

Año II.

OCTUBRE DE 1889.

Núm. 22.

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA

POR

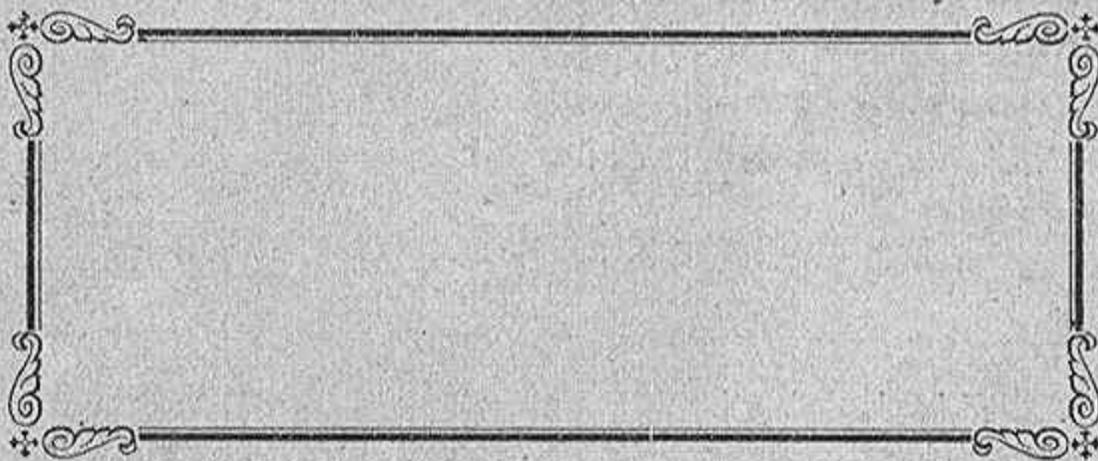
El Doctor D. Pedro Gallardo

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 aparato genito-urinario del hombre.—Operaciones del aparato-genital masculino.—1.º Operaciones del testículo.—Hidrocele.—Hematocele.—Tumores del testículo: castración.—2.º Operaciones del pene.—Fimosis —Parafimosis.—Amputación del pene.—Bibliografía, por D. Tomás Echevarría.—Crónica.—Anuncios.

TOLEDO:

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos

Comercio, 57 y Sillería, 15



Rev 4/12
1

AGUA DE INSALUS

en LIZARZA (Tolosa) Guipúzcoa,

ANALIZADA POR EL INMINENTE 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.

JARABE DE HIPOFOSFITOS DE CLIMENT

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

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 también 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.
DÉPPEPSIA.
ALBUMINURIA.

MISERIA FISIOLÓGICA.
OSTEOMALACIA.
DISMENORRA.
ALCOHOLISMO.
INAPETENCIA.
DEBILIDAD NERVIOSA.
PARÁLISIS DIVERSAS.

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

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

Dosis tónica: Tres cucharaditas al día.

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

De cuatro á ocho años: Dos *id.* *id.*

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

Frasco grande, 4 pesetas.

Idem pequeño, 2,25.

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

ACREDITADOS ESPECIFICOS
DEL DR. MORALES
22 AÑOS DE ÉXITOS

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

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

PÍLDORAS LOURDES. El mejor purgante 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.

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

Panacea 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.

EL BISTURI

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA



Operaciones del aparato génito-urinario del hombre

El aparato generador del hombre no es tan independiente del urinario como el de la mujer, pues estando compuesto de los testículos y el pene, sólo los primeros tienen completa independencia en cuanto á la secreción, mientras que el segundo tiene un destino común para la excreción de la orina y del esperma. A pesar de esto, cabe estudiar las operaciones del pene con completa separación en lo que se refiere á cada una de sus funciones y así nos ocuparemos primero de las del aparato genital y después de las del urinario.

Operaciones del aparato genital del hombre

Esta clase de operaciones no suelen ser difíciles ni revestir extraordinaria gravedad, pero son delicadas, lo que quiere decir que están expuestas á complicaciones y accidentes que se deben tener presentes para el pronóstico y la terapéutica, pues si no se combaten eficazmente pueden acarrear fatales consecuencias.

1.º—Operaciones del testículo

Es el órgano esencial de la generación en el hombre, y por sus funciones el equivalente del ovario en la mujer. Por su situación exterior no hay término de comparación entre las operaciones de uno y otro órgano, ni aun actualmente, en que con la anestesia y antisepsia se han hecho las operaciones del ovario mucho menos graves que antes.

El testículo está compuesto de un parénquima glandular envuelto en una serosa, la túnica vaginal, y además una cubierta común para ambos, el escroto, formado por la piel y tejido celular muy flojo, el dartos y una capa fibrosa y muscular. Bajo el punto de vista operatorio, la serosa y el parénquima tienen mayor interés, pues en la primera se desarrollan colecciones serosas que constituyen los hidroceles, y en el segundo tienen su asiento ordinariamente los tumores que afectan al órgano.

Hidrocele

Es esta una enfermedad bastante frecuente en la práctica, que se desarrolla por causas que pasan desapercibidas para los enfermos y que indudablemente se relacionan con los procesos de inflamación crónica. Una vez formado el tumor por la serosidad que se acumula en la cavidad de la vaginal, el peso y el volumen produce algunas molestias á los pacientes que, unidas á la fealdad que el volumen ocasiona y algunas dificultades para dedicarse á sus ocupaciones habituales, les obligan á demandar los auxilios de la terapéutica.

Puede ser ésta paliativa, y consiste en la punción simple, la cual, repetida varias veces con intervalos variables, ha dado lugar á la curación radical, según han podido observar algunos prácticos. En contra de este hecho, podemos decir que hemos observado algunos enfermos que habían sido sometidos á la punción simple, y el hidrocele, lejos de curarse, había ido aumentando de volumen cada vez que se les había hecho una nueva punción. Que esto ha debido suceder á otros prácticos lo prueba el haberse ensayado para la curación radical desde muy antiguo diversos procedimientos, como son la incisión, la excisión, la cauterización, la irritación de la vaginal por medio de varios cuerpos introducidos en su cavidad, como lechinos, sedales, candelillas, bordones, etc., y últimamente las inyecciones iodo-ioduradas. Este último procedimiento es el que ha prevalecido y el que emplean la mayoría de los prácticos, quedando limitados algunos de los anteriores á llenar indicaciones especiales.

Este es también el procedimiento empleado en casi todos nuestros operados, y antes de analizar á la ligera los resultados que van anotados en el cuadro, vamos á decir nuestra manera de proceder.

Casi desde el principio de nuestra práctica hemos usado en la operación de hidrocele el aparato de Dieulafoy, que tiene sobre las jeringas ordinarias la importante ventaja de poder extraer por aspiración todo el líquido inyectado hasta la última gota, impidiendo de este modo que la cantidad que solía quedar antes de conocerse este aparato continuase irritando la túnica vaginal ó se infiltrase en el escroto, dando lugar en uno y otro caso á orquitis agudas de mayor ó menor trascendencia. Bajo este punto de vista, la aspiración del líquido inyectado es de un valor inapreciable.

El trocar que debe usarse es el ordinario, con su correspondiente punzón, y no el que carece de punzón por llevarlo en la cánula cortada en forma de pluma de escribir, pues fácilmente con éste podría punzarse la superficie interna de la vaginal en cualquier movimiento que hiciese el enfermo, ó bien después de haber extraído todo el líquido al ponerse en contacto las paredes opuestas.

Tiene además la ventaja de ser más cómodas todas las maniobras para el operador y el paciente, pues adaptando á la extremidad del trocar el tubo de goma que lleva el aparato se hacen con más desembarazo las inyecciones y aspiración del líquido.

El líquido que empleamos es la tintura de iodo de la F. E. iodurada. Interesa que la tintura esté bien preparada y no tenga ni más ni menos concentración que la de la fórmula de dicha Farmacopea, y debemos insistir sobre este punto porque no es infrecuente observar tinturas de iodo que no pueden emplearse con confianza, ya por ser muy escasa su concentración, ya por ser excesiva. Para evitar los inconvenientes que en uno y otro caso podrían resultar acostumbramos pedir siempre la tintura preparada según dicha fórmula, que es la siguiente:

Iodo	2 gramos.
Alcohol de 90°	29 gramos.

Dísuélvase y fíltrese.

