientes de las señoras, á cuyo fin se le hicieron en el colgajo los correspondientes agujeros como los del lóbulo de la oreja. De este modo quedó la canula bien adaptada y en disposición de sacarla de tiempo en tiempo para limpiarla. Este enfermo es el mismo de los números 8 y 9, que en 1887 sufrió tres extirpaciones, las dos primeras con el termo-cauterio, reproduciéndose en breve el padecimiento á causa de haberse fugado del hospital, sin estar la herida completamente cicatrizada y la tercera con rinoplastia y aplicación de la canula de plata de que antes hablábamos. Desgraciadamente volvió á reproducirse el mal á los siete meses, ingresando de nuevo en el hospital en 17 de Abril de 1888, según puede verse en el cuadro de operados publicado en el número anterior. Esta última vez, la reproducción se había efectuado como las anteriores en el mismo sitio, ó sea en el ala derecha de la nariz, formada con el colgajo autoplástico sacado de la mejilla. Extirpado completamente en mayor extensión, puesto que comprendió todo el lomo de la nariz y parte del tabique, se efectuó la rinoplastia por el método italiano, ó sea sacando el colgajo de la parte inferior é interna del brazo derecho, que se tuvo convenientemente sujeto con un vendaje apropiado durante cinco días, pasados los cuales, se separó la parte adherente al brazo y se dieron puntos de sutura en los bordes externos é inferior del colgajo, que se correspondían exactamente con los de la pérdida de sustancia por el lado de la mejilla y el labio superior. En este último se cuidó de dejar libre la ventana de la nariz, y para ello, colocando una mecha de hilas en la cavidad nasal, se dieron sólo dos puntos, uno en el ángulo externo y otro en el interno del borde inferior del colgajo. El enfermo salió curado de las heridas de la nariz y del brazo el 8 de Junio, ó sea al mes y medio próximamente de la operación y sigue en buen estado según noticias recientes; por consiguiente, habiéndose reproducido la vez anterior á los siete meses y siendo transcurridos nueve desde la última, parece que este proceder autoplástico ha dado mejor resultado. ¿No será debida esta diferencia á la irritación constante producida por la canula de plata? Por nuestra parte así lo pensamos cuando le operamos la última vez, y por este motivo renunciamos á ponerla de nuevo, prefiriendo exponer al enfermo al riesgo de la obturación de la ventana nasal.

antes que al de la reproducción, que tenemos por seguro ha de sobrevenir en un plazo más ó menos lejano. También este enfermo puede suministrarnos otra enseñanza, á saber: que la extirpación con el bisturí es preferible á la del termo-cauterio, puesto que en las dos veces que se operó con éste, la reproducción sobrevino inmediatamente; y si bien es cierto que la herida no estaba completamente cicatrizada, al fugarse del hospital le faltaba muy poco y siguió curándose en su pueblo del propio modo que se efectuaba en el establecimiento, por manera que es de pensar que la reproducción hubiese sido inmediata sin la fuga.

El caso núm. 2 se refiere á la misma enferma del 1, que operada en Mayo de 1875, en la forma antes indicada, ingresó de nuevo en Julio del 77 con la reproducción del epitelioma, no sobre el colgajo autoplástico de la vez anterior que estaba intacto en toda su extensión, inclusa la sutura, sino sobre el lomo y una pequeña parte del ala de la nariz, estando sana, sin embargo, la ventana nasal en todo su contorno y en la extensión como de un centímetro más allá. En vista de esto tratamos de conservar á todo trance esta porción sana, pues ninguna armadura mejor que esta podíamos encontrar para el ala de la nariz y á este fin ideamos el colgajo representado en las figuras 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup>

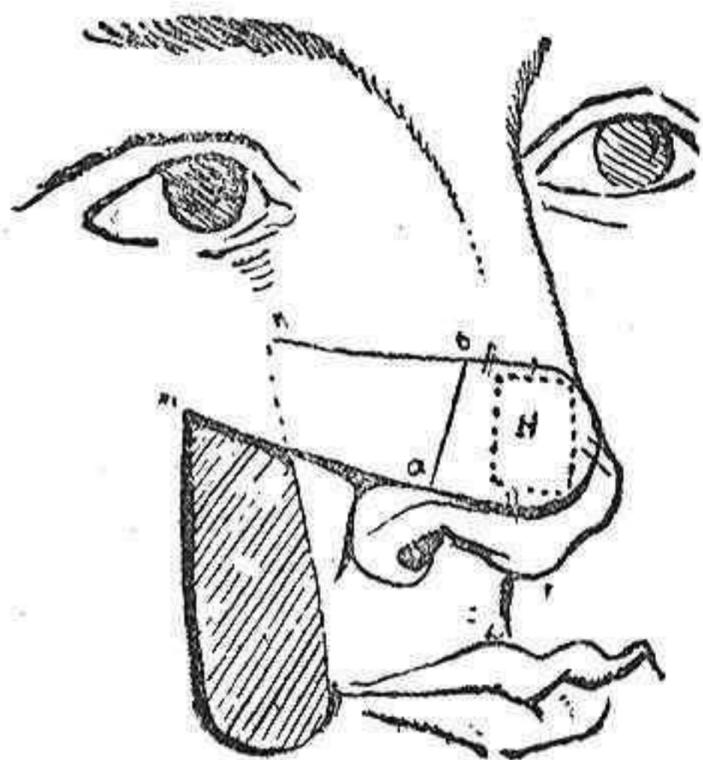


Figura 2.<sup>a</sup>

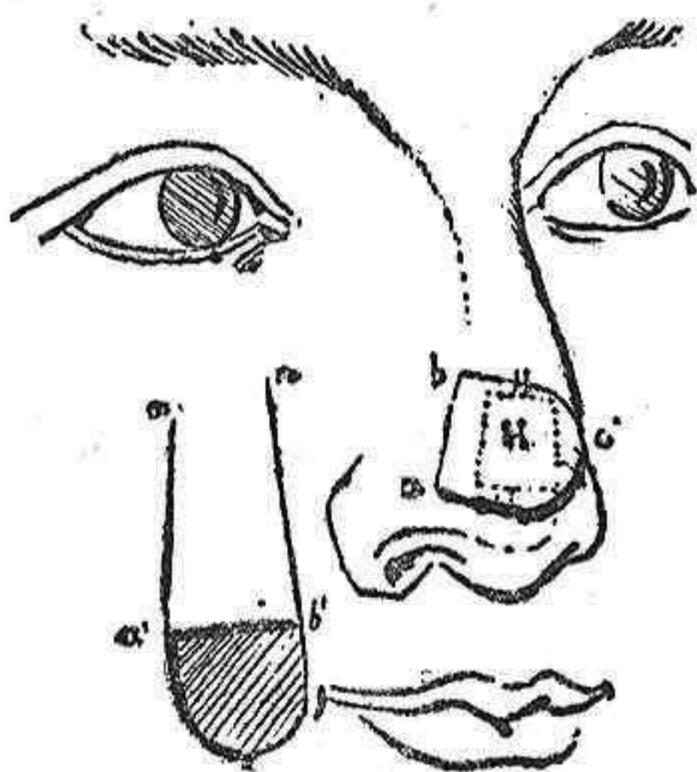


Figura 3.<sup>a</sup>

Trazado en efecto el colgajo, le hicimos girar de abajo arriba hasta tomar la posición, y suturando sus bordes con los de la pérdida de sustancia en los puntos indicados en la figura, su unión estaba

efectuado al quinto día, en que hicimos la sección por el punto indicado en la línea *ab* y volvimos á colocar en su sitio la porción excedente del colgajo, quedando la línea *ab* en *a'b'* y la cicatriz en la parte inferior del carrillo. El éxito fué completo, y sabemos que la enferma ha fallecido de otro padecimiento, sin haberse vuelto á reproducir el epiteloma. El procedimiento empleado en este caso, por una parte pertenece al método por deslizamiento y por otra al italiano, pues como en éste, se toma el colgajo de un sitio distante y se separa después que ha unido con los bordes cruentos de la pérdida de sustancia.

