

AÑO II.

SETIEMBRE DE 1889.

Núm. 21.

# EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA

POR

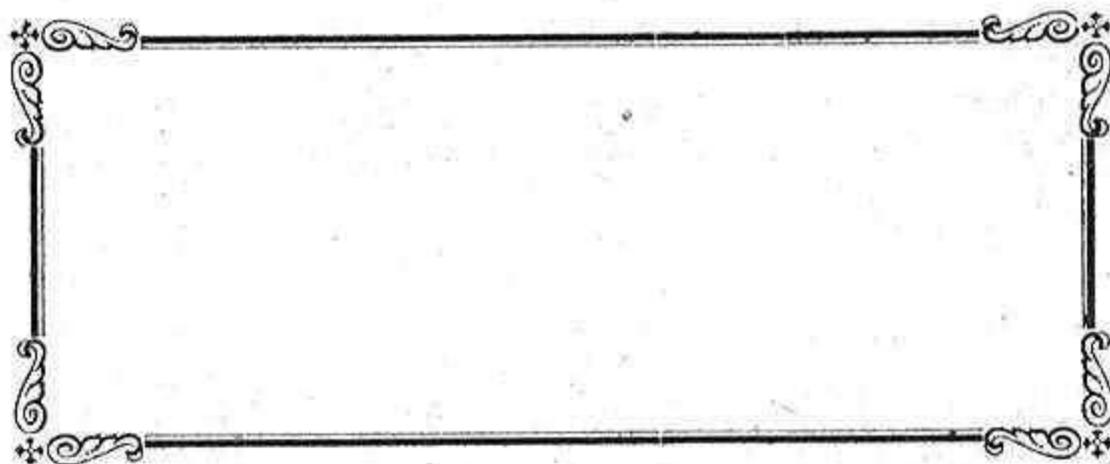
el Doctor D. Pedro Gallardo

CIRUJANO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

*Premiado por la Universidad Central con los grados  
de Bachiller, Licenciado y Doctor*

*Declarado con aptitud para el Profesorado en las oposiciones  
á las cátedras de Obstetricia de Granada y Terapéutica de Zaragoza*

*Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina  
de Madrid, etc. etc.*



## SUMARIO

Operaciones del ano y del recto.—Fístulas de ano.—Estrecheces del recto.—Cuadro estadístico.—De las corrientes de inducción en las oclusiones intestinales.—Parálisis saturninas y *á frigore*—Indicaciones especiales de la termo-eterización en la anestesia quirúrgica según el Dr. Morales Pérez.—Enfermedades palúdicas (continuación), por D. Tomás Echevarría.

TOLEDO:

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos

Comercio, 57 y Sillería, 15

# AGUA DE INSALUS

en LIZARZA (Tolosa) Guipúzcoa,

ANALIZADA POR EL EMINENTE QUÍMICO DR. D. FAUSTO GARAGARZA

Es bicarbonatada, ligeramente alcalina, digestiva, de sabor agradable. Excelente bebida gaseosa para las comidas, sola ó mezclada con vino. Superior á las de Saint-Galmier, Apollinaris y Vals. Abre el apetito, auxilia la digestión y es eficaz contra las afecciones de los aparatos gástrico y urinario.

*75 céntimos de peseta la botella de litro con casco en toda España*

Depósito en Toledo: Farmacia de D. J. M. de los Santos, Plata, 23.—Administración, Plaza Vieja, núm. 1, TOLOSA.

---

## IMPORTANTE A LOS SRES. FARMACÉUTICOS

---

Productos químicos y naturales, de las más acreditadas casas inglesas, sin competencia en calidad y precio.—Los pedidos al representante en Madrid

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

Se remiten catálogos gratis

---

## 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.

ACREDITADOS ESPECIFICOS  
DEL DR. MORALES  
22 AÑOS DE ÉXITOS

---

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

---

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

---

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

---

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

---

**P**anacea antisifilítica, antivenérea y antiherpética, 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.

# JARABE DE HIPOFOSFITOS DE CLIMENT

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

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

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

TUBERCULOSIS.

ESCRÓFULA.

RAQUITISMO.

ESCORBUTO.

CLORO-ANEMIA.

DEPPEPSIA.

ALBUMINURIA.

MISERIA FISIOLÓGICA.

OSTEOMALACIA.

DISMENORRA.

ALCOHOLISMO.

INAPETENCIA.

DEBILIDAD NERVIOSA.

PARÁLISIS DIVERSAS.

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

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

*Dosis tónica*: Tres cucharaditas al día.

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

De cuatro á ocho años: Dos íd. íd.

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

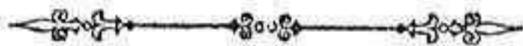
Frasco grande, 4 pesetas.

Idem pequeño, 2,25.

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

# EL BISTURI

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA



Operaciones del ano y del recto



FÍSTULA DE ANO



Es esta una enfermedad bastante frecuente en la práctica, y para su curación, de todos los recursos terapéuticos empleados, el mejor, según la opinión general de los cirujanos, es la operación, pues son muy contadas las que son susceptibles de tratamiento eficaz mediante el empleo de los cáusticos, inyecciones irritantes etc. La operación es el medio más breve, más seguro y hasta el menos doloroso para el paciente y no ofrece serias dificultades ni peligros, por lo cual puede decirse que es de éxito seguro. Hay, sin embargo, excepciones que la hacen fracasar y que deben tenerse muy presentes antes de emprenderla: cuando hay trayectos múltiples y tortuosos y pasa alguno desapercibido es segura la reproducción del padecimiento: cuando el enfermo es viejo ó tiene su constitución empobrecida tampoco puede esperarse resultado satisfactorio; y cuando la fístula es de causa osteopática, determinada por caries ó necrosis de alguno de los huesos de la pelvis, de poco servirá operar la fístula si no se dirige el tratamiento á combatir su causa. Fuera de estas circunstancias y otras análogas la indicación de operar es firme en toda fístula de ano.

¿Cuándo se debe operar? Sabido es que las fístulas se forman á consecuencia de los flemones de la margen del ano, que unas veces son de causa interna y deben su formación á ulceraciones de la mucosa, punto de partida de la inflamación que se propaga desde el tejido celular submucoso al subcutáneo de la margen del ano y partes contiguas y otras veces es de causa externa, iniciándose la inflamación en la piel y propagándose en sentido inverso. En uno y otro caso siempre precede á la fístula una inflamación más ó menos aguda que, terminando por supuración, da lugar á la formación del trayecto de dentro afuera ó de fuera adentro, con una ó con dos aberturas á lo menos

(con una, fístula incompleta, ciega interna ó externa; con dos ó más, fístulas completas.) No se debe operar hasta que termine el trabajo agudo de la inflamación, porque con facilidad se formarían nuevos senos y habría que repetir la operación: lo que se debe hacer es practicar cuanto antes, una vez formado el pus, una incisión para darle salida y limitar de este modo la extensión del trayecto; después hay que aguardar á que termine el período inflamatorio para someter al enfermo á la operación. Este período de espera no debe ser indefinido, pues dejando que se contraigan las paredes del foco y que pase el proceso al estado crónico, sufrirá de tiempo en tiempo exacerbaciones inflamatorias agudas, que son la causa de que se formen muchos senos y trayectos tortuosos; también puede sobrevenir la infección purulenta como hemos tenido ocasión de observar una vez.

Las contraindicaciones de la operación en general las suministra el estado general del paciente, y como ya hemos dicho, la senectud y el empobrecimiento de la constitución por estados caquéticos son contraindicaciones de gran peso.

Desde muy antiguo viene considerándose como una contraindicación formal de la operación la tisis pulmonar y se ha dicho que la fístula es una suerte de emuntorio saludable que hay que respetar, porque haciéndolo desaparecer se agrava aquel padecimiento. Si esta afirmación tuviese como fundamento una serie de hechos bien observados, aunque se ignorase el por qué de la agravación de la tisis después de curada la fístula, debería respetarse; pero lejos de esto hay motivos para pensar que se ha formulado dicha contraindicación atendiendo á concepciones puramente doctrinales de la medicina antigua y después se ha ido sosteniendo por la rutina ó por hechos incompletamente observados.

Allingham ha tratado de investigar si la causa de las fístulas de ano en los tísicos era algún proceso tuberculoso desarrollado en el recto y no ha encontrado vestigios de él; y no existiendo esta relación entre las dos enfermedades, la razón rechaza como absurda la idea que una fístula pueda ser beneficiosa á un tísico, antes bien, ha de serle perjudicial porque habrá de debilitarle necesariamente. Esto no quiere decir que deban operarse todos los tísicos con fístula de ano, sino que la tisis no debe figurar como una contraindicación absoluta: esta enfermedad contraindica la operación de igual manera que cualquiera otra, porque no es á las enfermedades concomitantes á lo que debe-

mos atender, sino á las circunstancias individuales, al estado de la constitución en el momento de la operación; así, si tenemos una tuberculosis en primer período y es satisfactorio el estado del enfermo, debe operarse la fístula de ano cuanto antes y lo mismo en los casos dudosos, porque la nutrición no podrá menos de ganar con la curación de la fístula; pero si es una tisis miliar aguda ó una tisis de curso lento en el último período y el enfermo se encuentra en estado caquéctico, deberemos abstenernos de operarle, porque en el primer caso la operación es una molestia completamente inútil; y en el segundo, es la operación perjudicial á causa de que no cicatrizará la herida de la operación.