A esta fórmula agregamos uno ó dos gramos de ioduro potásico y agua destilada en la proporción de una parte de tintura por dos de agua ó á partes iguales, siempre con la precaución de filtrar la disolución antes de emplearla. La cantidad de líquido que inyectamos varía con el volumen del hidrocele. Si es pequeño basta con 60 gramos, que es la capacidad que tiene la jeringa de nuestro aparato, y si es grande 120

ó 180 á lo más; es decir, que con una, dos ó tres inyecciones basta ordinariamente. Para hacerlas sucesivamente con comodidad se separa la jeringa del tubo de goma y un ayudante la carga mientras el operador sostiene la cánula del trocar y tapa la extremidad del tubo para que el líquido no se salga. Después de hecha la inyección ó inyecciones, el tiempo que dejamos el líquido en contacto con la vaginal varía con la sensación dolorosa que acusa el paciente, ordinariamente acostumbramos aguardar cinco ó seis minutos. Para evitar esta sensación dolorosa hemos ensayado en dos casos hacer previamente una ó dos inyecciones con 10 centigramos de cocaina por 30 ó 60 de agua; pero siendo el dolor tolerable, hemos renunciado á este medio por haber observado recidiva del padecimiento en los dos casos, recidiva que puede atribuirse, racionalmente á que las inyecciones de cocaina hagan menos eficaz la irritación que producimos en la vaginal por medio de la tintura. La cocaina creemos, sin embargo, que puede reservarse para los casos especiales en que los sujetos sean pusilánimes ó excesivamente nerviosos. El Dr. Suender ha ensayado también las inyecciones de cocaina y asegura que los resultados han sido satisfactorios por todos conceptos.

Analizando ahora el cuadro estadístico, tenemos el mismo número de operados del testículo izquierdo que del derecho, lo cual parece indicar que tienen ambos la misma propensión á enfermar ó que las causas actúan lo mismo en uno que en otro lado.

Rara vez aparece en los dos lados á la vez, pero sí puede aparecer en ambos con corto intervalo, lo cual hace que no sea infrecuente observar hidroceles dobles. En nuestra estadística figuran seis casos. Con relación á la edad de los operados nuestra estadística arroja las siguientes cifras:

De menos de 20 años	De 20 á 30	De 30 á 40	De 40 á 50	De 50 á 60	De 60 á 70	De 70 á 80
1	11	5	11	11	16	1

Esto demuestra que la enfermedad es muy rara antes de los 20 años. Sólo la hemos observado una vez en un niño de seis años. En los niños recién nacidos es bastante frecuente, pero desaparece espontáneamente á los pocos días del nacimiento. Antes de operar al referi-

do niño de seis años tuvimos alguna vacilación y temor por no encontrar ninguna indicación en los libros que consultamos acerca de la manera como debíamos proceder. Nos resolvimos por fin á operarle por tratarse de un hidrocele, que aunque lo tenía desde que salió á luz el niño, no era congénito en el concepto de no comunicarse la serosa del testículo con la peritoneal, pues colocándole en decúbito supino, y comprimiendo el tumor en la dirección del anillo, el líquido no pasaba á través de éste á la cavidad peritoneal. Por consiguiente, se trataba de un hidrocele ordinario bastante voluminoso en un niño de seis años y debía tratarse como el hidrocele del adulto con las modificaciones respecto á la dosis del medicamento correspondientes á la edad. En su virtud hicimos preparar una disolución de tintura de iodo en agua destilada al 1 por 5 y la cantidad proporcionada de ioduro potásico ó sea la fórmula siguiente:

Tintura de iodo de la F. E.	5 gramos.
Agua destilada	25 gramos.
Ioduro potásico.	20 centigramos.

Disuélvase y fíltrese.

Hecha la inyección con esta cantidad de líquido, próximamente equivalente á la serosidad extraída por la punción y dejada en la cavidad de la vaginal cuatro minutos, se obtuvo la curacion radical sin el menor accidente, y siguiendo la reabsorción la misma marcha que en los adultos, sin otra diferencia que la de ser más rápida, como desde luego podía preverse en atención á las circunstancias individuales.

La marcha que sigue la enfermedad después de la operación en la generalidad de los casos es la siguiente: A las 24 ó 48 horas el testículo aparece tan hinchado ó más que antes, debido á la reproducción del líquido, y generalmente algo dolorido á la presión. Después lentamente el líquido se va reabsorbiendo y este trabajo se halla completo entre los 10 y los 30 días, encontrándose pocas diferencias en relación con la edad, pues según nuestra estadística aparecen dadas las altas en la forma siguiente:

En los operados de 20 á 30 años, á los 11, 15, 16, 17, 20, 45, 46 y 60 días.

En los de 30 á 40, á los 10, 11, 19, 26 y 60 días.

En los de 40 á 50, á los 9, 10, 13, 23, 44, 49 y 55.

En los de 50 á 60, á los 7, 10, 12, 14, 20, 21, 29 y 60.

En los de 60 á 70, á los 7, 8, 9, 15, 16, 17, 22, 23, 44 y 60.

Es de notar que los casos en que ha pasado de los 30 días son los menos numerosos y esta lentitud en el restablecimiento del estado normal ó ha sido debida á orquitis aguda, de la cual figuran unos cuantos casos tratados eficazmente con una ó dos aplicaciones de sanguijuelas al cordón espermático, ó ha influido para la lentitud en la reabsorción alguna otra circunstancia que ahora vamos á mencionar.

Así en la serie de 30 á 40 y en la de 50 á 60 aparecen un caso en cada una en que la reabsorción se efectuó después de los 60 días por efecto de la inyección de cocaina para calmar el dolor. Los tres casos de la serie de 40 á 50 en que la reabsorción se hizo á 44, 49 y 50 días, se empleó el líquido poco concentrado, una parte de tintura por dos de agua y lo mismo sucedió en otro caso de la serie de 60 á 70. Y es que todos estos operados corresponden á fechas anteriores á los años 1880 y 81, en que de ordinario empleábamos soluciones al 1 por 3 y 1 por 2, y estos insucesos repetidos, nos obligaron á aumentar la dosis, empleando partes iguales de tintura de iodo y agua destilada, y desde entonces las reabsorciones lentas han sido menos frecuentes. Las complicaciones de orquitis se nos han presentado en sujetos robustos y de 20 á 30 años, á cuya circunstancia, y sobre todo á haber empleado la tintura de iodo sin filtrar como se hacía antiguamente, atribuimos dicha complicación, que por otra parte hace ya muchos años que no hemos observado en nuestros operados. La lentitud en la absorción es debida generalmente á no emplear la tintura lo debidamente concentrada y se la combate como nos ha sucedido en un caso, empleando después de los 30 á 40 días embocaciones al eseroto con la tintura de iodo. Otras veces ha bastado la punción simple hecha al dar el alta al enfermo para que el líquido no se haya reproducido.

Una cuestión que no dejó de preocuparnos la primera vez que lo intentamos es la de saber si dado un hidrocele doble podrán operarse á la vez ó en una sola sesión ambos testículos. Un sujeto se nos presentó solicitando que se le operase de ambos testículos para evitarse la molestia de prolongar su estancia en el Hospital ó de tener que volver pasado algún tiempo. Nos pareció prudente disuadirle de tal idea, mas no pudiendo conseguirlo, nos fué forzoso pensar si podría

complacersele sin riesgo. Considerando que la acción irritante de la tintura de iodo tiene tanto de viva y enérgica como de pasajera y fugaz, y considerando por otra parte que las orquitis producidas por ellas ceden bastante bien con las aplicaciones de sanguijuelas, y teniendo en cuenta que se trataba de un sujeto robusto, nos decidimos á operarle, empleando una disolución al 1 por 3; habiendo tenido la satisfacción de ver que no sobrevino accidente alguno. Siendo además lenta la reabsorción del líquido en las primeras operaciones, viendo que era tan inófensivo operar en uno como en los dos, aumentamos últimamente á partes iguales y obtuvimos una curación en 10 días.

No pensábamos mencionar siquiera las inyecciones con vino aromático que antiguamente se usaban, pero figurando en nuestra estadística un caso en que el sujeto se presentó en el hospital á pocos días de haber sido operado en su pueblo con las inyecciones de vino aromático, con un foco de supuración, y habiendo presenciado los mismos resultados en las clínicas de la Facultad de Medicina, puede decirse que con justicia han sido relegadas al olvido dichas inyecciones. Los accidentes inflamatorios determinados por las inyecciones de vino aromático creemos fuesen debidos á la infiltración del líquido en el tejido celular, y en este caso podrían remediarse operando con el aspirador, que permite extraer hasta la última gota de líquido. A pesar de esto, nunca nos hemos atrevido á ensayar esta clase de inyecciones, ni merece la pena, puesto que con las de tintura de iodo tenemos la seguridad de obtener la curación radical cuando no á la primera vez á la segunda, y en los casos especiales en que no se consiga la curación por este medio, tampoco puede obtenerse con otros de la misma categoría.

