

Rev 412
1

AÑO I.

1.º DE JULIO DE 1888.

NÚM. 7.

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 generales: 1.º Operaciones que interesan la piel y sus dependencias.—Cuadro estadístico de estas operaciones.—Tratamiento quirúrgico del ántrax.—Flemones y absesos.—Uñeros y panadizos.—Sección de actualidad: extirpación de un tumor voluminoso en la región parotídea.—Un caso de tétanos á frigore, curación en 44 días, por D. Mariano Bermejo, Profesor de la Sección de Medicina del Hospital provincial de la Misericordia.

TOLEDO

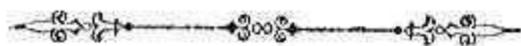
Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos

Comercio, 57 y Sillería, 15



EL BISTURI

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA



Operaciones generales



1.º—OPERACIONES QUE INTERESAN LA PIEL Y SUS DEPENDENCIAS

Las operaciones comprendidas bajo este epígrafe, son las más comunes y frecuentes de la Cirugía, las más elementales y las menos sujetas á reglas fijas.

En nuestra estadística numérica hemos formado ocho grupos, á saber:

- 1.º Antrax de gran extensión.
- 2.º Flemones profundos y absesos notables.
- 3.º Uñeros y panadizos.
- 4.º Quistes.
- 5.º Lipomas.
- 6.º Tumores malignos en diferentes regiones.
- 7.º Heridas y cuerpos extraños.
- 8.º Cicatrices viciosas.

En el presente número sólo vamos á ocuparnos de los tres primeros que, como ha de verse en el cuadro que seguirá á continuación, se refieren á operaciones tan sencillas y elementales como las simples incisiones ó punciones, avulsiones de uñas y cauterizaciones. Por su frecuencia constituyen la labor diaria del Cirujano, y bien puede decirse, que de haber anotado todas las practicadas, la lista sería interminable; así es que hemos elegido sobre todo, en lo que á flemones y absesos se refiere, aquellos casos de más importancia por su gravedad.

Dichos casos se encuentran agrupados en lo posible con arreglo á las indicaciones que han hecho necesaria la intervención quirúrgica activa, á fin de estudiar las indicaciones de las incisiones bajo algunos de los múltiples aspectos que en la práctica se ofrecen.

Operaciones

1.º—OPERACIONES QUE INTERESAN

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	Diagnósticos.
1 Manuel Martín.....	Solana(Ciudad Real)	73	C.	Antrax de gran extensión en la espalda.....
2 Felipe Rodríguez.....	Toledo.....	36	S.	Id. parte posterior del cuello.....
3 Rufino Gálvez.....	Toledo.....	48	C.	Id. región lateral derecha del tórax.....
4 Casildo María Vega.....	Matute (Segovia).....	58	C.	Id. región supraescapular.....
5 Luciano Cogolludo.....	Gálvez.....	39	C.	Id. pequeño región dorsal.....
6 Francisco Suárez Cepeda.....	Toledo.....	87	V.	Id. enorme región dorsal.....
7 Quintín Casero.....	Toledo.....	16	S.	Abcesos por congestión en la fosa iliaca-derecha, cadera y región glútea de osteítis del iliaco.....
8 N. Guzmán.....	Sonseca..	15	»	Abceso profundo en el vacío derecho (caries vertebral).....
9 Bonifacio L. de la Torre.....	Almonacid.	25	S.	Abceso voluminoso región lumbar (caries vertebral).....
10 Aquilino Aparicio.....	Guadamur.	35	C.	Flemón profundo fosa iliaca-izquierda con un trayecto fistuloso.....
11 Nicolasa Puñal.....	Bargas.....	7	»	Abceso por congestión al nivel del gran trocánter.....
12 Eusebio López.....	Camarena.	20	S.	Flemones profundos en la región lateral del cuello y hombro de adenitis escrofulosa de los ganglios.....
13 Ramón Mambrec.....	Bargas.....	35	C.	Flemón profundo región lateral derecha del cuello.....
14 Gregorio Hernández.....	Toledo.....	30	C.	Id. id. palma mano.....
15 Quintín Martín.....	Bargas.....	63	V.	Id. id. mano derecha.....
16 Cecilia Rodríguez.....	Gálvez.....	65	C.	Id. id. antebrazo izquierdo.....
17 Antonio Braojos.....	Gálvez.....	21	S.	Id. id. brazo derecho.....
18 Miguel.....	Toledo.....	»	»	Id. id. en la región del pectoral mayor y parte superior del brazo.....

generales

LA PIEL Y SUS DEPENDENCIAS

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso.	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Incisiones cruciales, extensas y profundas... Id. id.....	» »	8 Marzo 75 5 Dic. 76.	17 May. 75 11 Febr. 77	Curación. Id.
Incision crucial..... Id. id..... Id. id.....	» 31 Mar. 80 4 Mayo 81	Junio 77. 1.º Ab. 80. 1.º Ab. 80.	1.º Jul. 77. 19 Ab. 80. 9 Mayo 81	Id. Alivio (alta pedida).
Dos incisiones verticales y tres transversales extensas y profundas.....	»	Febr. 81..	Mayo 81..	Curación.
Incisión interesando todo el espesor de la pared abdominal y otras dos más pequeñas en los otros puntos.....	»	Abril 76..	21 Jun. 76.	Id.
Incisión interesando toda la pared abdominal	»	Junio 78..	»	Id.
Abertura con el aspirador de Dieulafoy, seguida de inyección iodada.....	»	1.º Ab. 74.	25 May. 74	Id.
Incisiones.....	20 Jun. 82	25 Julio 82	10 Set. 82.	Id.
Abertura con el aspirador y embrocaciones con la tintura de iodo.....	22 Mar. 83	Abril 83..	24 Jun. 83	Alivio(reabsorción parcial).
Grandes incisiones en el cuello y hombro....	8 Enero 86	»	22 May. 86	Alivio notable (alta pedida)
Incisión..... Dos incisiones profundas comprendiendo la aponeurosis palmar..... Id. id.....	22 Julio 82 » 8 Agost. 82	22 Julio 82 10 Abril 76 10 Ag. 82.	22 Ag. 82. 21 Jun. 76 15 Set. 82.	Curación. Id. Id.
Incisiones..... Incisión parte interna toda la longitud del humero.....	31 Oct. 86 24 May. 87	» 24 May. 87	17 Febr. 87 26 Jun. 87	Id. Id.
Incisiones.....	»	Febr. 85..	Marzo 85.	Id.