La operación de la fístula de ano se practica siguiendo el procedimiento clásico de incisión, combinado algunas veces de la excisión de los bordes de la herida si están adelgazados y en malas condiciones para la cicatrización ó del fondo del trayecto si el tejido está sudurado y calloso. No nos detenemos en el manual operatorio por hallarse consignado en todos los libros de cirugía. Se ha propuesto también hacer la sección del puente por medio de la ligadura elástica, cuyas ventajas sobre la incisión con el bisturí nunca hemos acertado á comprender; pues la de evitar la hemorragia, única al parecer razonable, nos ha parecido de tan poca importancia que no merece la pena de preferir este procedimiento. Todos los que hayan operado fístulas de ano por el procedimiento ordinario habrán podido convencerse de lo insignificante que es la hemorragia; es raro encontrar un vaso de mediano calibre, aunque sea bastante grueso el puente carnosos y cuando se interesa alguno su ligadura se hace sin dificultad. Por otra parte, la hemorragia capilar se cohibe prontamente con los hemostáticos ordinarios y mucho más hoy que podemos disponer de uno tan excelente como la antipirina en solución al 5 por 100. Un procedimiento que tiene todas las ventajas de la ligadura elástica bajo el punto de vista de la hemorragia y ninguno de sus inconvenientes es la sinemipria; procedimiento de diéresis, inventado por mi querido amigo el ilustrado catedrático de operaciones de Valladolid D. Vicente Sagarra. Ya he tenido ocasión de ocuparme de este procedimiento de una manera general en esta publicación, y habiéndole empleado después en varios casos de fístula de ano, voy á ocuparme de nuevo de este asunto diciendo la manera como me he servido de él y sus resultados. Dada una fístula, si es incompleta, principio por hacerla completa;

para ello practico una incisión si es ciega interna, en el punto adelgazado de la piel que indique el estilete introducido por el orificio interno, y si es ciega externa, que es lo más frecuente, introduzco el estilete por el orificio externo que va penetrando sin violencia hasta la mucosa, y cuando llega á ella reemplazo el estilete por una sonda acanalada de punta aguda, con la cual perfora sin dificultad la mucosa.—Hecha ya fístula completa si es que no lo era, introduzco por el orificio externo un estilete aguja que lleva enebrada un cordonete de seda fenicada, el cual se saca fácilmente por el recto con los dedos ó con una pinza. Este cordonete está destinado á servir de fiador para introducir con su ayuda la hebra de tranza que ha de efectuar la sección del puente y no debe olvidarse nunca esta operación preliminar, porque con frecuencia la tranza se rompe antes de terminar la sección y hay que reemplazarla por otra hebra para continuar la operación. Pasado el fiador, que debe ser largo, hacia su mitad se ata un extremo de la hebra de tranza, y así que ha sido conducido desde el orificio interno al externo ó viceversa, se desatan y se confían las dos extremidades del cordonete á un ayudante que los dirige á la parte superior ó inferior en donde no estorben las maniobras. En seguida á los dos extremos de la hebra de tranza se atan los dos mangos de la sierra de cadena, que pueden reemplazarse por dos palitos cuando no se tenga á mano este instrumento, y manobrando como cuando quiere serrarse un hueso con dicha sierra, se hace la sección del puente. Si un hilo se rompe, ya lo hemos dicho, se reemplaza por otro y se conduce del propio modo con el fiador.—Para evitar este contratiempo que retarda la operación, hemos ensayado poner dos hebras en lugar de una, y de este modo hemos conseguido que los hilos tarden más en romperse, aunque también suelen romperse cuando se trata de puentes carnosos que contienen una capa muy gruesa de tejidos. En las fístulas de ano ordinarias con dos ó tres hilos basta, y una vez colocados, que es en la parte embarazosa, lo demás se hace en pocos minutos.

La sección hecha de este modo resulta muy limpia y la hemorragia insignificante. Como el corte se hace serrando, se contunden los vasos al seccionarlos y se cierran las boquillas, lo cual, al propio tiempo que evita la hemorragia, cierra las puertas á la infección. Los resultados obtenidos han sido admirables, y si no puede preconizarse este procedimiento como general en la fístula de ano, debe tenerse muy presente cuando el sujeto esté debilitado y haya necesidad de economizar

sangre, y desde luego en nuestro concepto es preferible á la ligadura elástica, porque corta el puente en el acto sin hemorragia y no hay que esperar cinco ó seis días á que la constricción producida por el cau- chut haga la sección, lo cual, dígase lo que se quiera, debe ser em- barazoso y molesto para el enfermo que ve aplazarse durante cierto número de días lo que puede hacerse en pocos minutos.

Entrando ahora en el examen de los casos prácticos consignados en el cuadro estadístico, tenemos, que de los 43 casos operados, 34 eran hombres y nueve mujeres, por donde se ve que cerca de los  $\frac{4}{5}$  eran del sexo masculino y sólo  $\frac{1}{5}$  del femenino. Este resultado con- cuerda con los de la observación de la mayor parte de los autores, que todos aseguran es más frecuente el padecimiento en los hombres que en las mujeres. ¿A qué causas deberá atribuirse esta diferen- cia? El hombre por sus ocupaciones, por sus costumbres, entre otras la de montar á caballo, está más expuesto á la acción de las causas traumáticas que obran sobre el tejido celular de la mar- gen del ano, y por consiguiente á los flemones de esta región que son el origen de muchas fístulas. La mujer, en cambio, está más expuesta á las de causa interna, porque por la disposición y relaciones del aparato genital con en el recto, padece más que el hombre de es- treñimiento y las heces fecales endurecidas son causa de traumatis- mos en la mucosa que originan muchas fístulas que proceden de den- tro afuera. Lo cual parece indicar, puesto que el hombre padece más que la mujer, que la mayor parte de las fístulas se originan de fuera adentro.

Respecto á la edad de los operados pueden clasificarse con arreglo al siguiente cuadro:

De 15 á 20		20 á 30		30 á 40		40 á 50		50 á 60		60 á 70		70 á 80	
Varo- nes.	Hem- bras.												
1	2	3	1	5	3	7	1	7	1	3	0	1	0
3		4		8		8		8		3		1	

Por donde se ve que la edad en que se padece con más frecuencia

este padecimiento es la edad adulta ó media de la vida entre los 30 y los 60 años, resultado que está también de acuerdo con lo generalmente observado por los autores.

En cuanto á la clase de las fístulas en el mayor número de los casos operados, 31 han sido fístulas simples ó de un solo trayecto, sin poder precisar si fueron completas ó incompletas. Entre estos casos es notable el núm. 3, que padecía un catarro crónico del vértice del pulmón izquierdo, acompañado de demacración notable y que por este motivo, guiándonos por las ideas antiguas, según las cuales está contraindicada formalmente la operación en los sujetos tuberculosos, le tuvimos mucho tiempo en observación sin atrevernos á operarle. Durante este tiempo de observación, reinando en esta localidad epidémicamente la viruela, contrajo esta enfermedad, que revistió una forma confluyente, y algún tiempo después de la convalecencia se nutrió tan perfectamente y desaparecieron tan por completo todos los síntomas que nos habían hecho formar el diagnóstico de tuberculosis, que no tuvimos inconveniente en operarle, saliendo al mes completamente curado. ¿Es que no existía la tuberculosis y el catarro crónico se curó con la revulsión producida en la piel por la erupción variolosa? No lo sabemos á punto fijo; nos había parecido tuberculoso, y como tal le teníamos; sea como quiera, consignamos el hecho. Otro caso también de fístula simple, el número 11, se presentó en el Hospital con el flemón en la margen del ano y tardamos algún tiempo en operarle cuando ya había desaparecido el estado inflamatorio para dar tiempo á que el trayecto estuviese bien formado con arreglo á las ideas generales que dejamos expuestas, no sin hacer una ancha incisión para dar salida á la supuración.

En cuanto á las fístulas más ó menos complicadas, citaremos los números 13 y 15. En el primero, la fístula de ano había sobrevenido á consecuencia del estreñimiento pertinaz y tenía dos trayectos: uno que venía desde el esfínter externo á la vulva, y otro desde este punto á la pared posterior de la vagina. En el segundo, la fístula se había formado á consecuencia de vegetaciones en la vulva, y extirpadas éstas con la tijera corva fué incindido el trayecto fistuloso que se abría en el recto al nivel del esfínter externo.

De fístulas con trayectos múltiples figuran en el cuadro ocho casos, de los cuales merecen especial mención el número 18, en el que, además de la fístula, existía un prolapso bastante considerable de la mucosa

rectal, que costó bastante trabajo mantener reducido, lo que se consiguió después de mucho tiempo con enemas de cocimiento de ratanía y supositorios con manteca de cacao y extracto de la misma planta, saliendo por fin el enfermo completamente curado. En los números 25 y 26 había muchos trayectos cuyos orificios externos estaban situados á bastante distancia de la margen del ano en la parte inferior de las regiones glúteas, en las cuales había debajo de la piel una induración en el tejido celular de consistencia cartilaginosa: fueron operados mediante incisiones en los trayectos bastante largos y tortuosos y excisión del tejido indurado. Otro de fístula completa simple que también se abría el orificio externo en la región glútea á mayor distancia que los anteriores, siendo el trayecto muy profundo y abriéndose el orificio interno á la altura del esfínter interno, fué el número 32, en el cual, á juzgar por la profundidad, era de temer que no se tratase de una fístula simple, sino osteopática; pero hecha la incisión del trayecto, resultó ser una fístula simple que, operada, cicatrizó rápidamente. El caso número 42 fué notable por tener varios trayectos que se abrían en la región perineal y además dos orificios internos, uno al nivel del esfínter externo y otro más arriba: recaía en un sujeto de temperamento linfático bastante demacrado y con sospechas no confirmadas afortunadamente de catarro crónico del vértice.