Estos casos especiales son aquellos en que hay engrosamiento considerable de la vaginal, de los cuales hemos visto un ejemplo que operamos mediante incisión por la sinemapria y dimos cuenta de él en un número de esta Revista.

En cuanto á los accidentes á que está expuesta la operación del hidrocele por inyección puede decirse que están reducidos á la orquitis aguda determinada, por ser excesiva la irritación determinada con el líquido inyectado ó por herir la glándula con la punta del trocar. Respecto á lo primero, ya hemos dicho que la orquitis cede bastante bien con las aplicaciones de sanguijuelas al cordón espermático y en cuanto á la punción sólo puede ocurrir por falta de precaución

en los casos en que por anomalía se encuentre el testículo situado á la parte anterior del escroto, y sabido es que se remedia esta falta fijando con claridad la situación exacta del testículo por el examen al trasluz suficientemente detenido. En los casos en que haya falta de transparencia por derrame de sangre ó por engrosamiento de la vaginal se evita la punción del testículo introduciendo el trocar con precaución, no en la parte anterior del tumor sino en una de las partes laterales. Dos veces nos ha ocurrido este accidente: en el primero hicimos la inyección por no habernos apercibido de que habíamos perforado el testículo hasta el momento de extraer la cánula, sobreviniendo de sus resultas una orquitis agudísima que combatimos eficazmente con dos aplicaciones de sanguijuelas, si bien quedó un aumento de volumen en la glándula algo mayor del que ordinariamente queda después de curada la enfermedad con las inyecciones iodo-ioduradas: en el segundo nos apercibimos de la perforación del teste en el momento de la introducción del trocar, por lo cual lo retiramos sin hacer la inyección después de haber evacuado el líquido y colocando un suspensorio tuvimos al enfermo en reposo unos días y no sobrevino inflamación.

Cuando el hidrocele coexiste con una hernia voluminosa ó que presente el anillo inguinal muy dilatado, debe renunciarse á la operación, pues en este caso sirve de medio contentivo el más eficaz de la hernia. Por no haber seguido esta conducta en un sujeto que operamos hace años, sobrevino, en cuanto se curó el hidrocele, una hernia enorme que no pudo contenerse con un braguero ordinario y que no sabemos si se contendría con un braguero especial que le recomendamos.

Hematocele

Dos casos hemos operado por la punción simple, uno de hematocele traumático y otro espontáneo. El primero era un sujeto que, padeciendo hidrocele, al montar á caballo sufrió el tumor una brusca compresión que rompió la túnica vaginal y sobrevino un gran derrame de sangre que se mezcló con el líquido del hidrocele, infiltrando al propio tiempo el escroto. Sufriendo el enfermo fuertes dolores se nos presentó á las pocas horas, y observando el testículo al trasluz

encontramos que había desaparecido la transparencia: en tal situación, temiendo que sobreviniese una inflamación difusa en el escroto, practicamos para evitarla la punción simple, teniendo la satisfacción de conseguir, no sólo el objetivo que nos habíamos propuesto, sino también la curación radical.

El segundo de hematocele espontáneo recayó en un individuo que presentaba un tumor voluminoso en el testículo que venía diagnosticado por un eminente cirujano de Madrid de sarcocele. Examinando el tumor presentaba fluctuación, pero por la sensación dolorosa que experimentaba el enfermo al comprimirle en la parte inferior y posterior se venía en conocimiento de que el testículo estaba aumentado de volumen. Examinando al trasluz, la falta de transparencia era completa, y como el diagnóstico indicado había sido hecho cuando el tumor era más pequeño y no había probablemente líquido en la cavidad vaginal, sospechamos que se trataba, ó de un hematocele ó de un hidrocele en una vaginal engrosada, y en ambos casos lo que principalmente había que tratar era el tumor y no la colección de líquido que sin duda alguna era sintomática. Sin embargo, para salir de dudas, propusimos al paciente la punción simple á título de exploradora y como medio de diagnóstico. y practicada, extrajimos unos 90 gramos de líquido sero-sanguinolento y nos encontramos con un testículo cuatro ó cinco veces mayor que el normal que ofrecía una dureza bastante considerable. En vista de esto, propusimos la castración, pues dada la edad del paciente era de creer que se tratase de un tumor maligno, mas no queriendo someterse á esta operación pidió el alta y se marchó á su pueblo. Pasados dos ó tres años encontramos por casualidad á un hijo del paciente y nos sorprendió con la noticia de que se había curado radicalmente en tres ó cuatro meses con la punción simple que le practicamos. Resistiéndonos á dar crédito á esta noticia hicimos que se nos presentase el mismo enfermo, en el cual tuvimos la satisfacción de comprobar la realidad de la curación. ¿Cómo explicarla? Pues confesando que nos equivocamos en el diagnóstico y que en vez de un tumor maligno era el padecimiento tan sólo una hipertrofia considerable del órgano, sobrevenida así como la hemorragia por causas desconocidas. Posteriormente hemos tenido ocasión de observar otro sujeto con una gran hipertrofia de un testículo, y en vez de aconsejarle desde luego la ablación del órgano, le sometimos al uso del ioduro potásico y en dos meses el órgano adqui-

rió gradualmente dimensiones algo menores que las normales; es decir, después de la hipertrofia sobrevino, como sucede ordinariamente, la atrofia, exactamente como en el caso anterior.

Tumores del testículo.—Castración

Los tumores sólidos del testículo designados con el nombre genérico de sarcoceles pueden ser simples ó benignos y malignos. Los primeros se refieren á los procesos crónicos de la inflamación, debidos á causas ya trahumáticas, ya específicas, como la sífilis ó el tubérculo; los segundos pertenecen á los grupos del sarcoma y cáncer. En la clínica es difícil distinguir una clase de tumores de otra y sólo podrá hacerse el diagnóstico atendiendo á los antecedentes y al curso que han seguido en su evolución.

La indicación de la extirpación del testículo ó castración puede presentarse en todo sarcocele, pero al paso que en los malignos no admite dilación sino que debe practicarse la operación cuanto antes mejor, en los benignos debe procederse con calma y no operar sino cuando no den resultado otros recursos terapéuticos: así, si se nos presenta una simple hipertrofia del testículo como las dos que hemos apuntado anteriormente, hipertrofias que se distinguen de las malignas, más que por nada, por encontrarse el órgano uniformemente aumentado de volumen, la castración debe aplazarse para cuando después de muchos meses se vea que no disminuye el tumor con los resolutivos usados *intus et extra*: si se trata de una orquitis crónica terminada por supuración y la formación de un fungus, se intentará la curación mediante curas bien hechas y la compresión metódica ó con la extirpación del tejido fungoso y si la supuración continuase y amenazase con la muerte por depauperación del organismo, se recurrirá á la ablación total del órgano: en el testículo sífilítico, la indicación fundamental es la de la sífilis constitucional, y sólo en casos excepcionales habrá necesidad de acudir á la castración: en el sarcocele escrufuloso ó tuberculoso, la indicación de operar es tan apremiante como en los malignos, pero á condición de que no haya indicio de tuberculosis en otros órganos y sobre todo pulmonar, pues en este caso la operación estará contraindicada.

Dada la necesidad de operar, debe tenerse en cuenta que la opera-

ción es grave y que está sujeta á dos clases de accidentes: unos durante la operación que puede decirse están reducidos á la hemorragia que sobreviene al hacer la sección del cordón espermático y otros consecutivos relacionados con la inflamación y supuración.