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	Diagnósticos.	Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso.	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
19 Vicente Martínez, Pbro..	Lezuza (Albacete)..	48	»	Trayecto fistuloso profundo planta del pi					
20 Emilio Pozo.	Béjar (Salamanca)..	16	S.	Flemón profundo pierna derecha.			Dic. 86 y Marzo 87	»	»
21 Ignacia.	Gerindote.	20	S.	Id. id. cara dorsal del pie.			Febr. 87...	»	Alivio.
22 Demetrio Díaz.	Mascaraque	50	C.	Id. difuso en los párpados de una púst maligna.			1882....	»	Id.
23 Gumersindo Díaz.	Villaseca..	40	C.	Trayecto fistuloso profundo en el muslo			Junio 86..	»	Curación.
24 Camilo Puchol.	Toledo....	25	S.	Id. id. en la región dorsal.			1882....	»	Id.
25 Pedro Ruiz.	Menasalb.*	23	S.	Id. id. profundos región escapulo-dorsal	y toques con el termo-cauterio.	13 Febr. 87	Marzo 87.	13 Ab. 87.	Id.
26 Leonor Cuerva.	Gerindote.	18			cisiones.	23 Febr. 84	»	14 Mar. 87	Id.
		me ses	»	Id. fistuloso largo y profundo de periost de la tibia.					
27 Bonifacio Gil.	Toledo....	44	C.	Panadizo pulgar izquierdo.	cisión.		»	»	»
28 José Ruiz Ludeña.	Toledo....	38	C.	Id índice derecho			31 Oct. 77	29 Nov. 77	Curación.
29 Candelaria Carrasco.	Layos....	»	»	Id. id. izquierdo, necrosis tercera falange		16 Set. 79.	16 Set. 79.	30 Set. 79.	Id.
30 Francisca Ramírez.	Mocejón...	20	S.	Ulceración matriz uña índice derecho.			»	»	»
31 Victoriano Martín.	Bargas....	14	»	Uñero dedo medio mano izquierda.	vulsión y cauterización.		1.º Jun. 78	28 Jun. 78	Curación.
32 Jenaro Portales.	Toledo....	18	S.	Uñeros dedos gordos pie.	vulsión de la uña.		15 Mar. 77	3 Abril 77	Id.
33 Leonor Manrique.	Bargas....	60	C.	Id. id. gordo derecho.	vulsión y cauterización.		6 Mayo 77	23 May. 77	Id.
34 Ignacia Utiel.	Toledo....	38	C.	Id. id. id. id.	id.		7 Junio 77.	9 Junio 77	Id.
35 Mariano Juárez.	Toledo....	19	S.	Id. id. id. id.	vulsión de la uña.	11 Ag. 79.	12 Ag. 79.	10 Set. 79.	Id.
36 Tomás de la Cruz.	S. Martín de Montalbán	14	»	Id. id. id. izquierdo.	vulsión y cauterización.	22 Mar. 81	23 Mar. 81	13 Ab. 81.	Id.
37 Ignacia Roa.	Toledo....	16	»	Id. id. id. id.	id.	27 En. 84.	28 En. 84.	22 Feb. 84	Id.
					id.	13 En. 87.	13 En. 87.	11 Feb. 87	Id.

Tratamiento quirúrgico del ántrax.

El divieso, el forúnculo y el ántrax revisten formas anatómico-patológicas semejantes, pero no debe haber identidad de naturaleza entre el último y los primeros, porque los caracteres clínicos difieren bastante: el divieso y el forúnculo se observan en todas las edades, en algunas estaciones epidémicamente ó cuando menos muchos sujetos de una misma localidad se ven afectados simultáneamente por dichas enfermedades; no hay región del cuerpo en que no puedan aparecer y sobre todo las que están más al descubierto, algunas veces su causa es el contacto de sustancias excitantes como los emplastos resinosos: los ántrax de gran tamaño se observan en los viejos de constitución fuerte y vigorosa y buena salud habitual, y su asiento ordinario es la espalda, la parte posterior del cuello, las paredes torácicas y abdominales: los primeros son muy dolorosos, despiertan inflamación y reacción febril; los ántrax son indolentes ó por lo menos no está el dolor en proporción con el número de paquetes de tejido celular afectados; la sensación de dureza que dan es extraordinaria, los síntomas generales, ó faltan del todo ó son de naturaleza adinámica.—¿Serán estas diferencias debidas á las circunstancias individuales más bien que á la naturaleza de la enfermedad? Posible es, pero si puede admitirse sin dificultad que el forúnculo sea la reunión de diviesos, entendemos que hay algo especial en el ántrax para que deba ser considerado como entidad patológica distinta y no una simple suma de diviesos ó forúnculos reunidos en un mismo punto y sin solución de continuidad.