Por último, en el núm. 5, el epiteloma ocupaba el subtabique, la punta y algo del lomo de la nariz, estando completamente sano el resto del órgano. Hecha la extirpación, se sacó el colgajo autoplástico del labio superior, empleándose el método de deslizamiento.

Cualquiera que sea el método ó procedimiento que se empleen para la rinoplastia, bajo el punto de vista estético, no cabe hacerse ilusiones: la nariz de nueva formación siempre será fea, pues el remiendo que se pone no sirve para otra cosa más que para evitar que queden al descubierto las fosas nasales, lo cual, además de feo, es repugnante y expone á las alteraciones funcionales que ya quedan indicadas. Por tal motivo algunos cirujanos han creído preferible, á la restauración de las pérdidas de sustancia, el empleo de una nariz artificial, idea muy aceptable, pero que no ha prosperado en la práctica, sin duda porque no es fácil conseguir que se sostenga sólidamente y sin molestias para el paciente, en términos que pueda reemplazar á la natural. De esperar es que se perfeccionen los medios de sujeción y que la nariz artificial pueda estar al alcance de todas las fortunas.

### **Pólipos de las fosas nasales**

De las dos clases de pólipos, mucosos y fibrosos, que generalmente se admiten, sólo hemos tenido ocasión de tratar los primeros.

De ellos uno, (el núm. 11) era bastante voluminoso, pues tenía el tamaño como de una nuez y salía á través de la fosa nasal izquierda; otro (el núm. 13) estaba situado en el tabique y era de base ancha y los restantes eran de pequeño volumen. Formóse el diagnóstico por los síntomas que indican la obstrucción de la fosa nasal, por la inspección del fondo de ésta en lo que se alcanza á ver entreabriendo las ventanas y por la exploración con el dedo pequeño. Generalmente, aunque el pólipo no sea muy voluminoso cuando se dirige hacia

adelante, es posible hacer un diagnóstico exacto de la manera que acabamos de indicar, pues siempre se alcanza á ver ó á tocar, cuando no todos los existentes, á lo menos el que por estar más adelantado en su evolución se encuentra más accesible á nuestros sentidos.

En cuanto á la terapéutica, en la primera operación de esta clase que emprendimos, tratándose de un pólipo voluminoso, tomamos todo género de precauciones para cohibir la hemorragia: en primer lugar hicimos todos los preparativos necesarios para el taponamiento, y en segundo acordamos la extirpación mediante la ligadura por el procedimiento de Desault. Llegado el momento, se realizó sin contratiempo alguno y sin que la hemorragia exigiese otra cosa más para ser cohibida que el empleo del agua fría. Al día siguiente, no estando desembarazada completamente la fosa nasal, arrancamos con una pinza una porción del pólipo que aún quedaba y algunos otros más pequeños, saliendo el enfermo curado á los pocos días.

El pólipo implantado en la parte superior del tabique, una vez reconocido, fué operado por excisión con una tijera curva fina, y cauterizada después la herida con el nitrato argéntico.

En los demás casos, eran de pequeño volumen aunque numerosos, y la abulsión se hizo con pinzas adecuadas. Ninguna dificultad ofrece con relación al que se encuentra situado más en la parte anterior, pues se agarra desde luego, puesto que se ve y se toca, se hace la torsión y sale prontamente. No sucede lo mismo con los otros que aún quedan, pues su situación profunda hace que no se les pueda reconocer de otro modo que con el tacto hecho con el dedo pequeño ó por el intermedio de la pinza misma, con la cual, antes de coger nada se tocan diferentes puntos de la pared externa de la fosa nasal, y sólo cuando se aprecia cierta sensación de blandura se cogen con la pinza y se arrancan, previa torsión. De este modo hemos procedido en los casos de que estamos ocupándonos, y aunque no pueden desconocerse los inconvenientes que ofrece el operar á ciegas, aunque es mucho más racional y científico valerse para la avulsión del speculum nasi y de los instrumentos especiales que se han inventado dudamos, que pueda sacarse de ellos el provecho que se pretende, á lo menos en la generalidad de los casos por el reducido espacio que hay para maniobrar holgadamente. Después de la avulsión realizada en dos ó tres sesiones y cuando conceptuamos que ya no ha quedado ninguna producción morbosa, hacemos inyecciones por las fosas nasales con una disolución poco concentrada de percloruro de hierro, á la cual damos la preferencia por no ser este medicamento tóxico ni ofrecer inconvenientes su paso al estómago.

Sólo de uno de nuestros operados hemos vuelto á saber y las noticias son satisfactorias, puesto que después de muchos años el padecimiento no se ha reproducido. Lo mismo nos induce á creer de los otros el hecho de no haber vuelto á consultarnos.

Operaciones

Del

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICOS.
1 Luis Barrios.....	Aranjuez.....	34	C.	Pólipo mucoso del oído.....
2 Una joven.....	Navalucillos.....	17	S.	Id. id.....

De la nariz y

1 Jenara Fernández.....	Horcajo Montes..	50	V.	Epitelioma ala izquierda de la nariz.
2 Id. id.....	Id.....	52	V.	Id. en el lomo y parte del ala derecha
3 Juliana Zamorano.....	Almoróx.....	57	C.	Id. ala derecha.....
4 Francisco Ayllón.....	Rielves.....	66	V.	Id. ala izquierda y lomo.....
5 Francisca Rodríguez..	La Mata.....	66	V.	Id. lomo y punta de la nariz.....
6 Ramona Adanes.....	Guadamur.....	35	C.	Id. sobre los huesos propios nariz..
7 Felipe Guerra.....	Toledo.....	71	C.	Id. ala derecha y tabique nasal.....
8 Claudio Alameda.....	Puebla Montalbán	63	C.	Carcinoma dorso de la nariz.....
9 Id. id.....	Id.....	id	id	Id. reproducido.....
10 Id. id.....	Id.....	id	id	Id. id.....
11 Pablo Manzano.....	Mascaraque.....	55	C.	Pólipo nasal voluminoso saliendo al exterior y otros más pequeños...
12 Narciso Torrero.....	»	40	V.	Pólipos mucosos fosas nasales.....
13 Celedonio Corral.....	Carpio de Tajo...	65	V.	Pólipo del tabique nasal izquierdo pedículo ancho.....
14 Aguedo Cedillo.....	Oliás.....	50	C.	Pólipos mucosos fosas nasales.....
15 N. Marqués.....	Valdepeñas.....	40	C.	Id. id. id.....
16 Valentina Iglesias...	Sonseca.....	22	S.	Id. id. id.....

especiales

oído

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Torsión y avulsión con pinzas curar.	»	10 Ab. 76	12 Ab. 76	Curación.
Id. id.....	»	Enero 83	»	Id.