El accidente hemorragia ha sido estudiado por todos los prácticos con el mayor cuidado y atención, proponiendo diversos medios para combatirla, tales como la ligadura en masa, la ligadura de los vasos á medida que se van interesando, la constricción lineal, etc. Por nuestra parte, debemos decir que en las tres operaciones de esta clase que hemos practicado, dos que van anotadas en el cuadro y otra de fecha reciente, hemos empleado en el primero la ligadura en masa, en el segundo hicimos la sección con el termo-cauterio y en el tercero por la sinemapria. En todos hubo después una pequeña hemorragia que se cohibió bien con la compresión. Fué debida la hemorragia en el primer caso á que el cordón estaba muy engrosado, y en el momento de retraerse hacia el anillo inguinal se quitó la ligadura á pesar de habernos parecido que quedaba muy apretada; los vasos debieron quedar magullados con la compresión y la hemorragia fué pequeña, cohibiéndose pronto con la compresión hecha con los dedos. En el segundo la hemorragia fué más considerable debido á que hicimos la sección con demasiada rapidez y con el termo al rojo blanco, lo cual es equivalente á cortar con el bisturí, y para obtener efecto hemostático hay que proceder con lentitud y al rojo cereza para que las tónicas de los vasos se retraigan y no den sangre: hubo necesidad de emplear en su consecuencia para combatirla la compresión sobre el anillo inguinal con un braguero durante 24 horas, logrando la cicatrización de la herida por primera intención. En el tercero hicimos la sección con el hilo de tranza, procediendo con mucha lentitud, y á pesar de esto hubo una pequeña hemorragia que se cohibió con la compresión digital. Sin embargo quedaron coágulos en el anillo inguinal que dieron lugar á una inflamación afortunadamente circunscrita, pero con la formación de un foco de supuración que más tarde exigió un desbridamiento, curándose por fin el enfermo después de una larga supuración. En vista de todo opino que la hemorragia no es peligrosa, y que lo mejor para cohibirla es ligar con mucho cuidado vaso por vaso ó hacer la sección con el termo-cauterio en la forma indicada.

En cuanto á los accidentes inflamatorios nada tenemos que decir,

sino que requieren en esta operación los mismos cuidados que en todas las demás.

2.º—Operaciones del pene

Las operaciones que recaen sobre este órgano, unas veces afectan tan sólo á algunos de los elementos que lo constituyen como el prepucio, el glande, el meato urinario, etc., y otras á la totalidad. Entre las primeras tenemos el fimosis y parafimosis, la imperforación del meato urinario, las vegetaciones ó berrugas que tienen de ordinario su asiento en el glande y otras análogas, y entre las segundas la amputación.

Fimosis

Congénita ó adquirida cuando existe una estrechez en el prepucio tal, que no permita poner al descubierto cómodamente el glande, está indicada la operación del fimosis para evitar los accidentes que lleva consigo, accidentes que desde muy antiguo exigieron la intervención de la terapéutica activa, como lo prueba la costumbre de la circuncisión entre los pueblos orientales, que en el hebreo fué elevada á la categoría de precepto religioso.

La indicación de operar será más ó menos urgente según que se haga con un fin puramente profiláctico, ó con el de remediar accidentes variados que hayan sobrevenido en consecuencia de la estrechez, ó en fin, para combatir eficazmente alguna enfermedad.

De cualquier manera, á cuatro pueden reducirse los métodos seguidos para operar el fimosis, incisión, excisión, circuncisión y dilatación forzadas, describiéndose además en los libros de Cirugía infinidad de procedimientos para la más perfecta ejecución. La gravedad de la operación no justifica en verdad, como sucede en otras, el lujo de procedimientos que para ella existen, ni tampoco los insucesos ó reveses, puesto que considerada en sí es de las más leves y por todos puede llegarse á un resultado satisfactorio. Sin embargo, la justificación se encuentra en la Estética quirúrgica que no está reñida ordinariamente, y mucho menos en este caso, con el bien de los pacientes.

En nuestra práctica, como método general, hemos adoptado la incisión dorsal, seguida de puntos de sutura á uno y otro borde de la incisión entre la mucosa y la piel, prolongando más ó menos la incisión hacia el surco balano prepucial según el grado de estrechez y teniendo cuidado de seccionar el frenillo que ordinariamente está muy desarrollado y llega desde la corona del balano hasta el meato urinario. De este modo queda una abertura suficiente para descubrir cómodamente el balano y no resulta una deformidad notable. Mas cuando el prepucio está muy prolongado damos la preferencia á la circuncisión, haciendo la sección de la piel sobrante de un solo tajo de bisturí previamente sujeta á la altura de la corona del glande con una pinza ordinaria de presión, y dando después puntos de sutura entre la mucosa y la piel todo alrededor. Si después de separar la piel sobrante no se llegase en el primer corte hasta la mucosa y todavía quedase estrecha la abertura, se completa la operación practicando la incisión dorsal con los correspondientes puntos de sutura.

Cuando existen en el glande vejetaciones ó úlceras venéreas, practicamos la incisión dorsal, pero no damos puntos de sutura porque suele haber inflamación, sin que hayamos observado que esta manera de proceder tenga el inconveniente de extenderse la infección venérea á los bordes de la incisión, antes por el contrario, hemos visto que se ha curado mucho más pronto la úlcera venérea.

El mayor tropiezo con que puede encontrarse el práctico al realizar esta operación es la adherencia total ó parcial de la mucosa al balano, pudiendo darse el caso de que no exista mucosa. En tal situación, lo que procede hacer es, después de la circuncisión, si hay prepucio sobrante, practicar la disección minuciosa de la mucosa ó la piel hasta el cuello del glande y en seguida recubrir éste con una compresa ó un pedazo de seda protectora para que no adhieran entre sí las dos superficies cruentas y quede el glande completamente independiente de la cubierta de piel ó mucosa á que estaba adherido.

Todavía puede darse en el fimosis congénito otro accidente de mucha mayor gravedad, cual es, que en consecuencia de las repetidas irritaciones producidas por la dificultad en la emisión de la orina, se haya ido estrechando el meato urinario hasta llegar á desaparecer por soldadura de sus dos labios. Dos veces nos ha ocurrido en nuestra práctica este percance. El primero en un muchacho sifítico que, después de haber sufrido los más variados accidentes de la

sífilis, se le presentaron placas mucosas en el balano; teniendo un fimosis congénito, y de resultas de ellas se obturó por completo el meato urinario y sobrevino una retención de orina. Llamado á remediarla á las altas horas de la noche, practiqué primero la incisión dorsal, y encontrando el balano ulcerado pero sin meato urinario, hice en el sitio donde debía haber existido éste una punción con el trocar capilar, habiendo tenido la fortuna de penetrar directamente en la uretra; en seguida dilaté la abertura con una sonda cónica de goma, y de este modo pudo el enfermo orinar y quedarse completamente tranquilo. Para que no volviese á repetirse le dejé la sonda, encargándole la introdujese en el nuevo meato varias veces al día. El segundo caso es el anotado en el cuadro y se refiere á un sujeto de más de 60 años, dependiente de nuestro Hospital, que en consecuencia de un fimosis congénito toda su vida había tenido dificultad para orinar, pero se había aguantado sin revelar su enfermedad á nadie; las dificultades habían ido en aumento y hacía ya ocho ó diez meses que no orinaba por el miembro, sino por una fístula que tenía en la región perineal. Habiendo ingresado en nuestra sección principiamos por operarle el fimosis á fin de averigar cuál era la causa de la fístula, y encontrándonos con que había desaparecido el meato urinario y una porción de la uretra, para restablecer el conducto hicimos la punción con un trocar y luego agrandamos la abertura con una candelilla cónica; después principiamos á efectuar el cateterismo para dilatar suficientemente el conducto hasta pasar una sonda de Nelatón de bastante grueso y dejársela permanente hasta hacer desaparecer la fístula, pero el enfermo no quiso someterse al tratamiento y pidió el alta.

La operación de fimosis es una de las que mejor se prestan á ser practicadas con anestesia local, por la cocaina, como lo demuestra el caso publicado en el núm. 2 de esta Revista, páginas 56 y 57.

Parafimosis

Cuando existe una estrechez del prepucio y se descubre el balano, sucede con frecuencia que no puede reducirse á su posición normal, y en su consecuencia sobreviene una constricción tan fuerte por encima del surco balano prepucial, que el glande se aumenta extraordinariamente de volumen y lo mismo el prepucio en consecuencia del

edema, apareciendo en el sitio de la estrangulación un surco que es el punto de partida de una ulceración que no tarda en sobrevenir con todos los síntomas de la gangrena por compresión que, más tarde daría lugar á la mortificación de la piel cuando menos. La primera vez que observamos este accidente fué en un sujeto que padecía úlceras venéreas, y para remediar la estrangulación practicamos una incisión en la cara dorsal en el sitio de la estrangulación, curando el paciente después de un período de supuración bastante prolongado y de la eliminación de la piel mortificada.

No nos ocurrió después de seccionar el anillo constrictor, hacer la reducción del glande que es la práctica constante que hemos seguido en los casos sucesivos. Procediendo así los accidentes inflamatorios desaparecen en seguida, no supura apenas la herida del desbridamiento y no llega á mortificarse la piel. Actualmente y desde hace 10 años, todavía seguimos una práctica mucho más sencilla: cualquiera que sea la fecha de la estrangulación, intentamos la reducción forzada, y conseguida, todos los accidentes de la estrangulación desaparecen, cicatrizando en breve la ulceración existente en el surco constrictor. Hay que confesar que en algunas ocasiones la reducción es tan dolorosa que hay que acudir al cloroformo; aun así, en un caso de parafinosis reciente no pudimos hacer la reducción, teniendo que recurrir á la incisión dorsal seguida de reducción inmediata, con lo cual el enfermo se curó brevemente.