Nos sugieren estas consideraciones la observación de dos ántrax de gran tamaño que aparecen en el cuadro estadístico señalados con los números 1 y 6, que se refieren á dos viejos de 73 y 87 años respectivamente, fuertes y vigorosos á su edad como pocos. Era el primero de oficio carretero, no había padecido ninguna enfermedad y de su fuerza se formará idea con decir que estando en la cama cogía un hombre con una mano y lo levantaba á pulso: presentaba en la parte media de la espalda un tumor de poca elevación sobre la piel, de una dureza extraordinaria, de color lívido, con el epidermis ulcerado de trecho en trecho, viéndose á través de estas ulceraciones los paquetes característicos del ántrax: había poca sensibilidad ni espontánea ni á

la presión: el estado general no estaba alterado, el pulso lento y fuerte, la temperatura normal. El segundo era enjuto de carnes, de buena salud anterior, y de costumbres raras; el ántrax era de más extensión, no bajaría de 30 centímetros de largo por 20 de ancho, situado también en la parte media de la espalda y de una dureza extraordinaria; tenía poca sensibilidad, la temperatura normal, el pulso pequeño y llegó á hacerse filiforme; había un estupor sensorial que se traducía por tendencia al sueño y embotamiento de las facultades perceptivas. Tenía cataratas incipientes que no eran diabéticas, porque hicimos la exploración de la orina y no contenía glucosa.

Estos dos ántrax, tan semejantes por su extensión y los caracteres locales que ofrecían, por la edad de los sujetos y por el curso que siguieron, creemos que ofrecían algo especial que no presentan los ántrax de menos extensión ni mucho menos los diviesos y forúnculos. Este algo que sospechamos debe estar relacionado con la edad; así como en la edad avanzada se presentan por degeneración de las túnicas arteriales gangrenas en las extremidades inferiores y en otras partes del cuerpo, de modo análogo pueden sobrevenir por la misma causa alteraciones nutritivas en porciones extensas de la piel que den lugar al ántrax.

En estos últimos tiempos se ha creído encontrar la causa del forúnculo y del ántrax por Pasteur y Loewenberg en un micro-organismo, que supone este último penetra por las aberturas de los folículos pilo-sebáceos y de las glándulas sudoríparas, sirviendo los pelos de colectores de los micro-organismos existentes en el aire ó en el agua. Si esta teoría resulta cierta, preciso será que la vejez reúna condiciones especiales para que los micro-organismos prendan y se cultiven mejor que en las demás edades y hasta en sitios que, como la espalda, no están al descubierto.

Cualquiera que sea la causa de la afección forunculosa, sencilla ó confluyente, no cabe dudar que hay fenómenos mecánicos de extrangulación de los elementos afectos y aun de los vecinos, en consecuencia de los cuales sobrevienen intensos dolores y reacción febril unas veces, adinamia y postración de fuerzas por acción refleja otras. Tampoco hay duda, porque así lo enseña la observación de todos los siglos, que contra la extrangulación de cualquier clase que sea, el mejor remedio es seccionar los tejidos afectos para dar holgura y libertad á la función mecánicamente interrumpida, á la manera que cor-

tando la cuerda que sujeta el alambre ó la reja que aprisiona se consigue dar vida y libertad al desgraciado prisionero.

Por consiguiente, una indicación capital en todo ántrax desde que aparece una superficie dura, dolorosa ó indolente, en que la circulación está interrumpida etc., es practicar incisiones extensas y profundas que comprendan todo el espesor, longitud y latitud del tumor. Tan pronto como las incisiones se practican, la sangre que sale en abundancia deja libre la circulación de los vasos subyacentes y se acelera el trabajo de eliminación de los tejidos mortificados primero y de la cicatrización después, salvándose de la mortificación muchas partes que de otra suerte serían afectadas.

No hay para qué decir que las incisiones y las curas deben hacerse adoptando las precauciones antisépticas en uso.

Las incisiones deben hacerse al principio de la enfermedad, porque así se abrevia la duración del proceso, se evitan muchos sufrimientos al paciente, se evitan los fenómenos que trae consigo toda extranguelación, ya locales, ya generales y se libran de la mortificación á muchos tejidos.

Sin embargo, en la mayor parte de nuestros operados no hemos procedido así: hemos acudido á las incisiones cuando los demás medios de tratamiento habian fracasado, y una vez en el viejo de 87 años en situación crítica y verdaderamente desesperada, logrando con ellas que se modificase rápidamente así el estado local como el general.

Mi querido amigo y antiguo compañero en las clínicas el Doctor D. Vicente Sagarra, Catedrático de operaciones de Valladolid, publicó hace años un nuevo método de tratamiento del ántrax, fundado sin duda en la teoría parasitaria, pues consistía en inyecciones hipodérmicas de soluciones de ácido fénico. Siento no poder dar detalles de este método por no recordar en este momento el número de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* en que fué publicado.

Flemones y absesos

El enemigo más temible con que tiene que luchar constantemente el Cirujano, es el pus, que si por su composición química é histológica es inofensivo y ningún efecto nocivo ejerce sobre el organismo, cuando privado del contacto del aire pasa al torrente circulatorio, no suce-

de otro tanto cuando se pone en contacto con la atmósfera, pues que entonces se altera su composición, no sólo por ser el oxígeno un elemento de descomposición de la materia orgánica muerta, sino muy principalmente por tener el aire en suspensión ciertas moléculas, microorganismos que encuentran en la supuración terreno abonado para su multiplicación. Pasando el pus de una, de otra ó de las dos maneras alterado al torrente circulatorio, acarrea gravísimos padecimientos generales.

Y no sólo es enemigo temible por este concepto, sino también por sus propiedades físicas, obrando en el organismo como cuerpo extraño; una vez que ha terminado el proceso inflamatorio que lo ha engendrado, engendra á su vez otros nuevos, sostiene y alarga indefinidamente el estado inflamatorio en el órgano ó tejido afecto, le propaga á los órganos ó tejidos vecinos, acarreando desorganizaciones sin cuento.

Por esto en todos tiempos ha preocupado al Cirujano la idea de evitar á todo trance la terminación por supuración, y cuando no pueda conseguirse, reducirla ó limitarla á las menores proporciones.

Uno de los recursos más poderosos con que cuenta el arte quirúrgico para combatir la inflamación y la supuración que es su consecuencia, son las incisiones.