fosas nasales

Extirpación y rinoplastia (colgajo triangular de la mejilla).....	»	30 Mar75	17May75	Curación.
Id. id. id.....	»	Julio 77.	4 Oc. 77.	Id.
Id. id. id.....	9 Jun. 80	18Jun 80	1.º Ag. 80	Id.
Id. id. id.....	27 Mar83	1 Ag. 83.	21 May83	Id.
Id. id. (colgajo carrillo izquierdo)...	7 Feb. 84	11 Fb. 84	8 Jun. 84	Id.
Id. y autoplastia (colgajo la frente).	»	Nov. 84.	»	Id.
Id. id. (colgajo del carrillo).....	»	Junio 84.	»	Id.
Extirpación con el termo-cauterio..	11 Feb87	14 Fb. 87	13 Mr. 87	Fugado sin cicatrizar completamente.
Id. id.....	18 Ab. 87	20 Ab. 87	15Jun.87	Id.
Id. y rinoplastia (colgajo triangular carrillo derecho).....	15Ag. 87	18 Ag. 87	1 Oct. 87.	Curación.
Avulsión mediante ligadura el primero y los demás con pinzas.....	»	14 Nv. 73	23 Nv. 73	Id.
Avulsión con pinzas.....	»	15 Ab. 74	22May74	Id.
Id. id.....	»	1 May 77	23May77	Id.
Id. id.....	12Oc.79	14Oct.79	14 Oct.79	Alta pedida.
Id. id.....	»	Abril 78.	»	Curación.
Id. id.....	»	Nov. 85.	»	Id.

### **Aborto fetal.—Retención de la placenta.—Fiebre séptica consecutiva.—Extracción.—Curación**

En el núm. 5 de esta publicación, correspondiente al mes de Mayo del año anterior, dimos á conocer una serie de observaciones de septicemia puerperal, entre las cuales una, la núm. 7, es bastante semejante al caso que ahora vamos á exponer. Por este motivo no volveríamos á ocuparnos de un asunto ya tratado, si no estuviéramos penetrados de la capital importancia que tiene en las retenciones placentarias plantear con oportunidad una terapéutica activa, siquiera para ello haya que luchar contra la repugnancia de las señoras á las operaciones quirúrgicas y contra las preocupaciones del público y hasta de algunos médicos opuestos á toda intervención.

Todo lo cual nos impone el deber de hacer una propaganda activa para que los beneficios de esta terapéutica que defendemos se extiendan cada día más y alcancen al mayor número de puérperas que se hallen en la triste situación de necesitarlos.

Después del parto fisiológico, si la placenta no sale ni con fricciones á la región hipogástrica, ni haciendo tracciones del cordón, ni empleando los demás recursos sencillos que los tocólogos recomiendan, la indicación de la extracción artificial es tan clara y evidente, que no hay para qué detenerse á razonarla. Tampoco puede haber duda respecto al tiempo que debe dejarse transcurrir desde el momento del parto, pues no debe ser ni más ni menos que el preciso para convencerse de que no sale espontáneamente ni con el empleo de los medios sencillos á que hemos hecho referencia. Después del aborto, ya embrionario, ya fetal, no hay ninguna razón para que la conducta del médico sea diferente, puesto que su fundamento es evitar que la placenta entre en descomposición con todas sus fatales consecuencias. Sin embargo, como en los abortos cambian las condiciones del órgano, como no puede introducirse la mano en la matriz y hay necesidad de instrumentos, cuyo manejo requiere mucho tino y habilidad, de aquí surgen dificultades que es necesario aprender á vencer en beneficio de las enfermas. Y no sólo tiene que luchar el práctico con esta clase de obstáculos, aun teniendo decisión y ánimo sereno para arrostrarlos; se encuentra detenido muchas veces por otra dificultad mayor, cual es la de averiguar á ciencia cierta si han sido expulsados el pro-

ducto de la concepción ó la placenta entre los coágulos de la hemorragia precursora del aborto. El juicio acerca de este punto es á veces bastante difícil en el embrionario, no tanto en el fetal por ser mayor el volumen del utero. Pero desde el momento en que se sepa con certeza que la placenta ha quedado retenida y no es expulsada espontáneamente ni con ayuda de los recursos sencillos recomendados por los prácticos, tales como fricciones y amasaje en la región hipogástrica, esfuerzos expulsivos de la paciente etc., debe procederse á la extracción artificial.

A estas ideas hemos ajustado nuestro proceder en el siguiente caso clínico.

La Sra. D.<sup>a</sup> María Vallejo, esposa del distinguido abogado de esta capital D. Andrés Alvarez Ancil, de 30 años de edad, multipara, en 27 de Setiembre del año anterior tuvo un aborto de dos meses que terminó felizmente. Actualmente se encontraba embarazada de cuatro meses y medio y el día 27 de Marzo por la tarde, hallándose fuera de su casa, fué acometida de una metrorragia y dolores al vientre, lo cual la obligó á regresar á su domicilio, y á poco de encontrarse en él sintió un fuerte dolor acompañado de la expulsión del feto y bastante cantidad de sangre. Habiéndose acostado precipitadamente, al proceder por la noche á un reconocimiento detenido, fué hallado entre los ropas el feto; mas no pareciendo la placenta, desde luego supuse había quedado retenida en el utero, de lo cual adquirí certeza por encontrar en otro reconocimiento la porción de cordón umbilical correspondiente á la placenta, que por cierto era muy delgada. Esta circunstancia me hizo dudar al pronto por parecerme de menor diámetro que la correspondiente al feto, pero reflexionando que habría disminuido en las horas transcurridas y atendiendo á que desde la vulva se dirigía al interior del cuello, cesaron mis dudas. La exploración del cuello que encontré dilatado y con un notable descenso y la presencia en su cavidad de las membranas, acabaron de dar carácter de certeza al juicio formado de retención placentaria. En su vista intenté desde luego la expulsión efectuando tracciones del cordón al propio tiempo que la enferma hacía esfuerzos expulsivos, mas por su delgadez se rompió sin lograr el resultado apetecido. Esto ocurrió el día 28 por la mañana y por la tarde del mismo repetí las tentativas, haciendo tracciones sobre las membranas agarradas con dos dedos y del propio modo que antes sobre el cordón; pero tampoco conseguí



resultado. No había contracciones uterinas ni apenas hemorragia. Desde el primer momento prescribí inyecciones vaginales de agua fenicada repetidas con intervalo de cuatro ó seis horas para evitar en lo posible la descomposición de la placenta. A pesar de ellas, el día 29 hacia las 40 horas de la expulsión del feto, se presentó fiebre precedida de escalofrios que alcanzó por la tarde la cifra de 39,5. Este suceso me obligó á provocar una consulta, en la que se acordó proceder desde luego á la extracción artificial de la placenta. A este fin se colocó en el orificio del cuello uterino un cono de esponja preparada, el de mayor grueso que se pudo haber, como preliminar de la extracción que había de llevarse á cabo seis horas después, ó sea á las doce de la noche; mas retirado el cono á esta hora, no pareció la dilatación suficiente y fué aplazada para el siguiente día. La temperatura se elevó á 40, bajando con un gramo de antipirina á 39, en cuyo estado se encontraba en la mañana del 30, y teniendo menos ánimos que por la noche, volvieron á repetirse las tentativas de extracción con los dedos. Por la tarde volvió á elevarse la temperatura á 40, y después de nueva consulta, en que se expuso la urgencia de la operación, se procedió á ella de la manera que vamos á decir.