Amputación del pene

Esta operación está indicada en el epitelioma del pene, cuyo asiento ordinario es el glande ó el surco balano-prepucial, desde donde se extiende á la uretra y cuerpos cavernosos. También lo está en afecciones benignas del miembro cuando por su naturaleza han afectado gravemente la integridad de la uretra y cuerpos cavernosos. En uno de los casos anotados en el cuadro (el núm. 98) se trataba de un padecimiento de esta clase; se nos presentó un sujeto, de 64 años de edad, con un fimosis congénito, en consecuencia del cual y de la falta de limpieza se habían formado en el glande una infinidad de orificios re-

cubiertos de vegetaciones, por los cuales salía la orina sin duda por haberse obturado el meato urinario. La orina además, habiéndose infiltrado entre la piel y los cuerpos cavernosos, había formado varios trayectos fistulosos desde el prepucio á la raíz del miembro. A su ingreso en el Hospital el padecimiento tenía ya una historia muy larga, y estando destruido el glande y parte de la uretra y afectados gran parte de los cuerpos cavernosos, aunque no se trataba de una producción cancerosa, conceptuamos indicada la estirpación del pene por cerca de su raíz, con lo cual y la incisión de los trayectos cutáneos existentes desde el muñón, en un mes salió el enfermo curado.

La amputación es fácil y no ofrece en su ejecución serias dificultades ni peligros. Después de la operación, además de estar sujeta á los accidentes de todas las heridas, como son la infección, la erisipela etcétera hay un accidente que con justo motivo ha preocupado la atención de los prácticos, cual es la estrechez de uretra por la retracción que sufre al ser seccionado este órgano y al cicatrizar la herida. Practicando la operación por el procedimiento ordinario, hemos observado dos veces en nuestros operados la estrechez que les obligó á volver al Hospital, y en otro enfermo de esta ciudad operado en Madrid por el Dr. Olivares hemos tenido ocasión también de observarla igualmente.

El tratamiento en estos casos consiste en la dilatación gradual con candelillas cónicas durante un mes cuando menos, y después, para evitar las recidivas tan frecuentes en toda estrechez, tenemos la costumbre de dar á nuestros operados una candelilla cónica para que con frecuencia se sondéen.

Para evitar el inconveniente de la estrechez, en dos casos hemos empleado con buen éxito al parecer, pues que nuestros operados no han vuelto al Hospital á pesar de encargárselo al darles el alta, el procedimiento de Rizzolli, que consiste (1) en cortar la uretra en bisel de atrás adelante hasta llegar á los cuerpos cavernosos, dirigiendo en seguida el corte del instrumento perpendicularmente hacia arriba, retrayendo la piel de la cara dorsal hacia el pubis y la de la parte inferior hacia el glande.

(1) Memorias de Cirugía y Obstetricia de Rizzolli, traducción española del Doctor Ustáriz, tomo 2.º, página 48.

De este modo queda una herida que tiene un colgajo de piel suficiente para cubrir el cuerpo cavernoso y con la pérdida de sustancia que se produce en la parte inferior no se adhiere la piel á la uretra, que es la causa de la estrechez y obliteración.

En otro caso hemos disecado como se aconseja en la Medicina operatoria de Malgaigne un centímetro de mucosa y la hemos suturado con la piel hasta cubrir en lo posible la herida de los cuerpos cavernosos. El resultado fué también satisfactorio, pero tiene este procedimiento el inconveniente de ser mucho más difícil y embarazoso que el de Rizzoli.

La operación, por lo demás, debe considerarse como grave, pues si bien en los seis casos anotados en el cuadro no sobrevino complicación alguna, en dos casos de fecha reciente sobrevino una inflamación difusa que en uno se propagó bajo la forma de erisipela flegmonosa hasta el vientre, ocasionando la muerte del enfermo, y en el otro se limitó merced á un desbridamiento que hicimos por la cara dorsal del muñón hasta la raíz del miembro, encontrándose el enfermo en vías de curación.

Operaciones del aparato

1.º—Del

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICO.
1 Román Gutiérrez..	Toledo.	67	V.	Hidrocele en ambos testículos.
2 Saturnino Gallego.	Id..	50	C.	Id. testículo izquierdo..
3 Juan Maestre..	Id..	»	»	Id. derecho.
4 Pablo Bejerano..	Gálvez.	50	C.	Id. izquierdo..
5 Lucio Sánchez.	Navalucillos.	21	S.	Id. id...
6 Ciriaco García.	Gálvez.	67	C.	Id. derecho.
7 Mariano Sobrino.	Id..	44	V.	Id. id. con hernia voluminosa..
8 Vicente R. Cuartero..	Ajofrín.	50	C.	Id. id...
9 Lucio Sánchez..	Navalucillos.	23	S.	Id. derecho.
10 José M.ª Molina.	Campillo de las Arenas.	62	C.	Id. id...
11 Julián Gómez..	Mocejón..	47	C.	Id. izquierdo..
12 Zoilo Martín.	Toledo.	64	C.	Id. id...
13 José Beriaul..	Ocaña.	45	S.	Id. id...
14 Narciso Rodríguez.	Mondoñedo (Lugo)..	60	C.	Id. voluminoso...
15 Francisco Patiño..	Polán..	55	V.	Hidrocele..
16 Deogracias Fernández.	Toledo.	62	C.	Id. derecho.
17 Francisco Coca.	Id..	26	S.	Id. izquierdo..
18 Francisco Díaz.	Almonacid.	41	V.	Id. id..
19 Mariano Sobrino..	Gálvez.	48	V.	Id. doble, reproducido en el lado derecho después de la operación del año anterior...
20 Florentino G. Barajas.	Arcicollar.	53	C.	Hemato hidrocele derecho.—Sarcocele...
21 Pedro Yuste.	Yuncillos.	37	C.	Hidrocele ambos testiculos.
22 Manuel Munteca.	Entrambasaguas (Santander).	24	S.	Id. derecho.
23 Ildefonso Núñez.	Urda..	48	C.	Id. izquierdo..
24 Francisco Galán.	Gálvez.	62	C.	Id. id...
25 Vicente Gómez.	Argés.	69	C.	Id. voluminoso derecho.

genital del hombre

testículo

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Punción é inyección en ambos: una sola sesión, á un tercio de tintura de iodo.	»	4 Feb. 74	20 Mar74	Curación.
Punción é inyección á un tercio..	»	2 Mar. 74	14 Mar74	Id.
Id. id..	»	14May74	24May74	Id.
Id. id..	»	12Sbre74	10 Oct.74	Id.
Id. id..	»	6Sbre.74	24 Oct.74	Curación precedida de orquitis, tratada con una aplicación de sanguijuelas.
Id. id.	»	2 May 75	17May75	Curación.
Id. id..	»	2 May75	15May75	Id.
Id. id. á medio.	»	15Mar.76	22 Mar76	Id.
Id. id..	»	22 Ab.76	9 May.76	Curación (orquitis consecutiva tratada con una aplicación de sanguijuelas.)
Id. id. á un tercio.	»	9 Mar. 77	21 Mar77	Curación.
Id. id..	»	2Abril77	21May77	Id.
Id. id..	»	4 Jun. 77	13Jun.77	Id.
Id. id..	»	12Jun.77	26 Jul. 77	Id.
Punción simple..	»	15Jun.78	17Jun.78	Id. paliativa.
Punción é inyección iodada á un tercio.	20Sbre78	8 Nov.78	20Nov 78	Curación.
Id. id..	15Mar.79	15Mar79	6Abril 79	Id.
Id. id..	28Mar.79	29Mar79	9Abril 79	Id.
Id. id..	20 Ab. 79	21 Ab. 79	22 Ab. 79	Alta pedida.
Id. id..	21Mar.79	22Mar79	16May79	Curación.
Punción simple exploradora..	8 En. 80	8 En. 80	28 En. 80	Alta pedida (curación espontánea dos años después.)
Punción é inyección en ambos á un tercio.	28Feb.80	28Feb.80	26 Mar80	Curación.
Id. id..	20Mar80	31Mar80	26May80	Id.
Id. id. á medio.	8 May80	8 May 80	31May80	Id.
Id. id. á un tercio.	7 Abril80	7Abril80	22 Ab. 80	Id.
Id. id. á medio.	13Jun.80	14Jun.80	1.ºJul.80	Id. (punción simple al tomar el alta por no haberse reabsorbido.)