En los panadizos y flemones profundos de la palma de la mano, que suelen afectar una forma difusa, la oportunidad de practicar las incisiones es muy al principio de la enfermedad, y antes de que llegue el proceso á la supuración, pues de otra suerte la aponeurosis palmar y de los dedos, que es muy resistente, producirá la estrangulación de los tejidos, caracterizada por un dolor agudo á causa de su riqueza en nervios sensitivos, como órgano especial del tacto, con la mortificación consiguiente en los tejidos fibrosos de los tendones y propagación de la inflamación á las articulaciones etc. Las incisiones deben ser profundas y en número proporcionado á la extensión del proceso. Alguna vez que se hacen con miedo y sin profundizar lo suficiente, la situación se empeora. Estos preceptos quirúrgicos, que son elementales y se encuentran en todos los libros de Cirugía, merecen recordarse é insistir sobre ellos reiteradamente, porque he tenido ocasión de observar que se presentan en el Hospital enfermos con panadizos en supuración y mortificaciones extensas de los tejidos fibrosos y hasta de las falanges, que hubieran podido evitarse hacien-



do incisiones profundas con oportunidad. Otro tanto ha sucedido en flemones profundos de la palma de la mano.

En mis operados, después de las incisiones, favorezco la hemorragia con un baño caliente y después hago una cura antiséptica de la herida, que cicatriza en pocos días si el padecimiento es reciente, y tarda más si es antiguo, y se han formado senos á lo largo de las vainas tendinosas. En este caso, en las curas sucesivas, hago dilataciones de los senos y trayectos fistulosos, con lo cual se ponen las heridas en condiciones de cicatrización.

Las causas de los panadizos y flemones profundos de la palma de la mano, suelen ser trahumáticas. Los primeros son más frecuentes en el sexo femenino y provienen de las labores domésticas, principalmente el lavado de ropa y fregado de los suelos, pinchazos con agujas, espinas de pescados, etc.: los segundos abundan más en el masculino y sus causas son los trabajos del campo y señaladamente la inflamación de los callos de la palma de la mano.

El dolor de las incisiones es tan intenso, que aunque no acostumbro á usar ningún anestésico, por ser rápida la maniobra, pocas veces está más justificado el uso del cloroformo: así es que me propongo usarlo en lo sucesivo, como ya alguna vez he tenido ocasión de hacerlo en los flemones de la palma de la mano cuando ha sido precisa más de una incisión.

Resulta de lo expuesto que en los panadizos de los dedos y flemones de la palma de la mano, las incisiones son antiflogísticas por la hemorragia que sobreviene; incindiendo la aponeurosis, se evita la extrangulación y mortificación de los tejidos fibrosos; evacuando el pus se evita la infiltración y propagación del proceso á lo largo de las vainas tendinosas, incindiendo los senos y trayectos fistulosos, se evita la descomposición del pus y la infección purulenta.

En los flemones del antebrazo y del brazo, las incisiones llevan los mismos fines que acabamos de indicar; pero la ejecución ofrece más dificultades dependientes de que á veces se forma el foco profundo, no debajo de la aponeurosis común, sino en la de un plano muscular determinado. Y como se aprecia mal la fluctuación, á veces me ha ocurrido que después de hacer una extensa incisión en la parte posterior del antebrazo hasta incindir la aponeurosis común, ha habido que practicar otra en la parte anterior para encontrarlo. Claro está que en estos casos procedo de fuera adentro, incindiendo la piel y el tejido ce-

lular hasta llegar á la aponeurosis; después, guiado por la fluctuación, penetro en los intersticios musculares, y así he logrado algunas veces la solución del problema quirúrgico. Otras, no encontrando el foco, he hecho la cura antiséptica de la herida y en las sucesivas ó se ha abierto por sí á través de las incisiones practicadas, ó lo he abierto con otra incisión. En todos los casos, con la hemorragia de las incisiones, ha mejorado el estado local y general.

Otra indicación de las incisiones es la que se refiere al enfermo número 22 del cuadro estadístico, sobre cuyo caso vamos á entrar en algunos pormenores por considerarlo muy interesante. Tratábase de un sujeto que padecía una pústula maligna cerca del ángulo externo del ojo, que le había sido cauterizada el día anterior, habiendo sobrevenido un flemón en ambos párpados con grande hinchazón, color violado, dureza extraordinaria, etc. En tal situación, fui llamado en consulta, y como se trataba, no de un flemón ordinario, sino producido por una causa específica, aunque había que conceder alguna participación á la acción del cáustico, vacilé algún tiempo antes de decidirme á proponer ningún recurso activo para salvar los párpados de un esfacelo formidable. Aquellos momentos, verdaderamente angustiosos para el Médico, mejor que de vacilación, puede decirse que eran de meditación y recogimiento interior, que precede siempre á una resolución que no tiene precedentes en nuestra vida. Hé aquí cómo entonces discurrí: el color violado, la hinchazón, la dureza y la inmovilidad de los párpados, acusan un trastorno profundo en la circulación, una extrangulación que ha de traer en pos de sí la gangrena. ¿Cómo debería procederse en otro órgano cualquiera que no fuese el ojo? Haciendo incisiones profundas. ¿Hay alguna razón para no proceder del mismo modo en este órgano? Ninguna; antes al contrario, en el mismo globo ocular se hacen incisiones y desbridamientos en circunstancias análogas. ¿Lo contraindica el ser la causa específica? De ningún modo: lo que puede hacer ésta es producir la infección si el veneno vacilar no está destruído con el cáustico, pero los efectos secundarios y locales quedan sujetos á los preceptos generales de la terapéutica quirúrgica. Tal razonamiento, hecho con la premura de las circunstancias, me convenció, á mí mismo primero y después á mi compañero, de la necesidad y urgencia de practicar tres incisiones profundas: una en el párpado superior, otra en el inferior, situadas en la parte media, paralelas á los bordes libres y compren-