Dos procedimientos pueden seguirse para la extracción artificial de la placenta en los abortos: el primero, con previa anestesia y previa dilatación del cuello mediante la aplicación de conos de esponja preparada, consiste en coger el cuello por su labio posterior con una pinza herina de Musseaux y hacerle descender con tracciones suaves cerca del orificio vulval; una vez sujeto sólidamente en este sitio, se confía la pinza á un ayudante, y mientras otro comprime el fondo del utero á través de la pared abdominal, el operador introduce dos ó tres dedos en el cuello hasta alcanzar á la placenta para determinar su situación; en seguida, deslizando por los dedos una pinza de matriz, de pólipos ó la especial para la extracción de las molas, se la abre poco á poco, procurando coger la placenta entre los bocados, y después no falta más que hacer tracciones suaves y sostenidas, mientras la paciente ayuda con esfuerzos expulsivos. El segundo procedimiento se diferencia del anterior en que no se fija el utero, haciéndole descender hasta la vulva, sino por la presión efectuada sobre el fondo á través de la pared abdominal, teniendo por tanto que introducirse casi toda la mano en la vagina para alcanzar con los dedos hasta la placenta: el manual operatorio en todo lo demás es el mismo.

Tiene aquél la ventaja sobre éste, de fijar la matriz por sus dos extremidades y de hacerla más accesible á los dedos é instrumentos, circunstancias ambas que facilitan la ejecución y dan más confianza y casi seguridad de efectuar la extracción totalmente; pero en cambio de estas ventajas, ofrece los inconvenientes de no ser tan sencillo en la ejecución, de precisar anestesia, mientras que el segundo no, y de dar lugar á alarmas más ó menos fundadas en los interesados con motivo de coger la matriz con garfios agudos y hacerla salir al exterior.

Expuestos ambos procedimientos á la consideración de la familia, no hay para qué decir que optó por el último, pues siempre se acepta por primera intención lo más sencillo y menos molesto, aunque no sea lo más seguro ni lo que ofrezca más probabilidades de éxito. Claro es que si no hubiese dado resultado, hubiera tenido que someterse al otro procedimiento.

Efectuada, pues, la operación á las siete de la noche del 30, á las 72 horas de la expulsión del feto, tuvimos la suerte de llegar á la placenta con los dedos índice y medio de la mano derecha, y abarcándola entre los dedos separados todo lo posible, deslizamos por ellos una pinza ordinaria de matriz, y cuando sentimos en la extremidad de cada uno la rama respectiva, la hicimos avanzar abierta como estaba hasta el fondo; en seguida la cerramos, y ciertos de que entre sus bocados se hallaba la placenta, invitamos á la paciente á que hiciese esfuerzos expulsivos mientras que con una ligera tracción efectuábamos la extracción felizmente. La hemorragia ligera que siguió nos indicó que estaba adherida al fondo, y ese era el motivo de la retención como acontece ordinariamente. Por el examen que hicimos acto seguido y por la exploración uterina adquirimos la convicción de que había salido íntegra y ninguna porción quedaba en la matriz.

Después de la extracción hecha *cito, tuto et jucunde* y á satisfacción de la paciente que no hizo la menor demostración de dolor á pesar de estar muy preocupada, permaneciendo el cuello dilatado y descendido, pudimos introducir en él, á manera de sonda uterina, el pitón vaginal de un irrigador ordinario de goma y hacer un amplio lavado intrauterino con una disolución de cloruro mercúrico al 1. por 2000 que teníamos preparada.

En la madrugada del día 31, la temperatura descendió á 37,5, tomando en una dosis 1 gramo de bromhidrato de quinina; por la tarde

no subió más que á 39, y comenzando un descenso gradual, el día 3 de Abril se hallaba completamente infiebril y hubiera podido considerarse en plena convalecencia, á no ser por una diarrea serosa acompañada de dolores intestinales de retortijón que se presentó desde el día 31 por la tarde. Para combatirla, prescribimos 20 centigramos de calomelanos con otros 20 de extracto tebaico en 20 píldoras para tomar una cada dos ó tres horas. Tomó 16 ó 18 píldoras, y no cediendo, sustituimos las píldoras con el cocimiento blanco gomoso laudanizado y enemas amiláceas laudanizadas.

Además de este pequeño contratiempo, vino á retardar la convalecencia un ptialismo bastante pronunciado, que no sabemos si atribuir á los calomelanos ó al laboratorio intrauterino con la disolución de cloruro mercúrico, aunque bien pudo ser debido á ambas causas.

A pesar de todo, el día 8 nuestra enferma estaba completamente repuesta, y en el momento de escribir estas líneas continúa en buen estado. Más tarde (después que pase lo menos un mes) nos proponemos practicar una nueva exploración para en el caso probable de que haya quedado un infarto del cuello uterino, instituir la terapéutica correspondiente.

Comparando ahora esta observación con la núm. 7, citada al principio, tenemos que en una y otra se procedió á la extracción hacia las 72 horas, después de iniciada la fiebre de infección por descomposición de la placenta; pero en el caso actual se hizo después un amplio lavado desinfectante, y en el anterior no pudo efectuarse por impedirlo la contracción enérgica del cuello, debida tal vez á algunas dosis de carnezuelo, que tomó en los primeros momentos. Sin más que esta diferencia, la infección fué gravísima en aquel caso y muy leve en éste. Y por más que dos hechos sean muy poca cosa para servir de fundamento á conclusiones terapéuticas, como quiera que estos casos pueden sumarse á otros muchos análogos que registra la ciencia moderna, nos creemos autorizados para establecer como legítimas y ajustadas á la razón y á la experiencia las siguientes reglas prácticas:

1.<sup>a</sup> La extracción artificial de la placenta en los abortos debe practicarse algunas horas después de la expulsión del feto y sin aguardar á que sobrevenga fiebre.

2.<sup>a</sup> La extracción debe ser seguida siempre de un buen lavado

intrauterino y en términos que no queden dentro del útero ni restos de placenta ni coágulos.

Aún puede agregarse que en los días sucesivos se sigan haciendo los lavados intrauterinos si hubiese fiebre, y cuando no, inyecciones vaginales por lo menos.

### Una histerotomía supravaginal

(De *La Medicina práctica*)

«Dimos hace tiempo la noticia de que el reputado ginecólogo y catedrático valenciano, Dr. Candela, había obtenido recientemente un éxito notable en una histerotomía supravaginal, practicada con feliz resultado. Hoy, con mayores detalles á la vista, podemos decir que se trataba de una mujer, J. A., natural de Algemesí, de cuarenta años, viuda, sin hijos, que padecía un *fibromioma* uterino del tamaño de una cabeza de feto á término. Diagnosticado el padecimiento con la escrupulosidad que el caso requería, se optó por practicar la operación nombrada, por el método intraperitoneal procedimiento mixto, consistente en la disección previa de las paredes del útero por la vagina y ablación total de éste por la parotomía, hasta la unión de su cuerpo con el cuello.

Los diversos tiempos de la operación, fueron: 1.º Conseguir todo el descenso posible del útero con el tumor; 2.º Incisión transversal de los fondos laterales de la vagina, desde el cuello hasta la unión de las paredes anterior y posterior; 3.º Disección, por medio del dedo ó la espátula, de las naturales adherencias del útero á la vagina y al recto, dislacerando los ligamentos falciformes; 4.º Incisión de las paredes del abdomen hasta el peritóneo parietal *inclusive*; 5.º Extracción del tumor fuera de la incisión abdominal y ligadura múltiple de los ligamentos anchos; 6.º Separación de los ligamentos anchos por emergencia de los bordes del útero y sección de éste al nivel del cuello; 7.º Colocación de un tubo grueso de catgut, para el drenaje, saliendo ambas extremidades por la vagina y formando asa en el repliegue de Douglas, y salida de los cordonetes por los mismos conductos; 8.º Limpieza peritoneal; 9.º Suturas en la incisión abdominal; 10.º Desinfección de la vagina, colocación de una gasa iodofórmica rellenando su conducto entre las extremidades del tubo de desagüe; y 11.º Colocación del apósito.