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICO.
26 Natalio Yuste..	Yuncillos..	31	C.	Id. izquierdo..
27 Marcelino Lobato..	Nambroca..	64	C.	Id. id...
28 Isidoro Garrido..	Chozas de Canales..	64	V.	Id. id...
29 Manuel Díaz..	Yuncillos..	73	V.	Hidrocele doble..
30 Patricio García..	Bargas..	57	C.	Hemato-hidrocele trahumático..
31 Eugenio Ortega..	Villaseca de la Sagra..	48	C.	Hidrocele doble..
32 Pedro F. Sánchez...	Navahermosa..	39	C.	Id. derecho..
33 Jesús Romero..	Madridejos..	50	V.	Id. id...
34 Gaspar G. de la Cruz..	Consuegra..	64	V.	Hidrocele testículo derecho..
35 Manuel Sánchez..	Mora..	22	S.	Id. izquierdo..
36 Ciriaco Parrillas..	Abadejo (Cuenca)	36	C.	Id. id...
37 Lope Alvarez..	Fuensalida..	48	C.	Id. id...
38 Patricio García..	Bargas..	60	V.	Id. derecho..
39 Felipe Rodríguez..	Toledo..	51	S.	Id. izquierdo..
40 Pedro Toledo..	Villarrubia de los Ojos..	23	S.	Id. derecho..
41 Nicasio Ortega..	San Pablo..	65	C.	Id. izquierdo..
42 Natalio Escribano..	Guadamur..	»	»	Id. derecho..
43 Eugenio Redondo..	Mocejón..	66	C.	Id. izquierdo..
44 Esteban Pérez..	Navahermosa..	45	C.	Id. id..
45 Aniceto Lozano..	Toledo..	53	S.	Id. derecho..
46 N. Dolores..	Nambroca..	65	V.	Id. doble...
47 Cesáreo Cánovas..	Botija (Cáceres)..	26	S.	Id. izquierdo..
48 N. N..	Madrid..	24	S.	Id. id...
49 N. N..	Toledo..	65	C.	Id. derecho..
50 J. F..	Id..	40	C.	Id. id...
51 Manuel García Pérez..	Cáceres..	20	S.	Id. izquierdo..
52 Hijo de G. Díaz..	Villaseca..	6	»	Id. id...
53 P. R..	Toledo..	22	S.	Id. derecho..
54 P. R..	Id..	22	S.	Hidrocele reproducido derecho..
55 D. N. N..	Barciencia..	56	S.	Hidrocele derecho con hernia voluminosa del mismo lado..
56 D. G. D. D..	Villaseca..	32	C.	Id. derecho...
57 D. S. R. H..	Navahermosa..	55	C.	Id. izquierdo..

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Id. id..	28 Ag. 80	30 Ag. 80	10 Set. 80	Curación.
Id. id..	26 Oct. 80	29 Oct. 80	5 Nov. 80	Id.
Id. id. á un tercio..	14 Feb. 81	12 Mar. 81	13 Ab. 81	Defunción de erisipela en la pierna derecha.
Id. ambos á un tercio..	1.º Ag. 81	2 Ag. 81	19 Ag. 81	Curación (reabsorción incompleta.)
Id. id..	10 Oct. 81	20 Oct. 81	12 Nov. 81	Curación (induración testículo.)
Id. ambos á partes iguales..	10 Ab. 82	10 Ab. 82	20 Ab. 82	Curación.
Id. id..	7 Jun. 82	9 Jun. 82	26 Jun. 82	Id.
Id. id..	30 Ab. 83	2 May. 83	16 May. 83	Id.
Punción é inyección iodada á partes iguales..	28 May. 83	28 May. 83	14 Jun. 83	Id.
Id. id..	23 En. 83	2 May. 83	16 Jun. 83	Id.
Id. id..	27 Mar. 84	28 Mar. 84	7 Abril. 84	Id.
Id. id..	5 May. 85	6 May. 85	15 May. 85	Id. (reabsorción incompleta).
Id. id..	26 En. 86	3 Feb. 86	26 Feb. 86	Id.
Id. id..	3 Ag. 86	4 Ag. 86	25 Ag. 86	Id.
Id. id..	23 Ag. 86	23 Ag. 86	8 Set. 86	Id.
Id. id..	30 Ab. 87	1º May. 87	9 May. 87	Id.
Id. id..	19 Ab. 87	20 Ab. 87	5 Jun. 87	Id.
Id. id..	4 Jun. 87	4 Jun. 87	12 Jun. 87	Id.
Id. id..	19 Set. 87	24 Set. 87	4 Oct. 87	Id. (incompleta).
Punción simple por haber perforado el testículo..	26 Set. 87	27 Set. 87	5 Oct. 87	En el mismo estado (sin inflamación).
Punción é inyección á un tercio en ambos..	»	Agost. 77	»	Curación (reabsorción después de 60 días.)
Id. id..	»	Enero 69	»	Curación precedida de orquitis.
Id. id..	»	Mayo 71	»	Curación.
Id. id..	»	Octub. 77	»	Id.
Id. id..	»	Junio 78	»	Id.
Id. id..	»	Octub. 82	»	Id.
Id. id. al 1 por 5..	»	Mayo 82	»	Id.
Id. id. á un tercio..	»	Abril 85	»	Reproducción.
Punción é inyección á part. iguales	»	Mayo 85	»	Curación.
Id. id..	»	Mar. 87	»	Id.
Punción é inyección á partes iguales precedida de inyección de 10 centigramos de cocaina.....	»	Febr. 88	»	Id. (después de más de 60 días.)
Id. id. id..	»	Abril 88	»	Id. id.

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICO.
58 Anacleto Manzanares.	Id.	45	C.	Orquitis en supuración de un hidrocele operado con inyección de vino aromático.
59 Manuel Sánchez. . . .	Mora	22	S.	Orquitis supurada con varios trayectos fistulosos.
60 Cayetano Organero. . .	Puebla de D. Fadrique.	23	S.	Sarcocele de gran volumen, testículo derecho rebelde á la medicación resolutive energética. . .
61 N. N.	Madrid	40	C.	Carcinoma del testículo.

2.º—De

62 Julián Juarizti.	Toledo.	50	C.	Fimosis.
63 Alejandro Zavala. . . .	Perales de Tajuña	18	S.	Fimosis y úlcera venérea.
64 Braulio Escobar.	Toledo.	»	»	Fimosis.
65 Benigno Barceló.	Id.	52	V.	Fimosis y vegetaciones en el glande
66 Vicente Alonso.	Id.	19	S.	Elefantiasis del pene y fimosis. . .
67 Marcelino López.	Torrijos.	22	S.	Fimosis.
68 Ezequiel Agujetas. . . .	Ubeda.	23	S.	Fimosis y úlceras venéreas.
69 Francisco C. y Gómez. . .	Talavera.	19	S.	Fimosis y vegetaciones.
70 Mariano Barroso.	Toledo.	18	S.	Hemorragia y fimosis.
71 Marcelo R. y Negro.	Bargas.	23	S.	Fimosis.
72 Nicolás Martín.	Ventas con Peña Aguilera.	22	S.	Fimosis.
73 Domingo Escobar.	Menasalbas	17	S.	Fimosis y úlcera venérea.
74 Manuel Sánchez.	Sonseca.	27	S.	Úlceras venéreas y fimosis.
75 Benito Acuña.	Portela (Portugal).	25	S.	Úlceras venéreas y fimosis.
76 Gabino Díaz.	Villa morisco (León).	64	V.	Fimosis congenito-obturbación completa del meato urinario.—Fístula escroto perineal consecutiva.