diendo hasta la capa muscular, y otra desde la comisura externa hasta más allá de la escara del cáustico que debía interesarse en todo su espesor. Este convencimiento nos animó para proceder á su ejecución, y resultó que la hemorragia, favorecida con lociones de agua caliente, fué muy considerable, con lo cual se pudo desde luégo separar los párpados y ver que el globo ocular no estaba afectado. La eliminación de las escaras se efectuó con regularidad, así como la cicatrización de las heridas, durante cuyo curso se puso especial cuidado en mantener el ojo cerrado mediante la aplicación de tiras de tafetán gomado y un monóculo, á fin de que los párpados no se invirtiesen hacia fuera, lográndose al fin en dos ó tres semanas que el enfermo curase completamente, sin el más ligero ectropión ni deformidad en el ojo. En el día sólo se notan tres cicatrices, por las cuales nadie diría que aquel ojo había estado tan seriamente comprometido. En la vida profesional, tan azarosa y llena de sinsabores, casos como el presente constituyen la compensación que proporciona satisfacciones y alegrías, sin las cuales sería insoportable.

Hasta ahora hemos considerado la indicación de las incisiones principalmente bajo el punto de vista antiflogístico, cuyas tendencias son evitar la supuración ó limitarla y circunscribirla al menor espacio posible. Pero una vez formado el pus, y coleccionado en abceso, satisfacen objetos no menos importantes.

Los abcesos se han dividido en fríos y calientes, superficiales y profundos.

Los abcesos fríos para unos corresponden á los procesos crónicos de inflamación, para otros no son colecciones purulentas, sino verdaderos depósitos del reblandecimiento tuberculoso, idea que aunque no está plenamente demostrada todavía, es muy racional, porque concuerda con el hecho de observación clínica inmemorial de que esta clase de abcesos se presentan en sujetos de temperamento linfático con tubérculos ó afecciones escrofulosas en los huesos ó en otros órganos, ya claramente manifiestas, ya en estado latente. A veces su primera manifestación es el abceso frío, como sucedió en el enfermo número 8 de nuestro estado. Esta clase de abcesos pueden considerarse como sinónimos de los oxifuentes ó por congestión, pues es raro que las afecciones óseas que los producen no sean de naturaleza escrofulosa cuando menos.

De cualquiera manera que sea, todos los prácticos están conformes

en que los abscesos por congestión deben abrirse, ya por incisiones, ya por otros medios de todos conocidos. ¿Cuándo deben abrirse? En otro tiempo se creía que debían abrirse lo más tarde posible, así es que se aguardaba á que fuese inminente su abertura espontánea, y cuando por su peso, su volumen ó su situación superficial estaban próximos á abrirse, era cuando se procedía á intervenir activamente. La razón de esto era el temor de que sobreviniese la alteración del pus y la infección purulenta, aparte de que como sólo se llenaba una indicación paliativa, pues el padecimiento principal, causa del absceso, quedaba en pie, nada se adelantaba con evacuar su contenido. Dicho temor dió lugar á varios métodos para la abertura, sin que penetrase el aire como las incisiones subcutáneas de Boyer y la aspiración por los aparatos de Guerin y Diulafoy. Actualmente se va perdiendo el miedo al contacto del aire con los procedimientos antisépticos para las curas, aunque en honor de la verdad debe decirse que en el terreno práctico falta aún mucho camino que andar para que las curas antisépticas, escrupulosamente hechas, pongan siempre á cubierto al enfermo de la infección. Esta confianza en los agentes antisépticos por un lado, y por otro las nuevas ideas acerca del contenido de estos focos y de la constitución de sus paredes, han hecho que últimamente se haya propuesto la abertura desde el momento en que aparece la fluctuación, seguida de la destrucción de la superficie interna del foco, ya por el raspado con las cucharillas cortantes, ya por otros medios.

En nuestra práctica, hemos seguido los procedimientos antiguos en los diferentes casos que figuran en nuestro cuadro estadístico, así como en otros varios, es decir: la incisión, la punción y aspiración simple ó seguida de inyección iodada, etc.

El caso núm. 8 del cuadro es el único que hemos observado que en el momento de hacer su abertura pudiese considerarse como absceso frío en el concepto de no prejuzgar nada esta frase acerca del origen del pus. El curso del padecimiento vino á demostrar, sin embargo, que se trataba de un absceso por congestión dependiente del mal vertebral de Pott. Era un joven de temperamento linfático, á quien, sin dolores, molestias, ni aun padecimientos anteriores perceptibles, se le presentó en el vacío derecho un tumor que poco á poco fué creciendo hasta hacerse voluminoso: correspondía por detrás al borde de las costillas falsas, en donde era muy prominente

y ocupaba todo el vacío, por delante se sentía la fluctuación á través de las paredes abdominales. Examinado en Madrid por los reputados Doctores Martínez y Molina y Rubio (D. Federico), no habían podido formar juicio exacto del origen del tumor. No era un absceso del hígado, porque este órgano parecía sano y estaba muy bajo y sin relación alguna con él: no era un absceso por congestión de osteítis vertebral, porque no había ninguna prominencia ni corvadura en el raquis, ni ningún indicio claro que inclinase á pensar en lesión ósea: el contenido del tumor por su consistencia pastosa, parecía pus más que serosidad, y esto hacía desechar la idea de un quiste seroso. Entre aquellos dos célebres Doctores no había conformidad respecto á la manera cómo debía abrirse, pues mientras uno daba la preferencia á una ancha incisión, otro opinaba que debía abrirse con el aspirador de Diulafoy. Llamado en tal situación á intervenir, di la preferencia á una extensa incisión por temor de que la canula del trocar se obstruyera y no pudiese evacuarse el contenido como ya en algunas ocasiones me había sucedido. Previamente cloroformizado y con todas las precauciones antisépticas, practiqué una incisión extensa de fuera adentro en la parte más prominente del tumor, que ya he dicho correspondía á la parte posterior, saliendo una cantidad enorme de un líquido que tenía todos los caracteres del pus flegmonoso loable como decían los antiguos; y examinado al microscopio no creí percibir otra cosa que glóbulos de pus como los de los abscesos ordinarios. Después se hizo una cura antiséptica y quedó encomendado á la inteligente dirección del Profesor de Sonseca, mi querido amigo D. Ruperto Pérez Agua.

