

AÑO I.

1.º DE MAYO DE 1888.

NÚM. 5.

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

Un caso de operación cesárea *post mortem*.—Observaciones de septicemia puerperal con alteraciones locales consecutivas.—1.ª Parto fisiológico con metrorragia grave.—Flegmasia *alva dolens* y pleuro-neumonía.—Muerte por embolia de la arteria pulmonar.—2.ª Aborto embrionario con metrorragia grave.—Fiebre de infección con hinchazón de las extremidades.—Defunción.—3.ª Parto fisiológico.—Fiebre é hinchazón de una extremidad.—Curación.—4.ª Parto fisiológico.—Flegmasia *alva dolens* sin fiebre.—Curación.—5.ª Aborto embrionario.—Fiebre séptica.—Retención de placenta y membranas.—Extracción.—Curación.—6.ª Aborto embrionario.—Retención de placenta y membranas.—Extracción.—Curación.—7.ª Aborto fetal.—Fiebre séptica consecutiva á la retención de placenta.—Extracción.—Flemón periuterino abierto en la vejiga.—Curación.—8.ª Aborto embrionario.—Fiebre séptica.—Flemón periuterino.—Curación.—9.ª Parto fisiológico.—Fiebre séptica.—Flemón periuterino.—Curación.—Dos versiones podálicas en presentaciones transversales.—Un caso de imperforación del ano y del recto.—Crónica.—Anuncios.

TOLEDO

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



EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA



Operaciones tocológicas

(Continuación)



En el número anterior nos hemos ocupado de la mayor parte de las comprendidas bajo este epígrafe en nuestra estadística numérica y sólo nos resta para terminar este asunto exponer tres casos de extracción de placenta en otros tantos abortos y uno de operación cesárea *post mortem*.

Daremos principio á la exposición por éste, y en cuanto á los primeros, como las extracciones placentarias, así en el parto como en el aborto, ofrecen interés, no bajo el punto de vista operatorio, sino más bien bajo el de las indicaciones, cuestión íntimamente ligada con la infección séptica del puerperio; en vez de limitarnos á la exposición de los tres casos indicados, vamos á dar á luz una serie de observaciones de septicemia puerperal con lesiones locales consecutivas que sirva de complemento á lo manifestado sobre esta importante cuestión en el número precedente, y entre estas observaciones irán los tres casos citados.

Operación cesárea *post mortem*

La única que figura en mi estadística numérica, fué publicada en el año de 1878 en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, número 39, correspondiente al mes de Febrero. La observación completa y detallada que creo oportuno reproducir á continuación, lo fué también entonces por varios periódicos profesionales, así nacionales como extranjeros, entre estos uno de Nueva York, cuyo título en este momento no recuerdo.

« Aunque se ha practicado esta operación muchas veces con éxito satisfactorio, aunque se ha salvado la vida á muchas criaturas que

hubieran perecido seguramente, todavía hay muchos Profesores que se retraen de ejecutarla. Por muy avezado que esté el Cirujano á la práctica de las operaciones, tiene la costumbre de operar en el vivo, ó en el cadáver cuando han transcurrido muchas horas después del fallecimiento y ha perdido su calor natural; pero operar en el que acaba de fallecer, que conserva su temperatura, que está caliente, palpitante, es un acontecimiento que impone, que aterra al ánimo más valeroso: para formar idea de lo que tiene de angustioso esta situación, preciso es haberse encontrado alguna vez en ella: para saber los sacrificios que cuesta al operador una cosa, al parecer tan sencilla, preciso es haberla realizado una vez siquiera. Aparte de esto, á muchos les retrae la dificultad que hay para distinguir la muerte real de la aparente, dificultad que ha hecho cometer errores de diagnóstico á Profesores distinguidos, como el que se cita ocurrido al eminente anatómico Vesalio, en que al practicar una autopsia volvió el sujeto á la vida en el momento de hacer los primeros cortes. A otros les retrae la inseguridad del éxito en cuanto á la vida de la criatura, que compromete al operador, después de las más vivas emociones, á desempeñar un papel muy desairado en el caso de extraer el feto muerto del claustro materno. Para otros, en fin, puede ser motivo que les retraiga de la operación, la ingratitud con que en muchas ocasiones corresponden las familias á los sacrificios penosos que el Médico se impone en cumplimiento de su deber. No es extraño, en atención á todo esto, que deje de practicarse en algunas ocasiones en que realmente esté indicada, sobre todo fuera de las casas de maternidad ó de los grandes centros de población.

Por estos motivos, á falta de otras condiciones que pudieran prestar novedad ó interés al asunto, nos decidimos á publicar el presente caso, en que si el éxito no ha sido tan completo como era de desear puesto que la niña no vivió más que 12 días, ha dependido de circunstancias en cierto modo extrañas á la operación. De todas suertes no dejará de probar que debe intentarse con alguna más frecuencia, aunque no represente otra cosa, que un generoso esfuerzo en bien de la humanidad.

Dividiremos este trabajo en dos partes: la primera consistirá en la exposición sucinta del caso; en la segunda haremos algunas consideraciones generales que procuraremos aplicar después al caso particular que nos ocupa.

I

El día 12 de Marzo último fui llamado con urgencia para ver en consulta con otros dignos comprofesores á la Sra. D.^a M. B. y B., de esta vecindad, de unos 36 años de edad, casada y muy obesa, que se encontraba en el noveno mes del embarazo, muy próximo ya el momento del parto.

En los días anteriores había padecido con intermitencia ataques convulsivos, seguidos de fenómenos de fluxión cerebral que habían exigido el uso de las emisiones sanguíneas generales y algunos otros agentes terapéuticos.

A mi primera inspección se encontraba con el semblante lívido, descompuesto y cubierto de sudor frío, las conjuntivas oculares inyectadas, las pupilas dilatadas, la respiración estertorosa y arrojando espuma sanguinolenta por la boca, el pulso pequeño, filiforme, etc. Ante este cuadro de síntomas tan alarmante, de acuerdo con uno de los Profesores de cabecera, y mientras llegaban otros á quienes se había avisado, la practiqué una sangría del brazo de más de seis onzas, con lo cual la respiración se desembarazó algún tanto. A la media hora, estando celebrándose la consulta, repitiéronse las convulsiones y sucumbió.

Con la urgencia que el caso requería, acordóse por unanimidad la operación cesárea para ver de salvar la vida de la criatura; y obtenido el consentimiento del esposo, en ausencia de los Profesores de cabecera, la ejecuté ayudado de mis dignos colegas los Sres. D. José López y Tena y D. Félix Martín Serrano.

Había probabilidades de que el feto no hubiese muerto, pues sus movimientos activos habían sido percibidos por el que suscribe palpando poco antes las paredes abdominales; lo cual, unido á la certeza de la muerte de la madre, adquirida por la auscultación de la región precordial y examen de las demás circunstancias del caso, motivó la resolución de operarla á los cinco minutos—aproximadamente—después del fallecimiento.

El resultado fué extraer del claustro materno una niña robusta y bien conformada en estado de muerte aparente. Se dejó sangrar á discreción el cordón, se la dieron fricciones en las paredes torácicas y se la insufló aire, con lo cual se consiguió que hicjese un leve movi-

miento inspiratorio. En vista de esto se repitieron con afán los mismos medios, á los que se agregaron después aspersiones de agua fría, baños de inmersión fríos y calientes, y gradualmente fué estableciéndose la respiración; pero como no se había conseguido después de mucho tiempo que la niña llorase libremente y con energía, se hizo traer el aparato eléctrico de inducción de Gaiffe, y con la escobilla metálica se fustigaron las paredes torácicas, empleando la corriente de la segunda hélice, á mediana intensidad, con el fin de despertar la sensibilidad. Con este medio se consiguió instantáneamente que llorase con entera libertad, quedando la niña en las condiciones normales de los recién nacidos robustos y de todo tiempo. Después depuso el meconio, abrió los ojos y tomó el pecho. Continuó en los días siguientes en perfecto estado de salud: tan bien se encontraba que, á pesar de haber recibido el agua de socorro, la llevaron á bautizar á los tres ó cuatro días. A consecuencia de las fricciones habíase desprendido el epidermis en algunos puntos del pecho, y hacia el octavo día apareció alrededor de ellos un eritema que se extendió al tronco y á las regiones glútea y perineal: la alimentación había sido insuficiente por dificultades insuperables para encontrar una nodriza; no tuvo fuerzas para resistir dicha enfermedad y sucumbió á los doce días, á consecuencia de la acción combinada de ambas causas.

II

Para que la operación cesárea *post mortem* esté indicada, es preciso que concurren ciertas condiciones sin las cuales sería completamente inútil; y aunque ya las hemos indicado en el curso de este escrito, vamos á ocuparnos de ellas más detenidamente y de una manera general, siquiera sea con la brevedad que nos impone la índole de este trabajo.

Ante todo vamos á examinar la cuestión siguiente: ¿Es posible que el feto sobreviva á la madre? Casi parecerá ocioso detenerse un solo instante en este punto, porque en el día no habrá seguramente ningún tratado de obstetricia que no consagre un capítulo á la operación cesárea *post mortem*, y está claro, por consiguiente, que la opinión dominante es que el feto puede sobrevivir á la madre, pues de otro modo, inútil sería recomendar la operación después de la muerte, ni ocuparse de esto para nada. Sin embargo, como no ha faltado

quien en público haya manifestado dudas acerca de la realidad de la muerte de la madre en el caso actual, fundándose en el hecho de haber sido extraída viva la hija, esto nos obliga á discutir lo que puede haber de cierto acerca del particular. Y téngase en cuenta que no entramos en esta discusión meramente por defendernos de una acusación anónima y embozada, que de nuestros actos sólo debemos responder ante nuestra conciencia, sino más bien por combatir una idea que, de aceptarse, sería un gran obstáculo para decidirse á ejecutar la operación.