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Varias punciones simples del foco y después dilatación con el bisturí.	19 May 81	»	1.º Ag. 81	Curación.
Incisiones.	21 Jul. 82	»	11 Oct. 82	Id.
Castración.—Sección del cordón con el termo-cauterio; hemorragia cohibida con la aplicación de un braguero.	24 Ab. 84	25 Abl. 84	12 Jun. 84	Id.
Id.—Ligaduras en masa del cordón. Pequeña hemorragia cohibida con la compresión digital.	»	Julio 72	»	Defunción de infección purulenta.
<i>pene</i>				
Procedimiento de Velpeau.	»	20 Jul. 73	8 Agt. 73	Curación.
Incisión dorsal.	»	28 Jul. 73	31 Agt. 73	Id.
Id. id.	»	2 Jul. 73	26 Agt 73	Id.
Procedimiento de Cloquet para el fimosis.—Excisión de las vegetaciones con la tijera.	»	3 En.º 74	21 En.º 74	Id.
Incisión dorsal.	»	16 May 74	6 Jul. 74	Id.
Id. dorsal y sutura.	»	Ener. 78	20 Feb 78	Id.
Id. id.	1.º Oct. 78	8 Nov. 78	25 Nov 78	Id.
Id. dorsal y excisión.	20 Oct. 79	20 Nov 79	7 Dic. 79	Id.
Id. dorsal.	30 Set. 83	30 Octb. 83	30 Nov 83	Id.
Circuncisión y 6 puntos de sutura.	18 Agt. 82	19 Agt. 82	24 Agt 82	Id.
Incisión dorsal.	30 Set. 83	3 Oct. 83	30 Nov 83	Id.
Id. lateral.	3 Dic. 83	4 Dic. 83	31 Dic. 83	Id.
Id. dorsal.	27 En.º 84	1.º Feb 84	13 Feb 84	Id.
Id. id.	5 En.º 84	20 En.º 84	2 Mar. 84	Id.
Id. id.—Punción con un trocar para restablecer el meato urinario y una porción de uretra.	22 Feb. 87	24 Feb. 87	15 Ab. 87	Alta pedida con alivio, pero quedándole la fístula por inconstancia en el tratamiento.

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICO.
77 Inocente Casas.	Toledo.	19	S.	Fimosis.
78 Venancio López.	Salmeroncillo (Guadalajara).	22	S.	Fimosis y úlceras venéreas.
79 Pedro Alvarez.	Fuensalida.	47	V.	Trayecto fistuloso entre la piel y cuerpos cavernosos, cara dorsal desde el balano al pubis.
80 Amador Conejo.	Gálvez.	14	»	Fimosis.
81 Cesáreo Rodríguez.	Menasalbas.	45	C.	Id.
82 José Mora.	Toledo.	10	»	Id.
83 N. N.	Id.	24	S.	Id.
84 Mariano Gutiérrez.	Ventas con Peña Aguilera.	14	»	Id. congénito.
85 N. N.	Toledo.	64	S.	Chanero fagedémico y fimosis.
86 N. N.	Id.	25	S.	Fimosis congénito.
87 Antonio C. y Díaz.	Betanzos.	40	C.	Fimosis y vegetaciones.
88 Braulio Cebadero.	Toledo.	38	C.	Parafimosis y blenorragia.
89 Vicente Palencia.	Mazarambroz.	20	S.	Id. y úlceras venéreas.
90 Crispulo Pérez.	Polán.	22	S.	Id.
91 José Perales.	Avila.	33	S.	Úlceras venéreas y parafimosis notabilísimo.
92 Gregorio G. Sáez.	Toledo.	31	»	Chanero en el glande. Parafimosis.
93 Celedonio Marín.	Villasequilla.	32	S.	Parafimosis.
94 Benigno Cobos.	Nombela.	44	C.	Vegetaciones en el glande.
95 José Herradón.	Carpio de Tajo.	59	C.	Epitelioma del glande.
96 Atanasio Agudo.	Torrijos.	34	S.	Epitelioma ulcerado del glande.
97 Francisco Díaz.	Novés.	54	C.	Úlcera carcinomatosa del pene.
98 Justo Vega.	Mascaraque.	64	S.	Fístulas urinarias con trayectos múltiples y vegetaciones fungosas desde el glande a la raíz del miembro.
99 Benigno Cobos.	Nombela.	44	C.	Epitelioma del glande.
100 Tomás Moreno.	Noez.	53	V.	Epitelioma ulcerado del pene.
101 Antonio Castro.	Sevilla.	66	»	Epitelioma del glande.

Operación — Método. — Procedimiento.	Fecha del ingreso.	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Id. lateral puntos de sutura.	19 Feb 85	20 Feb 85	13 Mar 85	Curación.
Id. dorsal.	30 Nov 84	28 En. 85	24 Mar 85	Id.
Id. id. y puntos de sutura.	22 Jun. 85	25 Jun 85	20 Oct. 85	Id.
Id. id.	6 Feb. 87	6 Feb. 87	19 Feb 87	Id.
Id. id.	28 Set. 87	29 Set. 87	26 Oct. 87	Id.
Id. id.	»	Enero 77	»	Id.
Id. id.	»	Abril 78	»	Id.
Id. id.	»	Enero 84	»	Id.
Id. id.	»	Nbre. 85	»	Id.
Id. id.	»	4 Abr. 86	»	Id.
Id. id. y excisión.	8 May 80	10 May 80	5 Jun. 80	Id.
Tentativas de reducción.—Incisiones.	»	29 Mar 76	16 Ab. 76	Id.
Id. id.	»	27 May 76	6 Jul. 76	Id.
Incisión.	»	17 Ab. 77	1 May. 77	Id.
Reducción forzada.	25 Abr. 80	25 Abr 80	2 May. 80	Id.
Id. id. después de 3 días.	5 Abr. 81	5 Abr. 81	27 Abr. 81	Id.
Incisiones.	3 Set. 83	3 Set. 83	16 Set. 83	Id.
Excisión y cauterización.	»	Junio 77	12 Jul. 77	Id.
Amputación del pene por la mitad.	»	5 Jul. 73	6 Agt. 73	Id.
Amputación por el tercio inferior.	»	30 Set. 73	25 Oct. 73	Id.
Id. id.	»	27 Agt 75	19 Set. 75	Curación. (Quedó estrechez de la uretra que se combatió con la dilatación gradual.)
Id. de todo el miembro.	»	5 Abr. 78	16 May 78	Id. (Id. id.)
Id. de la mitad.	»	21 Mar 78	7 May 78	Id.
Id. de lamitad. Proced. de Rizzoli	15 Nov 80	3 Dic. 80	27 Dic. 80	Id.
Id. id.	28 Feb. 81	15 Mar. 81	20 Mar 81	Id.

BIBLIOGRAFÍA

ENSAYO DE CLASIFICACIÓN ANATOMO-PATOLÓGICO DE LAS VESANIAS

Bajo este modesto epígrafe ha publicado el ilustrado mentalista D. Arturo Garcerán Granés, médico-director del manicomio de San Baudilio de Llobregat, una Memoria notabilísima que fué leída en el Congreso Internacional de Ciencias médicas de Barcelona en el año próximo pasado, y en la cual hace una verdadera y completa clasificación de las vesanias.

Como es sabido, existen seis métodos fundamentales para la clasificación de las enfermedades mentales: el anatómico, el fisiológico, el etiológico, el psicológico, el patológico y el sintomatológico; pero el autor, conocedor de las deficiencias que tendría una clasificación que se asentara sobre cualquiera de ellos exclusivamente, rompe la tradición, y con un criterio más elevado en perfecta armonía con los modernos adelantos de nuestra ciencia, establece su clasificación fundamentada en la anatomo-patología, punto de partida altamente científico, sin dejar de ser filosófico.

Cuando se conocen el sitio ó terreno invadido por el mal, la lesión anatómica, la etiología y las manifestaciones clínicas de la enfermedad, es indudable que llegaremos á formarnos un verdadero, científico y completo concepto de la misma.

Sobre esta base, formada por estos cuatro principios fundamentales, establece el Dr. Garcerán su clasificación, probando con facilidad y sólidos razonamientos científicos que es enteramente lógico clasificar las vesanias atendiendo preferentemente á los datos anatomo-patológicos.

Con esta manera de apreciación nada ecléctica ni artificiosa se separa el Dr. Garcerán de la rutina establecida por la generalidad de los mentalistas en sus clasificaciones, procurando elevar en este punto á la frenopatología, á la altura que reclaman los conocimientos médicos modernos.

Seguidamente y para terminar este incompleto juicio crítico, copio las conclusiones de la Memoria que me ocupa, en la seguridad de que lo agradecerán los suscritores de este periódico.

Conclusiones. «1.^a—Que en la actualidad es posible asentar una clasificación de las vesanias sobre el sólido fundamento de la anatomía patológica, completado por el de la semiología y la etiología: el primero demuestra la razón de ser de la enfermedad, el segundo la manera de exteriorizarse y sitio donde radica, y el tercero su naturaleza.

»2.^a El fundamento topográfico de las vesanias es científicamente demostrable por numerosos datos de anatomía, fisiología experimental y patología. Por su medio es dable con todo rigor científico clasificar las vesanias en dos grandes clases: 1.^a, vesanias localiza-

»das, y 2.^a vesanias difusas. Las localizadas se dividen en cuatro
»sub-clases: (a) peri-encefalitis frontales; (b) fronto-parietales; (c)
»parieto-occipitales y (d) temporo-occipitales.