Más tarde se presentó una corvadura en la columna vertebral, y siguiendo el proceso una marcha lenta, después de cuatro años, se cerró el trayecto fistuloso, no sin que el Sr. Pérez Agua tuviese que practicar un desbridamiento profundo. En la actualidad se encuentra completamente curado, aunque con una gibosidad en el raquis.

Otros dos casos análogos al que acabamos de reseñar, son los números 7 y 10 del cuadro, que también fueron abiertos mediante incisiones que comprendieron todo el espesor de la pared abdominal; se referían: el primero á una osteítis del iliaco, y el segundo á la inflamación del tejido celular. Siendo la fluctuación clara, no tuvimos inconveniente en hacer la incisión de fuera adentro. El temor de penetrar en la cavidad peritoneal que nos asaltó, lo desechamos pensan-

do que el proceso inflamatorio había seguramente establecido adherencias entre la hoja parietal y visceral y habría hecho desaparecer dicha cavidad en todo el espacio comprendido por el foco; y aun en el supuesto de no ser así, á lo sumo, el peritóneo formaría la pared posterior del foco á donde la punta del instrumento, dirigida oblicuamente, de ningún modo podría llegar. En el caso núm. 7, otros dos focos se presentaron en la cadera y región glútea del mismo lado, después de agotado el primero con curas de aceite fenicado, focos que fueron tratados del mismo modo y vinieron á dar probabilidad al juicio formado respecto á su causa productora. El resultado final fué conseguir la curación completa con las curas indicadas y un plan enérgicamente reconstituyente y antiescrofuloso. En el núm. 10, después de abierto el absceso, quedó un trayecto fistuloso en dirección de la parte superior, que después de haber tenido bastante tiempo puesto un tubo de desagüe, no modificándose y persistiendo la supuración, concluimos por incindirle sobre la sonda acanalada, consiguiéndose así brevemente la curación completa.

Como se ve, en estos tres casos de absesos profundos de la pared abdominal, dimos la preferencia á las incisiones para su abertura, practicándolas extensas como el medio más seguro y expedito de obrar después sobre las paredes del absceso para conseguir su curación. En este punto nuestra práctica consiste en rellenar la cavidad con hilas empapadas en aceite fenicado con ó sin tubo de desagüe, según la extensión. En general conviene practicar incisiones en esta clase de absesos siempre que tengan cierto volumen y formen prominencia en la piel y por la dilatación producida en la fibra muscular y aponeurótica se encuentren más cerca del tegumento externo que de la serosa. Cuando el foco sea más profundo, en los del ovario ó del ligamento ancho, por ejemplo, entonces ya debe procederse de otro modo.

Otra clase de absesos, cuya abertura impone también respeto por el sitio afecto, son los de la región lateral del cuello. Dos ejemplares notables aparecen en el cuadro. El núm. 12 era un joven bien constituido, que se presentó en el Hospital en un estado de nutrición bastante satisfactorio y con un aspecto general que á simple vista parecía revelar un temperamento sanguíneo; mas no era así; su temperamento era linfático como sucede en muchos sujetos en que se observa un predominio de este sistema, coincidiendo con un desarrollo ex-

traordinario en los capilares de la piel y las mucosas que dan á estas membranas la coloración propia del temperamento sanguíneo; y es que para juzgar de los temperamentos no basta un dato, cuestión muy compleja, necesita el atento examen de otros muchos. Así en el temperamento sanguíneo no basta para caracterizarle que estén desarrollados los capilares, hace falta además corazón grande, gran desarrollo en la cavidad torácica y en el sistema muscular, etc. En nuestro enfermo era buena la conformación y desarrollo corporal, era bueno su estado de nutrición, pero sus masas musculares, á pesar de ser un hombre de campo, eran flojas, había abultamiento en los ganglios linfáticos de la ingle, de la axila y del cuello; y por si esto no fuera bastante para caracterizar su temperamento linfático, su enfermedad venía á corroborar esta idea. Presentaba en la parte lateral y posterior del cuello un tumor voluminoso constituido por una porción de ganglios linfáticos que se extendían hasta el hombro, en donde constituían una masa dura, mientras que en el cuello aparecían en forma de rosario. Dicho proceso había principiado hacía algún tiempo por un simple infarto ó abultamiento en los ganglios linfáticos sin causa apreciable; pero poco á poco había ido creciendo y se presentaba á su ingreso tumefacción dolorosa de la piel y el tejido celular. No había duda de que se trataba de una adenitis escrofulosa, y habiendo sobrevenido el reblandecimiento y fusión de las masas tuberculosas, habían provocado la inflamación de los tejidos periféricos, inflamación que, como todas las de su clase, debía seguir una marcha lenta y crónica. En vista de este juicio, sin preocuparnos gran cosa el estado local, prescribimos al enfermo el plan general que desde hace muchos años venimos empleando con verdadera utilidad en esta clase de afecciones. Este plan no se distingue del universalmente seguido en las afecciones escrofulosas en otra cosa más que en el empleo interior del iodoformo. Desde 1875 empezamos á usar este agente, siguiendo las indicaciones de la obra de *Terapéutica de Trousseau* en sustitución del iodo, bajo la forma de píldoras asociado al extracto de genciana: al principio no pasábamos de 20 á 30 centigramos al día, pero después hemos llegado á aumentar gradualmente la dosis hasta 2 gramos diarios, sin que se haya observado ningún fenómeno de intoxicación. De todas las manifestaciones del escrofulismo, las que mejor se modifican con el iodoformo son los infartos ganglionares, como el que se presentaba al enfermo que nos está ocupando. Volviendo á

éste, á las dos ó tres semanas se presentaron varios focos de supuración en la región lateral posterior del cuello y hombro, que fueron abiertos mediante extensas incisiones, curando después su cavidad con bolas de hilas empapadas en aceite fenicado y iodoformo. En las curas, además, procurábamos hacer con los dedos, no sólo el descortezamiento de su superficie interna, sino la extirpación de algunos ganglios que aparecían superficiales y con pocas adherencias. De este modo se modificó notablemente el estado general y local, y el enfermo salió si no curado definitivamente, pues era de temer la reproducción del padecimiento en el mismo sitio ó en otro, por lo menos con sus heridas cicatrizadas.