Después de operado tardó muchos meses en cicatrizar la herida, pero por fin se obtuvo la curación completa, nutriéndose bastante bien el sujeto y disfrutando actualmente de excelente salud. El número 43 tenía varios trayectos que rodeaban en forma de herradura la región coxígea y venían á abrirse por un solo orificio á uno de los lados y en la parte superior de la margen del ano. Por la dirección del cocci, que seguía uno de los trayectos, era de temer que reconociese por causa una lesión de este hueso, pero no pudo encontrarse por una exploración detenida, y el hecho de haber cicatrizado completamente las heridas aleja de todo punto dicha sospecha.

Para concluir lo relativo á las operaciones de fístula citaremos el número 34, en que era producida por estrechez orgánica del recto al nivel del esfínter externo, la cual fué operada después de la fístula practicando una incisión en el esfínter dirigida hacia la parte posterior y después se colocaron cánulas rectales para que no volviese á estrecharse, consiguiéndose un éxito satisfactorio. Por último, en el número 40, después de operada la fístula y cuando ya estaba casi ci-

catrizada la herida de la operación, reconocimos con el dedo por encima del esfínter externo y en el punto en donde remató la incisión de la operación una fungosidad pediculada del tamaño de una cereza, que no existía antes de la operación y que indudablemente se había formado después. Reconocida la enferma con el speculum ani se vió que era una fungosidad polipiforme, que fué escindida con la tijera, tocando después el punto de implantación, con el nitrato argentino cicatrizó perfectamente.

Recientemente he operado dos fístulas de ano empleando la anestesia local con el clorhidrato de cocaina en inyección hipodérmica y el éxito ha sido bastante satisfactorio.

### Estrecheces del recto

---

Las estrecheces del intestino recto, como las de otros conductos, pueden ser benignas, constituyendo la estrechez toda la enfermedad, y malignas, siendo en este caso determinadas por un padecimiento mucho más grave, como el cáncer, la sífilis, etc. Las primeras pueden curarse con los solos auxilios de la terapéutica quirúrgica, por cuyo motivo y por pertenecer á ellas los casos que hemos tenido ocasión de tratar, son las que ahora van á ocuparnos.

Las estrecheces benignas, llamadas también orgánicas, son más frecuentes en la mujer que en el hombre, lo cual está conforme con nuestra observación personal, pues todos los casos que figuran en el cuadro pertenecen al sexo femenino. Esto se atribuye á varios motivos: á la disposición y relaciones del intestino con el aparato sexual de la mujer, que le predispone á contraer por propagación las afecciones venéreas y sífilíticas; al trabajo del parto; á los padecimientos uterinos, tales como la anteversión, en la cual es comprimido el intestino por el cuello del utero, etc. etc.

Es digno de llamar la atención el hecho de ser más frecuente el estreñimiento en la mujer que en el hombre y su influencia en la génesis del padecimiento que nos ocupa. En todas las enfermas que hemos operado, el estreñimiento había sido habitual, y al sobrevenir la estrechez ya desde mucho antes habían venido observando un retardo en las evacuaciones ventrales, siendo cada vez más largos los períodos que mediaban entre ellas. El estreñimiento habitual y la re-

tención de heces fecales que es su consecuencia, principia por dilatar, á veces enormemente, la porción de intestino situada por encima del esfínter interno, porción ya de suyo ensanchada en estado normal y que constituye una especie de reservorio para los excrementos, como lo es la vejiga para la orina.

Cuanto más excrementos hay acumulados mayores dimensiones tiene el bolo excrementicio y más endurecido se encuentra, y al ser expulsado laboriosamente sufren las consecuencias la mucosa, así como las capas subyacentes, principalmente al nivel de los esfínteres. Así se origina un estado inflamatorio que, exacerbado en cada acto de defecación, pasa al estado crónico y se forman depósitos de los productos de esta inflamación en el tejido submucoso que alcanzan uno ó dos centímetros de profundidad y otro tanto de altura, constituyendo un anillo situado más ordinariamente al nivel del esfínter interno ó sea á la distancia de 5 ó 6 centímetros del ano. Dicho anillo es tan estrecho que en muchas ocasiones apenas da paso al cañón de una pluma de escribir. Formada la estrechez, cada acto de defecación es para la enferma un verdadero suplicio, que repetido, no tardará en acarrear accidentes graves que ponen en peligro la existencia. Cuando no, puede formarse una fístula recto-vaginal, de lo cual hemos visto un ejemplo en una de nuestras operadas. También en otra hemos visto un trayecto fistuloso subcutáneo que se extendía desde el ano á la vulva.

En esta clase de estrecheces no puede pensarse vencerlas con la dilatación gradual con sondas ó cánulas rectales de tamaño proporcionado, el tratamiento sería largo, doloroso y poco eficaz. La dilatación gradual está indicada en las estrecheces de fecha reciente, poco graduadas, y tales, que permitan cuando menos la introducción del dedo pequeño; pero en las antiguas y que apenas permiten el paso de un estilete, hay que acudir á la operación combinada con la aplicación de cánulas después para evitar que la estrechez se reproduzca. La operación debe practicarse con urgencia cuando á consecuencia de la retención de heces fecales han sobrevenido accidentes graves.

Tres procedimientos hay para operar las estrecheces del recto: la incisión interna, la incisión externa y la incisión lineal. El primero consiste en incidir la estrechez en todo su espesor y altura. Este es el procedimiento que hemos empleado en todos los casos, seguido de aplicación de cánulas rectales. El segundo, que sólo es aplicable á las

estrecheces situadas á la altura del esfínter externo, consiste en una incisión que desde la piel va á interesar dicho esfínter. Y el tercero indicado en las estrecheces acompañadas de fístulas ano-rectales, consiste en hacer la incisión con el compresor lineal. Este tercer procedimiento debe ser reemplazado por la sinemapria, pues da el mismo resultado en cuanto á la hemorragia y tiene la ventaja de ser menos embarazoso el manual operatorio y más limpia la sección que se hace con el hilo de tranza.

Entrando ahora en el examen de algunas particularidades de los casos que figuran en el cuadro, diremos que de las cuatro operadas sólo dos (números 48 y 49) podemos afirmar que se curaron completamente y sin recidiva por haber seguido la observación desde que fueron operadas hasta el momento actual. Las otras dos salieron curadas de la estrechez, pero ninguna noticia hemos vuelto á tener de ellas.

En el caso número 48, la operación se practicó con el litotomo oculto de Fr. Cosme ó de una sola hoja, cuyo instrumento fué conducido con el dedo más arriba de la estrechez á través del pequeño orificio que presentaba en su centro, y después, sacándolo con la hoja en su mínimum de separación del eje del instrumento, y vuelto su filo hacia la cara cóncava del sacro, cortó la estrechez en toda su altura y profundidad. Retirado el instrumento é introducido el dedo, se reconoció más arriba de la incisión la porción ensanchada del intestino. No pareciendo suficiente la incisión practicada se hicieron otras dos más pequeñas en las partes laterales. Hecho un laboratorio con agua fenicada, se dejó colocada en el intestino una cánula rectal de bastante calibre, á fin de que no se uniesen los labios de las incisiones, sino que cicatrizasen separadamente para evitar la reproducción de la estrechez. La enferma soportó bastante bien la cánula que quedó sujeta con un T de ano, y siguiendo la cicatrización un curso regular, á los pocos días tomó el alta curada. Se la facilitó una cánula con el encargo de que todos los días la tuviese aplicada algún tiempo y con este plan recobró completamente su salud seriamente comprometida en el momento de su ingreso, porque había ya accidentes graves que consistían en dolores agudos que se propagaban desde el intestino á todo el vientre, meteorismo y vómitos. Todos estos síntomas cesaron como por encanto en cuanto se practicó la operación, y la enferma pudo evacuar normalmente las materias fecales.

En el caso número 49 se trataba de una estrechez reproducida que hacía algunos años le había sido operada en Granada. No había en el momento de la operación más alteraciones que los dolores y molestias propias del obstáculo existente para la defecación. La estrechez estaba situada á unos 5 ó 6 centímetros del ano, y era bastante graduada, pues el orificio con dificultad daría paso al cañón de una pluma de escribir. La operación consistió también en tres incisiones hechas con el bisturí de botón cóncavo en su corte y limitado éste solo al centro, una hacia atrás que comprendió todo el espesor y altura de la estrechez y dos más pequeñas laterales. Después se practicó otra incisión de bastante extensión y profundidad en la fístula vulvo-anal. Las heridas tardaron muchos meses en cicatrizar; pero al fin la enferma se restableció completamente y continúa en excelente estado, aunque con el trabajo de introducirse cada dos ó tres días su cánula.

No debe olvidarse que en toda estrechez, una vez combatida, ya por el cateterismo, ya por la operación, queda la fatal tendencia á estrecharse de nuevo, y así esta clase de enfermos tienen necesidad durante toda su vida desde que son operados de explorarse con la sonda de tiempo en tiempo para ver si los conductos siguen en buen estado para proceder á la aplicación de sondas más gruesas al menor indicio de reproducción que noten. Esta regla de conducta lo mismo es aplicable á las estrecheces del recto que á las de la uretra y demás conductos sujetos á sufrir esta clase de alteraciones orgánicas.