»Las difusas, á su vez, según sea el elemento anatómico por el que
»tiene acción electiva la causa productora de la lesión, se dividen
»también en cuatro sub-clases: (a) peri-encefalitis difusas, vasculares;
»(b) paren-quimatosas; (c) intersticiales, y (d) *totius substantiæ*.

»3.^a Fundamento anatomo-patológico.

»La corteza cerebral puede ser el punto de residencia de todas las
»lesiones estáticas ó dinámicas que afectan al tejido nervioso. Para la
»determinación de la especie morbosa vesánica bajo el punto de
»vista anatomo-patológico, precisa fijar la lesión fundamental, el
»*subtractum anatómico*.

»Las vesanias así determinadas de la clase de las localizadas son:

»I. La parálisis general progresiva, cuyo *subtractum material* es
»la *peri-meningo-encefalitis frontal degenerativa*.

»II. Las *ideofrencias*, que comprenden la exaltación maníaca, la
»manía general aguda, el delirio megalománico y la melancolía deli-
»rante, todas las cuales son *peri-meningo-encefalitis frontales hiperé-
»micas*.

»III. La *locura sensitiva*, cuyas especies alucinatoria y orgánica
»comprenden muchas variedades de lipemania, tales como la aluci-
»natoria visual, la psico-hiperestésica, la ansiosa, la nostálgica, deses-
»perativa, escrupulosa, de la duda, etc., obedece á la *peri-meningo-
»encefalitis fronto-parietal crónica-exudativa*.

»IV. La *locura sensorial*, con sus variantes alucinatorias, hipo-
»condriaca, dipsomana, acenestésica, á la *peri-meningo-encefalitis
temporo-occipital crónica*.

»V. La *locura sistematizada progresiva* es, sin duda, una *peri-me-
»ningo-encefalitis esfenoidal de carácter evolutivo*.

»VI. La *demencia melancólica*, especie vesánica fijada por Mai-
»ret, consiste en una *peri-meningo-encefalitis esfeno-basilar degene-
»rativa*.

»VII. Las peri-encefalitis difusas *vasculares* son isquémicas, neu-
»ro-paralíticas ó inhibitorias, producidas por hiperestesias nerviosas.
»Sus especies son la melancolía simple, el estupor, las ilusiones y
»alucinaciones ópticas y acústicas, las locuras neuropáticas, las geni-
»tales, gastro-intestinales, hepáticas, cardíacas, etc., y las locuras por
»ateroma.

»VIII. Las peri-encefalitis difusas *parenquimatosas* comprenden
»las *meningo-encefalitis hiperémicas*, que forman el *subtractum* de las
»locuras reumática y gotosa; la *encefalitis proliferativa*, el de la locu-
»ra sífilítica; la *peri-meningo-encefalitis difusa regresiva*, el de la tuber-
»culosa; la *peri-meningo-encefalitis aguda*, el de la tífica; la *lepto-menin-
»go-encefalitis aguda infectiva*, la del delirio agudo vesánico; y la
»*crónica degenerativa*, el de la locura pelagrosa.

»IX. Las peri-encefalitis difusas *intersticiales* comprenden la »*peri-meningo-encefalitis intersticial proliferativa* de la locura satur- »nina; la *peri-meningo-encefalitis difusa atrófica* de la locura alcohóli- »ca, aparte de las locuras hidrargírica, por el sulfuro de carbono, »niconítica, arsenical, morfinica, etc., cuya lesión anatómica no es »bien conocida.

»X. En la última clase de las peri-encefalitis difusas figuran to- »dos los estados mentales de substractum indefinido, á fuerza de es- »tar lesionados todos los elementos anatómicos. Estos estados son la »locura crónica incoherente, la demencia terminal y las locuras age- »nésicas.

»4.^a El fundamento clínico se relaciona perfectamente con el »anatomo-patológico. Prescindiendo del concepto sintomático para »atender exclusivamente al simeiótico y patogénico, hemos reunido »las especies vesánicas por lo que tienen de común en este sentido »dentro del género anatomo-patológico. El síntoma sirve sólo para »determinar variedades.

»La característica de las *peri-encefalitis frontales* constitúyenla »los trastornos de las operaciones intelectivas.

»La de las *fronto-parietales*, el exagerado automatismo de las volun- »tades cerebrales.

»La de las *parieto-occipitales*, el exagerado automatismo de las »corrientes sensitivas y sensoriales.

»La de la *locura sistematizada*, la regularidad de su curso.

»La de la *demencia melancólica*, la coincidencia de depresión inte- »lectual, moral y orgánica.

»La de las *peri-encefalitis vasculares*, la difusión de sus formas y »falta de reacción general morbosa.

»La de las *parenquimatosas*, la exaltación frénica y la rapidez del »curso.

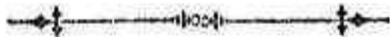
»La de las *intersticiales*, la cronicidad de la marcha.

»La de las *formas terminales y agenésicas*, la anulación psíquica.

»Cada una de las especies vesánicas tiene, además, su nota carac- »terística especial.»

Puebla de Montalbán, 1889.

TOMÁS DE ECHEVARRÍA.



Crónica.—El notable retraso que observarán nuestros lectores en la aparición de este periódico es debido á que nuestras muchas y pe- rentorias ocupaciones profesionales nos impiden, á pesar de nuestro buen deseo, dedicar todo el tiempo necesario para su confección. Te- nemos la esperanza de que este estado desaparecerá pronto con la ayu- da de algunos compañeros que, juntamente con el Sr. Echevarría, han de asociárase para que la publicación se haga periódicamente y con la debida puntualidad.

LA MARGARITA

EN LOECHES

Antibiliosa, antiherpética, antiescrofulosa, antisifilítica y reconstituyente.

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

LA SALUD Á DOMICILIO

En el último año se han vendido

MÁS DE DOS MILLONES DE PURGAS

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

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

PERLAS

DE

SULFATO DE QUININA QUÍMICAMENTE PURO

para curar las fiebres palúdicas EN UN SOLO DÍA

ya sean Cuartanas, Tercianas ó Cuotidianas

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

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

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

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 Ilustre 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).

Gránulos 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 gránulos tiene su principal uso en los periodos secundarios y terciarios de la sífilis, cuyos progresos contiene inmediatamente, llegando en pocos días á la más completa curación, cosa que no habia podido conseguirse antes del descubrimiento de tan prodigioso preparado (según se acredita en la práctica de eminentes especialistas académicos y puede afirmar de los experimentos efectuados esta *Real Academia de Medicina y Cirugía*.)

Solución de peptonato de quinina «CASTILLO» para inyecciones hipodérmicas, cada grano de solución contiene 0'20 de sal.

Gránulo 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 salubridad y absorción y rápidos resultados.

Gránulos 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 cretáceas 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 Ilustre Academia Médico-Farmacéutica, donde ha sido presentado el Elixir y grajeas Morrhuel preparadas por M. G. del Castillo para su estudio, esta docta corporación ha emitido el siguiente dictamen:

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

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

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

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

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

Elixir pepto-yoduro de azufre «CASTILLO» tres cucharadas diarias.

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

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

De venta en las principales farmacias.

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

M. G. del Castillo


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

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

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

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



Cápsulas de Grimault y C^a

AL

MÁTICO

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

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

8, RUE VIVIENNE

y en las principales Boticas y Droguerías

ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS

RABANO IODADO

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

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

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

Cólicos, Diarrea, Disenteria

CREMA DE BISMUTO

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

El Bismuto es un medicamento 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 formarse con el agua una agradable bebida láctea.

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

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

Habiendo ensayado, en diversas circunstancias, los SALICILATOS DE BISMUTO Y CERIO preparados en estado de pureza por el Dr. Vivas, me permito recomendarle encomiando su eficacia en todos aquellos casos en que sea conveniente asociar para el tratamiento de los enfermos, los antisépticos con los absorbentes; en particular en los padecimientos flegmáticos catarrales del estómago é intestinos y especialmente en los últimos, siempre que como efecto de los mismos los cólicos, el meteorismo, las diarreas y la fetidez de las evacuaciones constituyan los elementos de mayor importancia del cuadro morbo-so.—*Dr. P. Esquerdo.*



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

Exij se como garantía la firma y rúbrica del autor y la marca de fábrica depositada, en las cajas y etiquetas.



J. J. 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.^o; Farmacia y Droguería de D. José Sarrat.—*Puerto Rico:* D. Fidel Guillermet.—*Mayagüez:* D. Guillermo Mullet.

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