El otro absceso del cuello (núm. 13 del cuadro) procedía de un flemon profundo del tejido celular. Estaba situado en la parte anterior de la región lateral derecha, siguiendo la dirección del borde anterior del músculo externo-oleido-mastoideo. Sabida es la importancia que tiene hacer la abertura de esta clase de absesos tan pronto como sea evidente la fluctuación, pues de otra suerte, por la ley de la gravedad, el pus se dirige á la parte inferior, y por la disposición de las aponeurosis puede llegar á penetrar en la cavidad torácica. En el caso que me ocupa, el foco era grande y fué abierto por una incisión de fuera adentro, curándose después brevemente con las curas antisépticas ordinarias.

Otro método para la abertura de los absesos es la punción y absorción del pus por medio de los aparatos aspiradores pneumáticos, tales como el de Dieulafoy, que es el que usamos, y otros varios de diferentes formas y mecanismo, pero que todos responden al pensamiento de evacuar el pus, sin que penetre aire en su cavidad. En los absesos calientes ó que dependen de un proceso inflamatorio agudo, las incisiones son el medio más seguro y breve de obtener la curación, y por tanto, deben preferirse fuera de aquellos casos en que la colección purulenta tenga su asiento en las cavidades torácica ó abdominal. En los absesos fríos ó por congestión que dependen de procesos crónicos, ya inflamatorios, ya de otra clase, puede acudirse con ventajas positivas á la abertura por medio de los aspiradores pneumáticos. Dos inconvenientes hemos encontrado, sin embargo, en la práctica: el primero es que la canula del trocar se obstruye muchas veces con grumos de materia caseosa, coágulos ó porciones de tejido celular, y no puede vaciarse completamente el foco: otro inconveniente

es que en pocos días vuelve á llenarse y hay que repetir la punción, sucediendo que después de cierto número la piel concluye por ulcerarse y hay que proceder á su abertura con el bisturí. La abertura del abceso puede ser ó no seguida de inyecciones modificadoras ó de otros medios encaminados á conseguir la curación. Las inyecciones más en uso son las de disoluciones de tintura de iodo de $\frac{1}{3}$ á $\frac{1}{5}$. De los varios casos en que hemos seguido este método, aparecen en el cuadro, dos.

El primero (núm. 9) se refería á un sujeto con osteítis vertebral, de causa trahumática, que presentaba una ligera prominencia en una de las vértebras lumbares que había sobrevenido de una fuerte contusión, y al ingresar en el Hospital presentaba un abceso voluminoso en la región lumbar por debajo de la vértebra prominente. Desde luego procedimos á su abertura con el aspirador, seguida de inyección con una disolución iodada á $\frac{1}{3}$ que extrajimos con el aparato después de tenerla en contacto con la superficie interna del foco unos diez minutos. El abceso volvió á llenarse á las 48 horas, pero poco á poco fué reabsorbiéndose y aplicando después un vejigatorio en el sitio afecto, el enfermo tomó el alta curado.

El segundo (núm. 11), tenía un abceso en la región trocanteriana, cuyo contenido se evacuó con el aspirador, y después, al reproducirse se le prescribieron embrocaciones con la tintura de iodo, con cuyo medio estaba muy adelantado el trabajo de reabsorción cuando el enfermo pidió el alta.

Cuando la cavidad de un abceso tiene comunicación con el aire, sobreviene con frecuencia la infección purulenta, y el mejor medio de combatirla es practicar una ó varias incisiones extensas y desinfectar la cavidad, de lo cual tenemos dos notables ejemplos en los números 18 y 20 del cuadro entre los muchísimos que pudiéramos citar.

El núm. 18 era un sujeto que en consecuencia de esfuerzos en su oficio de tabernero, se le había presentado un flemón profundo en la región del pectoral mayor, que le había sido abierto mediante una pequeña punción, por la cual no se evacuaba con libertad el contenido del foco, que era grande y profundo. De sus resultas sobrevino fiebre alta de infección purulenta, y consultado á los tres ó cuatro días, practiqué dos incisiones profundas; mas quedando un trayecto que no apareció en la primera sesión en la dirección del brazo, la fiebre persistió, y habiéndolo incindido dos días más tarde, cesó la fiebre

y con curas antisépticas esmeradas no tardó en restablecerse del todo el paciente.

El núm. 20 era un joven estudiante que en consecuencia probablemente de una osteo-periostitis de la parte superior del peroné, se le había formado un absceso en la corva que comunicaba con el aire por una herida que tenía en la parte superior y externa de la pierna, en donde sin duda había tenido otro absceso, comunicando entre sí por un trayecto fistuloso. De sus resultas se presentó fiebre pseudo-accesional de las que caracterizan la infección purulenta. Llamado en consulta, encontré fluctuación clara en la corva y desde luego se procedió á la abertura y desinfección del foco, con lo cual cedió inmediatamente la fiebre.