Operaciones del

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad	Estado.	DIAGNÓSTICO.
1 Eugenio Dorado. ....	Toledo. ....	»	»	Fístula de ano. ....
2 Manuel Fernández. ...	Villasequilla. ....	72	C.	Id. id. ....
3 Gregorio Benito. ....	Cobisa. ....	18	S.	Id. id.—Catarro pulmonar crónico. —Viruelas. ....
4 Petronila Rodríguez..	Villarrubia de los Ojos. ....	59	C.	Fístula de ano. ....
5 Luis de Mora. ....	Toledo. ....	64	C.	Id. id. ....
6 Juan Sánchez. ....	Recas. ....	48	C.	Id. id. ....
7 Román Pérez. ....	Bargas. ....	50	C.	Id. id. ....
8 Anastasio Sardinero..	San Pablo. ....	40	C.	Id. id. ....
9 Petronilo Galán. ....	San Pablo. ....	21	S.	Id. id. ....
10 Tomás Delgado. ....	Pernoso (Cuenca)..	50	C.	Id. id. ....
11 Saturnino Moreno.....	Escalonilla. ....	34	V.	Flemón en la margen del ano.—Fis- tula consecutiva. ....
12 Francisco Montes....	Pedroso (Logroño). 43	S.	Fístula de ano. ....	
13 Patricia Manzanilla. ...	San Martín de Mon- talbán. ....	25	S.	Fístula ano-vulvo-vaginal. ....
14 Lucio Alonso.....	Bargas. ....	46	C.	Fístula de ano con trayectos múlti- ples. ....
15 María del Olmo. ....	Marsilla (Palencia) 18	S.	Fístula de ano y vegetaciones en la vulva. ....	
16 Angel Paniagua.....	Sonseca. ....	53	V.	Fístula de ano. ....
17 Valentín Sánchez.....	Toledo. ....	49	C.	Fístula de ano con dos trayectos.
18 Ignacio Mayorga.....	Alcázar de San Juan (Ciudad Real)....	57	V.	Fístula de ano con trayectos múlti- ples y prolapso de la mucosa rectal.
19 Sabas Ramos.....	San Bartolomé de las Abiertas. ....	60	V.	Fístula de ano con trayectos múlti- ples. ....
20 Alfonso Martín. ....	Ajofrín. ....	35	C.	Fístula de ano. ....
21 Nicasia Medina.....	Ventas con Peña Aguilera. ....	18	S.	Id. id. ....
22 Lino Horetanilla.....	Horcajo de los Mon- tes. ....	34	C.	Id. id. ....
23 Juan Navas. ....	Polán. ....	56	C.	Id. id. ....
24 Romualdo Hernández..	Bargas. ....	55	C.	Id. id. ....
25 José Merchán.....	Mora. ....	58	C.	Fístula de ano con trayectos múlti- ples desde las regiones glúteas.
26 Severiano Pérez.....	Bargas. ....	66	C.	Id. id. id. ....
27 Timoteo Díaz. ....	Torrijos. ....	42	C.	Fístula de ano. ....
28 Manuela Vázquez.....	Torrijos. ....	34	C.	Id. id. ....
29 Andrés Alonso.....	Bargas. ....	»	»	Id. id. ....
30 Pedro Navarro.....	Yébenes. ....	26	C.	Id. id. ....
31 N. N.....	Toledo. ....	31	C.	Id. id. ....
32 D. A. Pastor. ....	Torrijos. ....	32	S.	Fístula de ano desde la región glú- tea. ....

ano y del recto

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la ope- ración	Fecha del alta.	Terminación.
Incisión.—Procedimiento ordinario	»	12 Jul. 73	28 Jul. 73	Curación.
Id. id. ....	»	16 Jul. 73	28 Jul. 73.	Id.
Id. id. ....	3 Nov. 73	Junio 74	Julio 74.	Id.
Id. id. ....	»	Enero 74	27 Feb. 74	Id.
Id. id. ....	»	9 Feb. 74	31 Mar. 74	Id.
Id. id. ....	»	20 Mar. 74	26 Abr. 74	Id.
Id. id. ....	»	3 Oct. 74	15 Nov. 74	Id.
Id. id. ....	»	27 Mar. 75	25 Abr. 75	Id.
Id. id. ....	»	12 Mar. 75	8 Abril 75	Id.
Id. id. ....	»	Marzo 75	3 Abril 75	Id.
Id. id. ....	»	18 Dic. 75	15 En. 75	Id.
Id. id. ....	»	Mayo 76	24 Jun. 76	Id.
Id. id. ....	»	Marzo 76	Sbre. 76.	Id.
Incisiones. ....	»	10 Mar. 77	2 Mayo 77	Id.
Incisión y excisión de las vegetales. Incisión.—Procedimiento ordina- rio. ....	»	16 Dic. 76	4 Ener. 77	Id.
Incisiones. ....	18 May. 80	20 May. 80	20 Dic. 80	Defunción.
Id. ....	29 Dic. 80	13 En. 81	18 Feb. 81	Curación.
Id. ....	18 Nov. 81	18 Nov. 81	4 Julio 82	Id.
Id. ....	17 Abr. 82	19 Abr. 82	20 Oct. 82	Id.
Id. ....	7 Nov. 82	8 Nov. 82	17 Nov. 82	Id.
Id. ....	29 Oct. 82	Nov. 82.	7 Febr. 83	Id.
Id. ....	6 Mayo 83	6 May. 83	18 May. 83	Id.
Id. ....	20 Sbre. 83	3 Oct. 83	10 Oct. 83	Alta. Fugado.
Id. ....	15 En. 84	15 En. 84	8 Febr. 84	Curación.
Id. ....	19 Jul. 84	27 Jul. 84	28 Oct. 84	Id.
Id. ....	5 Ag. 84	1 Oct. 84	17 Nov. 84	Id.
Id. ....	17 Abr. 85	17 Abr. 85	23 Abr. 85	Id.
Id. ....	30 May. 85	30 May. 85	14 Jun. 85	Id.
Id. Erisipela flegmonosa del escroto	15 Dic. 86	15 Dic. 86	13 Febr. 86	Id.
Id. ....	20 Mar. 87	21 Mar. 87	8 Abril 87	Id.
Id. ....	»	Marzo 77	Abril 77	Id.
Id. ....	»	Junio 79	»	Id.

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICO.
33 D. <sup>a</sup> M. de Agüero.....	Toledo.....	48	C.	Fístula de ano.....
34 D. Gil García.....	Toledo.....	58	V.	Fístula de ano con estrechez del recto.....
35 Luisa.....	Mocejón.....	26	C.	Fístula de ano.....
36 M. Cebrián.....	Toledo.....	»	»	Id. id.....
37 N. Ruano.....	Toledo.....	28	S.	Id. id.....
38 N. N.....	Yuncillos.....	»	»	Id. id.....
39 N. N.....	Cabañas.....	17	S.	Id. id.....
40 D. <sup>a</sup> P. de R.....	».....	35	C.	Id. id.....
41 M.....	Toledo.....	32	C.	Id. id.....
42 D. V. de U. R.....	».....	42	V.	Fístula de ano con trayectos múltiples región perineal.....
43 N. N.....	Endrinal (Salamanca).....	30	C.	Id. con trayectos profundos en la región coxígea.....
44 Alejandro Toledo.....	Recas.....	24	S.	Hemorroides ulceradas.....
45 Andrea Saldaña.....	Cazalegas.....	40	C.	Id. id.....
46 Soledad González.....	Arenillas (Zamora).....	22	C.	Estrechez orgánica del recto.....
47 Nicolasa Santiago.....	Toledo.....	49	V.	Estrechez del recto y fístula recto-vaginal.....
48 Carmen Alvarez.....	Toledo.....	40	V.	Estrechez del recto con obliteración casi completa del conducto á la altura de unos 6 centímetros del ano.....
49 D. <sup>a</sup> Trinidad Arenas de Solás.....	».....	36	C.	Estrechez del recto que apenas permite el paso de un estilete á 6 centímetros del ano.—Fístula vulvo-anal.....
50 Brígida Puñal.....	Bargas.....	47	V.	Cáncer del ano y parte inferior del recto.....

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Id.....	»	Dbre. 80	»	Id.
Incisiones.....	»	Dbre. 80	»	Id.
Incisión.....	»	Abril 82	»	Id.
Id.....	»	Marzo 82	»	Id.
Id.....	»	Junio 83	»	Id.
Incisión.—Procedimiento ordinario	»	Marzo 84	»	Id.
Id. id.....	»	Mayo 84	»	Id.
Id. id.....	»	Sbre. 85.	»	Id.
Id. id.....	»	Mayo 86	»	Id.
Id. id.....	»	Junio 86	»	Id.
Id.....	»	Dbre. 86.	»	Id.
Excisiones.....	»	2 Jul. 74	7Julio 74	Id.
Id.....	»	31 Oct.77	16 Dic.77	Id.
Tres incisiones, una hacia atrás y dos á las partes laterales.—Dilatación con cánulas.....	»	10 May76	28May76	Id.
Incisiones y dilatación con cánulas	»	13Sbre76	1ºNov.76	Id.
Tres incisiones, una posterior con el litotomo oculto de Fr. Cosme y dos laterales.—Dilatación con cánulas.....	12Jun.81	12Jun.81	26Jun.81	Id.
Tres incisiones y dilatación con cánulas.....	»	4Ag.to 84	»	Id.
Extirpación y autoplastia.....	6Sbre.86	10En.º86	7En.º 87	11Jun.77 Defunción por caquexia

## Del empleo de las corrientes de inducción en las oclusiones intestinales

En el núm. 1.858, correspondiente al 4 de Agosto último, publicó nuestro ilustrado colega *El Siglo Médico* en su sección de «Prensa médica extranjera» un artículo acerca de las corrientes continuas en la oclusión intestinal, y estimulados por él vamos á dar á conocer los resultados que hemos obtenido en nuestra práctica con el empleo de las corrientes de inducción en el mismo estado patológico.

