

Rev May 2/90

Rev M 487
1

Año III

1.º de Mayo de 1900

Núm. 24

LA MEDICINA FERROVIARIA

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA Y CIRUGÍA

DESTINADA Á LA DEFENSA
DE LOS INTERESES PROFESIONALES DE LOS MÉDICOS QUE
EJERCEN EN PUEBLOS QUE TIENEN ESTACIÓN

DIRECTOR

D. MÁXIMO SÁNCHEZ RECIO

Médico Titular de Aldeanueva del Camino (CÁCERES)

SECRETARIO DE REDACCIÓN

D. FELIX ANTIGÜEDAD DIEZ

Médico Titular de Guijuelo (SALAMANCA)

SUMARIO

- I. Informe acerca del desarrollo del paludismo y medidas para evitarlo.—II. Historia clínica sobre un caso de coxitis tuberculosa —
- III. Misceláneas.

CONDICIONES DE LA PUBLICACIÓN

Todos los médicos tienen derecho á colaborar en este periódico, para lo cual dirigirán sus trabajos al Secretario de Redacción.—La responsabilidad de los escritos será de sus autores, y no se devuelven los originales.—No se publicará ningún trabajo que no venga firmado y esté completo.—Los cambios, pagos y reclamaciones al Director.—El precio de suscripción es SEIS PESETAS al año.—La correspondencia particular se contestará por el correo, y la general en las cubiertas de esta revista.—Los autores y editores de obras y folletos de Medicina que remitan un ejemplar tendrán derecho á un anuncio, y se hará juicio crítico cuando envíen dos ejemplares.

ANUNCIOS A PRECIOS CONVENCIONALES

Redacción: Guijuelo (Salamanca)

Dirección y Administración: Aldeanueva del Camino
(Cáceres)



LA MEDICINA FERROVIARIA

Núm. 24

DR. TOLOSA LATOUR

Año III

EL PROBLEMA INFANTIL Y LA LEGISLACIÓN

APUNTES Y BASES PARA UNA LEY DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

MADRID, 1900

ACTA DE LA SESIÓN PÚBLICA INAUGURAL

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE BARCELONA

CELEBRÓ EL 30 DE ENERO DE 1900

Publicase por acuerdo de la Academia

Barcelona, 1900

CONDICIONES DE LA PUBLICACIÓN

Todos los médicos tienen derecho a colaborar en este periódico, para lo cual dirigirán sus trabajos al secretario de Redacción. La responsabilidad de los escritos será de sus autores, y no se devolverán los originales. No se publicará ningún trabajo que no venga firmado y esté completo. Los cambios, papeos y reclamaciones al Director. El precio de suscripción es de 20 Ptas al año. La correspondencia particular se contestará por el correo, y la general en las ediciones de esta revista. Los autores y editores de obras y folletos de medicina que remitan un ejemplar tendrán derecho a un anuncio, y se hará juicio crítico cuando envíen dos ejemplares.

ANUNCIOS A PRECIOS CONVENCIONALES

Redacción: Guiselo (Salamanca)

Dirección y Administración: Aldeanueva del Camino (Caceres)

2468

Rev M 249
1

La Medicina Ferroviaria

INFORME

ACERCA DEL DESARROLLO DEL PALUDISMO, Y MEDIDAS PARA EVITARLO, EN EL PUEBLO DE ALDEANUEVA DEL CAMINO (CÁCERES)

OBLIGADO por los deberes del cargo de médico titular de este Municipio, me veo en la precisión de dar cumplimiento por el presente á las disposiciones dictadas acerca de este asunto, de acuerdo con lo prevenido por la Dirección general de Sanidad, y de las cuales se me dió traslado, en tiempo oportuno, por la Alcaldía de este pueblo.

Digna del mayor encomio es la empresa acometida por nuestros legisladores de averiguar la extensión é intensidad de los extragos causados en la población española por el *bacillus malariae*, según las investigaciones de Klebs y Tommasi Crudeli, ó por un *hematozoario*, llamado de Laveran, por haber sido descubierto por éste, en la sangre de los palúdicos, en ensayos posteriores á los de los profesores italianos; y mucho más si, como es de esperar, completan su obra dictando las disposiciones convenientes para combatir con energía ese terrible germen que tanto contribuye á depauperar los organismos, destruyendo los glóbulos rojos, perturbando el funcionamiento de la mayor parte de las vísceras y ocasionando, siquiera sea de un modo indirecto, un gran número de defunciones, por lo menos en esta región extremeña.

Cumplo con gusto el deber que mi cargo me impone, sintiendo no poseer un gran caudal de conocimientos para ponerlos á contribución en este asunto; pero vamos á la tarea impuesta animado de los más ardientes deseos de contribuir al mejoramiento físico de nuestra raza, y por tanto, al engrandecimiento moral y material de nuestra patria.

Antes de proceder á contestar al cuestionario, procuraré hacer una breve descripción médico topográfica de este pueblo, por ser muy íntima la relación que tienen estos datos con la endemia palúdica de que voy á ocuparme.

Se halla situado este pueblo de Aldeanueva del Camino en el extremo norte de la provincia de Cáceres, casi en el centro del anfiteatro que en esta parte de la provincia forman las derivaciones de la cordillera Carpeto-Vetónica, las cuales limitan el horizonte por todas partes, excepto por el S. O., en que se extiende una llanura de una anchura considerable; estas montañas se hallan



cubiertas de nieve durante el invierno en una gran extensión y en la llamada Sierra de Hervás existe una zona glacial perpétua, dando origen el deshielo á la formación de multitud de arroyos ó gargantas que cruzan este término municipal de N. á S. y de E. á O., estos cáuces de agua, de los cuales el río llamado Ambroz, que corre paralelamente al extremo occidental del pueblo y á una distancia de 250 metros, y la Garganta que divide la población en dos partes, atravesándola de E. á O., son los principales, y sus aguas se aprovechan para el riego de prados naturales y huertas destinadas al cultivo del pimiento ó pimentón. Para el mejor reparto de las aguas, existen pequeños cáuces, derivados de los principales, llamados padrones ó regaderas, algunos de los cuales cruzan el pueblo por sus plazas y calles principales con una escasa pendiente, y siendo su corriente intermitente, sobre todo en verano, por la necesidad que impone la escasez de aguas, de que éstas turnen en diferentes direcciones, para su más equitativo aprovechamiento.

Hállase asentado este pueblo en una hondonada que limitan dos colinas, situadas en los extremos Norte y Sur, sobre un terreno de aluvión, y la abundancia de cantos rodados que existen en el subsuelo, parecen indicar su primitivo origen de haber sido el lecho de grandes corrientes de aguas derivadas de las sierras que le rodean.

