

AÑO II.

JULIO DE 1889.

Núm. 19.

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA

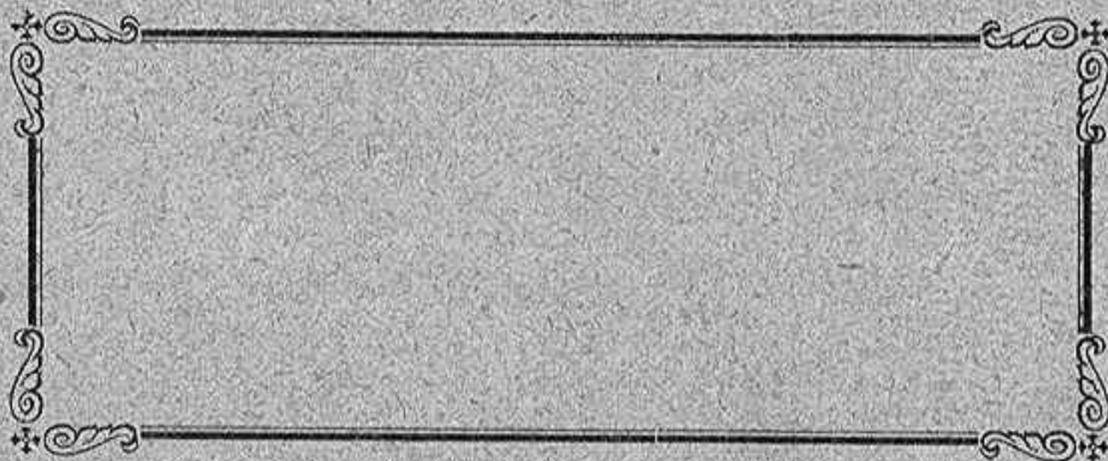
POR

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
à las cátedras de Obstetricia de Granada y Terapéutica de Zaragoza
Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina
de Madrid, etc. etc.*



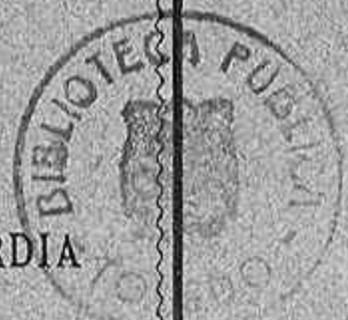
SUMARIO

Operaciones del torax.—De las paredes torácicas: tumores mamarios.—
Casos prácticos: quistes, fibro-adenomas, sarcomas y carcinomas.—De la ca-
vidad torácica: Toracentesis.—Fístulas pleuro-cutáneas.—Cuadro estadís-
tico.—Enfermedades palúdicas (continuación), por D. Tomás Echevarría.—
Bibliografía.—Anuncios.

TOLEDO:

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

Rev. 412
1



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.

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

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 CIRUGIA PRÁCTICA



Operaciones del torax



Las que se practican en esta interesante parte del cuerpo, unas recaen sobre las paredes torácicas y otras sobre los órganos contenidos en su cavidad.

De entre las primoras, las más comunes y frecuentes son las de la región mamaria, que en la mujer es asiento de toda clase de tumores. Las segundas son motivadas generalmente por trahumatismos y por derrames en las pleuras, el pericardio, etc.

De unas y otras vamos á ocuparnos á continuación de una manera general y después reseñaremos los casos comprendidos en el cuadro estadístico.

De las paredes torácicas

TUMORES MAMARIOS

Para darse cuenta de la génesis de los tumores que se desarrollan en la glándula mamaria hay que considerar la textura de este órgano, las funciones que le están encomendadas y sus íntimas relaciones con las del aparato generador de la mujer.

En su textura encontramos acini ó fondos de saco, en donde la secreción se efectúa, conductos excretores y tejido celular conectivo. Estos elementos están sujetos á cambios ó modificaciones diversas con motivo del trabajo funcional que le es propio, como también por el del eparato generador: cambios de forma, volumen y consistencia y alteraciones en la sensibilidad más ó menos graduados se observan en la época de la pubertad, durante la menstruación y aun durante las aproximaciones sexuales, durante la gestación se hacen muy per-

ceptibles y más aún durante la lactancia. De esto á enfermar no hay más que un paso; basta que se exagere cualquiera de estos fenómenos fisiológicos, Así si un conducto excretor se obstruye ya por inflamación desarrollada á causa de los estímulos de la lactancia, ya por un trahumatismo, ya por desarrollarse en su interior una vegetación ó fungosidad, el acini ó fondo de saco se dilata por la retención dentro de su cavidad del producto y tenemos como consecuencia los quistes llamados por retención. En esta clase de quistes está comprendido el golactocele, cuyo contenido es leche más ó menos alterada y del cual pensamos, á juzgar por el tamaño de los que hemos tenido ocasión de observar, que no se trata de una simple dilatación de los acini por obstrucción de los conductos galactóforos, sino de la rotura de éstos con extravasación de la leche que concluye por fraguarse una cavidad á manera de quiste, como sucede con otros líquidos derramados en el tejido celular. Pero si el tamaño del galactócele es pequeño puede reabsorberse la parte líquida de la leche, quedando los elementos sólidos más ó menos endurecidos bajo el aspecto y consistencia del queso, dando así lugar á quistes de contenido sólido, cuyo origen se remonta á la lactancia. Fuera de ésta, cuando hay en la glándula excitaciones por cualquiera de los motivos indicados se despierta la actividad de los acini, y si los conductos están obstruidos tenemos quistes por retención que no se diferencian de los anteriores más que por su contenido, que en lugar de leche es serosidad más ó menos transparente. Estos quistes, los serosos, los dermoideos é hidaídicos, constituyen los quistes simples de la mama; son de paredes delgadas y su superficie interna está recubierta de epitelium. Hay además otros formados por un mecanismo análogo de paredes gruesas, que por su estructura pertenecen al sarcoma y al cáncer y son, por tanto, tumores malignos.

Si la proliferación celular recae sobre el tejido conectivo que reúne los diferentes lóbulos de la glándula, tenemos el tumor fibroso simple, y si al propio tiempo que el tejido celular se afectan los acini, se formará el adeno-fibroma, circunscrito ó difuso, según que comprenda una porción del órgano ó todo él.

Así, pues, los quistes, fibromas y fibro-adenomas son los tumores benignos de la mama.

En cuanto á los malignos, son el sarcoma y el cáncer, y pueden revestir la misma forma que los anteriores, sin otra diferencia que la

de encontrarse además en su textura los elementos histológicos que los caracterizan.

Dado un tumor mamario, la primera cuestión que se presenta al práctico es la determinación de su naturaleza, problema que comprende dos extremos, á saber: ¿el tumor es sólido ó líquido? ¿es benigno ó maligno?

Cuando la cantidad de líquido es considerable, la fluctuación que se aprecia sin dificultad, hace evidente el diagnóstico. Tal sucede en los absesos, en el galactócele y en ciertos quistes serosos simples que han sido designados con el nombre de hidróceles de la glándula mamaria. Pero si la cantidad de líquido es pequeña, el tumor profundo ó de paredes gruesas y la bolsa quística está muy tensa, puede confundirse con un tumor sólido, pues hay sensación de dureza: comprimiendo sin embargo el tumor en todos sentidos se percibe una sensación de elasticidad que puede servir para establecer la distinción, aunque sólo la punción exploradora nos pondrá á cubierto de errores de diagnóstico. Las relaciones del quiste con el tejido glandular se descubren tirando del pezón con una mano mientras se sujeta con la otra el tumor ó viceversa: se moverá en una ú otra dirección en el caso de estar formado á expensas de los elementos de la glándula.

Mucho más difícil é importante es el segundo extremo que se refiere á la benignidad ó malignidad, y para estudiarlo bajo el aspecto puramente clínico, hé aquí los hechos que pueden servir de fundamento al diagnóstico: la edad, su evolución, su consistencia, las adherencias y ulceración, el infarto de los ganglios y la reproducción.

Los tumores benignos se desarrollan antes de los 30 años y las probabilidades de que un tumor sea maligno serán tanto mayores cuanto más exceda la paciente de esta edad.

La rapidez en el desarrollo es una circunstancia que indica malignidad, aunque no basta por sí sola para caracterizarla.

La consistencia dura como piedra y mal circunscrita es un carácter de los tumores malignos.