La operación, aunque larga por la multiplicación de los tiempos que se habían de llenar, con la modificación del Dr. Candela,—consistente en incidir los fondos de saco vaginales para disecar el útero de su adherencia á la vagina y recto, antes de abrir el abdomen,—permitió tener terminada una gran parte de la operación, sin los vómitos y demás accidentes que son la secuela obligada de las gastrotomías de larga duración, por el mucho tiempo que el peritóneo ha de estar en contacto con el aire. La cicatrización de las heridas fué rápida: operada la enferma en 24 de Noviembre último, á los pocos días y sin suturas, cicatrizaron las de la vagina; y las del abdomen, la mayor parte lo estaban por primera intención el 29, sólo se esfaceló un punto de sutura, en cuyo punto hubo de esperarse la segunda intención, que así y todo estuvo completa el 17 de Diciembre.

El *Boletín del Instituto Médico valenciano*, al publicar esta noticia, dice: «Nuestro más sincero pláceme al operador distinguido, que muy lejos de profesar la *cirugía de cocina* como llama nuestro respetable amigo el Dr. Rubio, de Madrid á esa cirugía de método A, procedimiento B, aplicados estrictamente, busca por el contrario en el estudio anatómico del padecimiento, en el de su extensión, en el del punto que ocupa, y en los accidentes que se han de evitar, las indicaciones del método y procedimiento. Bien por el Dr. Candela, ese es el camino, así conseguiremos dar carácter á la cirugía nacional, así, elaboraremos nuestra ciencia patria y dejaremos de ser en muchos casos repercutores en España de cuanto se diga y se haga en el extranjero.»

También la redacción de *La Medicina Práctica*, donde tiene el Dr. Candela muchos y buenos amigos, le felicita por su triunfo.—  
DR. C. S.»

### **La fractura del cuello quirúrgico del fémur y la de la rótula, por el Dr. Federico Rubio Gali (1)**

(De *La Medicina práctica*.)

«Con respecto á la fractura del cuello del fémur, he de manifestar que su tratamiento clásico ha sido un verdadero error científico, que ha conducido á muchos desgraciados á la muerte. Esta lesión tiene

---

(1) Fragmento de una conferencia dada por nuestro respetable colaborador y amigo ante la junta de profesores y alumnos de la escuela de medicina de Sevilla, tomada en extracto, al oído, por el Dr. D. Francisco Morales Pérez, médico de la beneficencia provincial y publicada en la *Revista médica* de dicha ciudad.

gran interés práctico, tanto por su gravedad, como por su frecuencia, especialmente en los viejos: ella á menudo termina de un modo fatal, y, no por el mal en sí, sino á consecuencia de la permanencia prolongada del enfermo en la cama, tras de lo cual se presenta la neumonía hipostática, la astenia orgánica, las úlceras por decúbito, la gangrena de las nalgas y muy señaladamente los catarros vexicales, la prostatitis en el hombre y la uremia; alteraciones, en fin, del aparato urinario, que determinan la incompleta salida de la orina, quedando la vejiga semillena por el decúbito supino, á que se condena al enfermo. Sin expulsar el contenido de este recipiente, se inician, en primer término, el catarro, la distensión de las fibras musculares de las columnas carnosas después, sobreviniendo la parálisis y la uremia con todo el síndrome obligado.

No hay necesidad de recordar los síntomas concernientes á la fractura de que se trata, ni tampoco creo indispensable ocuparme del diagnóstico, por ser fácil en la gran mayoría de los casos, en que puede apreciarse el acortamiento del miembro y la punta del pie dirigida hacia fuera. Ocurre en esta lesión que no se verifica la crepitación por lo general, lo cual se explica teniendo en cuenta, de una parte, el gran brazo de palanca que representa el cuerpo del fémur, largo y fácil para aceptar cualquier movimiento, y de otra, el pequeño trozo huesoso con la cabeza, nadando en medio de potentes masas musculares, incapaces por su longitud é inserciones de fijar su posición; por lo que es imposible sostener en recíprocas relaciones ambos fragmentos que resbalan entre sí y se redondean, sin poderse fijar unidos, por la dificultad que opone la contracción muscular y la profundidad á que se encuentra el sitio de la fractura. Póngase el apósito que se quiera, los fragmentos no pueden quedar unidos, estando el superior fijo al ligamento redondo y suelto, por decirlo así, en la cavidad cotiloidea, lo contrario de lo que ocurre cuando la fractura tiene lugar por la diafisis del hueso. Dada la imposibilidad de la unión deseada, creo infinitamente mejor que el enfermo sufra en lo posible sus dolores, y en caso de necesidad, que se calmen con inyecciones hipodérmicas de morfina, y, después de las primeras horas, se le aconseje que se siente y ande con dos muletas, para que el peso de todo el miembro inferior haga una verdadera y natural extensión, sin privar al paciente del movimiento de todos sus órganos, tan necesario para sostener el juego funcional del conjunto. El individuo quedará

con su claudicación; pero sin los horrores ni tormentos de la multitud de apósitos inventados, lo cual significa lo tantas veces repetido y sabido en terapéutica, á saber: que la riqueza de medios de curación acusa más que nada la carencia de los mismos. Si, pues, ha de quedar el enfermo con su claudicación, y con el roce que forzosamente ha de producirse en las superficies fracturadas, que han de afectar cierta redondez, útil para el deslizamiento, ordénese al individuo que ande cuanto antes lo que permitan sus fuerzas, hasta tanto que se interponga el tejido fibroso, ó aparezca una pseudoartrosis, de utilidad con respecto á la progresión, y que deje, como huella, mayor ó menor claudicación; pero siempre menor de la que resultaría con el uso de cualquiera de los apósitos conocidos. Así se corrige éste, que es uno de los errores de la ciencia; la cual, más bien que en un período verdaderamente constituido, se ve marchar por uno constituyente.

El otro asunto de que he de ocuparme, se refiere al *tratamiento de la fractura transversal de la rótula*: la causa de este accidente suele ser la contracción muscular exagerada. Los medios puestos en práctica para la mejor coaptación de los fragmentos, son infinitos: basta señalar desde los garfios dobles de Malgaigne, que se aplicaban á ambas partes y se aproximaban por medio de un tornillo, hasta la moderna sutura metálica, la cual es difícil de colocar, dígase lo que se quiera, y aun colocada, no deja de ofrecer serios inconvenientes, pues por una parte el fragmento inferior permanece fijo por medio del ligamento rotuliano, y el superior se retrae con el músculo recto anterior del muslo; y ocurre que la mejor sutura salta, y nada se ha conseguido. La disposición anatómica de esta región nos ha hecho pensar en resolver sobre este problema, teniendo sobre todo en cuenta que la rótula es un hueso sesamoideo, un hueso primitivo, un pseudo-hueso, un hueso imperfecto, implantado ó embutido, por decirlo así, en el tendón del recto anterior, y reforzado por la apenaurosis del cuádriceps: pues bien, la cicatriz resultante no se realiza por un tejido de la resistencia del hueso, ni con la regularidad de un callo en cualquiera de los huesos largos de la economía, sino, antes al contrario, la expresada cicatriz ha de ser motivada por un tejido fibroso de nueva formación, ó bien por las adherencias que se establezcan á favor del tejido conjuntivo. En mi ya extensa práctica he empleado los distintos medios que se aconsejan por los tratadistas de cirugía, sin que en ningún caso pueda congratularme del tratamiento elegido: todo lo he ensaya-

do y todo lo he tenido que desechar. Por fin, se presentó en las salas del Instituto, con fractura de la rótula, un hombre de constitución fuerte, musculoso, joven y de talla mediana, y, al cabo de algunos días, se dispuso operarle por medio de las suturas metálicas y plan antiséptico, que es, al parecer, el mejor tratamiento para esta clase de lesiones; mas, siempre en la duda y algún tanto desconfiado del resultado que pudiera alcanzarse y de los beneficios que reportara al individuo semejante intervención.