El clima es templado y benigno. La temperatura pocas veces baja á 0° y tampoco suele exceder de 40°, la media puede calcularse en 14°, siendo las más constantes las de 18° á 20°. Las lluvias son frecuentes. Los vientos dominantes son el *cierzo*, el de *abajo* y el *solano*; el *cierzo* ó viento Norte, es frío y seco; el de *abajo* ó viento S. E., es fresco y húmedo, y el *solano* ó viento del Este, es seco y caliente.

Tiene este pueblo unas 400 casas, con más de 2.000 habitantes, sus calles son estrechas y por tanto obscuras y mal ventiladas; los edificios, en su mayor parte, son antiguos y de poca solidez y capacidad, carecen de condiciones higiénicas, como sucede en las calles llamadas de la Plata, Cañada, Humilladero y Caño; únicamente en la carretera, es donde se ven algunos edificios modernos con suficiente luz y ventilación.

Una vez conocidos estos datos médico-topográficos, aunque sea con la concisión que los hemos expuesto, vamos á contestar también de un modo breve á los extremos que abraza la circular del Ilmo. Sr. Director general de Sanidad, acerca del paludismo.

PRIMER EXTREMO: *Fuentes de paludismo existentes en el pueblo de Aldeanueva del Camino.*—Si donde quiera que exista un suelo húmedo y haya sustancias vegetales en descomposición y putrefacción, puede asegurarse que la *noxa palúdica* hallará condiciones favorables para su desarrollo, hay que convenir que este pueblo se halla en las más abonadas circunstancias para sufrir los efectos de la malaria; el género de cultivo á que se dedica su término, huertas y prados de riego; los abonos animales y vegetales que en gran abundancia tienen que utilizar en dichas huertas; el permanecer secos los cauces de riego, por cierto número de días, durante el verano; son causas que favorecen, en alto grado, las fermentaciones de los residuos vegetales y por tanto el desarrollo en gran-

de escala del hematozoario de Laveran, productor, según las últimas investigaciones, de la infección palúdica.

Hay focos infecciosos en los cauces de los ríos, arroyos y regaderas, y en los prados y huertas dedicadas al cultivo. Son también focos palúdicos, dentro de la población, los padrones ó regaderas, que derivándose de los cauces principales, llevan el agua, de un modo intermitente, á los prados y huertas, atravesando las calles y plazas principales, y mucho más si se tiene en cuenta que dichas regaderas sirven de depósito á inmundicias de todas clases, incluso los excreta de los habitantes; de lo cual resulta que dichos cauces, situados en el centro de la población, se hallan convertidos, sobre todo en verano, en una sentina inmunda que pródigamente reparte la enfermedad y la muerte á los habitantes de esta localidad.

También son focos de infección palúdica, los fregaderos que vierten sus aguas á la vía pública; los muladares y estercoleros dentro del casco de la población; los cebaderos de cerdos que no sólo ocupan lugares cerrados dentro del pueblo, sino que hasta en las mismas calles acostumbran á darlos de comer frutas y vegetales de todas clases; la proximidad del cementerio (unos 100 metros); la situación y malas condiciones del matadero público, que ocupando la planta baja de la casa-municipal situada en la plaza Mayor, carece de ventilación y agua, elemento indispensable para el aseo y limpieza de esta clase de establecimientos; y por último, la poca capacidad atmosférica de las viviendas, que unida á las dificultades de ventilación consiguientes á la estrechez de las calles, hacen que el aire se impurifique rápidamente y se sature del miasma palúdico, por pequeño que sea el foco.

Todas estas son causas más que suficientes para explicarse los extragos que el paludismo ocasiona en este vecindario, resultando ineficaz, muchas veces, el uso de las sales de quinina para contrarrestar sus efectos, por ser más poderoso el germen productor del paludismo que la acción antipalúdica de dichas sales.

SEGUNDO EXTREMO: *Regiones de la provincia en que más daño produce el paludismo.*—Corresponde resolver este extremo á la Junta provincial de Sanidad, en vista de los datos parciales que reciba.

TERCER EXTREMO: *Épocas en que es mayor el desarrollo palúdico.*—En este pueblo adquiere su mayor intensidad el paludismo durante la época de los grandes calores, lo cual se explica si se tiene en cuenta que humedad y materias orgánicas hay en bastante cantidad en todo tiempo; lo que hace falta es calor que active las fermentaciones que tanto favorecen la vida microbiana.

CUARTO EXTREMO: *Géneros de cultivo en las regiones más castigadas por el paludismo.*—Como he dicho anteriormente, la base de los cultivos en esta zona, son las huertas destinadas á la plantación del pimiento y los prados de riego, siendo éstos los sitios en que más se dejan sentir los efectos de la malaria.

QUINTO EXTREMO: *Cauces ó aguas destinadas á riegos ó empresas fabriles ó industriales, su pendiente máxima é influencia de ella en la salud pública.*—Ya en la primera pregunta ó extremo he hecho resaltar lo perjudicial que resulta para la salud de los habitantes de este pueblo, la existencia de cauces de riegos derivados de los dos principales, sobre todo de la Garganta, que atraviesan

por la plaza Mayor, calle Mayor, Cañada y Carretera, recorriendo al descubierto, ó sea sin alcantarillado, las mejores calles del pueblo, con una escasísima pendiente, y sufriendo en pleno verano intermitencias de tres ó cuatro días, dando lugar con estas interrupciones y el hallarse totalmente al descubierto á que se depositen en ella toda clase de inmundicias, aguas sucias, excreta, etcétera, formando el más peligroso foco infeccioso que tiene esta localidad, foco que á todo trance hay que hacer desaparecer ó por lo menos modificar, si en algo se estima la salud de sus habitantes.

SEXTO EXTREMO: *Relación existente entre las épocas de mayor desarrollo palúdico en este pueblo y las épocas de sequía ó lluvia.*—Ya he dicho, contestando al tercer extremo, que el desarrollo palúdico en este pueblo aumenta con el calor y como este coincide de ordinario con la mayor sequía, de aquí el que sea mayor el paludismo durante las épocas de sequía que en las de lluvia, porque como antes decimos, la humedad existe en el suelo y nos basta con que haya calor para que el hematozoario de Laveran se desarrolle con intensidad.

SÉPTIMO EXTREMO: *Vientos dominantes en las regiones que tienen asiento los focos palúdicos.*—Los vientos dominantes en esta región son: el N. O. y el S. E., sin que ejerzan gran influencia en el desarrollo del paludismo, puesto que los focos se hallan dentro de la urbe, no obstante como el viento S. E. es más templado favorece por este solo hecho, la evaporación de las aguas y de este modo contribuye al desarrollo más rápido de la noxa palúdica.