Las adherencias profundas y á la piel, la ulceración de ésta y el infarto de los ganglios axilares y supraclaviculares son signos de malignidad que pocas veces dejan lugar á dudas. El tumor que los presente será cuando menos un sarcoma, que si no es considerado

unánimemente como de naturaleza maligna, no puede negarse que es el que más se aproxima al verdadero cáncer.

La reproducción de un tumor cuando no viene acompañada de infartos ganglionares y caquexia, no prueba la malignidad, pues hay sarcomas de crecimiento rápido que se reproducen y el fibroide recurrente de la mama también se reproduce como los de las demás regiones.

Del examen que acabamos de hacer á la ligera de los principales fundamentos del diagnóstico, se deduce que no puede establecerse con certeza con un solo hecho, aunque parezca muy decisivo como la ulceración y la reproducción, por ejemplo, hay que tener en cuenta todos los hechos, y sólo su conjunto, con más el estudio de las circunstancias individuales, entre las cuales no debe perderse de vista la herencia, es lo que puede valorar nuestro juicio.

Resuelta la cuestión de diagnóstico, la terapéutica de los tumores mamarios en general es la extirpación, exceptuando tan sólo el galactócele y algunos quistes serosos que deben ser tratados por punción seguida de aspiración del líquido y de inyección iodada. Pero antes de proceder á la extirpación hay que fijar de la manera más precisa posible el sitio ó asiento del tumor, y para ello hay que tener presente que pueden ocurrir los siguientes casos: primero que el tumor, aunque formado á expensas de alguno de los elementos de la glándula, tenga su cubierta propia y esté independiente del resto del órgano; segundo, que dependa de ella por afectar á la totalidad ó á uno de sus lóbulos. En el primer caso puede suceder que esté el tumor sobre la glándula, que esté en su interior ó que esté debajo. Si está sobre la glándula bastará practicar una incisión que comprenda la piel y el tejido celular para llegar al tumor y hacer su enucleación sin dificultad. Si está el tumor en el interior del tejido glandular como sucede, por ejemplo, en los quistes por retención ó el sarcoma cístico, habrá que incidir después de la piel y el tejido celular subcutáneo el parenquima para llegar al tumor, quedando en este caso una herida profunda. Si el tumor está situado debajo de la glándula, la conducta del cirujano variará según ocupe un punto cerca de la periferia ó el centro: en el primer caso podrá enuclearse el tumor desprendiendo la glándula por su circunferencia; en el segundo será preferible incidir la glándula para sacar á través de ella el tumor. Si el tumor depende de la glándula y está afectada la totalidad, será preciso hacer la

extirpación completa del órgano, pero si sólo comprende uno de sus lóbulos, bastará la extirpación de lo dañado, á no ser que el tumor sea maligno y estén interesados los ganglios axilares.

Entrando ya en el examen del cuadro estadístico, aparecen en él 25 casos de tumores mamarios, de los cuales 24 pertenecen al sexo femenino y uno tan sólo al masculino, lo cual no es extraño si se tiene en cuenta que el hombre tiene las mamas rudimentarias y como de adorno, y es ley que un órgano está tanto menos expuesto á enfermar cuanto menos funciona, cuanto menos trabaja. Sólo como excepciones muy raras se habla de los ginecomaxtas, y así también es raro y excepcional encontrar afectadas así mamilas en el hombre.

El tumor de que acabo de hacer referencia era del tamaño de una naranja y estaba constituido por la hipertrofia de una de las mamilas. Era indolente y no molestaba para nada al sujeto, pero como había observado la tendencia á crecer, le fué hecha por complacencia la extirpación, cicatrizando la herida casi por primera intención.

Los 24 tumores del sexo femenino pueden clasificarse, á juzgar por su evolución y caracteres microscópicos, de este modo:

Quistes	3
Fibro-adenomas	6
Sarcomas	3
Carcinomas (escirro)	11
Hiperplasia inflamatoria	1

Quistes

Los números 2 y 3 eran dos quistes de contenido sólido, extirpados poco después de la lactancia y que habían aparecido durante ella ó al terminar bajo la forma de pequeños tumores indolentes. Indudablemente su formación fué debida á la obstrucción de algún conducto galactóforo y retención de la leche: después la parte líquida se reabsorbió y quedó la sólida, un quesito, del tamaño de una nuez, encerrado en una bolsa de paredes finas.

El número 4 era un tumor del tamaño de un huevo, situado en el espesor de la glándula y que por su consistencia parecía un tumor sólido. Extirpado mediante una incisión que comprendió el tejido

glandular, resultó un quiste de paredes delgadas de contenido seroso; este quiste debió formarse también por la obstrucción de algún conducto excretor en consecuencia de algún trahumatismo, seguida ó acompañada de excitación secretoria de la glándula ocasionada por la menstruación, el coito etc. Hay que excluir en este caso la lactancia, porque esta señora, aunque casada, no ha tenido hijos.

Estos tres tumores estaban situados en el espesor de la glándula y su extirpación dejó heridas profundas que supuraron, y en el número 4 vinieron flemones mamarios que duraron bastante tiempo á pesar de haber sido tardía su aparición cuando ya había motivos para creer que la reunión de la herida se había efectuado por primera intención.

Fibro-adenomas

De los seis tumores de esta clase, dos eran en el momento de la extirpación de diagnóstico dudoso (los números 9 y 10), en el concepto de que dada la edad de 35 y 45 años de las pacientes, podía temerse que á pesar de su apariencia benigna no lo fuesen realmente. Mucho más benigno parecía el número 24, y sin embargo á los tres años vino la reproducción y la caquexia á poner fin á la vida de la enferma. Sin embargo, por el tiempo que ha transcurrido desde la extirpación, 10 años en la primera y seis en la segunda sin que se hayan reproducido y sin la menor alteración en el estado general, puede creerse que en efecto eran benignos.

Los cuatro restantes (números 5, 6, 7 y 8) eran fibro-adenomas, que recayeron en jóvenes de temperamento linfático, en cuya génesis talvez no era extraña la diatesis escrofulosa, que así como da lugar á la formación de tumores adenoideos en los ganglios del cuello, entiendo que también puede ocasionarlos en las mamas; y como escrófula y tubérculo son sinónimos, podía sospecharse que alguno cuando menos fuese de naturaleza tuberculosa.

Un tumor de esta clase tuvimos ocasión de observar que no habiéndose extirpado, vino el reblandecimiento y la supuración, curándose después de algunos meses. Es posible que en algunas de estas enfermas hubieran seguido la misma marcha si no hubiesen sido eliminados por la extirpación.

La operación por lo demás no ofreció grandes dificultades, curándose las heridas casi por primera intención en los números 5, 6, 7 y 8. La enferma número 10 era sumamente obesa y la capa de tejido celular subcutáneo tenía un espesor considerable, el tumor estaba situado profundamente, su tamaño era como un coco; así que después de la extirpación quedó una gran herida profunda que tardó varios meses en cicatrizar. En la número 7, sobrevino después de la operación erisipela, que terminó por defunción, por ser la enferma de constitución muy endeble.

El caso núm. 17 era un tumor de mediana consistencia, mayor que un huevo de gallina, en el cual venía sintiendo desde hacía algún tiempo dolores á punzadas, que dada la edad de la paciente podían hacer sospechar que su naturaleza fuese cancerosa. Hecha la extirpación con previa anestesia, no ocurrió novedad durante ella en el estado general: por parte del local llamó la atención del operador la gran vascularidad arterial del tumor, pues hubo que poner muchas ligaduras y algunas horas después se presentó hemorragia, que hizo necesario quitar los puntos de sutura para ligar más vasos que daban sangre. Examinado el tumor, se vió que estaba constituido por una hiperplasia de carácter inflamatorio de uno de los lóbulos de la glándula, lo cual no daba en verdad mucha luz para explicar una vascularidad tan extraordinaria. Cuando ya la herida estaba muy avanzada en su cicatrización, la enferma tuvo un ataque de disnea muy grande, que me hizo explorar con cuidado los órganos contenidos en la cavidad torácica, resultando de esta exploración que la enferma tenía una hipertrofia cardíaca por insuficiencia valvular que hasta entonces había estado compensada y ninguna molestia la había ocasionado. Esta hipertrofia había engendrado sin duda el tumor, determinando la copiosa hemorragia durante y después de la operación; mas como la paciente nos era completamente desconocida y ningún antecedente dió de tal padecimiento, ni nada observamos que nos hiciese sospecharlo, no tuvimos inconveniente en operarla. Rota la compensación, fueron vanos todos nuestros esfuerzos para restablecerla, la lesión cardíaca siguió un curso rápido y la enferma falleció de sus resultas antes de que fuese completa la cicatrización de la herida. Este caso demuestra la necesidad de explorar atentamente los órganos de la cavidad torácica antes de emprender ninguna operación por pequeña que sea, pues no hay duda que las lesiones cardíacas con-

traindican formalmente toda intervención quirúrgica activa, así como el uso del cloroformo, siendo verdaderamente extraño que ningún accidente se presentase en este caso por consecuencia de la anestesia. El olvido de este precepto quirúrgico, que muchas veces se tiene por exceso de confianza ó por la escasa importancia del acto quirúrgico, puede acarrear accidentes desagradables como el que acabamos de indicar.