Decidida la operación, ordené que trajeran al enfermo, el cual se presentó en la sala de operaciones andando por sus pies. Fijé detenidamente en el enfermo mi atención, cuando uno de los que allí estaban me hizo notar que dicho sujeto se dirigía á la mesa de operaciones sin muletas, y que verificaba la progresión de un modo casi regular, hasta el punto de que exclamara: «¡Si ese hombre anda sin cojear!» Volví nuevamente á fijar la atención, absteniéndome de la operación acordada; pues de otro modo, le hubiera colocado en la mesa y practicado, como estaba acordado, el refrescamiento de las superficies de sección de los fragmentos, implantación de la sutura metálica, etc., con lo cual el paciente hubiera salido peor librado que cuando entraba. En vista de esto, quedó sin operar, y del hecho concluyo, que para mí esta cuestión se halla resuelta en el sentido de que la ciencia ha procedido en tales casos por error y rutina. Espero nuevos hechos para poder formar juicio más firme respecto á que la colocación de apósitos en estas circunstancias es más bien perjudicial; y que convendría tener al individuo algunos días en cama hasta que cediessen los fenómenos flogísticos primitivos: después, que anduyese con muletas, hasta que pudiera manejarse sin ellas; y que la pierna en su juego funcional con el muslo por medio de la articulación de la rodilla, quedaría normal y sin claudicación, como en el caso expuestos. Precisamente cuando en medio de la admiración reconocíamos el caso, el enfermo contó, que en su pueblo había un cabrero que había sufrido idéntica fractura, para lo que no se puso en curación, y que después sigue en su oficio, subiendo y bajando montes sin cojear.

Obrando así, podría también ocurrir que la claudicación fuese pequeña, estando útil para todos los fines de la progresión, si se exceptúa el salto, á no ser que quedara por rareza la fractura fuertemente consolidada. Decidí, pues, no hacer en este caso nada, teniendo en consideración que la naturaleza por sí misma forma un tejido fibro.

so que relaciona los fragmentos á modo de ligamento inter rotuliano, cuando al enfermo se le deja mover poco á poco ó mucho según el dolor pueda consentir, realizando así la naturaleza una obra que el arte más prolijo no ha hecho sino dificultar.

### Discusión en la Real Academia de Medicina

entre los Sres. D. Alejandro San Martín y D. Juan Creus acerca del método de los Cirujanos rusos Wladimiroff y Mikulicz para la resección parcial del pie. Modificación introducida en este procedimiento por el Sr. Creus

#### EXTRACTO DE LAS SESIONES DEL 23 DE FEBRERO Y 2 DE MARZO

(Tomado de *El Siglo Médico*)

«Sr. SAN MARTÍN (D. Alejandro), dijo que se proponía comunicar á la Academia una operación quirúrgica, tan sólo por haber sido la primera de su género practicada en España, y una de las primeras llevadas á cabo desde su invención por Wladimiroff y Mikulicz.

Trátase de un joven de veintitantos años de edad, natural de un pueblo de la provincia de Guadalajara, con antecedentes de escrofulismo, que presentaba dos trayectos fistulosos detrás y debajo del maléolo externo y los síntomas que corresponden á una *caries necrósica del astrágalo*, más algún otro hueso del tarso, de carácter *tuberculoso*.

Había sido examinado este enfermo por profesores muy distinguidos, alguno de los cuales creyó indicada la amputación de la pierna por el tercio inferior; pero el Sr. San Martín se decidió por la *resección* de Wladimiroff y Mikulicz, que se ejecutó el 25 de Marzo de 1887 en el pueblo del paciente, siguiendo las prácticas más escrupulosas de la asepsis, y con el propósito de producir un *pie equino artificial*, según el método de los mencionados cirujanos rusos.

En el acto operatorio separó un segmento posterior, que comprendía en totalidad el astrágalo y el calcáneo, una porción del escafoides y cuboides y el tendón de Aquiles; y reuniendo las partes separadas con arreglo á los preceptos del método que se ejecutaba, quedó la arteria pedia para llevar la nutrición á los tejidos que quedaban, y el pie con una forma que recuerda la de los faunos mitológicos.

El Sr. San Martín presentó á la Academia al sujeto operado, que anda con facilidad, sirviéndose de un calzado apropiado; y después

hizo algunas consideraciones acerca de las resecciones parciales de los huesos del tarso, que en general creyó poco acreditadas en la actualidad; de la amputación de Pirogov, que ha practicado, y la cual exige que el calcáneo esté sano, cosa que rara vez sucede en las afecciones tuberculosas; y de la operación de Wladimiroff y Mikulicz, de que se ha publicado un notable caso, con grabado, por Carlos Roser, de Marburg, en *Centralblatt für Chirurgie*, que dirigen los profesores alemanes König, Richter y Wolkamm, y que ve la luz pública en Leipzig.

Añadió que esta clase de lesiones sólo deben dar un 5, ó á lo más un 10 por 100 de amputaciones; que en la operación de que se trata basta la arteria pedia para asegurar el riego sanguíneo; que ha de practicarse la sutura de los nervios para conservar la inervación, y que en la parte correspondiente al tercer metatarsiano puede resultar anestesia, si no se han unido los nervios, ó hiperestesis, si la unión se ha verificado de un modo imperfecto.

El Sr. PRESIDENTE (Castelo) felicitó al Sr. San Martín por el brillante resultado que había obtenido en el caso comunicado á la Academia, y habiendo manifestado que si algún señor académico deseaba hablar de este asunto, podía hacerlo desde luego, pidió y obtuvo la palabra.

El Sr. CREUS. Se adhirió á la felicitación que interpretando el espíritu de la Academia, había dirigido el Sr. Presidente al Sr. Martín, y se consideró obligado á hacer los honores al caso en cuestión, exponiendo su modo de pensar en esta importante materia.

Dijo que desde el curso anterior se halla en su clínica una enferma análoga al caso expuesto por el Sr. San Martín, y que con tal motivo ejecutó en el cadáver la operación de Wladimiroff y Mikulicz, por si se veía en la precisión, de practicarla; no habiéndollegado, por fortuna á ser necesaria, y estando la enferma á punto de lograr su restablecimiento sin operación quirúrgica; que la mujer á que se refiere tenía una artritis del tarso, un verdadero tumor blanco, á consecuencia de traumatismo; y que ha empleado con satisfactorio resultado la compresión, la cauterización trascurrente y los apósitos de cola y yeso.