OCTAVO EXTREMO: *Propagación del paludismo á regiones que carezcan de aguas estancadas ó pantanosas.*—Como en toda esta región abundan los cultivos de huerta, son frecuentes en ella las afecciones palúdicas, bastando á dar explicación á estas manifestaciones del paludismo la índole especial de los cultivos, sin que haya necesidad de pensar en los medios de propagarse, puesto que cada localidad cuenta por sí sola con elementos suficientes para que se desarrolle.

NOVENO EXTREMO: *Morbilidad y mortalidad debidas al paludismo en este pueblo.*—Grande es la morbilidad ocasionada por la infección palúdica en esta localidad; sin que se pueda precisar de un modo terminante la proporción en que se hallan los enfermos de paludismo, puede asegurarse que son muy contados los obreros del campo que, durante el verano, se ven libres de sus efectos; es más, la influencia palúdica es tal, que la mayor parte de las enfermedades presentan un *sello palúdico*, que el médico no debe olvidar para su mejor tratamiento.

Las formas del paludismo más frecuentes son las fiebres intermitentes diarias, tercianas y cuartanas; también se observan algunas neuralgias palúdicas ó fiebres larvadas; la fiebre perniciosa es menos frecuente, y cuando se presenta lo hace generalmente bajo la forma atáxica ó delirante. Lo que sí son frecuentes, por desgracia, son los estados caquéticos, las anemias é hidro-hemias palúdicas, los infartos hepáticos y esplénicos, en una palabra, las manifestaciones todas del paludismo crónico, tan frecuentes en aquellos que continúan viviendo bajo la influencia del miasma palúdico y que no quieren ó no pueden hacer un uso constante de las sales de quinina, abusando, en cambio, de las frutas mal sazonadas.

Por esta razón no se puede precisar la mortalidad causada por el paludismo, porque después de padecido éste por algún tiempo, coloca al organismo en condiciones tales de perturbación, que todas las vísceras se alteran anatómica y fisiológicamente, siendo asiento de lesiones orgánicas que terminan por la muerte y que acaso sin el paludismo no hubieran llegado á desarrollarse dichos procesos patológicos.

No siendo posible evitar los riegos, tan necesarios para la riqueza agrícola, que sin ellos sería imposible la vida económica de este pueblo, propongo para evitar en lo posible los daños causados por el paludismo las siguientes reformas higiénicas:

1.^a Se hace necesario el saneamiento de los terrenos pantanosos por medio de la desecación, y donde esto no sea posible, recomendamos las plantaciones de *eucaliptus*.

2.^a Debe hacerse desaparecer el padrón ó regadera que pasa por el pueblo, bien sea variando su curso, ó bien indemnizando á los dueños de las fincas que por ella se riegan los perjuicios que se les ocasionaran, y de no ser posible nada de esto, debe cubrirse en toda su extensión con un alcantarillado, para evitar que en ella se depositen inmundicias de todo género, y si nada de esto pudiera lograrse, se debe ejercer una exquisita vigilancia en todo su trayecto para evitar que en ella se viertan materiales nocivos á la salud.

3.^a Deben prohibirse en absoluto los vertederos de aguas sucias que salen á la vía pública, los estercoleros dentro del casco de la población y el que los cerdos sean cebados en las calles, debiendo evitar que durante los meses de verano, por lo menos, vengán al pueblo.

4.^a Se hace necesaria y urgente la construcción de un Matadero municipal en mejores condiciones higiénicas que el actual; también consideramos de urgente necesidad el traslado del Cementerio á la distancia mínima de 500 metros, que señalan las disposiciones vigentes sobre la materia, pues el actual, con su proximidad á la población, es un foco de infección permanente.

5.^a Debe crearse un cuerpo de policía sanitaria, bajo la inmediata inspección de los médicos municipales, dando á éstos la autoridad suficiente para que sus acuerdos tengan carácter ejecutivo; los empleados inferiores, nombrados y pagados por los ayuntamientos, deben cuidar del aseo y limpieza de la vía pública, empleando, en caso necesario, la desinfección aconsejada por la ciencia.

Estas son las medidas ó reformas más urgentes y eficaces, que á juicio del informante, se deben poner en práctica para defender á los habitantes de este pueblo de la devastadora acción del miasma palúdico, que si tantas víctimas ocasiona, es debido á que se prescinde por completo de los más rudimentarios principios de la higiene.

Máximo Sánchez Recio.

Abril de 1900.



FACULTAD DE MEDICINA DE SALAMANCA

CURSO DE 1899 A 1900

Historia clínica sobre un caso de Coxitis tuberculosa.— Resección.— Curación

MANUEL José Hernández Inestal, de nueve años edad, natural de Vega de Tirados (Salamanca), de temperamento linfático y muy débil constitución, ingresó en esta clínica el día 13 de Noviembre de 1899. Ocupa la cama número 4 de la sala de San Fernando.

Interrogado acerca del origen, curso y tratamiento de la enfermedad actual, manifestó que hace dos años empezó á sentir algunos dolores en la cadera derecha, siendo al principio poco intensos, pero que fueron aumentando poco á poco hasta el punto de hacerle sufrir mucho; presentándosele al mismo tiempo, algunas veces en la rodilla (gonalgia), habiendo empezado á cojear, cojera que según él decía, guardaba relación con los dolores; pues á medida que aquéllos iban aumentando, se fué haciendo más difícil su marcha, hasta llegar á serle necesario el uso de muletas para poder trasladarse de un punto á otro. También nos dijo, que desde que empezó á sentir dificultad para andar, la cadera se le iba poniendo más voluminosa, hasta llegar á coger la parte superior del muslo. Como durante este tiempo no le produjeran alivio alguno varias cataplasmas, que dice, le colocaron sobre la cadera, llamaron sus padres á un médico de las inmediaciones, quien después de examinarle la región enferma, le hizo dos incisiones en la parte superior del muslo, una en la parte anterior y otra en la posterior. Por estas aberturas, dice que arrojó una cantidad muy grande de pus. Luego procedió á la curación de estas heridas, continuando así por espacio de tres meses, en cuyo tiempo no encontrando alivio, le trajeron sus padres á este Hospital, quedando encargado de su observación desde el día siguiente al en que verificó su entrada.