Sarcomas

Aunque figuran tres casos en el cuadro, no fueron más que dos las enfermas; los números 12 y 13 se referían á una misma, que se presentó con un tumor de gran tamaño, cuatro libras y 12 onzas, que comprendía toda la glándula, y cuyo crecimiento había sido rápido. Se extirpó juntamente con la mayor parte de la piel, de la cual no se dejó más que la estrictamente necesaria para cubrir la gran herida resultante, cuya cicatrización se hizo casi de primera intención. A los dos años se reprodujo sobre la cicatriz, formándose otro tumor como un puño, pero sin venir acompañado de infartos axilares ni de alteración en el estado general. Le fué extirpado haciendo después una autoplastia por deslizamiento para cubrir la herida, que cicatrizó perfectamente en poco tiempo. El tumor no volvió á reproducirse y la enferma falleció, según noticias, hace dos ó tres años de una pulmonía. Con estos datos hay motivos para pensar que se trataba de un fibro-sarcoma difuso de toda la glándula. El tumor de la enferma núm. 14 era como un huevo, y por su aspecto y consistencia parecía un sarcoma.

Carcinomas

El diagnóstico del cáncer es difícil en su primer período cuando el tumor aparece pequeño, circunscrito, más ó menos duro é indolente, pues que puede confundirse con un tumor benigno, y sólo el análisis histológico puede establecer una distinción rigurosamente exacta. No debe inspirar, sin embargo, al práctico este género de investigación una confianza absoluta porque todavía la histología no ha dicho la última palabra: después de haber variado mucho la opinión de los histólogos acerca de los elementos que debían considerarse como

esenciales en los tumores para ser diagnosticados de cancerosos, recientemente se anuncia el descubrimiento de un bacilo especial del carcinoma, que de confirmarse echaría por tierra todos los trabajos anteriores.

Cuando la enfermedad está adelantada en su evolución, como ocurre frecuentemente en las enfermas que se presentan en los hospitales, su diagnóstico es fácil, la ulceración, el infarto de los ganglios axilares, los antecedentes de familia juntamente con la edad de las pacientes, hacen que un tumor canceroso no se confunda con otro de distinta naturaleza. La mayor parte de los que figuran en nuestro cuadro estadístico diagnosticados de cancerosos se encontraban en las condiciones que acabamos de indicar.

De nuestras 11 operadas, sólo en una el diagnóstico era dudoso, pues como queda manifestado en otro lugar, el tumor parecía benigno en el momento de la extirpación. En las demás, por el contrario, era evidente que se trataba de tumores cancerosos, y si alguna duda podíamos abrigar se ha desvanecido por las desconsoladoras noticias que hemos tenido de la mayor parte de ellas.

La indicación terapéutica en esta clase de tumores es la extirpación siempre que sea asequible la eliminación de todos los tejidos interesados, esto es, de tumor y de los ganglios y con tal de que no se haya iniciado el período de caquexia. Extirpando bien y lo más temprano posible y procurando modificar con la higiene el estado de la constitución de las operadas, puede retardarse la reproducción y la caquexia, que es el término inevitable de esta terrible enfermedad.

De la cavidad torácica

TORACENTESIS

Esta operación está indicada en las pleuresías terminadas por derrame cuando la cantidad de serosidad es tan considerable que, comprimiendo el pulmón, amenaza producir la muerte por asfixia y también cuando á pesar de los vejigatorios repetidos, el derrame de la cavidad pléurica tarda en reabsorberse y se hace purulento constituyendo un empiema.

En otro tiempo era muy grave la toracentesis porque no tardaba en alterarse el pus y sobrevenir la infección purulenta; pero actualmente

con los aparatos aspiradores que impiden la entrada del aire, con el desagüe perfecto por medio de los tubos de goma y con las curas antisépticas, los peligros de infección han disminuído considerablemente, pudiendo conseguirse mayor número de curaciones.

La primera operación de esta clase que practicamos recayó en una niña de cinco años que en 30 de Julio de 1875 tuvo una pleuresía, que terminó por derrame, presentando en 16 de Agosto del mismo año entre el cuarto y quinto espacio intercostal del lado izquierdo un tumor fluctuante acompañado de sonido á macizo á la percusión en todo el costado afecto y fiebre de alguna intensidad. Diagnosticado el derrame de purulento se hizo una incisión de tres á cuatro centímetros en el quinto espacio intercostal que comprendió la piel y el tejido celular, y á través de ella se introdujo en la cavidad pleurítica un trocar y con el aspirador de Dieulafoy se extrajo una cantidad considerable (750 gramos) de pus de buena calidad: después se inyectó una cantidad equivalente de una solución débil de tintura de iodo (una parte de tintura por cinco de agua) que se extrajo pasados algunos minutos con el aparato, cerrando por fin la herida con un parche de aglutinante.

El estado de la niña mejoró después de la operación, mas habiéndose reproducido el derrame no tardó en establecerse una fístula pleuro-torácica, la cual fué tratada por medio de inyecciones con agua y aceite fenicado que no fueron suficientes para agotar la supuración y evitar que sucumbiese por consunción á los dos meses.

En 1884 operamos á otro sujeto (núm. 27 del cuadro) de oficio cochero, que padeció una pleuresía del lado derecho, terminada por un derrame considerable que dificultaba la respiración y habia peligro inminente de asfixia. Con varios días de intervalo se le hicieron tres toracentesis mediante la punción y aspiración del líquido. La cantidad de éste fué de dos ó tres kilogramos cada vez, y con respecto á su calidad era serosidad transparente en la primera punción y serosidad algo turbia en las otras dos. No reabsorbiéndose con un gran vejigatorio que se aplicó después de la segunda operación ni con los diuréticos, sosteniéndose la fiebre y encontrándose el enfermo sumamente abatido después de la tercera punción y evacuación del líquido, se hizo una inyección con una solución al 1 por 3 de tintura de iodo. Siguió la fiebre que tomó el carácter de adinámico y el enfermo sucumbió dos días después de la última operación.

El tercer operado lo fué nuestro querido amigo y compañero el Médico de esta ciudad D. Adelaido Heredero, que padeció también una pleuresía del lado izquierdo, terminada por derrame, cuya reabsorción se procuró por medio de vejigatorios repetidos y embrocaciones con la tintura de iodo, presentándose á los tres meses entre el cuarto y quinto espacio intercostal un tumor fluctuante que no dudando fuese un foco pleurítico, fué abierto mediante punción y aspiración, extrayéndole unos 300 gramos de pus. Después de esto mejoró el estado general, y reproduciéndose el líquido se formó una fístula pleuro-torácica, con la cual continúa por no haber consentido, á pesar de nuestras instancias, someterse á tratamiento alguno.

Ofreció de particular esta operación la considerable resistencia que encontró la punta del trocar para penetrar en la cavidad del foco pleurítico, resistencia debida sin duda al espesor de las falsas membranas formadas del lado de la pleura parietal.

Fistulas pleuro-torácicas

Hasta seis casos hemos tenido ocasión de tratar de fístulas pleuro-torácicas en la convalecencia de pleuresías terminadas por supuración, abiertas espontánea ó artificialmente.

El primer caso fué un enfermo de la clínica médica, primer curso que tratamos en la Facultad de Medicina durante las vacaciones del verano de 1871 ó 72, que debió su curación al esmero y asiduidad en las curas del entonces alumno interno D. Evaristo Ausín, hoy Profesor distinguido que ejerce con gran crédito y estimación en la Corte. Fué tratado mediante las inyecciones de tintura de iodo debilitada, y después de muchos meses se obtuvo la curación completa.

El segundo caso es muy interesante, y conservando la historia detallada hecha bajo mi dirección por el alumno Sr. Morana, hoy Profesor en el pueblo de Cebolla, considero oportuno extractarla á continuación.