Hace unos 17 años cuando las corrientes farádicas estaban más en boga que ahora, nos dedicamos durante un corto periodo de tiempo con alguna especialidad al estudio de las cuestiones electroterápicas, inspirándonos en las teorías de Duchenne (de Boulogne) (1) y dando la preferencia á dicha clase de corrientes sobre las continuas entre otras razones por ser de mucho coste y poco portátiles los aparatos que para el empleo de éstas son necesarios. Desde entonces, siempre que nos ha ocurrido en nuestra práctica llevar alguna indicación por medio de la electro-terapia, hemos hecho uso del aparato de inducción de Gaiffe, y en verdad podemos decir que constantemente hemos obtenido el resultado apetecido.

Como es casi seguro que muchos profesores, sobre todo los que ejercen la profesión fuera de los grandes centros de población, no tengan más aparato eléctrico que alguno de inducción, voy á exponer antes de entrar en el objeto especial de este artículo, en qué circunstancias me ha sido de incontestable utilidad el uso de las corrientes farádicas.

### Parálisis centrales

En las de origen central, producidas por un foco apopléctico ú otra lesión material del cerebro ó de la médula, es muy escaso el provecho que puede sacarse de la electricidad, casi no compensa las molestias que al enfermo se ocasionan. Sólo sirve en general para evitar los progresos de la atrofia muscular y se necesita que el foco sea muy pequeño y la parálisis incompleta y poco graduada para que pueda modificarse favorablemente. Sucede en esta clase de parálisis con la electricidad lo mismo exactamente que con otros recursos terapéuticos, tales como los preparados estriclíneos, que fracasan igualmente porque el padecimiento no es por su naturaleza susceptible de modificación.

---

(1) De l'électrisation localisée et de son application á la Pathologie et á la Therapeutique por Duchenne (de Boulogne) 3.<sup>o</sup> edition, París, 1872.

## Parálisis periféricas

No sucede lo mismo en las parálisis periféricas, tales como las saturninas ó causadas por la intoxicación del plomo y las reumáticas ó *á frigore*, que se curan perfectamente con las corrientes de inducción.

*Saturninas.*—Hemos tenido ocasión de tratar varios casos de parálisis saturninas en los cajistas de imprenta con éxito satisfactorio; pero el más notable fué el que dimos á conocer en nuestra memoria para aspirar al grado de Doctor y de que ahora vamos á dar una ligera idea. Tratábase de una joven de 26 años, soltera, que en consecuencia de haberse dedicado durante muchos años á machacar mineral de plomo argentífero en una mina que estaba en explotación cerca del pueblo de su naturaleza, había padecido cólicos saturninos diferentes veces. Sin duda el plomo se había absorbido por la piel y por la mucosa pulmonar al aspirar el polvo del mineral en tan gran cantidad que no sólo había dado lugar á los cólicos, sino también á parálisis en los músculos extensores de los miembros superiores é inferiores, acompañadas de una demacración general y de una atrofia muscular tan considerables que no podía ejecutar ningún movimiento y estaba postrada en cama. Y como tuviese tos además de la palidez y demacración, había sido diagnosticado el padecimiento de tisis pulmonar: en tal situación, que no sin razón consideraba la familia como desesperada, fuimos llamados á encargarnos de su asistencia. Examinada atentamente la enferma, y teniendo en cuenta sus antecedentes, sus cólicos, sus parálisis, la forma que éstas presentaban en las manos, (estaban gafas, lo cual es característico de las parálisis saturninas) formamos el juicio de que se trataba ni más ni menos que de una intoxicación por el plomo. Desde luego nos propusimos tratarla por la electricidad, y como era el primer año de nuestra práctica profesional en que apenas poseíamos instrumento ni aparato alguno, un compañero nos prestó el primer aparato de inducción de Gaiffe que manejamos. Empezado el tratamiento electro-terápico mediante sesiones diarias cortas, de unos 10 minutos de duración, empleando conductores humedecidos, á los 15 días pudo la enferma abandonar el lecho, á los 20 pudo andar algunos pasos, y al mes pudo servirse de los miembros superiores para comer y vestirse.

Transcurrido este tiempo, cuando el tratamiento iniciado con tan buenos auspicios prometía conducir á la curación, un cólico violento que á duras penas logramos dominar con el uso de los calmantes, postró de nuevo á la enferma; mas reanudadas las sesiones eléctricas á los dos ó tres días, de nuevo volvió á ganar lo perdido y á los 35 días podía ya ir á mi domicilio á curarse.



Otro cólico más violento que el primero hubo entonces de presentarse, y no calmándose el dolor con los calmantes ordinarios, nos ocurrió aplicar los reóforos á las paredes abdominales *loco dolenti* al máximo de intensidad del aparato. En el momento un agudo grito de dolor nos hizo separarlos, pero con la sensación eléctrica el dolor cólico había desaparecido para no volver más. Seguimos haciendo una aplicación diaria durante nueve meses y la enferma se restableció por completo. Al final del tratamiento, viendo que la enferma estaba perfectamente nutrida y la menstruación no se restablecía, hicimos dos ó tres aplicaciones con un reóforo en la vulva y otro humedecido en las regiones ováricas y la menstruación se presentó, siguiendo en adelante con regularidad.

*Parálisis de Bell.*—Además de las parálisis saturninas, hemos tenido ocasión de tratar con éxito igualmente satisfactorio un buen número de parálisis á *frigore* del nervio facial ó parálisis de Bell. En un principio empleábamos la faradización por medio de la mano eléctrica y la corriente de la primera hélice, á fin de evitar las excitaciones del nervio óptico que produce la segunda hélice; pero siendo este medio coloroso para el operador, hemos hecho uso después en casi todos los casos sin inconveniente de conductores humedecidos de pequeño volumen que son paseados siguiendo la dirección de las fibras de los músculos paralizados y á distinta intensidad, porque no todas las regiones de la cara tienen la misma sensibilidad: el máximo de sensibilidad corresponde al orbicular de los párpados y al músculo occipito-frontal, el bucinador y el masetero nos ha parecido que tienen el mínimo y el orbicular de los labios los caminos y zigomáticos un término medio. Con 15 ó 20 aplicaciones hemos curado esta clase de parálisis, engendradas muy frecuentemente por corrientes de aire frío al asomarse á las ventanas de los coches del ferrocarril en movimiento.

*Inercia uterina.*—Nos hemos servido de las corrientes de inducción en un caso de inercia del utero por cansancio en un parto de primeriza que había durado muchas horas, logrando con este medio que se restableciesen las contracciones uterinas y se terminase normalmente el parto. Tienen la ventaja sobre el cornezuelo de centeno, de ser perfectamente calculable el efecto y de poder producir las contracciones uterinas con intermitencias que se aproximen á las fisiológicas.

*Hemorragia post partum.*—Y no es este el único servicio que pueden prestar en Tocología: del mismo modo podemos servirnos de ellas para cohibir las hemorragias *post partum*, obrando sobre la contractilidad de la matriz y haciéndola contraer prontamente. El *modus faciendi* en estos casos es bastante sencillo: se colocan en los tubos, metálicos huecos, esponjas empapadas en agua y se pasean por la pared abdominal en la dirección del utero con una intensidad ó ten-

sión eléctrica más ó menos fuerte según el efecto que se busque y la sensibilidad de la paciente.

*Asfixia de los recién nacidos.*—Todavía con ser importantes estos dos géneros de indicaciones que las corrientes de inducción llenan en los partos, hay otro mucho más interesante y que no tiene rival entre todos los medios empleados con el mismo fin. Tal es la asfixia de los recién nacidos. En diversas ocasiones hemos apelado á ellas y hemos conseguido verdaderas resurrecciones de recién nacidos. Es de advertir que siempre hemos acudido á este medio tardíamente y cuando sólo teníamos esperanzas remotas de salvación. En un caso volvimos á la vida á un niño después de haber trascurrido dos ó tres horas. Para ello solemos emplear conductores secos para excitar la sensibilidad, los paseamos por las paredes torácicas por detrás y por delante hasta conseguir la primera inspiración, después descansamos un momento y aplicamos los reóforos con intermitencias rápidas en diferentes puntos de la piel hasta que el niño llora con energía.

Pasada revista brevemente á las diferentes indicaciones que hemos llenado en nuestra práctica con las corrientes de inducción, vamos á ocuparnos de los efectos de éstas en la oclusión intestinal, asunto que nos ha movido á escribir este artículo.

### Oclusión intestinal

Este estado patológico es producido por muchas causas y muy diferentes: los cólicos nerviosos ó enteralgias, las extrangulaciones internas, ya determinadas por hernias, ya por el apéndice ileo-cecal que según algunos autores se arrolla al intestino produciendo una especie de ligadura, las estrecheces orgánicas en cualquier punto del tubo digestivo, los atascos intestinales por defecto de contractilidad de las fibras lisas del conducto digestivo, los tumores desarrollados en las inmediaciones de los intestinos que dificulten el curso de las materias fecales ó produzcan una obstrucción completa etc., etc. De todas estas causas, unas hay que son susceptibles de ser removidas por los agentes medicinales ordinarios, entre los cuales debe contarse la electricidad y otras que sólo la terapéutica quirúrgica puede vencer total ó parcialmente, según que la indicación que se llene sea curativa ó paliativa. En la clínica es en extremo difícil formar un diagnóstico exacto de la causa de la oclusión, pues las manifestaciones sintomáticas no dan signos de certeza absoluta y á lo más los que se obtienen son de probabilidad. En la duda como en nuestra opinión la electricidad es un agente terapéutico bastante inofensivo, no hay inconveniente en emplearlo en todos los casos, aunque no todos sean susceptibles de una modificación favorable. Ahora bien; las corrientes eléctricas, ya sean continuas, ya inducidas, obrando sobre la sensibilidad y contractilidad orgánicas, es condición precisa para que den

resultado que las alteraciones, causa de la oclusión, afecten tan sólo dichas funciones fundamentales del sistema nervioso.