Añadió el Sr. Creus, que no tranquilizándole la idea, en la operación de los profesores rusos, de que sólo quedase la arteria pedia la piel y los tejidos fibrosos de la parte superior del pie, puesto que toda la planta desaparecía, modificó el procedimiento quirúrgico en el cadáver, resecaudo todo lo conveniente de la tibia, del peroné y del

tarso, y conservado los nervios, vasos y tejidos plantares, cuya operación no debería durar más de veinte minutos.

Habló después de la operación de Pirogov, en que se conserva el calcáneo creyendo que en la generalidad de los casos debe preferirse la desarticulación; dijo que él no podía anatematizar la resección parcial, pues cuando se trata de lesiones limitadas, no debe sacrificarse sino lo necesario; que el operado del Sr. San Martín, que resulta *digitigrado*, tiene para su apoyo y progresión lo mejor que puede tener y que para que esté indicada la operación de que se trata, es necesario que no pueda aspirarse á una resección parcial con menos destrozos.

Para rectificar, hizo después uso de la palabra el

Sr. SAN MARTÍN (D. Alejandro), manifestando que era muy partidario de la cirugía llamada conservadora, pero que hay ocasiones en que es preciso apelar á los procedimientos quirúrgicos; que desde hace año y medio tiene en su clínica un enfermo, para cuyo tratamiento no puede pensarse en resección parcial, ni en la amputación de Pirogov, pues sólo es practicable la de Mikulicz, no teniendo el propósito de operarle mientras pise con el talón sin dolor; y que al hablar de resecciones, sólo se ha referido á la separación de unidades óseas, como astrágalo, etc. y no de pequeñas porciones de uno ó más huesos del tarso, por los diversos procedimientos á que no puede apelarse.

Elogia la tentativa del Sr. Creus, operando en el cadáver; pero cree que su procedimiento resultaría en la práctica infructuoso, porque disminuiría la longitud del pie. En prueba de ello recuerda una operación que hizo hace dos años, de resección clásica en *T*, conservando las partes blandas y aun el cascarón del calcáneo; pero después de emplear los apósitos convenientes, resultó un pie atrófico y anquilosado, con acortamiento; habiendo practicado más tarde la amputación cediendo á las reiteradas instancias del enfermo.

El Sr. CREUS rectificó, advirtiendo que en su modificación al método de Wladimiroff y Mikulicz, separaba las partes duras como dichos cirujanos, y que tenía escrito su procedimiento, que estaba á disposición de la Academia.

Concedida la palabra al Sr. CALVO, dijo que la Cirugía no destruirá las amputaciones de Lisfranc, de Chopart y de Pirogov; que acepta la de Mikulicz, con la advertencia de que no se deja sólo la arteria pedia, sino también ramificaciones de la tibial posterior, que ha visto practicar con brillantez resecciones parciales de los huesos del tarso al

doctor Cardenal, separando cortas porciones del calcáneo, y en mayor extensión del escafoides, cuboides y astrágalo, y que no se puede ser exclusivista, tratándose de las caries, casi siempre tuberculosas.

Por último, el Sr. SAN MARTÍN (D. Alejandro) manifestó que ayudaría al Sr. Creus á llevar á la práctica su procedimiento operatorio, aunque temía que no resultara un pie *equino*, sino uno *equino-valgo*, y que en cuanto había expuesto, se había referido á las resecciones osteoplásticas.

\*  
\* \*

El Sr. CREUS, cumpliendo lo ofrecido en la sesión anterior leyó la siguiente nota, que comprende su *procedimiento para la resección tibio-peroneo-tarsiana*, modificando el método de Wladimiroff y Mikulicz:

«1.º Corte anterior, dorsal desde el peroné (borde *interno*), comenzando á tres centímetros más arriba de la punta del maléolo, siguiendo hacia abajo y adentro en la dirección del tendón del peroneo anterior, y terminando en la línea interarticular calcáneo-cuboidea, á tres centímetros próximamente del borde del pie.

2.º Corte posterior, que comienza en el borde *interno* del tendón de Aquiles, á la misma altura que el anterior; baja al talón, costeándole, y sigue por la planta adelante, hasta terminar debajo y en la misma línea interarticular que el corte anterior, y dividiendo próximamente el tercio externo de los dos tercios interior de la planta.

3.º Corte dorso plantar, que reúne el primero con el segundo, un centímetro por detrás de la terminación de ambos.

4.º Corte horizontal semicircunferencia externa de la pierna, que reúne las dos primeras incisiones, á dos centímetros más abajo de su principio.

5.º Sección del tendón de Aquiles cerca de su inserción, cuidando de no tocar al paquete vásculo-nervioso plantar; desarticulación tibio tarsiana, hecha de fuera adentro; desarticulación medio-tarsiana; separación del calcáneo, respetando los órganos plantares que pasan por dentro y por debajo de él.

6.º Corte horizontal de la tibia y peroné, previa su conveniente disección.

7.º Idem ídem del cuboides y del escafoides, separando entre ambos cortes unos ocho ó nueve centímetros.

8.º Regularización de la piel exhuberante del talón, y ligadura de las arterias.

9.º Coaptación y sutura de los huesos.

10. Sutura de las partes blandas.

11. Cura.»

Añadió que la enferma de su clínica, á que se había referido, y en la que esperaba una pronta curación sin el empleo de los procedimientos quirúrgicos, había experimentado un retroceso en su dolencia del pie, hasta el punto de que se presentaba otra vez el problema de si era ó no conveniente la práctica de la operación.

El Sr. SAN MARTÍN (D. Alejandro) advirtió, que bien enterado, por la nota que acababa de leer el Sr. Creus, de que su modificación al método de los cirujanos rusos en nada alteraba lo fundamental del mismo, le aceptaba desde luego, sin los reparos que sometió á la consideración de la academia en la sesión anterior.

## Enfermedades palúdicas

### CLASIFICACIÓN

(Continuación)

Decíamos que no era imposible establecer una clasificación verdaderamente práctica que comprendiera todos los casos perniciosos que á la observación pudieran presentarse, y, ya que no con reglas fijas, puesto que si recurrimos á las clasificaciones generales para aplicarlas á esta parcial, nos sobran grupos de enfermedades, pues aunque las fiebres perniciosas tienen por principal carácter la multiplicada variedad de formas de presentación, nunca pueden adquirir las de todos los grupos de una clasificación general, hemos estudiado casi todas las principales clasificaciones de estas enfermedades con el detenimiento que tan importante asunto requiere, y teniendo principalmente en cuenta las deficiencias señaladas á cada una por la clínica, hemos procurado sintetizar nuestra división en breve grupo, susceptible de ser retenido en la memoria, como habrá podido verse, creyendo además, satisfacer cumplidamente las necesidades de la práctica, pudiendo mejor que nadie el atento observador comprobar la verdad de nuestros estudios.

De una buena clasificación, en la que como hemos dicho se comprendan las infinitas formas de las intermitentes malignas, dependerá seguramente el preciso y seguro diagnóstico de cada fenómeno pernicioso para acudir oportunamente con el tratamiento, asociando á los anti-periódicos, otros medicamentos que han de variar necesariamente según el síntoma morboso por el que se nos manifieste la malignidad y al que en manera alguna debemos desatender.

Nada carece de importancia en medicina y mucho menos tratándose de las fiebres perniciosas, en las que la sintomatología es tan variada y extensa, que el que no la observe atentamente incurrirá en una punible responsabilidad, puesto que desconocerá una enfermedad que, al ir acompañada de un cuadro morboso tan insidioso y funesto, seguramente llegará tarde con el tratamiento cuando quizá hubiera habido tiempo para salvar la vida de un enfermo. Ciertamente, que muchas veces son de tal intensidad y graves los fenómenos malignos, que por mucha y extremada que sea la atención y cuidados del médico, y la ciencia conozca la intensidad de la dolencia, la enfermedad no da el tiempo indispensable para su tratamiento, pero no por esto ha de servir esta misma ciencia, que como humana tiene límites marcados de pantalla que oculte ó disimule la ineptitud de algunos de sus intérpretes.