El enfermo á que se refiere es el señalado con el número 29 en el cuadro estadístico, en el que están anotadas sus circunstancias personales. El 10 de Junio de 1879 recibió una herida penetrante con instrumento punzo-cortante en el sexto espacio intercostal del lado izquierdo, á consecuencia de la cual sobrevino una pleuresía que terminó

por derrame, durando el estado agudo hasta el 29 de Junio, á partir de cuya fecha cesó la fiebre, se restablecieron todas las funciones, quedando tan sólo tos, acompañada de expectoración purulenta y una fístula pleuro-cutánea que según el parecer de los profesores de cátedra estaba sostenida por caries de la quinta costilla que habían creído tocar con el estilete desnuda en cierta extensión. Y como la supuración no se agotase con los recursos terapéuticos empleados por dichos profesores, el juez de Navahermosa acordó á propuesta de los mismos que ingresase en el Hospital provincial, como lo verificó el 4 de Enero de 1880 en el siguiente

Estado actual.—En el sexto espacio intercostal izquierdo presenta una solución de continuidad circular del diámetro de una moneda de 5 céntimos, cubierta de fungosidades que sangran al menor contacto y obstruyen una abertura más pequeña que comunica con el interior de la cavidad torácica, la piel está fuertemente retraída por su adherencia al borde superior de la sexta costilla y forma una depresión con el aspecto de ombligo. Por dicha abertura sale una corta cantidad de supuración que se valúa en 30 á 40 gramos en 24 horas. Sondada la herida no se pudo tropezar con ninguna costilla desnuda, pero en cambio el estilete marcha profundamente dirigiéndose de arriba abajo y de dentro afuera. Hecha una inyección de aceite fenicado, el enfermo se ve acometido de fuertes golpes de tos y asegura que la expectoración tiene el sabor del ácido fénico. Repetida la inyección con agua azucarada y con una disolución de quinina, no percibe el sabor dulce ni el amargo, pero los esputos salen teñidos del color rojo de cochinilla con que se han coloreado dichas disoluciones, lo que demuestra que hay comunicación entre el pulmón y la cavidad pleurítica. Por la percusión está disminuída la sonoridad en todo el costado afecto. Por la auscultación está disminuído el murmullo vesicular, así por detrás como por delante, en las zonas correspondientes al lóbulo superior del pulmón izquierdo, y hay silencio respiratorio completo en las correspondientes al lóbulo inferior. Aumento de la sonoridad normal de los latidos cardíacos. Medida con una cinta métrica la caja torácica arroja los siguientes datos: por debajo de la axila desde las apófisis espinosas de las vertebras hasta la parte media del esternón, el lado izquierdo tiene dos centímetros menos que derecho: al nivel de las mamilas la diferencia es de 2 $\frac{1}{2}$ centímetros, y al nivel de la herida (sexto espacio intercostal) 4 centímetros; y en la base

del torax dos centímetros. Diferencias que se aprecian bastante bien á simple vista.

El paciente tiene tos acompañada de expectoración muco-purulenta en cantidad de 60 á 90 gramos en 24 horas, cuando la tos es muy fuerte se congestiona la cara y da lugar á pequeños epistaxis. No tiene fiebre, está bien nutrido y desempeña con perfecta normalidad todas las funciones excepto la respiración.

Con estos datos á la vista se formuló el diagnóstico de fístula torácica cutáneo-pleuro-pulmonar (con ó sin caries de la quinta ó sexta costilla, dudoso) con ulceración en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo y neumonia crónica terminada por esclerosis, cuando menos, en algunos puntos de este lóbulo—retracción del lóbulo superior—adherencias de la pleura parietal á la visceral en la mayor parte de su extensión, excepto en los puntos declives en donde debe existir una pequeña cavidad—dificultad de los movimientos cardíacos por la retracción del pulmón y tal vez por la adherencia de la pleura al pericardio.

Tratamiento.—Alimentación reparadora y plan tónico-reconstituyente.—Interiormente ácido fénico un gramo en 20 píldoras, para tomar una cada tres horas y píldoras de un centigramo de extracto tebaico para tomar algunas dosis al día con observación de la tos. Localmente inyecciones de aceite fenicado y la colocación de un tubo de drenaje.

DIARIO DE OBSERVACIÓN

28 de Febrero.—Continúa en el mismo estado.

9 de Marzo.—Ha mejorado algo.—La supuración por la fístula ha disminuído.—También ha disminuído la tos y la expectoración que es de mejor aspecto.—Se ha aumentado gradualmente la dosis de ácido fénico á un gramo en 24 horas y lo tolera perfectamente.

20 de Marzo.—Sigue en el mismo estado y aumentando gradualmente la dosis de ácido fénico.

30 de Marzo.—Ha tenido una exacerbación en el padecimiento revelada por aumento de la tos y la expectoración, pero sin alteración notable en el estado general.

10 de Abril.—Se encuentra muy aliviado.—Ha disminuído la tos y

la expectoración y la supuración por la fístula está casi agotada.—La dosis de ácido fénico se ha elevado á dos gramos en 24 horas.

20 de Abril.—Estando casi agotada la supuración de la fístula y siendo purulenta la expectoración, esto hace pensar que debe estar obstruído el orificio externo de la fístula, y reconocido minuciosamente, se encuentra tapado por una fungosidad que se extirpa con la tijera y se coloca un tubo de desagüe, que penetrando en la cavidad pleurítica unos 20 centímetros, dió salida á una buena cantidad de supuración de excelente aspecto é inodora. Para que no vuelva á obstruirse el orificio se acuerda dejarlo permanentemente, sacándolo todos los días para limpiarlo.

30 de Abril.—Desde la colocación del tubo de desagüe el enfermo no tose y la expectoración ha dejado de ser purulenta. Se suspenden las píldoras de ácido fénico y extracto tebaico.

17 de Mayo.—En vista de lo bien que tolera las inyecciones se le hacen desde este día con una sustancia más activa, á fin de procurar la adhesión de la pleura y por consiguiente la cicatrización del trayecto fistuloso.—Tintura de iodo y agua destilada á partes iguales con una pequeña cantidad de ioduro potásico para inyecciones por el tubo previamente limpio.

1.º de Junio.—Estado del enfermo excelente: parece haber disminuído la cavidad del foco.

23 de Junio.—Estado excelente.—Hace seis días sin embargo se obstruyó la abertura exterior por una fungosidad, y habiendo sacado el tubo para limpiarlo, no pudo volverse á introducir, y se acordó dejarlo en tal estado algunos días para ver si estaba ó no cicatrizado el trayecto. A los tres días volvió á presentarse la tos acompañada de expectoración que, aunque no purulenta, indicaba que no estaba agotada la supuración en el foco pleurítico; por cuya razón se procedió á limpiar de fungosidades el orificio y sondar el trayecto con el estilete hasta dejar colocado de nuevo el tubo como se consiguió sin gran dificultad.

Al siguiente día la tos volvió á desaparecer. La observación precedente demuestra que la ulceración pulmonar está cicatrizada, pues de otra suerte la expectoración en los días que estuvo quitado el tubo, hubiera sido purulenta. La cantidad de supuración evacuada por el tubo demuestra que se ha reducido la cavidad del foco pleurítico.

21 de Julio.—El estado del enfermo continúa siendo excelente. Se

sigue haciendo uso de las inyecciones de tintura de iodo, que se han concentrado más, poniendo dos partes de tintura por una de agua.

3 de Setiembre.—El estado del enfermo es inmejorable. No tiene tos ni expectoración. La supuración de la fístula, unos días aumenta y otros disminuye, según que se hace ó no la inyección iodada que viene poniéndose cada tres ó cuatro días. Continúa colocado el tubo, cuya longitud ha disminuído porque se ha ido cortando de tiempo en tiempo.

9 de Setiembre.—Desde hace dos días el enfermo viene notando inapetencia, y en el de hoy se observa una ictericia bastante pronunciada, pero sin fiebre ni alteración en el estado de la fístula.—¿Será debida esta ictericia á un catarro de las vías biliares por enfriamiento? ¿Será producida por la absorción del iodo? ¿Estará relacionada con algún proceso purulento en el hígado?