Es cosa muy sabida que al morir un animal, la vida no abandona todas las partes del cuerpo al mismo tiempo. La vida se revela mucho tiempo después de la muerte por la persistencia de la contratilidad muscular. En los animales de sangre fría habrá pocas personas que no hayan tenido ocasión de observar este fenómeno en los lagartos, por ejemplo, cuya cola separada del cuerpo continúa moviéndose bastante tiempo después. En el hombre, según han observado Clark y otros en un ajusticiado, abierta la cavidad torácica y puesto al descubierto el corazón, la aurícula derecha se contraía dos y tres horas después de la muerte, en términos de ser posible contar sus pulsaciones. Es más: corazones de animales han seguido latiendo por algún tiempo después de separados del cuerpo. Por manera, pues, que si este es el alcance que se da á la vida de las embarazadas en el momento de practicar la operación cesárea, no tenemos inconveniente en aceptar esta manera de ver.

Pero como tenemos derecho á pensar que no era este el sentido dado á la palabra vida, que no se trataba de la vida parcial, que sólo se revela por la contratilidad fibrilar limitada, sino más bien de la vida total de la persona, por esto planteamos la cuestión preguntando: ¿el feto puede sobrevivir á la madre? No puede negarse que el feto en muchos casos sucumbe antes que la madre: es también innegable que en otros casos sucumbe al propio tiempo que ella; pero al lado de estos hechos registra la ciencia en sus anales otros auténticos en que la vida del feto se ha conservado cinco, diez, veinte minutos, media hora, una, dos, tres, cuatro y hasta veinticuatro y cuarenta y ocho horas después del fallecimiento de la madre (1). Como casos raros y verdaderamente extraordinarios, citare-

(1) Cazeaux: *Tratado de obstetricia*, traducción de 1870, tomo II, pág. 394.

mos los dos siguientes: una embarazada fué asesinada por su marido de varias puñaladas en el vientre; una de ellas hirió al feto, y éste fué extraído vivo á las cuarenta y ocho horas de la muerte. La princesa Paulina Schwarzenberg pereció en París de resultas de quemaduras, y abierta á las veinticuatro horas se encontró vivo el feto (1).

Si pedimos á la fisiología explicación de estos hechos, nos la da cumplida. Con efecto, sabido es que el feto no respira, sino que el cambio de gases se efectúa mediante la placenta: sabido es también que en el feto la sangre venosa y arterial se mezclan normalmente por intermedio del agujero de Botal y conducto arterioso, que se obliteran en el momento de establecerse la respiración; la organización del feto está acostumbrada á la acción del ácido carbónico, tanto más, cuanto más distante esté el momento del parto; tiene además muy desarrollado un órgano de depuración sanguínea, el hígado, cuya secreción elimina de la sangre principios carbonados que al establecerse la respiración, saldrían en su mayor parte convertidos en ácido carbónico. Así es que muerta la madre, se explica bien que el feto pueda seguir viviendo hasta consumir todo el oxígeno de la sangre, pues por una parte el hígado la descarga de productos carbonados, resultado de las combustiones orgánicas, y por otra está acostumbrado á la acción del ácido carbónico, que lleva con tanta rapidez sobre el sistema nervioso sus efectos tóxicos, cuyo resultado es la parálisis del corazón. Por esto se ha observado que asfixiando en el agua cornejas embarazadas, han podido extraerse vivos los fetos á los quince ó veinte minutos. Por esto también, algunos recién nacidos arrojados á las charcas y alcantarillas han vuelto á la vida cuando toda esperanza parecía perdida. Por consiguiente, la historia de la ciencia, consignando hechos auténticos, y la ciencia misma explicándolos, demuestran que el feto puede sobrevivir más ó menos tiempo á la madre, y por tanto el extraer un feto vivo no prueba que la madre lo esté también necesariamente en el momento de la operación.

Dilucidada ya esta cuestión, vamos á entrar en otra que encierra no menor interés práctico, cual es la distinción entre la muerte real y la aparente.

(1) *Diccionario de ciencias médicas*, de 39 tomos.—Madrid, 1823.—Tomo XVI, página 364.

Es siempre muy difícil distinguir la muerte real de la aparente, y mucho más cuando los momentos son preciosos y se encuentra el Médico en medio de una familia atribulada por una reciente desgracia y no tiene la suficiente tranquilidad de espíritu para hacer una exploración tan exacta, minuciosa y detenida como se necesita para emprender una operación gravísima en la mujer viva. Esta dificultad explica los errores de diagnóstico cometidos por Cirujanos eminentes, entre otros el que hemos citado al principio. Para resolverla con probabilidades de acierto, ante todo debe procurarse la mayor sangre fría, y después de esto, fundar el juicio sobre el examen de las circunstancias de la enfermedad y el resultado de la exploración del cadáver. En cuanto al primer punto hay que tener en cuenta la clase de enfermedad, el curso que haya seguido, su terminación, el órgano ú órganos afectos, las alteraciones anatómo-patológicas que hayan podido sobrevenir, etc., etc. En cuanto al segundo, la exploración debe comprender la auscultación del pecho, principalmente de la región precordial, la inspección, la palpación, etc. Con los datos recogidos por uno y otro concepto ya puede venirse en conocimiento acerca de si la muerte es real ó aparente. A pesar de todo, el error es posible y en esto se funda el precepto quirúrgico de ejecutar la operación con el mismo cuidado que si la mujer estuviese viva.

No basta que la madre esté muerta, es necesario que el feto tenga vida, y para averiguarlo no hay otros medios que la auscultación á través de las paredes abdominales, para percibir los ruidos cardíacos y la palpación de las mismas para sentir los movimientos activos, pues estos son los signos de certidumbre de la vida del feto.

Además es preciso que el feto sea viable. Como el objeto de la operación es salvar la vida de la criatura, sólo debe practicarse desde los seis meses en adelante, en que se ha fijado la viabilidad legal. Podría, sin embargo, con un fin puramente religioso, practicarse antes, y aunque los casuistas han pretendido que se haga desde los 20 días de la concepción en adelante; el Médico no puede aceptar este límite, ni mucho menos, por la sencilla razón de que no puede diagnosticarse la gestación con certeza hasta los cuatro meses y medio ó cinco, que en todo caso sería el límite que debería aceptarse.

¿Cuánto tiempo ha de haber transcurrido después de la muerte de la madre para decidirse á practicar la operación? Los autores aconsejan que se opere cuanto antes: es decir, tomándose el tiempo estricto

tamente preciso para diagnosticar la muerte, porque cuanto antes se ejecute, mayor suma de probabilidades habrá para la salvación del feto. Desde la media hora en adelante, según las estadísticas, los casos afortunados son raros: lo general es que el feto sucumba poco, después de la madre, y de aquí la urgencia de la operación. No debe, sin embargo, dejar de practicarse cuando el Médico es llamado tarde, porque cierto número de hechos prueba que hay todavía algunas esperanzas de éxito, y en último término, es poco lo que se arriesga y mucho lo que puede ganarse.

Viniendo ya al caso actual, la operación estaba indicada; porque el feto era viable y estaba vivo y la madre estaba muerta. Con efecto, que el feto era viable está demostrado con recordar que el embarazo tocaba ya á su término: que estaba vivo era muy probable, pues sus movimientos activos habían sido percibidos á través de las paredes abdominales, y no hubo por esto necesidad de apelar á la auscultación para comprobarlo. Lo que más dudoso podía presentarse era la realidad de la muerte de la madre. El examen de las circunstancias de la enfermedad hacía pensar que se trataba de una congestión pulmonar y cerebral muy graduadas, sobrevenidas á consecuencia de los ataques convulsivos; la pérdida de las facultades intelectuales, la relajación muscular, la dilatación de la pupila, eran signos que indicaban que la afección cerebral había llegado á la apoplejía, cuando menos serosa: de modo que por una parte la hematosis—imperfecta por la dificultad de la respiración—acumulaba en la sangre el ácido carbónico, que debía llevar sus efectos tóxicos sobre los centros nerviosos, dificultando la acción del corazón hasta paralizarlo, y por otra, comprimidos mecánicamente dichos centros, ya por la sangre, ya por la serosidad, ya por ambas cosas á la vez, tampoco dejaban libertad al juego de los órganos.

La acción de estas causas debía producir la muerte, y al ocurrir este suceso no podía haber esperanza de resurrección, porque para ello era preciso que el pulmón y el cerebro pudiesen desembarazarse de la sangre que les ingurgitaba después de suspendida por más ó menos tiempo la respiración y la circulación. El examen del cadáver suministraba los signos propios de este estado. Así, pues, no podía dudarse de que la muerte era real y no aparente. Pero si alguna duda podía caber, debía desvanecerse, como se desvaneció en efecto, al hacer el primer corte y ver que no sangraban los capilares.