Estado actual.—Por el detenido reconocimiento que hicimos en nuestro enfermito, pudimos observar que adopta comunmente el decúbito supino, pudiendo adoptar el decúbito lateral izquierdo, pero de ningún modo el derecho, á causa de los irresistibles dolores que le producía la presión del cuerpo sobre la cadera del mismo lado. También observamos que la cadera derecha se encontraba deformada, consistiendo esta deformidad en el mayor volumen que tenía con relación á la izquierda. La fosa post-trocantérea se encontraba borrada. Lo mismo ocurría en el pliegue de la ingle del lado derecho que más bien formaba una línea algo saliente. El muslo del mismo lado se hallaba doblado sobre la pelvis y en aducción y rotación hacia dentro. Al pretender nosotros separar la

pierna derecha de la izquierda, sólo pudimos conseguirlo en un grado muy pequeño por los dolores que esto producía al enfermo y por la imposibilidad material que existía por impedirlo la contracción de los adductores, tanto que pudimos apreciar perfectamente la formación de un cordón duro y resistente á lo largo de la parte interna del muslo y debido probablemente á la contracción del adductor mediano. Los músculos de dicha pierna se encontraban notablemente disminuídos de volumen.

También se notaba la diferencia de longitud, que era de unos dos ó tres centímetros á favor de la pierna izquierda. Esta diferencia podemos asegurar que era real y no aparente; pues colocando al mismo nivel las dos espinas iliacas ántero-superiores por medio de una cuerda, y midiendo la longitud existente entre la espina iliaca ántero-superior de cada lado y el maleolo tibial correspondiente, pudimos observar que la pierna derecha era más corta que la izquierda en la longitud que hemos fijado; diferencia notable que se apreciaba con facilidad á simple vista y que hacía innecesaria la mensuración, que sin embargo nos decidimos á practicar ante el temor de que la cortedad de la pierna derecha pudiera ser más bien aparente que real, efecto de esos movimientos de báscula que experimenta la pelvis y que pudiéramos llamar de compensación. Este acortamiento era debido á la destrucción de la cabeza del fémur. El enfermo acusaba dolor cuando la presión se ejecutaba sobre la misma cadera.

Cuando se efectuaba sobre el talón, eran aún más irresistible y obligaba al enfermo á lanzar gritos, aunque aquélla fuera suave. La presión sobre la ingle del lado enfermo no le producía dolor alguno. Examinándole con atención se notaba un ensillamiento lumpar bastante graduado. En el tercio superior del muslo derecho existían dos soluciones de continuidad; una en la parte ántero-interna y de unos cuatro á seis centímetros de longitud por uno de anchura; la otra correspondía á la parte posterior-externa y tenía próximamente las mismas dimensiones que la anterior. Estas úlceras eran las resultantes de las heridas quirúrgicas que le fueron hechas con objeto de extraer el pus antes de que este individuo ingresara en la clínica. Indudablemente, se convirtieron en tales úlceras, por una parte á consecuencia de la pobreza orgánica que tan notablemente se presenta en este enfermo, y efecto por otra de la supuración que aunque poco abundante baña constantemente la superficie de dichas úlceras, convirtiéndose en tuberculosas y oponiéndose de este modo á su cicatrización. Varios trayectos fistulosos desembocan en las mismas; introduciendo un estilete por dichos conductos sólo en uno que correspondía á la parte anterior-interna y superior del muslo, pudimos llegar con el estilete hasta el interior de la articulación que daba una sensación de blandura que nos hizo suponer que las superficies articulares debían encontrarse destruídas en una extensión notable.

Examinando el estado general de este enfermito, llama desde el primer momento la atención la gran depauperación de su organismo. En efecto, se encuentra este niño notablemente delgado y se observa en él la falta de desarrollo físico que contrasta singularmente con el intelectual, hasta el punto que si el primero podía hacer suponer en este niño cuatro años menos de los que tiene, el segundo haría creer en él bastante más edad.

Diagnóstico.—Atendiendo á los síntomas arriba manifestados y á su localización, creo poder afirmar con seguridad completa que la afección que aqueja á este niño es una *coxitis tuberculosa* (coxalgia, coxartrocace) en el tercer período (supurativo fistuloso) de su evolución y de forma femoral.

Diagnóstico diferencial.—No creemos necesario el diagnóstico diferencial de una afección, cuando ésta se presenta de un modo típico y en un período tan avanzado de su evolución, que no admite la menor duda respecto al diagnóstico y que hace muy difícil su confusión con cualquiera otra enfermedad. Sin embargo, haremos resaltar las diferencias que separan á la *coxitis tuberculosa* de otras afecciones, con las cuales podría confundirse al principio. Entre éstas se encuentra en primer lugar la *peri-artritis-coxo-femoral*, que en algunos casos podría hacer muy difícil el diagnóstico diferencial. Recuerdo con este motivo un caso que cita nuestro ilustrado profesor el Dr. Jaramillo, en una de sus lecciones, acerca de la *coxitis tuberculosa*. Se refiere á un enfermo que ocupó el curso pasado el número 14 de la sala de San Fernando. Este enfermo presentaba un absceso en la parte superior y externa del muslo, ó sea debajo del gran trocater, en cuyo punto la presión era dolorosa; los movimientos espontáneos eran limitados y ocasionaban dolor al enfermo; mas el examen atento de la articulación le permitió reconocer su estado de integridad. Con algunas precauciones imprimió al muslo sus movimientos normales, especialmente el de abducción. El choque sobre el talón, lo mismo que la presión directa de delante atrás sobre la articulación, no era dolorosa. Nuestra primera idea, después de eliminada la coxitis, fué creer en una trocateritis; pero el desbridamiento del foco no nos permitió apreciar ninguna lesión en el hueso. Hemos transcrito lo que á este caso se refería, por tratarse de uno de los más difíciles, uno de los pocos en que puede haber lugar á dudas por el sitio del absceso; pues como éste no estaba abierto, no se podía verificar la exploración con el estilete, medio el más seguro para salir de dudas. Sin embargo, ya hemos visto por las palabras del Dr. Jaramillo, arriba expresadas, cómo pudo desde luego por algunos procedimientos exploratorios, como los movimientos, presión, etc., desechar la existencia de una coxitis tuberculosa. La duda, sólo puede existir, tratándose de un caso como ese, á que hemos hecho referencia; pues á nadie se le ocurriría pensar en una peri-artritis, cuando el enfermo presente varios trayectos fistulosos, á través de los cuales se encuentren las superficies articulares reducidas á una verdadera papilla, como revela el estilete, que se encontraban en nuestro enfermo. Lo más que podría concederse, sería que hubiera existido primitivamente una peri-artritis; pues ya sabemos que lo mismo ésta que la trocateritis pueden convertirse en coxitis por propagación del proceso tuberculoso á la cabeza del fémur á lo largo de su cuello. En el caso que nos ocupa, que desde los primeros momentos ha presentado síntomas que no dejan lugar á dudas, no debemos tampoco admitir como origen de la coxitis una peri-artritis primitiva.