Considerando más probable la primera hipótesis se le disminuye el alimento dejándole á sopa, se le prescribe un emeto-catártrico cada tres ó cuatro días y en los restantes cocimiento de ruibarbo para tomar á cortadillos. Tartrato antimónico potásico 5 centigramos; tartrato potásico, 30 gramos; agua destilada, 345 gramos. Disuélvase para tomar en cuatro dosis con intervalo de un cuarto de hora.

El primer día tuvo grandes evacuaciones por vómitos y dos deposiciones ventrales.

En los siguientes tomó el cocimiento de ruibarbo, y aumentando el apetito, no hubo necesidad de repetir el emeto-catártrico.

1.º de Octubre.—Es más satisfactorio el estado del enfermo, ha desaparecido la ictericia, la supuración por la fístula ha disminuído.

15 de Octubre.—Atribuyendo el enfermo su inapetencia y la ictericia que acaba de sufrir á la repugnancia que le causa la alimentación hospitalaria, y considerando que en efecto puede perjudicarle su prolongada estancia en el establecimiento, si bien se le permite la salida diariamente, pide y se le concede el alta para trasladarse con permiso del juzgado al pueblo de su naturaleza.

27 de Enero de 1881.—En este día se presenta este enfermo que se encuentra en excelente estado, ha seguido disminuyendo la supuración de la fístula que está casi cicatrizada y no tiene tos ni fatiga.

La precedente historia clínica es instructiva bajo muchos conceptos.

Enseña en primer término que es compatible con una salud perfecta, una lesión local tan grave como la que tenía este sujeto, puesto que existiendo un trayecto fistuloso desde la piel hasta el pulmón izquierdo con ulceración extensa de éste, no hubo ni un día siquiera fiebre, ni demacración, ni la menor alteración en las demás funciones durante su larga estancia en el hospital. Bajo el punto de vista del diagnóstico, el olor á ácido fénico de la expectoración primero, y después la presencia en la misma de la materia colorante inyectada, hicieron evidente la comunicación entre la cavidad del foco pleurítico y el pulmón y por consiguiente la ulceración de éste.

Durante el curso del proceso fué notable también la influencia del desagüe, pues en cuanto se colocó el tubo disminuyó la tos hasta cesar completamente. Cuando dejó de colocarse el tubo antes de estar cicatrizada la ulceración pulmonar, volvió á presentarse la tos acompañada de expectoración purulenta, y después de estar cicatrizada en cuanto se acumuló en el foco cierta cantidad de supuración, también se reprodujo la tos, siendo indudable que á no haber restablecido sin perder momento el desagüe se hubiera abierto de nuevo la cicatriz pulmonar.

Bajo el punto de vista de la terapéutica, es de notar, no sólo la tolerancia de la pleura para la tintura de iodo, sino también la benéfica influencia de la misma para disminuir la cavidad del foco pleurítico hasta agotar por completo la supuración. Después hemos de volver á ocuparnos de este importante asunto y trataremos de fijar las indicaciones de dicha sustancia fundándonos en lo que tenemos observado.

Siguen en el cuadro al caso que acabamos de reseñar extensamente los señalados con los números 30 y 31, muy semejantes entre sí, no sólo por su origen, sino también por su curso, duración y terminación. Procedían de pleuresías terminadas por supuración (empiema) abiertas espontáneamente al exterior en dos sujetos jóvenes y robustos que ingresaron en el hospital en buen estado de nutrición, sin fiebre y con sus fístulas pluro-cutáneas, supurando abundantemente. Sondados los trayectos y colocados los correspondientes tubos de desagüe, procedióse á practicar por ellos cada tres ó cuatro días inyecciones iodadas, principiando al 1 por 3 y aumentando gradualmente hasta llegar á la proporción inversa 3 por 1 y haciéndolas en los días restantes de aceite fenicado. Con estos medios se obtuvo la curación completa, puesto que llegó á agotarse la supuración del foco pleurítico y pudo

quitarse el tubo sin que se reprodujese. Uno de estos enfermos, después de tomar el alta, fué admitido en el establecimiento de enfermero, cuyo oficio estuvo desempeñando desde el 27 de Agosto al 12 de Setiembre: durante la noche de este último día, reinando un temporal fresco, hubo de levantarse desnudo para auxiliar á un enfermo de la sala, y á la mañana siguiente le encontramos con fiebre alta y un dolor agudísimo en el costado izquierdo en que había tenido la fístula, y de sus resultas falleció el día 15 del mismo mes, habiendo presentado los síntomas de una pleuroneumonía sobre-aguda y de curso rapidísimo, que al parecer no tenía otras relaciones con el padecimiento anterior que las de haber quedado el órgano más expuesto á enfermar por la acción de las causas comunes. No pudimos hacerle la autopsia para comprobar si era efectiva la curación de su fístula como nos pareció, no sólo al darle el alta, sino después durante su breve enfermedad.

El número 32 padeció una pleuresía en Diciembre del 86, que terminó por supuración, abriéndose el foco en Enero del 87. En 1.º de Marzo ingresó en el hospital con una fístula pleuro-cutánea del lado izquierdo que daba una gran cantidad de supuración sumamente fétida.

La capacidad del foco pleurítico fué valuada en 500 gramos. El enfermo estaba sumamente pálido y demacrado, tenía tos durante cuyos accesos salía por la fístula un torrente de pus y fiebre bastante alta. Su estado era tan lastimoso que toda esperanza de salvación parecía un sueño. Sin embargo, era un deber intentarla, y para ello, á la vez que le prescribimos un plan tónico, procedimos á la colocación de un tubo de desagüe, por el cual hicimos repetidas inyecciones de agua y aceite fenicado. A los pocos días se logró extinguir el olor fétido del pus y poco á poco fué mejorando su estado general. En el mes de Mayo había cesado la fiebre, y abrigando esperanzas de salvarle, desde el 25 acordamos pesarle todos los meses para saber á punto fijo lo que ganaba ó perdía la nutrición. Los resultados fueron los siguientes: 25 de Mayo, tres arrobas y cinco libras; 26 de Junio, tres arrobas y nueve libras; 31 de Julio, tres arrobas y 20 libras; 20 de Agosto, cuatro arrobas. Por consiguiente, desde Mayo hasta Agosto había aumentado en peso 20 libras y como otro tanto calculamos que había ganado desde Marzo hasta Mayo, resultaban desde su ingreso unas 40 libras de aumento, estado que no podía ser más satisfactorio. Desde su ingreso hemos dicho que se colocó un

tubo y se le hacían inyecciones con agua y aceite fenicado, sólo que en vez de aceite común se empleaba aceite de hígado de bacalao fenicado al 2 y medio por 100 y después de limpiar esmeradamente el foco pleurítico se le dejaba lleno de este aceite por si algo se absorbía que obrase sobre la nutrición del paciente. Desde el mes de Mayo en adelante cada tres ó cuatro días se le hacía una inyección iodada, principiando al 1 por 3 y aumentando gradualmente la cantidad de tintura hasta ponerla casi pura, procurando siempre hacer salir por el tubo toda la tintura que inyectábamos, para lo cual, con una jeringa, hacíamos por el tubo la aspiración hasta la última gota. El resultado de este tratamiento fué reducirse la capacidad del foco hasta el punto de que últimamente sólo cabían en él unos 120 gramos de líquido desde 500 que se calcularon en un principio.

Todo hacía esperar que la curación sería el término de tan fatal dolencia y vendría á ser digno remate de nuestros afanes. Pero el 20 de Agosto, el enfermo, á quien ya se había concedido la ropa para que pudiera estar levantado algunas horas, pues empezaba á ser considerado como convaleciente, se empeñó en marcharse á su casa, y negándole el alta se fugó y aunque trabajosamente pudo llegar á su domicilio por su propio pie y sin ayuda de nadie. A los cuatro días, accediendo á nuestros ruegos, consintió en volverse al hospital, pero fué preciso traerle en camilla: en tan corto espacio de tiempo había perdido para siempre todo lo ganado, á su regreso había disminuído en peso cinco libras, el foco se había vuelto á infestar y exhalaba la supuración un olor tan fétido ó más que la primera vez; la fiebre que había aparecido de nuevo ya no le abandonó un momento y, por fin, continuando cada día peor, sucumbió por consunción el 27 de Noviembre.

La medicación local y general fué muy eficaz mientras el paciente se sometió á ellas con buena voluntad; pero desde la fuga á su domicilio y reingreso en el establecimiento se tornó indócil, se abatió profundamente su espíritu, perdió el apetito, burlando la vigilancia de las personas encargadas de cuidarle, cometía todo género de excesos en el régimen alimenticio y en consecuencia de todo esto vino la terminación fatal. Demuestra, sin embargo, esta observación el partido que puede sacarse de los tónicos y antisépticos en este género de dolencias y la influencia de las inyecciones iodadas para disminuir la capacidad de esta clase de focos purulentos.