Había una razón para proceder con urgencia y sin pérdida de momento en el caso actual, y es que el feto padece en general á la manera que lo hace la madre. Por este motivo era probable que estuviese muy congestionado y que pudiese sobrevivirla poco tiempo. El trabajo y el tiempo que costó volverle á la vida prueban la exactitud de esta manera de ver. Y si á pesar de todo se consiguió que viviese ocho días en buen estado de salud, tan buena como puede disfrutarla un recién nacido robusto, esto probará que ejecutada la operación en otras condiciones, el éxito será aún más satisfactorio.

Concluimos, pues, exhortando á nuestros comprofesores á que ejecuten esta operación en circunstancias análogas.

OBSERVACIÓN NÚM. 1.

PARTO FISIOLÓGICO SEGUIDO DE METRORRAGIA GRAVE.—FLEGMASÍA, ALBA DOLEUS Y PLEURO-NEUMONIA.—MUERTE POR EMBOLIA DE LA ARTERIA PULMONAR (1877).

Muchos años hace que duerme el sueño del olvido la historia de este caso, el primero que observamos en nuestra práctica y que por haber excitado extraordinariamente nuestro interés escribimos entonces para fijar mejor nuestras ideas y con un fin muy distinto del que ahora nos mueve á publicarle sin omitir ningún detalle interesante, aunque variando la forma que encontramos en nuestros apuntes.

Era una señora de unos 34 años, multipara, de temperamento sanguíneo y buena salud habitual, que en 16 de Febrero de 1877 tuvo un parto fisiológico, aunque rápido, seguido como otros anteriores de metrorragia abundante que exigió para su tratamiento el uso interno de la ergotina á la dosis de gramo y medio en tomas repetidas con intervalo de un cuarto de hora ó media hora hasta la cesación del flujo. El puerperio se inició con regularidad, aunque se reponía con lentitud de las pérdidas sufridas. El día 3 de Marzo (15 después del parto), se le presentó un dolor agudo en la parte interna y superior del muslo derecho, con exacerbaciones espontáneas y que se aumentaba con los movimientos. El día 4, persistiendo el dolor de la pierna, apareció otro con los mismos caracteres en el costado izquierdo, que se irradiaba hasta el hombro y venía acompañado de disnea, tos

seca y ligera reacción febril, síntomas que fueron en aumento hasta el día 8 de Marzo, en que remitió completamente la fiebre para aumentar de nuevo al día siguiente, así como la intensidad de los dolores, y sucesivos 10 y 11, en que se agregó la espectoración herrumbrosa. El 12 descendió otra vez la temperatura á 37°, y otra vez volvió á elevarse al día siguiente, aunque no tardó en iniciarse un descenso gradual que puso término definitivamente el día 16 al proceso febril y del aparato respiratorio.

A medida que esto sucedía, iba exacerbándose el dolor del muslo, y no habiendo existido en un principio ni tumefacción ni dolor á la presión, desde el 12 en adelante comenzó á hincharse, primero el muslo, luego la pierna y después el pie, poniéndose todo el miembro edematoso; y no quedándole ya otra afección más que ésta, desde el día 16 principió á alimentarse y el día 20 ya pudo abandonar el lecho. El día 21, al tiempo de acostarse, le acometió súbitamente un acceso de disnea acompañado de sudor frío, pequeñez en el pulso, etc., síntomas que la pusieron en peligro de muerte durante toda la noche y que cedieron completamente á las 24 horas, no apareciendo por la auscultación en la región precordial otra cosa que oscuridad en los ruidos cardíacos y nada de particular en el aparato respiratorio. Hacia el 28 ó 29 había desaparecido el dolor en el muslo y se había reducido considerablemente la hinchazón del miembro, y siendo su estado al parecer satisfactorio, volvió á levantarse, sin que ocurriese ninguna novedad hasta el día 10 de Abril en que experimentó, al tiempo de acostarse, un vahído ó desvanecimiento de cabeza que le duró un instante y desde ese día empezó á sentirse molestada por una disnea no muy intensa que se aumentaba con los movimientos, sin que la auscultación revelase otra cosa más que la indicada anteriormente. El día 14 se presentó la menstruación y notó mayor debilidad general de que ya venía quejándose muchos días antes. A las diez y media de la noche de este día se presentó súbitamente otro ataque de disnea, y en pocos momentos falleció.

La precedente observación es interesante por muchos conceptos: en primer lugar por haber aparecido la enfermedad á los 15 días del puerperio, época en la cual, la mayor parte de las puerperas están casi restablecidas; en segundo, por el curso irregular del proceso torácico, que durante 12 días no sigue una marcha continua, sino que la fiebre remite y baja al estado normal por algunas horas al cuarto y

octavo, y en tercero por lo insidioso de los accidentes que pusieron fin á la vida de la paciente.

Al iniciarse el proceso morbosó en una época tan distante del parto, lo primero que pensamos, fué que se trataba de una enfermedad ordinaria, de una pleuro-neumonía reumática, acompañada de otra manifestación de esta naturaleza en el muslo, un reuma muscular; mas después, cuando toda la extremidad se puso adematosa, principi6 á preocuparnos la idea de que todos los padecimientos estaban relacionados con el puerperio, y que tal edema no era otra cosa que la *flegmasia alva dolens* de las recién paridas, cuya causa próxima es muchas veces una trombosis de las venas de las extremidades. Cualquiera que sea la explicación que se acepte para darse cuenta de la génesis de esta enfermedad, es indudable que debe considerarse como genuinamente puerperal. Encargado durante muchos años de una enfermería de Cirugía, en que tan frecuentes son las infecciones purulentas, nunca he visto sobrevenir en consecuencia de ellas la trombosis en las venas de las extremidades inferiores, y si se estudia atentamente el estado puerperal se encuentran desde luego condiciones especiales abonadas para su producción. De una parte durante la gestación, la proporción de fibrina de la sangre aumenta desde 2,2 á 3,5, lo cual hace que tenga más disposición para coagularse. De otra, en el parto y el aborto son frecuentes las grandes hemorragias que muchas veces llegan al síncope, de donde resulta un retardo en la circulación que puede ocasionar la coagulación de la sangre dentro de los vasos. Y por último, al final de la gestación, la circulación de las extremidades inferiores está muy dificultada por la compresión que el feto ejerce sobre el segmento inferior de la matriz. Todas estas circunstancias privativas del puerperio, contribuyen sin duda á que también lo sea de él la llamada *flegmasia alva dolens*.

Una de las causas, tal vez la más frecuente de esta enfermedad, son las metrorragias puerperales, pues que para cohibirse se hace preciso la formación de un coágulo que obstruya las soluciones de continuidad de los vasos. Indirectamente puede contribuir á su producción la ergotina ó el centeno corniculado que se emplea frecuentemente para cohibirlas; pues contrayéndose fuertemente el útero, el coágulo queda aprisionado en su cavidad y es arrastrado al torrente circulatorio. Por mi parte me encuentro inclinado á proscribir en absoluto el empleo de esta sustancia en las metrorragias puerperales;

en su lugar es preferible la electricidad que produce contracciones tan enérgicas con la ventaja de no persistir después cuando la hemorragia está ya cohibida, que es precisamente lo que daña. He visto persistir las contracciones uterinas muchos días después de la administración de dosis terapéuticas de centeno, entre otros casos, en uno muy notable de retención de la placenta, que por tal motivo no pudo ser extraída á pesar de haberlo intentado repetidas veces, falleciendo la enferma de una fiebre de infección á los 12 días; y en la mayor parte de los desastres que he presenciado en el puerperio siempre he tropezado con el cornezuelo. Después de una hemorragia, éste no hace otra cosa más que comprimir los coágulos sin determinar su expulsión á causa de que participa de la contracción el cuello uterino, lo cual he comprobado repetidas veces por la exploración digital; habiendo llegado en vista de esto á adquirir la convicción de que si las contracciones provocadas por este agente pueden ser útiles para la expulsión cuando obran sobre cuerpos duros como el feto, son completamente ineficaces para determinar la expulsión de cuerpos blandos, como la placenta ó coágulos, y en vez de expulsarlos los retienen más tiempo.

¿Se forma el trombus en las venas de las extremidades? ¿Se forma en las de la herida uterina y desde ellas es arrastrado al torrente circulatorio? ¿El trombus, es por sí mismo inofensivo ó debe sus propiedades malélicas á los gérmenes sépticos que arrastra consigo?