Con la psoitis.—Con algún cuidado puede también fácilmente distinguirse de la inflamación del músculo psoas; pues en éstas, el dolor se encuentra localizado más arriba en la región lumbar y desde este punto se irradia hacia la ingle, siguiendo la dirección

del músculo inflamado; además, la percusión del talón, no produce dolor alguno, así como tampoco observa la gonalgia. En la psoitis, la articulación de la cadera permanece intacta, y por este motivo, las presiones efectuadas sobre ella no son dolorosas. Todas estas diferencias son tan ostensibles, que hacen sumamente fácil el diagnóstico diferencial entre la psoitis y la coxalgia de que hemos diagnosticado la afección que padecía nuestro enfermito, muy difícil de confundir á causa del avanzado período en que se encuentra; pues existiendo trayectos fistulosos de fácil exploración, la verificada por medio del estilete que penetra hasta el interior de la articulación, y nos revela la destrucción allí existente, hace imposible la confusión de esta afección con la psoitis.

La osteitis del iliaco es difícil de distinguir de la coxalgia, tanto más cuanto que ésta puede ser algunas veces el origen de la artritis. En este caso como en la inmensa mayoría de ellos, es de gran importancia la exploración con el estilete á través de una fístula; pues este es el medio que más facilitará el diagnóstico, suministrándonos datos preciosos que bastarán por sí solos para diferenciar estas dos afecciones. También debemos tener en cuenta que en la osteitis del iliaco, el enfermo puede separar el talón de la cama; la percusión de éste y la presión verificada sobre el gran trocánter no despiertan los vivos dolores de la coxitis; también la impotencia funcional es mucho menor que en esta última afección.

Con la *sacro coxalgia* tampoco debe confundirse, sometiendo al enfermo á una observación minuciosa; pues en ésta hay un carácter importante que sirve para distinguirlas y es que en la sacro-coxalgia desaparecen todos los síntomas cuando el enfermo ha permanecido ocho días en posición horizontal, mientras que en la coxitis no desaparece ninguno aunque el enfermo esté en esa posición, excepto el síntoma dolor que es el único que calma. Además, los síntomas típicos que presenta cada una, así como su localización, que es mucho más alta en la sacro-coxalgia y el poderse imprimir movimientos á la cadera que conserva su integridad, son caracteres que hacen muy difícil la confusión de una sacro-coxalgia con una coxitis tuberculosa, aunque ésta se encuentre en el primer período, único en que es posible exista alguna confusión.

También puede confundirse la coxalgia en su primer período con la coxalgia histérica que está caracterizada por la contractura dolorosa de los músculos pelvitrocantéreos. Brodie ha sido el primer autor que ha llamado la atención sobre este particular. En efecto, aunque la articulación está completamente sana, ofrecen estas dos afecciones una notable semejanza de síntomas; como son: la deformación de la cadera, rotación del muslo hacia dentro, acortamiento aparente, adducción, flexión, ensillamiento lumbar, inmovilidad de la cadera, deambulacion imposible, dolor muy vivo al tacto. Estos son los caracteres principales de esta afección. Pero basta la anestesia para ver desaparecer todo ese cortejo de síntomas que no son debidos á la existencia de lesión material alguna en la cadera, como indica el nombre de esta afección. En consonancia con esto, tampoco se encuentra el dolor en la cadera, aumentado por la presión del talón; al contrario, el sufrimiento consiste en una hiperestesia cutánea; la rubicundez y la hinchazón son fugaces, precoces, limitadas á la piel. La coxalgia histérica procede por accesos, presenta remisiones y el estado general

no sufre esas tan profundas transformaciones que se observan en los individuos que padecen coxitis tuberculosa.

En la *parálisis infantil* no se observan las deformaciones ni existe el dolor, ni las contracturas, síntomas éstos que son principalmente los dos primeros patognomónicos de la coxalgia.

No cabe tampoco confusión con la ciática, aunque sea al principio de aquélla, pues bastará observar los puntos dolorosos de Valleix.

Respecto al diagnóstico diferencial con el reumatismo, no podemos menos de recordar lo que acerca del particular dice el doctor Cardenal en su hermosa obra de *Cirugía antiséptica* (1). "En primer lugar, hemos de manifestar nuestra profunda extrañeza, por el concepto obscuro y equivocado que muchísimos de nuestros colegas tienen sobre las afecciones articulares. De cada cien niños que vienen á nuestra consulta con artropatías ú osteo-artritis evidentemente tuberculosas, apenas un 15 ó un 20 por 100 vienen diagnosticados de tales por los médicos respectivos, y los más no traen otro diagnóstico que un dolor, forma vulgar y pedestre de significar el reumatismo. Ahora bien; yo no sé dónde han aprendido esos colegas que en los niños sea frecuente, ni siquiera rara, la aparición de monoartritis reumáticas, esencialmente crónicas, con deformidad articular considerable, retracciones y contracturas espásticas de los músculos peri-articulares, etc., etc. Este último síntoma en algunas articulaciones, la retracción y contractura del psoas é iliaco, por ejemplo, constituye ya por sí sólo un síntoma importantísimo, que de cada cien veces, noventa, por lo menos, es el primer síntoma que llama la atención en los niños sobre la existencia de una incipiente coxitis ú osteo-artritis tuberculosa de la articulación coxofemoral; el modo de andar característico de los niños afectos de esa retracción muscular, permite ya á distancia un principio de diagnóstico, y, sin embargo, lo repito, rara vez veo que ese diagnóstico se haga, por lo común, hasta muy tarde, y el sempiterno dolor reumático que pasará, hace perder un tiempo precioso".

Dando por terminado el diagnóstico diferencial de la cosalgia con las afecciones que pudiera principalmente confundirse, pasaremos á exponer los fundamentos que nos han impulsado á suponer ésta de *forma femoral*, ya que el período en que se encuentra no necesita demostración alguna, toda vez que la existencia de trayectos fistulosos, por los que fluye pus en cantidad variable, sólo puede corresponder al tercer período y de ningún modo al primero (dudoso), ni al segundo (de actitudes viciosas). Respecto á la forma, no puede ser de *sinovitis fungosa*, porque en ésta el dolor más agudo se manifiesta en la ingle, y hemos podido observar que en este punto no se quejaba nuestro enfermito de dolor alguno, á pesar de las presiones que, como manifestamos en la primera parte de esta historia, verificamos sobre dicho punto; esto nos hace desechar la idea de que sea de forma sinovial. Las diferencias que se notan en el modo de verificar la progresión no hemos podido observarlas por permanecer el enfermo continuamente

(1) Cardenal, págs. 680 y 681.

te en cama durante todo el tiempo que hemos estado encargados de su observación.