El último caso de fistula pleuro-cutánea que hemos observado ha sido el de un niño de cinco años, natural de Mora, que hace pocos meses se nos presentó en el hospital con una abertura entre el cuarto y quinto espacio intercostal del lado izquierdo que sondada con cuidado conducía el estilete á un foco pleurítico procedente de una pleuresía terminada por supuración y abierta espontáneamente hacia poco tiempo. La supuración era abundante y de buen aspecto; colocado un tubo de desagüe, se le hicieron por él inyecciones de agua fenicada y se le dejó puesto. Al día siguiente se le extrajo para limpiarle y se le volvió á introducir; mas al hacerle las inyecciones, el niño principió á agitarse violentamente y de pronto sobrevino un síncope seguido de algunos movimientos convulsivos y la muerte súbita. Por más que se le dieron fricciones, se le hicieron inyecciones de éter y una aplicación de electricidad, no fué posible establecer los movimientos cardíacos. ¿Cuál pudo ser la causa de este accidente desgraciado? Indudablemente la proximidad del corazón al foco pleurítico y la compresión que debió sufrir dicho órgano con el líquido inyectado en el acto de agitarse y llorar violentamente, lo cual ocasionó una parálisis cardíaca.

Importa mucho fijar la atención en este accidente, que no es nuevo y ha ocurrido á otros prácticos con el empleo de las inyecciones desinfectantes. Como la causa debe ser puramente mecánica no deben proscribirse las inyecciones sino hacerlas de manera que el líquido no pueda por su cantidad comprimir el órgano central de la circulación; lo cual se conseguirá inyectando lentamente pequeñas cantidades y dejándolas salir por el tubo de desagüe.

En cuanto á las de tintura de iodo, los números 29, 30, 31 y 32 del cuadro, prueban su eficacia para reducir la capacidad del foco y agotar la supuración, y como todos estos casos eran crónicos, consideramos que están legítimamente indicadas en este estado. En el agudo, por el contrario, á juzgar por lo ocurrido, en el número 27, no deben emplearse, siendo preferible cuando el derrame no se reabsorba el desagüe con antisepsia rigurosa. Siempre se debe procurar la evacuación del líquido inyectado, acudiendo en caso necesario á la aspiración para evitar una intoxicación iódica.

Operaciones

NOMBRES.	Naturalaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICO.
1 Pedro Pérez	Mocejón	20	S.	Hipertrofia de la mamila
2 E. M.	»	35	C.	Quiste de contenido sólido (cascoso)
3 Felipe Urciña	Yébenes	33	C.	Id. id. id.
4 C. A.	Valencia Alcántara (Cáceres)	45	C.	Quiste seroso
5 Gumersinda Gutiérrez	Bargas	21	S.	Fibroma mama izquierda
6 Felipa Leonor	San Pablo	19	S.	Fibro-adenoma mama izquierda volumen de una naranja
7 Martina García	Manzanque	25	S.	Id. id
8 Carmen Cervantes	Mora	18	S.	Id. id. derecha
9 Eugenia	»	35	S.	Fibroma mama derecha
10 D. ^a Anastasia	Toledo	50	C.	Fibro-adenoma voluminoso
11 Gregoria Alguacil	Ajofrin	50	V.	Hiperplasia inflamatoria de un lóbulo de la mama izquierda
12 Narcisa Salinero	San Pablo	49	V.	Sarcoma difuso de la mama derecha de cuatro libras y 12 onzas de peso.
13 Id. id.	Id.	50	V.	Id. reproducido sobre la cicatriz
14 Teodora Aguado	Toledo	32	C.	Fibro-sarcoma de la mama derecha del tamaño de un huevo
15 Jacinta Virriales	Id.	62	C.	Cáncer reproducido de 30 onzas de peso y ganglios axilares
16 Victoria Villarrubia	Mora	52	C.	Id. ulcerado mama derecha infartos axilares
17 Id. id.	Id.	53	C.	Id. reproducido
18 Cayo Aguilera	Valde S ^o Domingo	59	C.	Carcinoma de la mama y ganglios axilares
19 Francisca Páramo	Bargas	48	C.	Id. ulcerado mama izquierda y ganglios axilares.—Otro más pequeño en la derecha
20 Juliana Viñasas	Sta. M. ^a de la Olla (Soria)	58	V.	Cáncer ulcerado mama derecha
21 Juliana García Conejo	Mora	58	V.	Id. reproducido id.
22 Sor Natividad	Cáceres	45	S.	Carcinoma id
23 Olalla Fernández	Toledo	36	C.	Id. ulcerado
24 N. N.	Id.	35	S.	Tumor escirroso en una mama
25 D. ^a Nicolasa	Id.	56	C.	Cáncer reproducido de la mama

del torax

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Extirpación	»	Dic. 80	»	Curación.
Id.	»	1883	»	Id.
Id.	3 Nov. 86	4 Nov. 86	24 Nov. 86	Id.
Id.	»	Set. 84	»	Id.
Id.	8 Mayo 84	10 Mayo 84	3 Jun. 84	Id.
Id.	9 Set. 85	12 Set. 85	27 Oct. 85	Id.
Id.	16 Mar. 86	17 Mar. 86	11 Ag. 86	Def. de erisipela y empobrecimiento general.
Id.	»	Ag. 78	Set. 78	Curación.
Id.	»	Nov. 78	Nov. 79	Id.
Id.	»	Oct. 83	»	Id.
Id.	»	Feb. 83	»	Defunción de una lesión orgánica del corazón.
Extirpación de toda la mama	»	6 En. ^o 75	25 Abl. 75	Curación.
Id.	»	15 May 77	13 Jul. 77	Id.
Id.	17 Oct. 81	18 Oct. 81	4 Nov. 81	Id.
Id. de toda la mama y ganglios	»	4 Mar. 75	25 Mar. 75	Defunción de infección purulenta.
Id. de la mayor parte de la mama y tres ganglios axilares	8 Oct. 78	15 Oct. 78	25 Nov. 78	Curación.
Id.	4 Mar. 79	7 Mar. 79	16 Abl. 79	Id.
Id. del tumor y ganglios	20 Mar. 84	24 Mar. 84	23 May. 84	Id.
Id. de ambos tumores y ganglios	7 Ag. ^o 84	7 Ag. ^o 84	15 Nov. 84	Id.
Id.	9 Set. 85	25 Nov. 85	12 Dic. 85	Id.
Id.	12 Abl. 87	12 Abl. 87	21 Abl. 87	Defunción de neumonía intercurrente.
Id.	»	Mar. 80	»	Curación.
Id.	»	1883	»	Id.
Id.	»	1882	»	Id.
Id.	»	Oct. 83	»	Defunción.

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICO.
26 Gregoria Martín	Polán.....	5	»	Pleuresía terminada por supuración (empiema).....
27 N. N., cochero.....	»	45	C.	Id. id. por derrame (hidrotorax)....
28 D. Adelaido Heredero..	Toledo.....	34	C.	»
29 Natalio Martín Mateos.	San Pablo.....	25	S.	Fístula torácica cutáneo-pleuro-pulmonar.....
30 Valentín A. Palacios...	Velada.....	21	S.	Id. id. pleuro-cutánea.....
31 Cirilo Díaz.....	Recas.....	20	S.	Id. id.....
12 Juan Madroñero.....	Capilla (Badajoz).	26	C.	Id. id.....

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación	Fecha del alta.	Terminación.
Toracentesis (operación del empiema).....	»	16 Ag. 75	»	Defunción á los dos meses de infección purulenta.
Tres toracentesis con intervalo de algunos días.....	»	8, 15 y 28 Mayo 84	1 Jun. 84	Defunción.
»	»	»	»	»
Desagüe é inyecciones iodadas....	4 En 80.	»	Oct. 1880	Curación.
Id. id.....	24 En. 83	»	27 Ag. 83	Id.
Id. id.....	5 En. 83.	»	2 Jul. 83.	Id.
Id. id.....	1 Mar. 87	»	26 Nov. 87	Defunción.