Aunque la primera manera de ver pueda admitirse, y de ello hemos de citar más adelante un ejemplo en el caso que nos ocupa, el coágulo cargado de gérmenes debió ser arrastrado desde el utero. La enferma era robusta, de temperamento sanguíneo, los coágulos que debieron quedar en el utero después de la hemorragia debieron ser por efecto de esto duros, apretados; y por esta razón, al fijarse en ellos los gérmenes sépticos tardaron mucho tiempo en disgregarse; vino sin embargo este trabajo á los 15 días, y en virtud de él se efectuó el desprendimiento y arrastre al torrente circulatorio. Sus primeros síntomas fueron dolores agudos en la extremidad y en el costado, propios de la inflamación de los órganos, en que los pequeños coágulos se atascaron al circular con la sangre, y aunque una inflamación pueda explicarse por la presencia de un coágulo obrando como cuerpo extraño, en el día no puede aceptarse inflamación sin la presencia de gérmenes como causa de ella. Una vez un pequeño coágulo en el

torrente circulatorio es natural que se detenga en aquellos puntos donde la circulación está dificultada, como son las extremidades inferiores, cuyas venas, teniendo válvulas, dan facilidad para que en ellas se adhiera y para que después vaya agrandándose con sucesivas porciones desprendidas del sitio primitivo. Así debió formarse un gran coágulo dentro de la vena femoral en nuestra enferma y de sus resultas vino el edema de toda la extremidad. Pero formado un coágulo, llega un momento en que, ó contrae adherencias íntimas con las paredes del vaso, convirtiéndole en un cordón fibroso dentro de más ó menos tiempo, ó bien sufre un reblandecimiento central y poco á poco va reabsorbiendo hasta dar al vaso el calibre primitivo, ó bien se reblandece por la periferia y es arrastrado de pronto por la corriente sanguínea al centro circulatorio, y al ser expulsado por la arteria pulmonar se atasca en ésta y sobreviene una embolia mortal. En nuestra enferma debió ocurrir esto último y el primer ataque de disnea debió ser causado por el desprendimiento de una porción de coágulo de la extremidad en los movimientos que ejecutó al subirse á la cama: los vahídos ó desvanecimientos de cabeza que experimentó al paso de alguna pequeña porción por los vasos cerebrales: la disnea que venía acusando antes de la muerte á su retención entre los tendoncitos del ventrículo derecho y la muerte súbita por fin á la embolia de la arteria pulmonar.

Así, pues, los coágulos son ofensivos por sí mismo y como portadores de gérmenes sépticos, determinando en el primer caso accidentes graves como cuerpos extraños, y en el segundo, la infección general.

OBSERVACIÓN NÚM. 2

ABORTO EMBRIONARIO.—METRORRAGIA FORMIDABLE COMBATIDA CON LOS ASTRINGENTES, EL HIELO Y LA ERGOTINA.—FIEBRE DE INFECCIÓN CON HINCHAZÓN DE LAS EXTREMIDADES.—DEFUNCIÓN (1879).

Se refiere á una señora de unos 34 años, de temperamento linfático, multipara, que á los dos ó tres meses del embarazo presentó síntomas de aborto, caracterizados por dolores y una hemorragia que no tardó en hacerse gravísima y que á duras penas pudo ser cohibida con ayuda de todos los recursos del arte, como fueron los astringentes y la ergotina, interiormente el hielo en vejigas aplicado á la región hipogás-

trica y no recordamos si también se empleó el taponamiento. De sus resultas quedó profundamente anémica y pasaron tres ó cuatro días sin otra novedad. Después se presentó fiebre alta precedida de grandes escalofríos, de forma continua y edema doloroso en ambas extremidades; la fiebre adquirió una altura extraordinaria y en una semana ó poco más puso fin á la vida de la enferma.

En este caso, como en el precedente, la descomposición de los coágulos retenidos en la cavidad uterina debió ser la causa de la enfermedad; pero en éste la enferma era de temperamento linfático en alto grado, la hemorragia incomparablemente mayor, y en su consecuencia los coágulos debían ser blandos, lo cual explica su rápida disgregación por los gérmenes sépticos y que éstos penetrasen en la sangre en tal cantidad que ocasionasen una fiebre, que por sí misma diese lugar al fallecimiento. Los coágulos cuando son duros son una barrera que se opone á la infección y esto explica que la fiebre fuese de poca intensidad en el primer caso y tan alta en éste en que los coágulos tenían las condiciones opuestas. Pero que estos pasaron al torrente circulatorio y fueran los portadores de los gérmenes sépticos, lo prueba la hinchazón dolorosa de las extremidades.

OBSERVACIÓN NÚM. 3.

PARTO FISIOLÓGICO.—FIEBRE SÉPTICA DE FORMA INTERMITENTE.—VAHÍDOS REPETIDOS.—DOLORES EN AMBOS COSTADOS.—HINCHAZÓN DE UNA EXTREMIDAD.—FLEMÓN EN UNA MAMA.—CURACIÓN. (1887).

Una señora de unos 25 años, de temperamento linfático, después de un parto fisiológico, tuvo un gran susto con motivo del incendio del Alcázar de esta ciudad y se le presentó fiebre de forma intermitente cotidiana, que resistió por espacio de dos ó tres semanas al uso de la quinina. Hacia la cuarta semana, reforzadas las dosis del medicamento, cedió la fiebre y aparecieron dolores agudos en puntos limitados, primero del costado izquierdo y después del derecho, dolores que por sus caracteres parecían tener su asiento en la pleura y que cedieron por sí solos pasados algunos días; también experimentó vahídos de cabeza repetidos varias veces y hacia la quinta semana apareció un dolor no muy agudo en la parte superior de una pierna en la dirección de la safena interna, seguido de hinchazón edematosa

no muy graduada en toda la extremidad. Con el reposo prolongado, la quinina y alguna preparación ferruginosa, la enferma se restableció completamente.

Esta observación es interesante, porque sin antecedente alguno de que hubiera existido hemorragia en el parto, sobrevino después de una fiebre de infección prolongada todo el cuadro de síntomas locales de la observación núm. 1, si bien mucho menos graduados, lo cual parece indicar que la penetración en la sangre de los gérmenes sépticos puede dar lugar á aquellas alteraciones sin necesidad de que pequeños coágulos formados en las venas de la herida uterina sean arrastrados al torrente circulatorio, y esto sería en tal caso otra manera de engendrarse la llamada *flegmasia alva dolens*. Además presenta este hecho otra particularidad notable y es la causa ocasional de origen moral. Iniciado el proceso por un estado febril accidental, éste pudo influir sobre la herida uterina de manera análoga á la que se observa en toda herida cuando por una causa cualquiera sobreviene fiebre, pues entonces la supuración cambia de aspecto y sobreviene con facilidad la infección séptica. Es muy posible que sin la causa accidental indicada, la cicatrización de la herida uterina no se hubiese desviado de su curso normal. Por último, el flemón mamario que se presentó, por la rapidez de la formación del pus, me inclino á creer que fuese un absceso de los llamados metastásicos.

OBSERVACIÓN NÚM. 4

PARTO FISIOLÓGICO.—FLEGMASIA *alva dolens* SIN FIEBRE.—REPOSO PROLONGADO.—CURACIÓN (1880)

Una señora de 30 años, de temperamento linfático y muy escrofulosa. Después de un parto fisiológico se presentó en la primera semana del puerperio una hinchazón dolorosa en una extremidad que, principiando por el pie, se extendió á todo el miembro, encontrándose afectada la safena interna en su tercio superior cerca de la unión de la pierna con el muslo, sin venir acompañada de fiebre ni de ninguna otra alteración funcional. El edema persistió durante algunos meses, y con el reposo prolongado se resolvió completamente.

En este caso era también evidente la existencia de un trombus en la safena; pero no habiendo existido hemorragia ni infección general

su formación puede explicarse por coagulación de la sangre en el vaso afectado mismo á causa del aumento de fibrina durante la gestación favorecida por la dificultad de la circulación de los miembros inferiores en el último mes del embarazo y tal vez por el estado de debilidad de la enferma.

Para terminar lo relativo á este asunto, diremos con Joulín, con respecto á la terapéutica de los accidentes de la embolia, que son de tal manera superiores á los recursos del arte, que sería pueril indicar un tratamiento aun en aquellos casos en que la muerte se produce por ataques sucesivos. Existe un obstáculo mecánico al curso de la sangre: no tenemos ningún medio de modificar este obstáculo y los excitantes externos ó los alcalinos al interior que han sido propuestos no merecen ninguna confianza.

Sin embargo, para prevenirlos debemos llamar la atención de los prácticos sobre un recurso de incontestable utilidad, cual es el reposo más absoluto posible en posición horizontal, prolongado hasta la desaparición completa del edema de la extremidad afecta. Los accidentes sobrevienen del desprendimiento de coágulos consistentes y es evidente que este desprendimiento puede ocasionarse con los movimientos del miembro. Bien penetrados del peligro de los movimientos, podremos lograr vencer la resistencia de las enfermas para someterse á esta prescripción.

OBSERVACIÓN NÚM. 5

ABORTO EMBRIONARIO.—RETENCIÓN DE PLACENTA Y MEMBRANAS.—
FIEBRE DE FORMA INTERMITENTE.—EXTRACCIÓN.—CURACIÓN (1877)

Una señora multipara, de 38 años, de temperamento nervioso, al segundo mes del embarazo tuvo síntomas de aborto, que consistieron en dolores y metrorragia abundante. Para cohibirla se apeló á los astringentes, y quedando después de la expulsión del feto la placenta y membranas, á las 24 horas se presentó fiebre alta de forma pseudo-accesional que se trató con la quinina. Comprobado por un minucioso reconocimiento que en la cavidad del cuello existía un cuerpo como un huevo pequeño que se suponía ser la placenta y restos de membranas, estando dilatable, se procedió á la extracción por medio de una pinza de matriz, lográndose extraer la mayor parte y saliendo el resto con lavatorios de agua fenicada.

La fiebre de infección iniciada siguió no obstante por espacio de muchos días, pero se dominó con la quinina y la enferma se restableció completamente.