En la *coxalgia acetabular* el dolor menos frecuente se localiza en la fosa iliaca interna ó en la espina iliaca anterior superior, puntos en donde no se ha manifestado el dolor en este caso. Por estas razones nos inclinamos á creer que la coxitis que estudiamos es de forma femoral, como lo revela la existencia de la gonalgia, y la diferencia de dolor, y además, las lesiones que se aprecian con el estilete y las que revela la existencia de la supuración, nos hacen suponer una gran destrucción en la cabeza femoral, destrucción que, si hubiera empezado por el acetabulum, no se explica cómo no llegó á producir hasta su perforación, dadas las lesiones tan extensas que existen en el fémur, puesto que, habiendo empezado por la cavidad cotiloídea, más tiempo habría obrado sobre ella la misma causa, y no se nos diga que esto puede depender de las abonadas condiciones en que se encuentra la cabeza femoral en los niños, efecto de su exuberante vitalidad (aunque menor siempre que en la extremidad inferior, puesto que ya sabemos que el crecimiento se realiza principalmente á expensas del cartilago yuxta epifisario inferior). Esta, como decimos, no es una razón de peso, puesto que, si mucha vitalidad tiene el fémur en su extremidad superior, también existe esa actividad en la cavidad cotiloídea. Debemos tener en cuenta que en los niños los tres huesos que concurren á la formación del acetábulum, están separados por tres cartílagos, que tienen la importancia de epifisarios, y alrededor de éstos existe por todas partes el tejido óseo, de recientísima formación, tejido que goza de gran nutrición y, por lo mismo, de gran capacidad inflamatoria. Teniendo esto en cuenta, no podemos suponer que habiendo empezado la afección por la cavidad cotiloídea, haya producido tan grandes destrozos en el fémur y tan limitados en el acetábulum, como los que indudablemente se encuentran en nuestro enfermo; pues la perforación no se ha anunciado por síntoma alguno y seguramente hubiera aumentado de un modo muy notable la gravedad de este caso.

Pronóstico.—Grave por la naturaleza de la afección, por el avanzado período en que se encuentra, por la extensión de las lesiones y por la región anatómica en que radica; pero siempre susceptible de ser modificado por medio del tratamiento.

Tratamiento.—Puede ser médico y quirúrgico. El tratamiento *médico* en todos los períodos de la enfermedad es de mucha importancia. Se curan casi tanto las coxálgias por la higiene y algunos medios que indicaremos, como por el tratamiento quirúrgico. La eficacia de este tratamiento es tanto mayor cuanto más en un principio se halla la afección. Todo lo que pueda contribuir á mejorar la higiene formará la base del tratamiento; una alimentación reparadora, la aireación, la separación del enfermo del medio en que se ha infectado, la permanencia en el campo y á orillas del mar, añadiendo á esto la administración de los ferruginos, el aceite de hígado de bacalao creosotado, el fosfato, hipofosfitos, glicerofosfatos y clorhidrofosfatos de cal, el tratamiento general bromoyorado y los vinos generosos. Las fricciones, las duchas, el masaje, la electricidad, la hidroterapia, las aguas termales sulfurosas y las clorurado sódicas, son medios que pueden prestar algún servicio en el tratamiento de las coxálgias; pero no

se debe recurrir á ellos en todos los períodos. En general, estos medios convienen al principio en las formas tórpidas y durante la convalecencia.

El tratamiento *quirúrgico* varía en los diferentes períodos. Los revulsivos y tópicos tan ponderados antes en estos casos, las sanguijuelas, unguentos, cataplasmas, fricciones y cauterizaciones no gozan hoy de ningún valor entre los cirujanos.

Únicamente podrá conservarse con alguna utilidad la ignipuntura practicada con el termo-cauterio de Paquelín. Aunque el tratamiento de la coxálgia ya hemos dicho que varía en cada uno de sus períodos, puede no obstante decirse que está representado por dos grandes indicaciones locales, inmovilidad y extensión continua en buena posición.

Desde el momento en que se observen los primeros síntomas de la coxálgia, aunque exista alguna duda en el ánimo del cirujano, es preciso poner en práctica el principio supremo del tratamiento de toda inflamación de las articulaciones: el *reposo absoluto*. En cuanto se ha confirmado el diagnóstico ya no basta el reposo en la cama; pues debemos tomar algunas precauciones contra el período de actitudes viciosas, inmovilizando completamente el miembro en rectitud. Puede emplearse perfectamente para esto la gotiera de Bonnet, que además permite todos los cuidados de limpieza sin mover al enfermo; pero tiene el inconveniente de su precio, que es bastante elevado. Por esta causa, puede sustituirse por una plancha bien forrada, sobre la cual se coloca el miembro, en extensión por medio de lazos que sujetan á los bordes de la misma. Este aparato puede prepararse en todas partes, pudiendo sustituir con corta diferencia á la gotiera de Bonnet. Algunas veces pueden emplearse los apósitos inamovibles de yeso ó de silicato de potasa. El método que más se ha generalizado en estos últimos años es el de extensión continua propuesto en 1835 por L. Sauvage de Caem. El modo más sencillo de poner en práctica dicho método y que hemos visto emplear en la clínica consiste en ejercer tracciones sobre el miembro inferior por medio de pesas que están colgando de una polaina ó de varias tiras de diaquilón pegadas á la pierna. La extensión disminuye ó suprime el dolor, se opone á la flexión del muslo sobre la pelvis y á veces corrige una actitud viciosa incipiente. Es siempre muy bien tolerada por el enfermo y no le produce ninguna molestia. Los pesos necesarios para la tracción varían naturalmente, según las circunstancias y la edad de los individuos. Para un niño, bastan de dos á seis kilos; en un adulto puede llegar á ocho kilos. Conviene evitar que el enfermo esté acostado en cama ordinaria por varios motivos. Es muy conveniente que el plano sobre que descansa el enfermo, no pueda hundirse en el centro, para poder vigilar con facilidad la producción de la combadura lumbar. En una superficie plana y resistente, al contrario será muy fácil darse cuenta hasta de las más pequeñas oscilaciones de la columna lumbar. Además, si el enfermo descansa sobre un aparato que disfrute de fácil movilidad, podrá ser trasladado cómodamente de una á otra habitación ó al aire libre. Cuando la articulación conserva todavía cierta extensión de movimientos posibles, recomienda el Dr. Cardenal un apósito formado con

Ungüento mercurial doble.	60	gramos.
Emplasto de jabón.	40	"
Alcanfor pulverizado.	4	"

M. s. a. en el mortero, hasta consistencia homogénea. Se extiende toda esa cantidad de mezcla sobre un fragmento de franela suficientemente grande para rodear toda la articulación. Preparada la franela de ese modo, se practica una enérgica fricción sobre la articulación enferma con aguardiente alcanforado, y cuando la piel completamente limpia se pone roja por la fricción, se le aplica exactamente la franela. Este apósito debe renovarse cada quince ó veinte días. Con este apósito así aplicado, puede asociarse el uso de alguna inyección intersticial de ácido fénico al 3 por 100 ó de aceite yodofórmico y mejor aún de glicerina yodofórmica al 10 por 100 ó de naftol alcanforado. De muy fácil aplicación este apósito en la articulación de la rodilla, tiene el inconveniente de su difícil aplicación en la cadera por la forma de dicha región anatómica. A pesar de esto, la ciencia registra algunos casos de curación por dicho medio.