Enfermedades palúdicas

FIEBRE INTERMITENTE REGULAR MALIGNA

Siguiendo el curso riguroso de nuestra clasificación, tócame describir ahora la fiebre intermitente regular maligna, ó sea aquella que sin dejar de ser normal, sin que en su cuadro sintomatológico falte ningún síntoma ni estadio, sin que en la forma en que se nos manifiesta se eche de ver alteración alguna en su regular presentación, no deja, á pesar de esta normalidad en su curso, de afectar un carácter manifiestamente maligno que coloca al enfermo en apurado trance ó en situación á veces desesperada y al médico en terrible angustia y tortura, porque no puede siempre medir la intensidad del mal para triunfar de la enfermedad en ese duelo á muerte que con la ciencia se entabla y donde tiene que resplandecer el sereno y claro criterio del clínico.

La perniciosidad tiene por carácter principal hacer decaer notablemente las fuerzas vitales, atacando profundamente al trisplánico, ya se nos manifieste bajo la forma de otra enfermedad, ya con la exageración de sus síntomas propios, puesto que en la malignidad pueden estar afectados lo mismo el sistema nervioso que el sanguíneo, el glandular, etc., de una manera aislada ó simultánea, siendo preciso para establecer un diagnóstico cierto, que no olvidemos que puede revelárenos la perniciosidad por multitud de caprichosas modalidades patológicas, pues el elemento pernicioso palúdico es quizá el que más abusa del proteísmo en sus manifestaciones, sintetizándose en él con la periodicidad este rasgo característico de familia.

El diagnóstico, sin embargo, de la fiebre intermitente regular maligna, no ofrece generalmente grandes dificultades cualquiera que sea la forma que afecte la perniciosidad, no tan sólo porque la periodicidad se revela inmediatamente, sino porque no falta en ningún caso ningún síntoma ni estadio de los que son propios del paludismo febril que oscurezca al médico desde el primer momento la enfermedad que va á tratar. La dificultad, si puede haberla, se refiere al tratamiento, por ser difícil graduar la cantidad precisa que debe administrarse, del medicamento que se oponga á la intensidad del elemento morboso, no pudiendo apreciarse las consecuencias que puedan sobrevenir. El verdadero esfuerzo intelectual del práctico, consiste en

acechar el oportuno momento en que sobrevenga la apirexia y quede el campo libre á los recursos de la terapéutica, observando hasta el más mínimo de los detalles morbosos, para prescribir la forma, modo y dosis en que ha de emplear el agente terapéutico, cumpliendo con el deber que se le tiene encomendado, para llenar en todas ocasiones una verdadera y vital indicación. La facilidad del diagnóstico nos ahorra la mitad del camino, pero ha de expiarse atentamente al enemigo, porque así como las intermitentes benignas suelen convertirse repentinamente en malignas, del mismo modo las malignas regulares pueden también cambiar la forma regular por la irregular, oscureciendo el diagnóstico y arrebatando entonces al enfermo cuando creíamos disponer de suficiente tiempo para tratar con éxito su dolencia con los medios recomendados para combatirla. Nada más frecuente en el paludismo que estas repentinas metamorfosis que exigen del clínico extremada sagacidad para no verse sorprendido con la muerte de un enfermo, sin que se haya podido dar cuenta de su enfermedad; y por esto insisto hasta la saciedad, rayana en la redundancia, en aconsejar constante observación siempre que se sospeche la perniciosidad en el paludismo febril, como repetiré otra vez al tratar de las fiebres intermitentes anormales malignas, que son donde más patentemente se manifiesta la dificultad del diagnóstico, con todos los peligros que son inherentes á la vida del enfermo y á la reputación del médico como es consiguiente.

La sintomatología en la forma regular maligna de estas fiebres, no ofrece interés verdadero en cuanto á los síntomas y estadios regulares del paludismo febril, pues ya hemos dicho que no faltaba en ellas estadio ni síntoma alguno en el curso regular de cada accesión; lo que hay es que el hecho morbígeno reviste aspecto distinto, no siendo el cuadro sintomatológico tan simple que no exija gran energía en el tratamiento, puesto que á la causa específica se la ve rodeada de mil circunstancias que llevan á la exageración, ya la manifestación de uno de sus estadios, ya la de un síntoma, conduciendo al paciente al límite de su vida. Esto por lo que respecta á las fiebres álgida, lipiria y diaforética, según que la malignidad consista en la exageración de los síntomas del primero, segundo ó tercero de sus estadios. En cuanto á la perniciosidad representada por síntomas de otra enfermedad, las fiebres que nos ocupan aparecen á la observación con sus tres estadios completos y regulares, sólo que en el curso de cualquiera de

ellos, sobrevienen las manifestaciones patológicas de otra dolencia, pero revistiendo un carácter tan grave, que ponen en inminente peligro la vida del enfermo.

Las intermitentes malignas, ya sean regulares, ya irregulares, pueden afectar todos los grupos que en nuestra clasificación hemos dado y que forman la nosografía especial de la perniciosidad del paludismo; por tanto, no debe extrañar nada que se refiera á la sintomatología de este grupo de enfermedades. No obstante, hay algunas formas de malignidad que son más frecuentes en las regulares, y otras en las irregulares, tal sucede con cualquiera especie de fiebre, flegmasia, flujo, etc., que pueden simular comunmente las primeras, hasta la infinita variedad de neurosis, forma más adecuada y casi de la exclusiva pertenencia de las segundas.

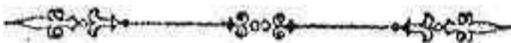
Siendo el campo de observación tan dilatado y extenso, nos ha de ser imposible describir los síntomas que evidencian las intermitentes perniciosas, por la variedad de formas que pueden afectar; pero estudiemos al detalle la sintomatología de cada caso concreto, basándonos en la observación y la experiencia, y seguramente llegaremos al conocimiento perfecto de la enfermedad, que es lo que importa al práctico para establecer un seguro diagnóstico, base de una terapéutica acertada y no incurrir en la grave responsabilidad en que seguramente incurriría tratándose de un principio morboso que se rodea siempre de tan letal é insidioso cortejo de síntomas, al prescindir de la observación detenida para llegar á la experiencia clínica.

En la imposibilidad, repito, de dar englobada la sintomatología de cada forma perniciosa, cual puede hacerse con otras enfermedades, historiaré algunos casos por mí observados en fiebres regulares malignas, fijándome especialmente en los síntomas perniciosos para que puedan servir de pauta en el conocimiento de cada forma especial.

Puebla de Montalbán, Julio de 1889.

(Continuará).

TOMÁS DE ECHEVARRÍA.



BIBLIOGRAFIA

Trabajos prácticos efectuados en el anfiteatro anatómico, en los laboratorios, en las clínicas y en la policlínica de la Escuela libre de Medicina de Sevilla durante el curso de 1887 á 88.

Es indudable que, cuanto más ilustrado sea un pueblo, será tanto más poderoso, verdad incuestionable que ha de animar á los pod-

res públicos á fomentar la enseñanza, base sólida de instrucción y por tanto decisiva en el porvenir de las naciones.

Nuestros Gobiernos caminan á remolque en asunto de tan transcendental importancia, descuidando la pública enseñanza. Esta apatía por parte del Estado, Diputaciones y Municipios representa una rémora para el progreso, amenazando la tranquilidad pública del porvenir, con gravísimo riesgo de ir perdiendo poco á poco nuestras buenas y antiguas costumbres.

Nada importan las deficiencias que, refiriéndonos á nuestra facultad de medicina, se señalan diariamente por la prensa médica y el profesorado á los planes de estudios vigentes, porque los ministros de Fomento duermen el sueño de los justos y nada oyen, y cuando por acaso piensan en la instrucción, no es para corregir, como debieran, los lunares de un plan de estudios, introduciendo en él las mejoras reclamadas por la opinión, dejando lo que la experiencia haya sancionado como bueno, sino que de un plumazo cae por su base todo lo existente para ser reenplazado por otro plan que, si puede tener la condición de ser flamante y nuevecito, en cambio adolece de mayores defectos que el anterior; así se suceden planes unos tras otros con tanta frecuencia que los alumnos de una misma carrera la cursan, cada grupo, por un plan distinto vigente sólo el año en que comenzaran sus estudios. Este lujo de radicales reformas, más que mejorar, dificulta la enseñanza haciéndola deficiente y resultando el efecto contrario al que seguramente se proponían los innovadores al creer elevarla á la altura que debiera encontrarse en la época actual.