OBSERVACIÓN NÚM. 6

ABORTO EMBRIONARIO.—RETENCIÓN PLACENTARIA.—EXTRACCIÓN.—
CURACIÓN (1878)

Una primeriza, de 24 años, tuvo un aborto embrionario al 2.º mes, y habiendo quedado en la cavidad del cuello la placenta y restos de membranas, se administró el centeno de cornezuelo para provocar su expulsión, y no consiguiéndose el objeto y viendo por el contrario que la retención persistía por la contracción del cuello, coloqué en el orificio externo de éste un pequeño cono de esponja preparada, que en algunas horas le dió suficiente dilatación para introducir una pinza uterina y extraer una pequeña porción de placenta, después coloqué otro mayor, y así en la segunda sesión completé la extracción de lo retenido. No sobrevino fiebre ni alteración alguna y la enferma se restableció completamente.

OBSERVACIÓN NÚM. 7

ABORTO FETAL.—RETENCIÓN DE PLACENTA.—EXTRACCIÓN.—FLEMÓN
PERIUTERINO ABIERTO EN LA VEJIGA.—CURACIÓN (1887)

Una señora de 30 años, multipara, en Setiembre de 1887, tuvo un aborto de tres á cuatro meses, precedido de hemorragia durante algunos días. Efectuada la expulsión del feto, quedó la placenta con su pequeño cordón pendiente en la vulva retenida en el utero. En tal situación se aguardó dos ó tres días á que se expulsase espontáneamente, no sin haber practicado algunas tentativas de extracción, ya haciendo tracciones del cordón que una de las veces se rompió, ya tratando de cogerla con los dedos. Al tercer día apareció fiebre precedida de escalofríos, y en vista de esto se acordó la extracción, para lo cual se procedió previamente á la dilatación del cuello con dos conos de esponja preparada, colocados sucesivamente, y cuando se juzgó que era suficiente se efectuó la extracción con una pinza uterina, no sin que ofreciese serias dificultades, pues estando la placenta todavía adherida en parte al fondo del utero, cuando se agarraba una

pequeña porción se dislaceraba y no se conseguía que saliese. Por fin, después de muchas tentativas soportadas por la enferma con una paciencia y resignación ejemplar, introducidos tres dedos dentro del utero pudo afianzarse entre los bocados de la pinza sólidamente y haciendo tracciones al propio tiempo que un Ayudante deprimía el fondo, se consiguió el desprendimiento y la extracción completa. Teníamos preparada una disolución de cloruro mercúrico al 2 por 1.000, con el objeto de hacer después un lavatorio intrauterino por medio de una sonda de Nelaton, pero en cuanto salió la placenta se contrajo el cuello en términos de no ser posible la introducción de la sonda y hubo que renunciar á él.

Al día siguiente, la fiebre había desaparecido, y tanto el estado local, como el general, eran satisfactorios; pero á las 48 horas apareció de nuevo precedida de frío, temblor, vómitos y alcanzando una temperatura de cerca de 41°. Sin perder momento hicimos dos inyecciones hipodérmicas de sulfovinato de quinina en la espalda (un gramo en dos de agua) y á las 12 horas otras dos con la misma cantidad. Hubo apirexia completa por algunas horas; pero repitiendo otro acceso como el anterior, al descender se le hicieron otras dos inyecciones; en los días siguientes los accesos fueron más pequeños y hubo algún día en que faltó completamente y se siguió administrando por la boca un gramo diario de quinina hasta el día 12, en que la fiebre volvió á elevarse y se hizo de forma continua-remitente, ofreciendo además á la exploración vómitos incesantes, descomposición del semblante, pulso pequeño, algo de meteorismo alto, pero sin el menor dolor, ni espontáneo, ni á la presión en la región hipogástrica, que era comprimida en todos sentidos, sin dar señales de la más ligera sensibilidad. A pesar de faltar el dolor, por la fisonomía de la paciente y por los demás síntomas, formé el juicio de que se trataba de una metro-peritonitis y le apliqué tres sanguijuelas al cuello uterino y al día siguiente repetí la aplicación con seis, y simultáneamente coloqué un gran vejigatorio en la región hipogástrica. Desde la primera aplicación descendió la fiebre, cedieron los vómitos y la sed, y cesó la inquietud, mejoró más la situación con la segunda, y á los cuatro ó cinco días, después de repetir el vejigatorio, habían cesado todos los síntomas completamente. Durante la convalecencia, que fué larga y laboriosa, notó la enferma alguna dificultad para la emisión de la orina, llamándole la atención que este líquido era blanquecino

y que al concluir, que era cuando más dificultad experimentaba, salían unas porciones blanquecinas semisólidas, que examinadas resultaron no ser otra cosa que porciones de tejido celular mortificado, como las que suelen observarse al hacer la abertura de abscesos y que muchas veces obstruyen la canula cuando se practica con el aparato de Dieulafoy. A pesar de esto no sobrevino ninguna alteración y la convalecencia siguió un curso regular, aunque lento, restableciéndose la enferma completamente.

Esta observación es notable por haber sobrevenido metroperitonitis aguda sin dolor espontáneo ni á la presión en la región hipogástrica, y cuando parecía que había terminado completamente por resolución, apareció el pus en la orina, lo cual prueba que la inflamación no hizo más que localizarse en un punto muy limitado del tejido celular periuterino, sin duda alguna muy cerca del fondo de saco vaginal anterior, que corresponde al de la vejiga: formada la supuración, no tardó en contraer adherencias el peritóneo vesical con el uterino, y abriéndose el foco después en la parte más alta de la vejiga, esto explica que no sobreviniese de sus resultas ningún accidente y que se realizase más tarde de igual modo el trabajo de cicatrización.

Tenemos, pues, una fiebre de infección séptica, por descomposición de la placenta y una metroperitonitis consecutiva, que localizándose dió lugar á un flemón periuterino abierto espontáneamente en la vejiga.

También debemos llamar la atención sobre la terapéutica empleada en este caso por la rapidez con que las sanguijuelas aplicadas en el cuello uterino con ayuda del speculum de Ferghusson y los vejigatorios á la región hipogástrica, modificaron los aterradores síntomas iniciales del padecimiento (sed, vómitos, inquietud, descomposición del semblante, pulso frequentísimo y pequeño, fiebre alta), á cuyos recursos terapéuticos fué debido, sin duda, el que la inflamación no se generalizase y terminase fatalmente.

En las tres observaciones anteriores hubo retención de placenta y se practicó, como queda referido, su extracción artificialmente. Esto nos mueve á discutir cuál debe ser la conducta del Cirujano en las retenciones placentarias que ocurren después del aborto.

Después del parto, aunque se citan hechos en que la placenta retenida se expulsó después de algunos días, sin sobrevenir accidente alguno, otros en que se reabsorbió completamente, y otros en que

dió lugar su retención á molas, estos hechos son verdaderamente excepcionales y no habrá ningún tocólogo tan temerario que, después de aguardar algún tiempo, no se proponga con todo ahinco la extracción para evitar los accidentes consecutivos á la infección, que casi seguramente han de sobrevenir por la descomposición de dicho órgano. Ya queda mencionado un caso en que esto ocurrió á los 12 días por no poder efectuar el desprendimiento á causa de fuertes contracciones uterinas provocadas por el centeno que impedían la introducción y libre juego de la mano para aquella maniobra.

Pero después del aborto, las condiciones son muy distintas, y tanto más, cuanto más lejos se encuentre la época del parto natural. Dejando la placenta en la matriz, la infección es casi segura y es evidente que su gravedad estará en razón directa con la cantidad de tejidos que se descompongan. Digo casi segura, porque del mismo modo que en el parto, también se observan casos en que no sobreviene accidente alguno: de uno hemos de hacer mención en la observación núm. 8.

Cambian las condiciones del aborto porque no puede introducirse la mano para la extracción hasta que el embarazo no ha llegado á los seis ó siete meses, y antes de este tiempo hay que valerse de pinzas uterinas ó de las especiales inventadas para la extracción de las molas, con cuyos instrumentos nos exponemos á las contingencias de pellizcar el tejido uterino, y á que el placentario se desgare y no puedan extraerse, después de molestias y maniobras que, por su índole, no son inofensivas, sino pequeñas porciones del órgano retenido, y no la totalidad, como debemos proponernos. Todo lo cual hace la operación de extracción de éxito muy incierto, en cuanto que es muy difícil alcanzar el objetivo de ella.

En los abortos de poco tiempo, si la placenta ó restos de membranas se encuentran en la cavidad del cuello, lo cual se reconoce por el aumento de volumen que da la exploración digital, y por notarse su presencia á través del orificio, debe procederse desde luego á la extracción, si el orificio permite por su dilatabilidad la introducción de una pinza, siendo la maniobra operatoria la misma que para la extracción de los polipos uterinos; si el cuello está contraído, deberá efectuarse previamente la dilatación con la esponja preparada. Extrayendo todo ó parte de lo retenido en el cuello, damos facilidad para que salgan después coágulos que también puedan estar retenidos y fluyan libremente dos loquios más ó menos infectos. ¿Convendrá hacer después

inyecciones intrauterinas desinfectantes? No hay duda de que su indicación es legítima y deberán practicarse siempre que el cuello permita el paso de una sonda. En esta clase de abortos como la exploración digital, no da certeza de la existencia de la placenta ó restos de membranas cuando están retenidas dentro del utero, no puede intentarse entonces ninguna maniobra para su extracción, que queda limitada á los casos en que están en el cuello, únicos susceptibles de ser diagnosticados ciertamente.