Empleando alguno de los tratamientos propuestos más arriba ó combinándolos convenientemente, podría evitarse algunas veces el que los enfermos ingresaran en el hospital en un período tan avanzado de su enfermedad, que ya que no el de la vida, hace indispensable la inmensa mayoría de veces, sino el sacrificio de una extremidad, por lo menos la limitación en notable grado de sus funciones. Siendo la causa de dichas alteraciones en la mayor parte de los enfermos, la sustitución de los medios racionales de tratamiento por el empleo de las cataplasmas en sus variadas y á cual más fermentescibles formas. Cuando la coxitis se encuentra en el período de actitudes viciosas, se han propuesto diferentes medios para corregir esos vicios de posición. Estos medios para obtener el enderezamiento pueden ser rápidos, lentos y por medio de máquinas. De dudosos resultados unos y otros, no gozan hoy de gran aceptación, por los peligros á que se expone al enfermo. En la mayoría de los casos, pueden ser sustituidos con ventaja por la extensión continua. Cuando la coxitis se encuentra en su tercer período, debe ponerse en práctica el único *tratamiento racional*; la resección que deberá practicarse lo más pronto posible, puesto que cuanto más limitadas sean las lesiones, más probabilidades habrá para la curación.

En nuestro enfermo se practicó la resección el día 1.º de Diciembre último por el Doctor Jaramillo en la siguiente forma: una vez cloroformizado el enfermo, se le colocó sobre el lado izquierdo, y se hizo una incisión en el lado derecho, detrás del trocánter mayor y cerca de él (siguiendo el procedimiento de Langenbek), para evitar la herida del nervio ciático que pasa más hacia la parte posterior; luego se fueron seccionando sucesivamente los tejidos en el sentido de la incisión cutánea hasta llegar al cuello del fémur, encontrando hasta este punto los tejidos blandos sin alteración alguna; mas al ponerse en relación con el fémur, nos encontramos con lesiones que si bien el acortamiento real del miembro nos hacía suponer extensas, sin embargo, nunca creímos que fueran tanto. No sólo la cabeza, sino también el gran trocánter se hallaba reducido á una verdadera papilla, llegando la parte enferma hasta por de-

bajo de esa eminencia. La cavidad cotiloidea participaba en pequeño grado de estas alteraciones; pues sólo se encontraban lesiones muy superficiales.

Luego se procedió á la extracción de la parte afecta, seccionando el fémur por un punto en que se encontraba perfectamente sano, pues no se dejaba penetrar por un bisturí; este punto fué inmediatamente debajo del gran trocánter. Se lavó después la herida para limpiarla del serrín del hueso que pudiera haber quedado en ella. Se practicó después el raspado con la cucharilla cortante de Volkmán, empleando luego la solución de sublimado al 1 por 1000, y la de cloruro de cinz, al 80 por 100 y por último, se aplicó el termocauterio de Paquelin al rojo blanco. Para terminar, se espolvoreó la herida con yodoformo y se rellenó con gasa yodofórmica, pasando después á practicar la sutura, dejando fuera un pedazo de gasa como medio de desagüe; con la colocación del algodón y la venda, se dió por terminada la operación. La cura en los días sucesivos, se redujo á lavar la herida con la solución de sublimado, á la aplicación del yodoformo, renovando la gasa del interior y á la colocación de un aparato de extensión continua en la forma que indicamos al tratar de ésta.

A los cuarenta días de practicada la operación, andaba este individuo paseándose con ayuda de unas muletas por los corredores del hospital. Se le dió el alta el día 11 del corriente mes en que salió en tan buenas condiciones, que tenemos la seguridad de que aumentó una cuarta parte de su peso anterior.

Reflexiones.—En la primera parte de esta historia, al hablar del estado general del enfermo, hago mención de su desarrollo intelectual como elemento de alguna importancia; detalles son éstos que, á primera vista, parece que no la tienen, pero que si se reflexiona detenidamente acerca de ellos, se comprenderá su muy grande influencia en el objeto principal que nos proponemos con nuestros enfermos en su curación completa si es posible. En efecto, muchas veces tenemos ocasión de observar enfermos que podían curarse en un tiempo relativamente corto, y que por su corta inteligencia, que les impide llegar á comprender los perjuicios que pueden sobrevenir al menor descuido por parte del médico que les asiste, levantan los apósitos ó ponen en flexión miembros operados (como ocurrió en el enfermo que ocupa la cama núm. 7 de esta sala, operado de osteo-artrectomía, haciendo así interminable su curación y poniendo en peligro su vida). Por el contrario, en contraposición con esta clase de enfermos, se encuentran otros de inteligencia despejada, en los que la curación por medio de las grandes intervenciones quirúrgicas tiene lugar en las mejores condiciones posibles, efecto del cuidado que estos enfermos han tenido respecto á la posición, reposo, etc. Un excelente ejemplo de esto tenemos en la comparación del enfermo que ocupa la cama número 17 con el que es objeto de esta historia. Los dos padecían una coxitis tuberculosa en el tercer período. De la misma edad próximamente, con una diferencia notable en su estado general y local; pues en el del número 17 el estado general era satisfactorio, y las lesiones eran bastante más limitadas que el del 4, como pudimos ver el día que se le hizo la resección, que fué el siguiente al en que se verificó en nuestro enfermo. La operación fué practicada con las mismas precauciones en ambos, y sin embargo, la diferencia

en sus resultados ha sido muy notable, pues mientras que al uno se le dió de alta el 11 de Marzo actual, el otro continúa aún en el hospital, sin que se pueda determinar á punto fijo cuándo podrá salir curado. Siendo las diferencias que entre estos enfermos existen, favorables al que ocupa la cama núm 17, ¿cuál ha sido la causa de que tarde más tiempo en obtener la curación? Todos hemos podido ver la cama de este enfermo convertida en un depósito de inmundicias, puesto que hacía en ella todas las necesidades naturales, desde la ingestión de los alimentos hasta la defecación. Estas condiciones nada de extraño tiene, y se explica con facilidad que se retardara la curación, haciéndose la herida operatoria, asiento de abundantes supuraciones. La causa primera de estos trastornos ha sido la corta inteligencia de este niño, que no le permitía comprender los grandes perjuicios que le irrogaba su modo de proceder. Contrastando con esto, hemos visto á nuestro enfermo de inteligencia bastante desarrollada guardar el mayor cuidado relativo á la posición, limpieza, etc., consiguiendo de este modo una curación pronta. Hé aquí puesta de manifiesto la importancia que tiene muchas veces en la curación de los enfermos, su desarrollo intelectual.