Examinemos ahora cuál es el mecanismo de la oclusión intestinal en algunos estados patológicos en que sólo está afectada la sensibilidad y contractilidad para poner de manifiesto cómo se realiza la curación por intermedio de las corrientes eléctricas. A la cabeza de todos estados patológicos debemos colocar el cólico nervioso ó enteralgia sin lesión orgánica, y como tipo de esta clase de cólicos debemos considerar el saturnino, en que la lesión, de existir, se encuentra en las extremidades periféricas de los nervios. ¿Qué hay en esta enfermedad? un dolor seguido de contracción espasmódica cuando menos de los músculos abdominales, así de fibras estriadas como lisas. Esta contracción espasmódica reemplaza en el punto afecto al movimiento peristáltico ó vernicular del intestino y como consecuencia sobreviene la oclusión intestinal. Dolor, espasmo y oclusión son tres términos correlativos que se corresponden de tal suerte, que de la intensidad del primero depende la de los dos últimos. Por esto la sola indicación que hay que llenar es la calmante, en buena práctica todo lo demás está contraindicado como nocivo. Pero ¿qué hacer cuando no bastan los calmantes ni el baño general templado ni ninguno de los demás medios de la terapéutica tradicional? ¿Qué hacer cuando el dolor se repite con tenacidad aterradora y dura días y días? ¿Qué hacer cuando el paciente está casi intoxicado por la morfina y el dolor sin embargo no cede? En estos casos antes de pensar que se trata de una oclusión de causa mecánica sólo remediable por los recursos de la Cirugía, cabe el empleo de las corrientes eléctricas.

La primera vez que usamos las corrientes de inducción en el cólico saturnino, que queda referido anteriormente, teníamos la noción vaga de que esta clase de corrientes hacen cesar el dolor en las neuralgias, pues nos habíamos servido de ellas con provecho en algunas neuralgias dentarias y extracciones de dientes y en tal concepto nos decidimos á ensayarla á título de calmante y tan sólo para combatir el dolor, cuya intensidad era tan grande que podía matar á nuestra enferma. Empleamos conductores secos para producir una sensación eléctrica al máximum de intensidad. La primera aplicación bastó para suprimir por completo el dolor. Después en otros cólicos nerviosos simples hemos empleado el mismo procedimiento y siempre con el mismo resultado. Esto nos autoriza á pensar que las corrientes de inducción obran en el cólico nervioso y la oclusión intestinal, que es su consecuencia, por intermedio de la sensibilidad, determinando una sensación especial como lo es la eléctrica, mayor que la de la enfermedad. ¿Cómo se suprime el dolor? Lo ignoramos completamente, pues no es explicación decir con Hipócrates que de dos dolores en el mismo sitio, el mayor hace oscurecer al menor, pues entonces el mismo resultado podría alcanzarse con otro agente que produjese

una sensación análoga en intensidad, por ejemplo, el termo-cauterio. Tampoco puede satisfacernos decir que con la electricidad se produce una modificación especial, una perturbación tal vez en el sistema nervioso, pues falta averiguar la naturaleza esta modificación ó perturbación. No hacemos más que sentar el hecho por nosotros observado repetidas veces, de que con las corrientes farádicas hemos combatido cólicos nerviosos en situaciones desesperadas y cuando ya habían fracasado los recursos ordinarios. Como consecuencia de lo expuesto, deducimos que las corrientes de inducción curan las oclusiones intestinales determinadas por los cólicos nerviosos, obrando sobre la sensibilidad, calmando el dolor y haciendo desaparecer el espasmo, y de ningún modo en nuestro entender obrando sobre la contractilidad, pues en esta enfermedad no está abolida ni disminuida la contractilidad, sino perturbada; está reemplazado el movimiento peristáltico por la contracción espasmódica, hija del dolor: en lugar de ser los movimientos peristálticos son antiperistálticos y buena prueba de ello es el vómito que pocas veces falta cuando el dolor tiene cierta intensidad.

Del propio modo que las corrientes de inducción creemos que deben obrar en la oclusión de que estamos ocupándonos, las corrientes continuas, pues tanto unas como otras obran modificando la sensibilidad: la contractilidad entra en caja en cuanto se suprime el dolor y no necesita estimularse directamente; antes bien, están contraindicados todos los agentes que obran sobre ella. Deben preferirse las corrientes de inducción, porque para producir una sensación fuerte con las corrientes continuas se necesitan muchos pares, y para evitar los fenómenos electrolíticos es preciso adoptar las precauciones que se recomiendan en el artículo citado de *El Siglo Médico*.

Únicamente debería darse la preferencia á las corrientes continuas cuando la causa de la oclusión fuese un atasco de heces fecales por parálisis de las fibras lisas de los intestinos; pero aun en este caso, si la causa de la parálisis era una lesión medular avanzada, el efecto sería pasajero, y salvado el peligro del momento, volvería á reproducirse.

Para concluir, vamos á reseñar brevemente el último caso de oclusión intestinal que hemos tratado por las corrientes farádicas. El día 14 de Junio próximo pasado, se nos presentó en el Hospital un hombre de unos 60 años de edad, natural del inmediato pueblo de Polán, con una artritis crónica en supuración de las articulaciones radio-carpianas. Unos días antes había padecido en su pueblo un cólico de bastante intensidad, del que se encontraba aliviado. Padecía además una hernia inguinal del lado izquierdo que se hallaba reducida. El día 18 de Junio se exacerbó el cólico y pudimos apreciar que el dolor estaba localizado en el mismo lado de la hernia, presentando en la fosa iliaca izquierda por encima del anillo inguinal un tumor ma-

yor que un puño muy dolorido á la presión, el cual era el punto de partida de dolores agudísimos intermitentes que se repartían por todo el vientre y le hacían estar muy inquieto y revolverse sin cesar en la cama. A estos síntomas se agregaron vómitos que más tarde se hicieron estercoráceos, pulso pequeño, descomposición del semblante, voz apagada, enfriamiento periférico etc.

Durante los primeros días usamos la morfina interiormente y en inyección hipodérmica y el aceite de ricino, y el día 21, aumentando los síntomas en intensidad, se agregó el baño general templado y localmente cataplasmas calientes y fricciones con la pomada de belladona. Como el enfermo estaba muy empobrecido á consecuencia del padecimiento articular, no nos pareció indicada ninguna operación quirúrgica de las propuestas recientemente contra la oclusión intestinal y como recurso supremo apelamos á las corrientes de inducción. Aplicados (23 de Junio) los reóforos humecidos en dos puntos del tumor situado en la fosa iliaca izquierda, le dimos una sesión corta de diez minutos al máximum de intensidad del aparato de Gaiffe con intermitencias rápidas y en el momento desapareció el dolor, notándose que después de la aplicación, el tumor, que estaba muy tenso, se había puesto más blando; en los días siguientes se repitió la aplicación, y en tres ó cuatro días el tumor había desaparecido, restableciéndose el curso de las materias fecales y entrando en convalecencia el día 28 de Junio.—¿Cuál era la causa de la oclusión intestinal en este caso? Padeciendo este sujeto una hernia del mismo lado y estando reducida, pensamos que se trataría probablemente de una estrangulación interna, y tal era nuestra convicción que le hubiéramos operado á ser el sujeto más joven y más satisfactorio el estado general. En vista del resultado que nos dió la electricidad, es de suponer que si había estrangulación no sería producida por el saco reducido en masa como creíamos, sino simplemente espasmódica y originada por el dolor. Tan pronto como las corrientes eléctricas hicieron cesar el dolor, el intestino quedó en completa relajación y poco á poco fué recobrando su movimiento vermicular que le restituyó á su estado normal.

### **Indicaciones especiales de la termo-eterización como método general de anestesia quirúrgica**

*La Revista Médica de Sevilla* y otros colegas profesionales han publicado un notable discurso pronunciado por el Dr. D. Antonio Morales y Pérez, Catedrático de operaciones de la Facultad de Barcelona, en la inauguración de la Real Academia de Medicina de dicha ciudad, que versa sobre el asunto que encabeza estas líneas. No teniendo espacio para publicarlo íntegro como deseáramos, vamos á dar una ligera idea de él por la importancia que entraña la anestesia quirúr-

gica y la que en nuestro concepto tiene el procedimiento del Doctor Morales.

Principia recordando que el éter fué el primer anestésico usado en Cirugía, empíricamente por el cirujano griego Long en 1842 y 1843 y científicamente por Jackson. Y después de citar los precedentes de la termo-eterización en las aplicaciones rectales de Simonin, Marc-Dupuy y Pirigoff y en las inhalaciones de éter caliente á la temperatura de 31° á 33° del cirujano inglés Lawson-Tait, pasa á exponer sus trabajos experimentales en los perros y en la especie humana.

El aparato para termo-eterización del Dr. Morales consta de un recipiente cilíndrico con una lamparilla de alcohol para calentar el agua, el cual comunica con un baño-maría, en el que se sumerge un frasco con 250 gramos de éter y un termómetro, con el objeto de que durante la operación se mantenga la temperatura á 40°. El baño-maría va provisto de una llave para dejar salir el agua cuando se enfríe, á fin de que siempre esté á dicha temperatura. El frasco del éter recibe aire por un pulverizador ordinario que comunica con él y de su parte superior parte un tubo que conduce los vapores etéreos calientes mezclados con aire á una mascarilla metálica que se aplica al enfermo para aspirarlos, y á fin de medir la tensión de dichos vapores lleva un tubo de mercurio de seguridad.