En los abortos de tres ó cuatro meses en adelante, debe, por el contrario, efectuarse la extracción de la placenta de la matriz sin aguardar más que algunas horas, pues así podrá evitarse la infección. Para ello es preciso que el operador mida antes bien sus fuerzas para no atormentar en valde á las enfermas y no hacer un papel desairado si no consigue el objetivo que se ha propuesto. Hay que principiar dilatando el cuello uterino todo lo posible mediante la sucesiva introducción de conos de esponja preparada cada vez de mayor diámetro. Después, si la paciente no es muy sufrida, conviene dar el cloroformo y un Ayudante comprime la región hipogástrica para que el utero descienda todo lo posible, mientras el operador introduce á través del cuello dos ó tres dedos, por los cuales hace deslizar una pinza uterina, con la cual ha de procurar abarcar la placenta. Hallándose ésta adherida, para desprenderla, se precisan tracciones suaves sostenidas á fin de que no se desgarre su tejido. Después de la extracción convienen inyecciones intrauterinas desinfectantes, si fuese posible la introducción de una sonda.

OBSERVACIÓN NÚM. 8

ABORTO EMBRIONARIO.—FIEBRE DE FORMA INTERMITENTE.—FLEMÓN PERIUTERINO.—CURACIÓN (*Octubre 1887*).

Era una señora de 30 años, de temperamento linfático, multipara, que en 4 de Octubre del 86 se le presentaron síntomas de aborto, por dolores y metrorragia, que cedieron en 10 á 12 días, quedando al parecer todo terminado, si bien con irregularidad y de tiempo en tiempo tenía algo de flujo sanguinolento. El 26 de Enero del 87, después de haber hecho mucho ejercicio durante el día, á la una de la noche la despertó un cólico uterino de mucha intensidad que siguió hasta la mañana siguiente, en que expulsó un cuerpo como un huevo peque-

ño, de estructura vascular, como placentaria, en su superficie externa y en su interior ofrecía una bolsita con un embrión en que se distinguía la cabeza y extremidades.—En pocos días recobró su estado normal, continuando con buena salud hasta el 10 de Setiembre del 87, en que después de la falta de dos menstruaciones se inició otro aborto con los mismos síntomas del anterior que duraron seis ó siete días, pasados los cuales siguió fluyendo algo de sangre con alternativas hasta el 13 de Octubre, en que, sin poder determinar de una manera precisa si en los primeros momentos habría sido expulsado el embrión ó si estaría retenido en la matriz como la vez anterior, el flujo sanguinolento se hizo de olor fétido y apareció fiebre pseudo-accesional de tipo cotidiano, que fué tratada con la quinina y localmente inyecciones vaginales de agua fenicada al $2\frac{1}{2}$ por 100. A los seis ó siete días se agregaron á los síntomas febriles dolores muy agudos á lo largo de las extremidades inferiores en la dirección de las safenas, que se localizaron, desapareciendo el de la extremidad izquierda, en el pliegue de la ingle derecha, irradiándose hacia la fosa iliaca del mismo lado. Persistió este dolor con una agudeza extraordinaria, pero sin que se aumentase con la presión en el punto afecto ni tampoco se manifestase sensibilidad por la palpación en la región hipogástrica durante 24 ó 48 horas, en cuyo tiempo se notó además una excitación cerebral extraordinaria. Pasadas otras 24 horas se apreció por la exploración vaginal aumento de calor y sensibilidad en el fondo de saco anterior, y al día siguiente, calmados algún tanto el dolor agudísimo espontáneo de la ingle y la excitabilidad cerebral, se observó dolor á la presión en la parte derecha de la región hipogástrica. Aplicado un vejigatorio en este sitio desaparecieron completamente los dolores en este lado, corriéndose al lado izquierdo, en el cual se aplicó otro vejigatorio, cuya supuración, como la del anterior, se procuró sostener por unos cuantos días, cediendo en una semana definitivamente la fiebre y todos los padecimientos.

La precedente observación, que comprende dos abortos embrionarios, es notabilísima. El primer aborto tardó en efectuarse 114 días, sin que el embrión y sus membranas entrasen en descomposición y sin que la señora experimentase en ese tiempo más molestia que la del pequeño flujo sanguinolento á intervalos irregulares. Es evidente que el embrión estaba completamente desprendido de la mucosa uterina, porque de otra suerte no se explica cómo no siguió nutriéndose y des-

arrollándose hasta adquirir un volumen proporcionado á los cuatro meses que permaneció en el claustro materno, como sucede cuando los productos abortivos se convierten en molas. No sucedió así, sino que el embrión estaba en el mismo estado que cuando ocurrió el aborto, tenía el aspecto de un embrión de unos dos meses, sin más diferencia que ofrecer alguna mayor densidad la cubierta ó superficie externa. ¿Cómo no provocó antes contracciones uterinas? ¿Cómo no entró en descomposición? ¿Cómo desprendido el embrión y suspendido el trabajo de aumento de nutrición y actividad en el utero que siempre trae consigo la gestación, no vino en su lugar la meustruación con regularidad? Cuestiones son estas que no he podido explicarme satisfactoriamente.

El segundo aborto principió del mismo modo, pero en consecuencia de haber quedado dentro del utero, probablemente coágulos procedentes de la metrorragia ó restos del embrión, entraron en descomposición, vino una fiebre séptica con alteraciones locales, sobre las cuales voy á llamar la atención. El dolor que se observó á lo largo de las safenas y que después se localizó con una agudeza extraordinaria en la ingle derecha, para mí no hay duda que eran debidos á la detención de algún trombus en las venas safenas primero, y después en la femoral é hipogástrica derechas: dichos trombus fueron arrasados, por fortuna de estos sitios, al torrente circulatorio, redisolviéndose en el líquido sanguíneo sin dejar el menor vestigio. La extraordinaria excitación cerebral observada puede explicarse por el paso de pequeñas partículas, por los vasos cerebrales antes de su completa disolución. Otra manifestación local de la infección, es el flemón peruterino, notable también en este caso por lo bien que se resolvió con los vejigatorios, como en la observación anterior (núm. 7.)

OBSERVACIÓN NÚM. 9

PARTO FISIOLÓGICO.—FIEBRE PUERPERAL ADQUIRIDA POR CONTAGIO.—
FLEMÓN PERIUTERINO.—CURACIÓN (*Setiembre de 1887.*)

Una mujer de unos 26 años tuvo un parto fisiológico en Setiembre del 87, y unos días antes y después visitó á una vecina suya que padecía una fiebre puerperal en consecuencia de un aborto; las habitaciones de ambas estaban situadas en el mismo piso y separadas por un pasillo estrecho; las ropas sucias que se quitaban á la enferma del

aborto eran depositadas en una habitación inmediata á la de la recién parida, que al sexto día se vió acometida de fiebre alta de forma intermitente y dolores en el vientre no muy agudos y que cedieron pronto, quedándole, sin embargo, sensibilidad á la presión. La fiebre persistió durante mucho tiempo á pesar de las dosis repetidas de quinina que le fueron administradas. Al mes próximamente de padecimientos fuí consultado y encontré dolor á la presión y dureza en la fosa iliaca izquierda. Aplicado un vejigatorio, en tres ó cuatro días, desapareció el dolor, la dureza y la fiebre, y la enferma convaleció rápidamente.

No hay duda de que la fiebre fué adquirida por contagio ó infección de la herida uterina. Los dolores que tuvo en un principio debieron ser de una peritonitis limitada que se propagó al tejido celular de la fosa iliaca, dando lugar al flemón que con éxito tan satisfactorio como en los casos anteriores fué tratado con el vejigatorio.

Otros dos casos de versión podálica

Como en Octubre de 1885, recientemente, con intervalo de dos días, hemos practicado dos versiones podálicas en presentaciones transversales, de que ahora vamos á dar cuenta.

PRESENTACIÓN TRANSVERSAL.—PRIMERA POSICIÓN DE HOMBRO DERECHO (CÉFALO-ILIACA IZQUIERDA).—CURACIÓN

Se refiere esta observación á una mujer de 32 años de edad, casada, multipara, con dos partos anteriores fisiológicos, de temperamento linfático y buena salud habitual.

El 12 del corriente mes se le presentaron por la mañana los dolores de parto, que ya habían venido, ocasionándole alguna ligera molestia en los días anteriores. Al poco tiempo, encontrándose en posición vertical, se efectuó violentamente la rotura de la bolsa amniótica que debía ser grande á juzgar por la cantidad de líquido que salió, y acto seguido notó un cuerpo extraño entre los grandes labios, que reconocido resultó ser una mano. Este suceso alarmó á toda la familia que salió á toda prisa en busca de Médicos, concurriendo á la casa á las nueve de la mañana dos que intentaron la versión podálica, no habiendo podido realizarlo sin duda por las fuertísimas contracciones uteri-

nas que se presentaban. Avisado entre once y doce del día encontré el hombro encajado y formé el juicio de que se trataba de la primera posición de hombro derecho con el plano dorsal hacia adelante, la cabeza en la fosa iliaca izquierda y los pies hacia la derecha. En su virtud, con grandísimo trabajo, y previa anestesia y la colocación de la paciente en posición adecuada sobre una mesa, introduje la mano izquierda hacia este lado, pero encontrando en él un tumor redondeado que me pareció la cabeza, creí haberme equivocado en el juicio formado de la posición, y retirando la mano procedí á introducir la derecha en el otro lado, y encontrando allí la cabeza, comprendí que el tumor del lado derecho era la placenta: volví á introducir la mano izquierda hacia el lado derecho, y venciendo con muchas dificultades la energía de las contracciones uterinas, logré encontrar un pie que procuré hacer descender á la vulva. Para ello, sin soltarlo, hice que mis compañeros pusiesen una inyección hipodérmica con un centigramo de morfina en la región hipogástrica, y así, haciendo fuertes tracciones, le hice descender á la excavación estrictamente lo necesario para poder aplicar un lazo. Después de varios intervalos de descanso intenté varias veces buscar el otro pie, pero en vano, la matriz se oponía tenazmente con sus contracciones al paso de la mano. Afianzado el pie con el lazo, practiqué fuertes tracciones hasta sacarle fuera de la vulva. En seguida, después de otra inyección hipodérmica de morfina, seguimos tirando del pie con una fuerza extraordinaria y lo mismo que se tira del fórceps en los casos apurados de extracción difícil con este instrumento y así se consiguió por fin cambiar la presentación, ayudando la tracción con la elevación del hombro encajado mediante la introducción de toda la mano en la vagina. Las maniobras duraron más de hora y media y la faena para hacer descender la extremidad de las más rudas que puedan ocurrir en la práctica tocológica. Tan pronto como descendió toda la extremidad apareció la otra desdoblada, y esto, unido á las enérgicas contracciones uterinas, fué sin duda la causa de las dificultades. Todo lo demás, incluso la expulsión de la placenta, no ofreció dificultad alguna, quedando la matriz perfectamente contraída.