El estudio de la medicina, como ciencia puramente experimental y de experiencia, necesita continuada observación, sin que por superfluo deje de anotarse el más mínimo síntoma ó fenómeno morboso porque de él quizá dependa el esclarecimiento de esa oscuridad propalada tan injustamente muchas veces.

Réstanos decir algo acerca del tipo que comunmente afectan las enfermedades palúdicas en general y que no deja de tener importancia bajo el punto de vista clínico, especialmente en las fiebres, no sólo por lo que en sí supone la periodicidad, sino por las irregularidades y múltiples metamorfosis que suele experimentar, aun en un mismo individuo, durante un mismo ataque de la enfermedad.

En cuanto al tipo con que se nos manifiestan estas enfermedades, existen diferentes grados en la escala de la periodicidad, nominándose de modo distinto, conocido de todos, según el período de tiempo que transcurra entre uno y otro acceso febril, ó se prolongue más ó menos el período denominado de apirexia.

La generalidad de los autores solamente hacen mención de los tipos cotidiano, terciano y cuartano, ya sencillos, dobles ó triples, pareciendo, al pasar en silencio otros, como que no puede extenderse á más su número, habiendo quienes, como Valleix y Trousseau, que terminantemente y de manera absoluta niegan la existencia de otras variedades y subvariedades, pero nada hay más cierto que la diversidad de tipos que puede afectar el paludismo, pues siendo la periodicidad su carácter más principal ó síntoma patognomónico, no ha de sustraerse al proteísmo que impera en todos los síntomas y fenómenos de este grupo de enfermedades.

Los anales de la ciencia registran casos en que los accesos periódicos pueden prolongarse á los tipos quintano, septano y hasta al mensual y anual. De este último cita un notable caso nuestro malogrado Martín de Pedro, en su tratado de fiebres, refiriéndose á un religioso que todos los años en el mismo día era atacado de un acceso

febril. Por cuenta propia he podido yo convencerme de que la periodicidad puede alcanzar infinidad de tipos, puesto que en sobradas ocasiones he tratado neuralgias, otitis, cefalálgias, y fiebres de origen palúdico, en las que la periodicidad era semanal, mensual y hasta anual, de cuyos casos tendré ocasión de citar alguno más adelante.

En la gradación sucesiva de los tipos por su máximun de frecuencia, parece que, pensando lógicamente, ocupe el primer lugar en la escala de la periodicidad, el cotidiano, á éste siga el terciano, después el cuartano, quintano y así sucesivamente; pero no siempre acontece esto, pues mientras unos afirman que el terciano y el cuartano sean los más frecuentes, otros por el contrario creen que lo sea el cotidiano.

(Continuará).

TOMÁS ECHEVARRÍA.

Puebla de Montalbán, Marzo de 1889.

---

## CRÓNICA



**Libros recibidos.**—*Manual práctico de enfermedades venéreas y sifilíticas* por el profesor Aquiles Breda, director del Instituto dermo-sifilopático de Padua, versión española de la última edición italiana, por el *Dr. M. Carreras Sánchez*, médico de asociación de Escritores y Artistas, Profesor del Fomento de las Artes, premiado con diploma de 1.<sup>a</sup> clase en la Exposición literaria y artística de 1885-86, adicionado con notas por el *Dr. 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.—Entregas 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> Condiciones de la publicación: La edición española forma un tomo de 360 páginas en 4.<sup>o</sup> mayor, buena impresión y excelente papel y se vende á 6 pesetas en Madrid y 7 en provincias en la librería de los editores Roble y compañía, Magdalena, 13, Madrid y en las principales de España y América.

**NUEVAS PUBLICACIONES.**—Han visitado nuestra redacción *La Revista clínica de los hospitales*, que desde principios de este año ve la luz pública en Madrid bajo la dirección del célebre alienista nuestro querido amigo el Dr. Esquerdo, y *La Clínica* que se publica en Valladolid y dirige el Dr. D. Abdón Sánchez Herrero, catedrático de aquella facultad de medicina.—Sean bien venidos nuestros colegas, con los que desde luégo establecemos el cambio, deseándoles larga vida y todo género de prosperidades.

*Estudios sobre la tuberculosis* á propósito del Congreso que á este objeto se reunió en París en Julio de 1888, por el Dr. D. A. Bassols Prim.—Es una memoria de 39 páginas en que se hace un concienzudo examen crítico de todos los puntos que fueron debatidos en el citado Congreso, revelando en el autor los profundos conocimientos que tiene sobre el asunto.—Reciba por ello nuestra felicitación y las gracias por los dos ejemplares que ha tenido la amabilidad de remitirnos.

# LA MARICARRINA

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.

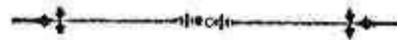
*Depósito central: Madrid. Jardines, 15, bajo, derecha, y se venden también en todas las farmacias y droguerías.*

---

## 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 iodo, 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<sup>tre</sup> 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 períodos 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 Il<sup>tre</sup>. 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*  


# Quinina de Pelletier

ó de las 3 Marcas

Adoptada por todos los médicos, en razón de su pureza y eficacia, contra las **Jaquecas**, las **Neuralgias**, los **Accesos febriles**, las **Fiebres intermitentes y palúdicas**, la **Gota**, el **Reumatismo**, los **Sudores nocturnos**. Cada cápsula, del grosor de un guisante, lleva el nombre de **PELLETIER**, obra más pronto que las píldoras y grageas, y se traga  más fácilmente que las obleas medicamentosas.

Se vende en frascos de 10, 20, 30, 100, 200, 500 y 1000 cápsulas. Es el más poderoso de los tónicos conocidos: una sola cápsula representa una gran copa de vino de quina. — En **PARIS**, 8, r. Vivienne y las princip. Farmacias.

# Perlas de Pepsina pura

**DIALISADA**  
de **CHAPOTEAUT**

**FARMACÉUTICO de 1ª CLASE, en PARIS.**

Dos perlas, tomadas despues de comer, bastan para asegurar en un cuarto de hora la digestión de los alimentos, y disipar las **Jaquecas**, **Dolores de Cabeza**, **Bostezos** y **Somnolencia**, consecuencias de mala digestión. Como garantía cada cápsula lleva impreso en negro el nombre..... 

**PARIS, 8, Rue Vivienne.**

# VINO DE PEPTONA

**Pépsica**

de **CHAPOTEAUT**, Farm<sup>co</sup> en Paris

La **Peptona** es el resultado de la digestión de la carne de vaca, digerida por la pepsina como por el estómago. Aliméntanse así los enfermos, los convalecientes y todas las personas acometidas de anemia por estenuación, digestiones difíciles, asqueo de los alimentos, fiebres, diabetes, tisis, disenteria, tumores, cancer, enfermedades del hígado y del estómago. En **Paris**, 8, Rue Vivienne, y en todas las **Farmacias**.

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.

De venta en la Farmacia de los Santos, Plata, 23.

# 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, Magdale-  
na, 13, Madrid y en casa del autor en la Puebla de Montalbán.

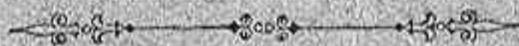
---

## 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.