En la termo-eterización considera seis períodos: 1.º, ligera excitación: 2.º, período anestésico rápido de un minuto de duración: 3.º, vuelta á la excitación: 4.º, relajación muscular con reflejos inconscientes el más á propósito para operar: 5.º, de la vida vegetativa: 6.º, anestésico-consciente, puesto que se recobra la inteligencia y los sentidos mientras la sensibilidad permanece todavía embotada uno ó dos minutos.

Previos estos antecedentes, entra en materia formulando las indicaciones especiales de la termo-eterización, reducidas á las siguientes:

1.ª Operaciones de corta duración, como abertura de abcesos, incisión de trayectos fistulosos, extracciones de dientes etc., aprovechando el segundo período ó anestésico rápido.

2.ª Operaciones en que se precise la anestesia juntamente con la conciencia del individuo, como en las operaciones de la boca, extracción de caninos y gruesos molares etc. Para ello hay que operar en el sexto período anestésico consciente, haciendo pasar al operado por los anteriores. Las maniobras no deberán exceder del tiempo que dura la anestesia en este período.

3.ª En las operaciones que requieren los grandes trahumatismos. Esta es la más importante de las indicaciones del método de anestesia que nos ocupa, pues el éter, al mismo tiempo que anestesia, reacciona, lo cual permite operar inmediatamente después del trahumatismo y sin aguardar á que sobrevenga reacción para dar el cloroformo, que de otra suerte no podría usarse sin peligro para el paciente.—La

termo-eterización, permitiendo operar inmediatamente, ofrece la ventaja de evitar el riesgo de que sobrevenga la infección séptica primitiva, tanto mayor, cuanto más tiempo se tarde en sustituir por una herida quirúrgica la trahumática existente.

4.<sup>a</sup> En las operaciones que se practican á los sujetos anémicos y oligohémicos.

En los anémicos, la cloroformización está contraindicada, porque la falta de sangre no estimula al corazón y hay peligro inminente de una parálisis cardíaca. De igual modo está contraindicada en los oligohémicos ó cuyo líquido sanguíneo esté visiblemente alterado en su composición. La termo-eterización no tiene los mismos inconvenientes y peligros como ha podido convencerse el Dr. Morales por los resultados de sus trabajos experimentales y algunos hechos clínicos que cita.

5.<sup>a</sup> En las operaciones que se practican á los epilépticos ó histéricos. En estos enfermos la cloroformización expone á grandes peligros y por eso está contraindicada. En cambio, siendo el éter el antiespasmódico por excelencia y regularizando la circulación de los grandes centros, previene las congestiones y los fenómenos de sideración consecutivos á ellas. Lo mismo sucede en las personas histéricas y en comprobación cita el Sr. Morales algunos casos de su práctica en una y otra enfermedad.

6.<sup>a</sup> Las lesiones del corazón y de los grandes vasos no contraindican la termo-eterización y en cambio contraindican la anestesia clorofórmica. De lo primero ha podido convencerse el Dr. Morales por numerosos casos de su clínica en que la ha empleado sin inconvenientes.

7.<sup>a</sup> El Dr. Morales considera, por último, indicada la termo-eterización en el trabajo del parto fisiológico para que la mujer pueda parir sin dolor, problema que ha preocupado grandemente á los teólogos y que tal vez este método de anestesia venga á dar solución cumplida. Sin embargo, aunque las ventajas de la anestesia en el parto son evidentes, aunque el éter no ofrece los inconvenientes del cloroformo, creemos que correrá la misma suerte que éste, es decir, que no llegará á generalizarse y serán pocas las parturientes que se presten á someterse á la anestesia, no siendo en caso de necesidad.

En caso de necesidad, ó sea en los partos distócicos, ya es distinto. En estos sí que puede augurarse á la termo-eterización un brillante porvenir. Generalmente es llamado el Cirujano á practicar las operaciones tocológicas cuando ya han transcurrido muchas horas y la parturiente ha consumido sus fuerzas. Es llamado también á intervenir cuando ha sobrevenido algún accidente grave, como la eclampsia ó la hemorragia. Estas circunstancias en nuestro concepto constituyen la principal indicación de la termo-eterización y está indicado este método por las mismas razones que en los grandes trahumatismos, porque anestesia y reacciona á la vez. Operando sin cloroformo nos expone-mos á los riesgos de la sangría nerviosa, como llamaban los antiguos

al consumo de inervación por el dolor; operando con él nos exponemos al síncope inmediato, y lo que es peor, á que la enferma no reaccione. En tres operaciones tocológicas que hemos practicado este año hemos perdido una enferma por no atrevernos á anestésicarla y hemos estado á punto de perder las otras dos por haberlas cloroformizado. En la primera las inyecciones hipodérmicas de éter no nos dieron resultado. En las dos últimas, á duras penas, pudimos triunfar con ellas y con ayuda de otros medios. La termo-eterización es, por consiguiente, de un valor inapreciable en esta clase de operaciones.

Pero si el cloroformo tiene el peligro del síncope y parálisis cardíaca, el éter no hay que olvidar que tiene el de la asfixia, que merece tenerse en cuenta, aunque obra con más lentitud y da más tiempo, para remediarlo. A este fin debe tenerse preparado, y en disposición de administrarlo, oxígeno, para lo cual se precisa un aparato productor de este gas tal como el de Lemousin, provisto de su recipiente de goma y su boquilla correspondiente. Basta hacer dos ó tres inhalaciones de este gas para que la asfixia desaparezca inmediatamente. Hé aquí un inconveniente que se opondrá á la generalización de este método de anestesia, pues el aparato productor de oxígeno es caro y serán pocos los afortunados que puedan proveerse de él.

Para terminar esta reseña del notable discurso del Dr. Morales no puedo resistir al deseo de transcribir el último párrafo de la parte doctrinal del mismo:

«No teniendo peligro la termo-eterización por las razones expuestas, alegando en su abono la sanción experimental y clínica, no provocando la sideración de fuerzas que los demás anestésicos producen; estimulando los resortes de la vida por medio directo y rápido; siendo un excitante cardíaco, un excelente antiespasmódico y seguro termógeno en los casos de estupor, después de los grandes trahumatismos; la termo-eterización aspira con estos títulos á obtener carta de ciudadanía en la gran ciencia de las indicaciones operatorias.»

### **Enfermedades palúdicas**

#### **FIEBRE INTERMITENTE REGULAR MALIGNA**

(Continuación)

#### **EJEMPLOS**

3.º *Fiebre intermitente regular maligna de forma diaforética.*— Es también harto frecuente en la práctica la fiebre perniciosa de este carácter. Existe divergencia de opiniones sobre el momento en que se presenta el sudor pernicioso en esta forma febril; abogan unos por que se sucede inmediatamente de terminado el frío, y creen otros, que tiene lugar después de haber recorrido la accesión sus dos primeros estadios.

Ocurre algunas veces que las fiebres intermitentes benignas prolongan cualquiera de sus tres estadios, sin que pueda entenderse por esto que entrañen malignidad, ni que dejen de ser normales: esta latitud, por decirlo así, exagerada, de un período dado de la fiebre, se acentúa tanto más cuando es maligna que puede entenderse que, no sólo acorte el período anterior ó posterior inmediato, sino que le oculte por completo haciendo suponer que falte, y por esto los que creen que sucede al frío el sudor pernicioso, tienen razón aparentemente, toda vez que no aprecian, por la manera deficiente de practicar las experiencias, la existencia del segundo estadio.

Cuando no exista esa prolongación de alguno de sus períodos, que acorte ú oculte el anterior ó posterior, claro está que se presentará el sudor pernicioso en la fiebre que tratamos, después de haber tenido lugar los dos primeros, y por consiguiente, los que esto observan afirman con entera certeza que sucede á estos.

En la fiebre regular periódica, ya sea benigna ya sea maligna, no falta nunca ningún estadio, como se puede comprobar por la observación termométrica; su principal carácter es el de manifestarse con la sucesión alternativa de sus períodos, caracterizando con este modo de ser, ó fijando más y más las leyes de la periodicidad. La observación termométrica, repito, ha de poner en claro esta cuestión, desautorizando á los que suponen estar en lo cierto al creer que al frío sucede el sudor tratándose de una fiebre periódica regular.

Ya hemos dicho al hablar del curso que sigue la calorificación en el paludismo febril que, á partir del escalofrío mayor, desciende el termómetro algunas décimas de grado, ó hasta un grado con relación á la máxima cifra que puede alcanzar en el segundo estadio; llegado el período de sudor, ha descendido también el calor otro grado ó más, con relación á su anterior inmediato, así que, prescindiendo de las oscilaciones térmicas que en otro lugar hemos señalado á cada período, es evidente que cada uno tiene su temperamento propio con relación á la máxima inicial, pudiéndose marcar la calorificación de los tres estadios febriles de esta manera: escalofrío mayor,  $39^{\circ},5$ ; máxima cifra térmica del segundo estadio,  $39^{\circ}$ ; máxima cifra térmica del tercer estadio,  $38^{\circ}$ .

Caracterizándose de esta forma los períodos febriles por la calorificación, sólo la observación termométrica puede precisarlos, así que suponer la ausencia de cualquiera de ellos, y en especial del de ca-

lor, prescindiendo de este medio de observación, no puede suponer certeza en semejante aseveración. Que el enfermo sude terminado el período del frío, no puede autorizar para decir que la intermitente sólo constó de los estadios extremos, si las oscilaciones termométricas de los mismos se sucedieron con regularidad; que el paciente no se queje de otra cosa que de sudor, poco importa, si el termómetro nos ha dicho desde el comienzo de la accesión que existe el calor febril propio del período medio. El síntoma sudor, que se presenta ó no, según las condiciones individuales del enfermo, más ó menos anticipadamente, no tendrá otro valor en esos casos que producir mayor agotamiento de fuerzas, porque se prolongará más horas.