La enferma quedó muy cansada, pero con el pulso en buen estado: á las 24 horas el termómetro marcó 38,5, había algunos dolores en el vientre que se aumentaban á la presión y se le prescribieron fricciones de unguento mercurial doble y pomada de belladona á partes

iguales, cataplasmas emolientes muy calientes, renovadas con frecuencia, é inyecciones vaginales de agua fenicada: los dolores aumentaron, aunque no mucho, en los tres días siguientes, elevándose la temperatura á 39,5; pero desde el quinto día en adelante comenzaron á remitir todos los síntomas y en la primera semana se encontraba completamente infebril y sin dolor de ningún género, convaleciendo rápidamente y hallándose actualmente (24 de Abril) completamente restablecida, salvo un flemón que se le ha presentado en una mama.

Ofrece esta observación de notable, en primer lugar el hecho de no haber sido probablemente primitiva la presentación transversal, sino consecutiva á la rotura en posición vertical de una gran bolsa amniótica antes de encontrarse la presentación encajada: es posible que al salir con violencia y como un torrente el líquido amniótico, arrastrase la mano por delante de la cabeza, y después, siguiendo contracciones muy enérgicas, se encajase el hombro, haciéndose transversal una presentación que en un principio pudo ser de vértice; en segundo lugar, lo poco que la anestesia influye sobre la energía de las contracciones uterinas: ya en otras ocasiones hemos tenido ocasión de observar esto, pero nunca nos ha llamado tanto la atención como ahora. En cambio hemos creído notar que la fuerza de la contracción disminuyó algún tanto con las dos inyecciones hipodérmicas de un centígramo cada una de cloruro mórfico, sin cuyo auxilio es posible que hubiéramos tardado más tiempo en conseguir el objeto deseado. Pero todavía más extraordinario que estos dos hechos es el de no haber sobrevenido después de maniobras tan repetidas, tan rudas y duraderas, una gran reacción que cuando menos hubiese puesto en peligro la vida de la paciente. Esto es lo que yo llamo las incógnitas individuales que con frecuencia dan ó quitan el éxito al operador.

PRESENTACIÓN TRANSVERSAL.—SEGUNDA POSICIÓN DE HOMBRO DERECHO (CÉFALO-ILIACA DERECHA) CON PROCIDENCIA DEL CORDÓN.—FIEBRE SÉPTICA.—CURACIÓN.

Una joven de 20 años de edad, de temperamento linfático, primípara, el 14 del corriente por la mañana, principiaron los dolores de parto, y á las cuatro de la tarde, encontrándose en posición vertical, se rompió la bolsa, saliendo inmediatamente después el cordón umbilical, que era bastante largo, siguieron los dolores con poca intensi-

dad, y á las ocho de la noche apareció en la vulva una mano y poco después todo el brazo, cesando completamente las contracciones. Alarmados los asistentes, fuí avisado á las ocho de la noche ó poco más, encontrando fuera de la vulva el cordón con pulsaciones y todo el brazo derecho, formando desde luego el juicio que queda expresado en el epígrafe. Pensé en la versión cefálica; pero temiendo gastar en ella infructuosamente un tiempo precioso para la vida del feto que desde luego me propuse salvar, procedí inmediatamente á la versión podálica sin anestesia por temor de que en el tiempo que tardase en llegar el cloroformo que se había pedido, se presentasen de nuevo las contracciones uterinas que viniesen á dificultar todas las maniobras. Así, pues, colocada la parturiente sobre una mesa con un colchón doblado, una sábana y una manta, introduje la mano derecha hacia la fosa iliaca izquierda, y avanzando sin dificultad hasta el fondo del utero, encontré un pie que no tardó en bajar á la vulva y después contracciones muy moderadas sobre él, cambié en pocos minutos la presentación: así que extraje los hombros y quedando ya sólo la cabeza en la matriz, como por la circunstancia de ser primeriza no estaba dilatada la vagina y el periné, encontré alguna resistencia para su extracción; pero elevando el tronco, poco á poco fué descendiendo, y cuando ya noté la presencia de la barba delante de la cara cóncava del sacro, introduje un dedo en la boca y haciendo tracciones sobre la mandíbula inferior, conseguí por fin el desprendimiento, no sin que un ayudante comprimiera entre tanto el periné. Durante todas las maniobras me cuidé mucho de colocar el cordón en la parte lateral derecha de la pelvis para que no sufriese compresión y así logré que el feto de sexo masculino y bastante robusto saliese con vida aunque en estado de muerte aparente. Gracias á los eficaces auxilios que le prestaron los practicantes D. Manuel Cauosa y D. Julio Estrada, que me ayudaron á esta operación, se consiguió que se estableciese la respiración con insuflaciones de aire y con aspersiones é inmersiones en agua fría: establecida débilmente la respiración con aplicaciones de electricidad, se logró después de unos tres cuartos de hora que llorase ampliamente, abriese los ojos, etc., quedando en estado normal. Mientras esto hacían con el feto, yo no podía separarme de la madre, el utero estaba inerte, la placenta no se expulsaba y se iniciaba una hemorragia que podía ser peligrosa: con fricciones en la región hipogástrica y aplicaciones de agua fría, la matriz fué contrayéndose

perezosamente y en poco más de media hora se expulsó la placenta y cesó el flujo, que no llegó á ser muy considerable.

La enferma había sufrido muy poco relativamente, y concluída la operación quedó en un estado bastante satisfactorio, en el que continuó hasta las 72 horas en que se inició, precedida de un gran escalofrío, una fiebre alta que llegó á 40,5, acompañada de fetidez en el flujo loquial y expulsión de grandes coágulos descompuestos; la fiebre descendió á 39 á las 24 horas y se ha sostenido después durante un setenario entre 39 y 39,8, descendiendo gradualmente y encontrándose hoy 24 completamente infebril y sin alteración alguna local, lo cual permite esperar que entrará pronto en franca convalecencia. No hay duda que esta fiebre procede de la inercia uterina que ocasionó una pequeña hemorragia, quedando de sus resultas coágulos en la matriz. Gracias á que tardaron poco en desprenderse y eliminarse y gracias también á las inyecciones vaginales fenicadas, pues de otra suerte la terminación no sería hoy tan favorable.

En este caso puede pensarse como el anterior, que la presentación transversal no era primitiva, sino consecutiva á la rotura de una gran bolsa, estando la parturiente en posición vertical y la cabeza sin encajar; y puede pensarse esto por el hecho de haber quedado la matriz inerte después de la rotura de la bolsa, pues sabido es que cuando hay mucho líquido amniótico la matriz está muy dilatada, lo cual contribuye á que la fibra uterina no tenga toda su energía contractil. Procurando investigar el volumen del vientre antes de principiar el parto, no parece que fuese excesivo; de la relación de la enferma parece deducirse lo contrario, en cuyo caso puede explicarse la inercia por el reposo prolongado á que estuvo sometida durante todo el embarazo y muy particularmente en los dos últimos meses.

¿Podía pensarse en la versión cefálica de preferencia á la podálica en este caso? Considero siempre muy difícil y de éxito muy inseguro la versión cefálica tal como se encuentra descrita esta operación en los Autores, sobre todo después que se han roto las membranas; pero si alguna vez puede pensarse en ella es en los casos en que haya motivo para suponer, como en el presente, que la presentación transversal no era primitiva sino consecutiva, porque entonces la cabeza está muy próxima al estrecho superior y se puede esperar que reduciendo por encima de ella el brazo se encaje con poco trabajo y pueda terminar el parto favorablemente. Si las membranas están ya rotas desde

algunas horas antes, las condiciones más favorables para maniobrar son las de nuestra enferma, es decir, cuando existe inercia, pues entonces no hay dificultad para reducir el brazo por encima del estrecho superior y atraer la cabeza. Hay, sin embargo, el inconveniente de que si las contracciones no reaparecen, habrá que terminar el parto por la versión podálica. En el caso que nos ocupa, la prociencia del cordón, estando el feto vivo, era una contraindicación formal.