En vez de este tejer y destejer tan incesante, exíjase por los gobiernos que cada facultad universitaria, bajo la dirección de su decano respectivo, imite á la Escuela libre de Medicina de Sevilla redactando anualmente, á fin de cada curso, una memoria que fotografíe fielmente la vida científica de cada facultad, como citado cuerpo docente ha llevado á cabo al finalizar el curso académico de 1887 á 88 en el libro que tengo á la vista, cuyo título encabeza estas líneas, para poder corregir los defectos que señalen los profesores á los planes de enseñanza.

El trabajo que me ocupa fué solicitado por el director de la Escuela de Medicina de Sevilla, de su profesorado y por todos llevado á término con el interés común de su honor y del cuerpo á que pertenecen; en él, no sólo se ponen de relieve la ilustración de cada profesor, sino su colorido científico, su método de enseñanza, y la latitud con que pudo explicar la asignatura durante el curso. Se exponen además los trabajos realizados en el taller del escultor anatómico, en el laboratorio histo-químico, en el de terapéutica, etc., etc. Del mismo modo en las clínicas, ya de patología general, médica, quirúrgica, y de partes, se aprecia la importancia de los trabajos realizados por los alumnos, número de enfermos asistidos, planes terapéuticos, resultados obteni-

dos y operaciones practicadas. En una palabra, leyendo detenidamente la memoria expresada, puede precisarse el grado de instrucción con que llega el alumno á fin de curso y el trabajo que el profesor ha interpuesto para el cumplimiento de los reglamentos oficiales y de sus sagrados deberes.

Los trabajos efectuados se ponen de manifiesto por cada profesor en una Memoria por cada sección, á la que acompaña un cuadro estadístico demostrativo. Se da cuenta además de la reorganización de la Policlínica, cuya fundación data del año 1878.

La utilidad de una Policlínica en una Facultad de Medicina es incuestionable, siempre que su organización sea análoga á las que existen en Alemania, destinadas á la amplificación de los distintos ramos de la enseñanza clínica para el cultivo de las múltiples especialidades, pudiendo de este modo los alumnos, al paso que siguen su carrera, concurrir asiduamente á la sección de la Policlínica por la que sientan mayor predilección ilustrándose en cualquier especialidad.

La organización dada á la Policlínica de la Escuela de Medicina de Sevilla responde al fin indicado, y de su importancia, se podrá juzgar por las siguientes secciones que hasta ahora hay establecidas: Medicina general; Enfermedades de niños; Electro-terapia; Laringología; Dermatología; Oftalmología; Ginecología; Sífilis; Vías urinarias, y Otología.

Cada una de estas secciones es servida por un Profesor titular y otro auxiliar con un alumno adscrito: el primero de estos Profesores da una conferencia quincenal sobre los enfermos asistidos en este tiempo, teniendo en cuenta las hojas clínicas que de cada uno se llevan.

La labor realizada en las diferentes secciones de la Policlínica durante el curso de 1887 á 88 constan en el libro referido en un cuadro estadístico por cada sección formado por los Profesores, viéndose por ellos que, algunas secciones, como la de Ginecología, han sido muy concurridas de enfermos y por tanto grande el aprovechamiento que á los alumnos habrá reportado su asistencia á ellas.

Estudiando el libro publicado por la Escuela de Medicina de Sevilla, se comprenden los esfuerzos que su digno Director y Profesores han hecho para elevar á la altura que merece la enseñanza de la Medicina en nuestra patria, esfuerzos dignos de universal aplauso: reciban el Director y Profesores de esta Escuela, el nuestro, que aunque modesto, es sincero, así como las Excmas. Corporaciones provincial y municipal de Sevilla por contribuir al sostenimiento material de la enseñanza médica, dando palmaria prueba de su amor al progreso.

TOMÁS DE ECHEVARRÍA.



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^{tre} 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.º B.º El Presidente, *Bartolomé Robert* — El Secretario perpetuo, *Luis Suñe*,

ELIXIR MORRHUOL «CASTILLO»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De venta en las principales farmacias.

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

M. G. del Castillo


LA MARGARITA

EN LOECHES

Antibiliosa, antiherpética, antiescrofulosa, antisifilítica y reconstituyente.

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

LA SALUD Á DOMICILIO

En el último año se han vendido

MÁS DE DOS MILLONES DE PURGAS

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

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

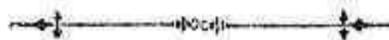
PERLAS

DE

SULFATO DE QUININA QUÍMICAMENTE PURO

para curar las fiebres palúdicas EN UN SOLO DÍA

ya sean Cuartanas, Tercianas ó Cuotidianas



El uso de estas *perlas* evita la reincidencia de la enfermedad, y previene su invasión en las personas que por su destino hayan de estar expuestas á la acción del miasma.

Se venden en la **Oficina de Farmacia y Laboratorio Químico de D. Emilio Echevarria, San Salvador, 4, Toledo**, y se remiten por correo anticipando su importe en sellos de franqueo ó letras de fácil cobro.

PRECIO, 2,50 FRASCO que contiene *20 perlas* y un prospecto indicador del uso.

Enfermedades del Pecho
JARABE de HIPOFOSFITO de CAL

de **GRIMAULT y Cia**, Farmacéuticos en PARIS

Este Jarabe, universalmente recomendado por los facultativos, es de gran eficacia en las Enfermedades de los Bronquios y del Pulmón, cura los Resfriados, Bronquitis y Catarros los más tenaces, cicatriza los tubérculos del Pulmón de los Tísicos y suprime los ataques incesantes de tos que desesperan á los enfermos. Bajo su influencia, cesan los Sudores nocturnos y el enfermo recobra rápidamente la salud.

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

Cápsulas de Grimault y C^a

AL

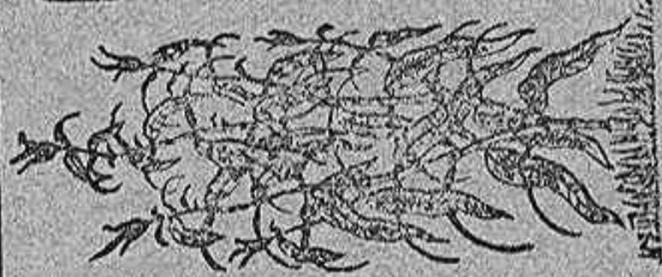
MÁTICO

Resultado infalible del método para curar la **Gonorrea**, sin cansar ni molestar el estómago, efecto que producen todas las Cápsulas de **Copaiba líquida**.

Depósito en Paris, casa **GRIMAULT y C^a**

8, RUE VIVIENNE

y en las principales Boticas y Droguerías



ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS

RABANO IODADO

de **GRIMAULT y C^{la}**

Este Jarabe más activo que el Jarabe anti-corbútic, excita el apetito, disuelve las glándulas, combate la palidez y la flojedad de las carnes, cura el gurmio, las costras de leche, las erupciones del cutis. Esta combinación vegetal, esencialmente depurativa, se tolera mucho mejor que los ioduros de potasio y de hierro.

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

Cólicos, Diarrea, Disenteria

CREMA DE BISMUTO

de **GRIMAULT y C^{la}**, de Paris

El Bismuto es un medicamento heróico empleado con éxito indiscutible contra los cólicos, diarreas, disenterias, gastritis, gastralgias, hinchazones, dolores de estómago, ulceraciones del intestino y diarreas coleriformes.

La Crema ofrece sobre los polvos de Bismuto la ventaja de obrar más rápidamente, de hallarse en estado de división extrema y de formarse con el agua una agradable bebida láctea.

En PARIS, 8, rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

De venta en la Farmacia de D. J. M. de los Santos, Plata, 23. Toledo.

EL BISTURI

REVISTA MENSUAL DE CIRUGIA PRÁCTICA

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

CALLE DE SANTA JUSTA, NÚM. 1

OBRAS DE DON TOMÁS DE ECHEVARRIA

Geografía Médico-Española.—Datos para el estudio médico-topográfico de la villa de Puebla de Montalbán. (Primer premio de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona)—3 pesetas.

Consejo Higiénico para evitar la propagación y desarrollo de la tisis.—(Cartilla higiénica, premiada por la Sociedad Española de Higiene.)—1 peseta.

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

POLVOS DE STEDMAN

PARA LA DENTICIÓN DE LOS NIÑOS



Representante y depositario exclusivo para toda España

DR. CRUZ Y VÁZQUEZ

SERRANO, 35 MODERNO, MADRID

En esta provincia pueden dirigirse los pedidos á la Administración de este periódico, Santa Justa, 1.