Con cuanto llevo expuesto se prueba que el sudor pernicioso de la fiebre diaforética se presenta después de corridos los dos primeros estadios de la intermitente, aunque aparentemente parezca faltar el segundo, porque se oculte á nuestros sentidos con la prematura presentación de la diaforesis.

Hecha esta digresión para demostrar que no siempre que parece falta el estadio medio de las fiebres periódicas, á la que nos hemos visto obligados con motivo de la divergencia de opiniones sobre el momento en que se presenta el sudor pernicioso de la fiebre diaforética, expongamos el caso práctico:

Juan Rey, de 45 años de edad, casado jornalero, y vecino de esta villa, nos da el antecedente patológico de haber padecido en otras distintas ocasiones fiebres accesionales en primavera y otoño. Su temperamento es sanguíneo-nervioso, su constitución buena, pero se nota en su aspecto exterior el empobrecimiento de su sangre ocasionado á no dudar, por las afecciones palúdicas que antes había padecido. Este sujeto, aunque jornalero, cultiva algunas tierras por cuenta propia, trabajo que hace en horas extraordinarias, por no perder el jornal y atender mejor al sostenimiento de su familia; el trabajo excesivo que en las madrugadas y caídas de tarde tiene que imponerse para lograr su objeto, es causa más que suficiente para adquirir una afección palúdica.

Padecía una fiebre intermitente de tipo terciano, decuyas accesiones era acometido en las últimas horas de la tarde y á la que trataba con remedios caseros sin abandonar sus trabajos en el día de la apirexia y hasta en el correspondiente á la accesión, puesto que ésta se presentaba de noche.

No tardaron en manifestarse las graves, al par que lógicas, consecuencias de semejante modo de proceder; pues una madrugada fué avisado con urgencia, apreciando en nuestra observación los síntomas siguientes: decúbito supino, respiración acelerada é incompleta, semblante pálido y descompuesto, toda la superficie de la piel, desde el cuero cabelludo á las plantas de los pies. cubiertas de un abundantísimo, pegajoso y frío sudor, que se inició según la familia al anochecer del día anterior y había ido en aumento á medida que las horas pasaban. Las facultades intelectuales permanecían íntegras, no obstante los síncope y lipotimias de que era acometido el enfermo con bastante frecuencia. La voz era débil, tardando gran espacio de tiempo en emitirla, pareciendo como que sucumbiría en una de las lipotimias que se hacían cada vez más frecuentes. Las arterias radiales parecían haber huído de su sitio, no obstante, podían apreciarse sus latidos que eran muy frecuentes y débiles. El calor apenas si alcanzaba cifra febril, 37°,9.

Hecho cargo del anterior cuadro sintomatológico y de los antecedentes del enfermo, no podía tratarse de otra cosa que de un sudor pernicioso, ó lo que es lo mismo, de una accesión maligna de fiebre periódica de forma diaforética, puesto que el paciente había sido invadido por el sudor al empezar, en aquel día, el período de calor de la accesión febril periódica que venía padeciendo.

Ordené aligerar de ropas el lecho del enfermo, enjugarle el cuerpo con paños secos, y darle con frecuencia algunas cucharadas de caldo con una corta cantidad de vino seco de Jerez alternando con una infusión de café y salvia, con lo que fué reanimándose, cediendo posteriormente tan alarmantes síntomas para quedar en completa apirexia.

Como en los casos anteriores, el sulfato de quinina hizo que no se repitiera el segundo acto del drama patológico, cuyo maligno argumento había sido una abundantísima diaforesis.

Sólo me resta decir que el diagnóstico de esta forma de perniciosidad tampoco puede ofrecer dificultades, porque como en los anteriores, no estallan repentinamente los síntomas malignos, apareciendo por lo común después que el enfermo lleva ya tres, cuatro, cinco ó más accesiones de fiebre intermitente benigna.

(Continuará)

TOMÁS DE ECHEVARRÍA.

Puebla de Montalbán, Setiembre de 1889.

# LA MARQUESA

EN LOECHES

*Antibiliosa, antiherpética, antiscrofulosa, 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.*

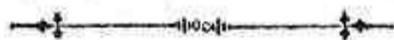
## PERLAS

DE

## SULFATO DE QUININA QUÍMICAMENTE PURO

para curar las fiebres palúdicas EN UN SOLO DIA

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.

# FARMACIA Y LABORATORIO QUÍMICO

M. GÓMEZ DEL CASTILLO

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

ELIXIRES, SOLUCIONES Y GRANULOS

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

Dice así la Il<sup>tre.</sup> Real Academia de Barcelona:

## ELIXIR DE PEPTONATO DE HIERRO «CASTILLO»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ELIXIR MORRHUOL «CASTILLO»

La Il<sup>tre.</sup> Academia Médico-farmacéutica, donde ha sido presentado el Elixir y grajeas Morrhuol preparadas por M. G. del Castillo para su estudio, esta docta corporación ha emitido el siguiente dictamen:

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

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

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

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

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

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

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

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

De venta en las principales farmacias.

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

*M. G. del Castillo*  


## *Enfermedades del Pecho* **JARABE de HIPOFOSFITO de CAL**

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

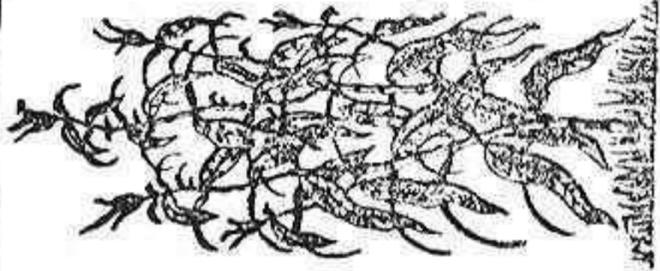
Este Jarabe, universalmente recomendado por los facultativos, es de gran eficacia en las **Enfermedades de los Bronquios y del Pulmón**, cura los **Resfriados, Bronquitis y Catarros** los más tenaces, cicatriza los **tubérculos del Pulmón de los Tísicos** y suprime los **ataques incesantes de tos** que 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.**

**ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS**

## **RABANO IODADO** de **GRIMAULT Y C<sup>ia</sup>**

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 cútis**. 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.**



## **Cápsulas de Grimault y C<sup>a</sup>**

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<sup>a</sup>**

**8, RUE VIVIENNE**

y en las principales **Boticas y Droguerías**

*Cólicos, Diarrea, Disenteria*

## **CREMA DE BISMUTO**

de **GRIMAULT Y C<sup>ia</sup>**, de Paris

El **Bismuto** es un medicamento heroico 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 formar con el **agua una agradable hebedia 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.



De inmediatos resultados en toda clase de indisposiciones del tubo digestivo.

Cura como ninguna otra medicación empleada hasta el día, toda clase de

**VÓMITOS Y DIARREAS**

(de los tísicos, de los niños y de los viejos)

**CÓLERA, TIFUS, REUMATISMO**

**Catarros y Úlceras**

→ **DEL ESTÓMAGO** ←

**VÓMITOS**

de las embarazadas

Exijase como garantía la firma y rúbrica del autor y la marca de fábrica depositada, en las fajas y etiquetas.



*J. G. Vivas Pérez*

Se vende sólo en cajas á Ptas. 3'50 y medias cajas á Ptas. 2 en toda España  
Depósito principal en Almería, **FARMACIA VIVAS PÉREZ**

DESDE DONDE SE HACEN REMESAS POR CORREO

De venta en las principales farmacias de España y Ultramar

**VENTA AL POR MAYOR.**—*Madrid:* D. Melchor García, Capellanes, 1, duplicado.—*Barcelona:* Sres. Hijos de José Vidal y Ribas; Sociedad Farmacéutica Española.—*Habana:* Sres. Llobet y C.\*; Farmacia y Droguería de D. José Sarrát.—*Puerto Rico:* D. Fidel Guillermety.—*Mayagüez:* D. Guillermo Mullet.

**Al por menor.**—*Alicante,* Farmacia del Dr. D. José Soler.—*Bilbao,* Doctor Orive.—*Cádiz,* Dr. Conill y droguería de D. Juan Mateos.—*Castellón,* Dr. Gironés.—*Cartagena,* Dres. Abad y Romero Germes.—*Coruña,* señores Bescansa é hijos.—*Ferrol,* Sres. hijos de Santos Galán.—*Gerona,* Doctor Vivas.—*Granada,* Dres. Rubio y Pérez y Corzo González.—*Lorca,* Doctor Pérez Cortina.—*Madrid,* Dr. D. José Palacios, Sres. hijos de D. L. Garrido, Dr. D. J. Carrero y León, Dr. Zúñiga, Dr. Fernández Izquierdo.—*Málaga,* Dr. J. B. Canales.—*Murcia,* Dres. Gómez, Cortina, Pico.—*Santander,* Dr. L. Montañón.—*San Sebastián,* Dr. Aguirrezabala.—*Sevilla,* Farmacia del Globo, del Dr. Delgado.—*Tarragona,* Dr. Churchil.—*Valencia,* Doctor Andrés y Fabiá y Dr. Quesada.—*Vigo,* Dr. Fernández Varela.—*Zaragoza,* Sres. Ríos hermanos y Hernández Pardo.

Depósito en Toledo: Farmacia de D. J. M. de los Santos, Plata, 23.