Caso notable de imperforación del ano y del recto (MARZO DE 1887)

En el mes de Marzo del año pasado fuí llamado para operar á una niña de un compañero, que había nacido 24 horas antes con el ano imperforado y que ya había sido examinada por otros comprofesores con una tentativa de operación que no había llenado el objetivo deseado.

Examinada la niña, encontré una depresión en el sitio correspondiente al ano, y por la exploración vaginal efectuada con el dedo pequeño aprecié que el tabique recto vaginal estaba adherido á la parte inferior de la cara cóncava del sacro, percibiéndose claramente que faltaba el recto en su sitio normal y en una extensión como de seis ó siete centímetros aproximadamente; dirigiendo el dedo hacia arriba en la dirección del fondo de sacro recto-vaginal, creí percibir á bastante altura y hacia atrás un tumor blando pastoso, que me pareció ser la extremidad inferior del recto distendido por el meconio.

Hecho este reconocimiento supliqué al padre de la niña y á los demás compañeros me concediesen una ó dos horas para reflexionar lo que convendría hacer, porque no se trataba de un caso sencillo de imperforación del ano.

En este tiempo, con los datos recogidos por la exploración vaginal practicada, y teniendo á la vista los que suministra la embriogenia acerca de la formación y desarrollo en la vida intrauterina del intestino recto, formé el juicio de que éste no había descendido hasta la piel para establecer adherencias con ella y abrirse al exterior. Sabido es, con efecto, que en la vida embrionaria, la vejiga y el recto están confundidos constituyendo una cloaca común; después cuando se forma el intestino recto, aparece bajo la forma de un ciego que poco á poco va descendiendo á la cavidad de la pequeña pelvis, y siguiendo

su desarrollo progresivo llega hasta la piel, con la cual contrae adherencias, hasta que por fin se establece la comunicación que constituye la abertura anal. Suele acontecer que este trabajo de desarrollo no se verifica á veces con normalidad, pudiendo entonces presentarse estos tres casos: 1.º Que el intestino se abra en la vejiga ó en la vagina: 2.º Que sin abrirse y constituyendo un ciego, se encuentre en la pequeña pelvis á mayor ó menor distancia de la piel: Y 3.º Que llegue hasta la piel, contraiga adherencias con ella, pero sin llegar á perforarla (ano imperforado simple.)

Indudablemente por los datos que quedan referidos aquí, se nos ofrecía el segundo de estos casos; y la circunstancia de ser niña y poder hacer la exploración vaginal permitía formar un juicio bastante exacto que hubiera sido imposible tratándose de un niño.

Formado juicio del defecto de conformación, el problema quirúrgico, para corregirlo estaba reducido á abrir una vía de comunicación desde la depresión anal que existía en la piel hasta el recto situado á una distancia que, aunque difícil de calcular, no sería menor de ocho á nueve centímetros. Para dar solución á este problema, hé aquí en qué consistió nuestra intervención: preparado el trocar curvo de Fr. Cosme (inventado para la punción de la vejiga) introduje el dedo pequeño en la vagina, dirigiendo la cara palmar hacia atrás y procurando que la yema se apoyase en el tumor intrapelviano situado detrás y por encima del fondo de saco vaginal posterior: en seguida hundí el trocar con la mano derecha en la depresión anal, procurando que caminase lentamente guiado por el dedo, rasando la cara cóncava del sacro, y cuando la punta hubo llegado al ciego rectal, empujé con alguna fuerza el instrumento hasta hacerle penetrar en su cavidad y en seguida retiré el punzón, no tardando en salir por la canula el meconio. Después saqué la canula y agrandé con el dedo pequeño el camino fraguado entre la pared posterior del tabique vaginal y la cara cóncava del sacro, lo cual no ofreció dificultad y se terminó la operación, colocando en la abertura rectal una sonda de Nelatón, que se retiró al día siguiente porque salía meconio en bastante cantidad y no había temor de que se cerrase. A las 24 horas ó antes se presentaron síntomas de peritonitis expresados por vómitos, meteorismo, contracción de la cara etc., y á las 48 ó 72, si no recordamos mal, falleció la niña.

Este resultado fué debido sin duda á que el ciego rectal estaba cu-

bierto por el peritóneo, aparte de que en los recién nacidos son siempre gravísimas las operaciones quirúrgicas de cualquier clase que sean.

No terminaremos esta líneas sin llamar la atención acerca de la utilidad del trocar curbo de Fr. Cosme, por adaptarse perfectamente al camino que hay que recorrer para alcanzar el objetivo de la operación. Si en el día no habrá nadie que practique la punción de la vejiga con dicho instrumento que fué inventado para esto, en cambio puede utilizarse en ocasiones como la presente, aunque son raras en la práctica.

Cuando se trate de recién nacidos de sexo masculino, como no puede formarse previamente un juicio exacto acerca de la situación del intestino, habrá que proceder con gran medida y avanzando muy lentamente para formar la nueva vía y sólo cuando se haya llegado con el dedo á través de ella hasta reconocer la pastosidad del meconio acumulado en el recto, nos podremos decidir á practicar la punción de este órgano. La operación puede hacerse siguiendo el mismo procedimiento, sólo que hay que practicarla en muchos tiempos, á saber: primero, incisión en la piel; segundo, punción con el trocar en dirección de la concavidad sacro-coxígea, avanzando un centímetro; tercero, dilatación con el dedo pequeño de esta vía; cuarto, si no reconoce con el dedo el intestino nueva punción en la misma dirección, acercándose todo lo posible á la concavidad indicada, y así sucesivamente.—En mi opinión puede de este modo llegarse á conseguir el objetivo de la operaeión.



CRÓNICA



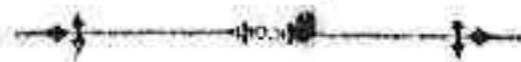
Libros recibidos.—Dos ejemplares de la monografía sobre Geografía médica española, titulada *Datos para el estudio médico-topográfico de la villa de Puebla de Montalbán (Toledo)*, escrita por nuestro querido amigo D. Tomás Echevarría, Médico titular de dicha villa, precedida de un prólogo del distinguido especialista de enfermedades de los ojos y director de *El Dictamen* D. Julián López Ocaña.

En uno de nuestros números anteriores, hablando del Sr. Echevarría con motivo de una resección del maxilar superior, decíamos que era uno de los Profesores más ilustrados de esta provincia, y en prueba de que al hacer esta manifestación no nos dejábamos guiar tan sólo por los afectos del corazón, podemos presentar hoy á la consideración de nuestros lectores esta monografía, que ha sido premiada por la Real Academia de Medicina de Barcelona con primer premio (medalla de oro) en el concurso de 1886 al 87 y se encuentra á la venta en la casa de Robles y compañía, calle de la Magdalena, Madrid, y en casa del autor, en la Puebla de Montalbán, al precio de 2 pesetas.

De su mérito, dada nuestra amistad con el autor, sólo podemos decir que la consideramos como un trabajo modelo en los de su clase, digno de ser imitado por otros comprofesores de la provincia y fuera de ella, pues el asunto es de capital importancia para la salud pública.

Por todo esto, pensamos como el Dr. López Ocaña «que de la monografía del Sr. Echevarría debiera la provincia hacer una gran edición y repartirla entre sus pueblos para que ella fuese el acicate que obligara á otros Médicos á emprender estudios de esta índole»; y si esto no fuera posible, merece el trabajo de nuestro compañero y amigo que la Excm. Diputación provincial le otorgue alguna otra distinción equivalente.

Otros dos ejemplares de la monografía publicada en Barcelona por el Dr. D. Felipe Margarit, Médico del Hospital de Santa Cruz y de la Casa de Socorro del distrito primero, titulada *El agua en relación con las enfermedades infecciosas y medios para desinfectarla* y que está puesta á la venta al precio de 1,50 pesetas en la librería de Jacinto Güell (Patio de la Convalecencia), y en casa del autor (Mendizabal, 25-2.º) Es un estudio el más completo que hemos leído acerca de asunto tan interesante, así para la higiene privada como para la pública, en el que con gran copia de datos se examinan la influencia que ejercen en la producción de las enfermedades los micro-organismos que están contenidos en las aguas, ocupándose detenidamente de los diferentes filtros que se han inventado para purificarlas, los cuales describe con láminas intercaladas en el texto para su más fácil comprensión.



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

CALLE DE SANTA JUSTA, NÚM. 1

Consulta del Doctor Gallardo

sobre enfermedades de Cirugía y especiales de la mujer, todos los días de una á tres, calle de Santa Justa, núm. 1, y para los pobres, de nueve á diez, en el Hospital de la Misericordia.

ANUNCIOS

AGUA DE INSALUS

en LIZARZA (Tolosa) Guipúzcoa,

ANALIZADA POR EL EMINENTE QUÍMICO DR. D. FAUSTO GARAGARZA

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

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

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

MANUAL DE LAS INYECCIONES SUBCUTÁNEAS

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

TRADUCIDO DE LA 2.^a EDICIÓN FRANCESA

POR FÉLIX FERNÁNDEZ LÓPEZ

Farmacéutico, Administrador de la REVISTA MÉDICA DE SEVILLA

Forma un tomo en 8.^o de XL-224 páginas esmeradamente impreso en excelente papel con 15 figuras en el texto.

PRECIO: 2,50 pesetas.—Véndese en esta Administración, Maese Rodrigo, 38 (Sevilla) y en las principales librerías.