Leopoldo Acosta Hernández.

Salamanca 14 de Marzo de 1900.

MISCELÁNEAS

Deseando que los alumnos de clínica quirúrgica, de la Facultad de Medicina de Salamanca, posean la notable historia que publicamos, hemos retirado otros originales para que saliera íntegra, que pueden pedirnos los que no llegaran á recibirla.

En el mes pasado se inició una huelga de maquinistas y fogoneeros de diferentes compañías ferroviarias que pudo originar graves conflictos, si á tiempo no se hubiera logrado impedir, gracias á que se consiguió una avenencia entre los unos y aquéllas.

Es necesario que las compañías procuren que un personal tan necesario, y al cual van confiados la vida é intereses de los viajeros, se halle retribuído bien y no se les explote y aumente su trabajo, pues de otro modo se verán amenazadas por las huelgas que perjudican á los intereses de todos. Mucho nos alegramos que se haya resuelto este asunto de una manera satisfactoria.

La tan deseada ley de Sanidad, que prometió el Gobierno sería

aprobada en la legislatura anterior, ha quedado, como en otras, sin llegar á realizarse, demostrándose una vez más que para nuestros gobernantes, lo principal es obtener ingresos y autorizar monopolios, importándoles poco que la salud pública y los asuntos sanitarios se hallen abandonados.

El día 18 de Marzo último tuvo lugar en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Zaragoza una sesión para la recepción del académico electo Dr. D. Luís del Río y de Lara, catedrático de la Facultad de Medicina de aquella Universidad. En su discurso acerca de *Los primeros casos de actinomicosis estudiados en España*, demostró una vez más los valiosos conocimientos que posee como histólogo y así lo hizo ver en su contestación el Dr. D. Raimundo García Quintero. Reciba nuestra enhorabuena por haber llegado á ocupar un puesto tan honroso.

Igualmente tenemos el gusto de felicitar, por análoga distinción, al Dr. D. Faustino Horcajo Hernández, catedrático de la Facultad de Medicina de Valladolid, por haber sido nombrado Académico electo en la real Academia de Medicina y Cirugía de dicha población el día 1.º del pasado mes.

El asunto que trató en su discurso no pudo ser más interesante y propio de la asignatura que con tanto acierto explica, ocupándose del *Diagnóstico diferencial de los quistes del ovario y de sus complicaciones*.

Encargado de contestarle el Dr. D. Luciano Clemente y Guerra, demostró la valiosa adquisición que hacía la corporación al admitir á un profesor tan laborioso, que solamente por su aplicación y constancia había conseguido llegar á un cargo tan elevado.

Hasta ahora habíamos creído que nadie estaba autorizado para desempeñar la profesión no siendo de una manera digna y sin reusar dar las explicaciones que su conducta merezca ser discutida; pero desgraciadamente, en poco tiempo nos hemos desengañado que no faltan compañeros que habiendo olvidado las más elementales reglas de urbanidad, tratan de imponerse sobre los demás, sin reparar en los medios, aunque éstos sean malos, llegando su osadía hasta decir que jamás se creen ofendidos como no se les ponga la mano encima. ¿Y luego diremos que los pueblos solo son los malos?

Si dispusiéramos de espacio, trataríamos con detenimiento varios casos de esta índole que sabemos ocurren con demasiada frecuencia, no faltando quien ha recogido el fruto de la semilla que en tiempos no lejanos hubo de sembrar.

CORRESPONDENCIA

- D. Antonio Correa*, Lugo.—Enterado de lo que dice.
D. Emilio Jaramillo, Salamanca.—Recibida la suya: contestado particularmente.
D. Joaquín Regidor, Baños de Montemayor.—Recibidas 6 pesetas: suscripto por el año actual.
D. José Vega, Baños de Montemayor.—Recibidas 6 pesetas: íd. íd.
D. Juan Elías Botejara, Mohedas.—Recibidas 6 pesetas: íd. íd.
D. Juan López Martín, Hervás.—Recibidas 6 pesetas: íd. íd.
Noticiero Salmantino.—Gracias por la publicación del sumario del número anterior.
D. Pedro Villar, Cedillo.—Recibidas 6 pesetas: suscripto por el año actual.
D. Víctor Sánchez Hoyos, Casar de Palomero.—Recibidas 6 pesetas: íd. íd.



D. FELIX ANTUÑEDA

su acción antiséptica y astringente hace ser insustituible en toda clase de trastornos del aparato digestivo, y especialmente en las diarreas de la infancia y seniles, vómitos de las embarazadas, modificando las de origen tuberculoso.

CONDICIONES DE VENTA

Precio de la fórmula 3 pesetas

Media ídem 1'50 íd.

A los Stes. Farmacéuticos que pidan de diez cajas en adelante se les abonará el 40 por 100.

SE HALLA DE VENTA EN LA FARMACIA DEL AUTOR

D. PEDRO JOSÉ GUTIÉRREZ

EN ALDEANUEVA DEL CAMINO (CÁDIZ)

Antiséptico intestinal

PODEROSA Y EFICAZ PRESCRIPCION

PARA

COMBATIR TODA CLASE DE VÓMITOS Y DIARREAS



Su acción antiséptica y astringente hace sea insustituible en toda clase de trastornos del aparato digestivo, y especialmente en las diarreas de la infancia y seniles, vómitos de las embarazadas, modificando las de origen tuberculoso.

Precio de la fórmula. 3 pesetas

Media ídem. 1'50 íd.

A los Sres. Farmacéuticos que pidan de diez cajas en adelante se les abonará el 40 por 100.

SE HALLA DE VENTA EN LA FARMACIA DEL AUTOR

D. PEDRO JOSÉ GUTIÉRREZ

EN ALDEANUEVA DEL CAMINO (CÁCERES)