En los trayectos fistulosos están indicadas las incisiones por el doble concepto de que, estancándose en ellos el pus, puede ocasionar la infección y de que recubriéndose sus paredes de fungosidades, se alarga el proceso de supuración indefinidamente y no se efectúa el trabajo de cicatrización. Otro tanto sucede en los focos grandes cuyas paredes no se ponen en contacto y hay que incindirlos, para que adhieran, lo cual se consigue algunas veces con la compresión. Cuando ésta por el sitio no puede efectuarse eficazmente, ni tampoco incisiones, un medio que da resultado es la cauterización con el termo-cauterio, mucho más eficaz y segura que las inyecciones irritantes.

Los números 19, 23, 24, 25 y 26 del cuadro, entre otros muchos que pudiéramos citar, se refieren á casos en que se han llenado las indicaciones que acabamos de enumerar.

El núm. 23 era un sujeto de 40 años, de antecedentes reumáticos, que había padecido en el muslo derecho una inflamación que había terminado por supuración, quedando de sus resultas un trayecto fistuloso profundo, de unos 15 centímetros de longitud, que principiaba hacia el condilo externo y se dirigía arriba y atrás, perdiéndose en el espesor de las masas musculares: dicho trayecto era estrecho y daba una corta cantidad de supuración serosa que aumentaba de tiempo en tiempo en que se presentaban exacerbaciones inflamatorias. Al principio era muy oscuro el diagnóstico en cuanto á la causa productora de la inflamación. ¿Se trataría de una osteítis ó periostitis del femur? No era fácil afirmarlo, porque en estas afecciones se encuentra ordinariamente aumentado de volumen el hueso y en el caso presente no se apreciaba ninguna alteración. Tampoco el sujeto era sifilítico, y no

había huellas que demostrasen claramente el proceso de esta enfermedad, no existiendo en los antecedentes respecto de este punto otra cosa más que afecciones blenorragicas ligeras y poco persistentes. Lo único que aparecía claro era el reumatismo articular, de cuya enfermedad habían existido algunas manifestaciones en las articulaciones del hombro y otras; pero como es raro que las fluxiones reumáticas lleguen á la supuración, y como por otra parte, de ser de origen reumático el padecimiento, había que admitir que se había fijado en los músculos de la parte posterior del muslo, ocasionando un flemón profundo, lo cual es más raro todavía, concluimos por dejar indeterminada la causa inicial del trayecto fistuloso. Cualquiera que ella fuese, era necesario incindirle por dos razones: sus paredes fungosas evidentemente, como lo demostraba la hemorragia que ocasionaba el sondaje, serían un motivo que entretuviese indefinidamente la supuración y con la incisión se conseguiría la cicatrización si la supuración no procedía del hueso: si procedía de éste, con la incisión se llegaría al origen del pus y se aclararía el diagnóstico, sirviendo esto de fundamento á indicaciones ulteriores para conseguir la curación. Practicada, pues, sobre una sonda acanalada la incisión del trayecto fistuloso, se vió que éste terminaba al parecer en las masas musculares de la parte posterior del muslo, sin llegar al hueso de una manera clara y ostensible. La cicatrización de la herida tardó en realizarse mucho tiempo, durante el cual estuvimos dudando si el pus procedería del periostio ó del hueso; mas al fin, con el ioduro potásico interiormente y las aguas y baños de Archena, se consiguió la curación completa y definitiva, hecho que nos inclina á pensar que el padecimiento era de origen reumático.

El núm. 26 era una niña de 18 meses que presentaba al lado interno de la tibia un trayecto fistuloso de una longitud igual á la del hueso sin duda dependiente de periostitis; el pus se estancaba en él y de sus resultas había la fiebre y demacración consiguientes. Se incindió en toda su extensión á pesar de la corta edad de la paciente, consiguiéndose un alivio considerable, así en el estado general como en el local. Pidió el alta á los pocos días.

El núm. 25 era un sujeto robusto y sin antecedentes patológicos de enfermedad alguna constitucional. Poco antes de su ingreso había tenido en la región escapulo-dorsal una inflamación que había terminado por supuración, dando lugar á tres trayectos cutáneos que se di-

rigian hacia la espina del homoplato de abajo arriba y profundizaban más á medida que el estilete avanzaba. Aunque confluían hacia un mismo punto, no comunicaban entre sí, pues las inyecciones que se ponían por uno de los agujeros, no salían por los otros. La supuración era abundante y las paredes fungosas sangraban al menor contacto. Durante muchos días se trataron con inyecciones de agua fenicada y de tintura de iodo debilitada á $\frac{1}{3}$; mas resistiéndose á estos medios de tratamiento los incidimos sobre la sonda acanalada y á los pocos días estaban las heridas completamente cicatrizadas. La circunstancia de confluir hacia el hueso nos hizo pensar si la causa sería una periostitis, pero en vista de la pronta curación desechamos esta idea, quedando indeterminado el origen del proceso patológico.

El núm. 19 se refiere á un sujeto de constitución fuerte y temperamento sanguíneo que, en 1874, estando á caballo, recibió un balazo en un pie: el proyectil penetró de fuera adentro y oblicuamente de atrás adelante, teniendo su orificio de entrada hacia la parte media del borde externo del calcáneo y el de salida hacia la extremidad posterior del primer metatarsiano y penetrando entre los tegumentos y los huesos que forman esa especie de bóveda que hay en la planta del pie, pero sin lesionar directamente otra cosa más que las partes blandas. Al año de ser herido le quedó un trayecto fistuloso profundo que le fué operado en Madrid; mas cicatrizándose antes las partes superficiales que las profundas de la herida, se reprodujo el trayecto, y estancándose en él el pus le ocasionaba de tiempo en tiempo inflamaciones en el pie que dieron lugar á la formación de nuevos trayectos superficiales hacia los maléolos. En tal estado se nos presentó en Diciembre del 86. Sondado el trayecto principal y los accesorios, por ninguno llegaba el estilete á percibir porción alguna de hueso desnuda, lo cual nos hizo pensar que á lo sumo podría estar interesado el periostio: la cantidad de supuración era proporcionada á la extensión del trayecto, cuyas paredes estaban cubiertas de fungosidades. Y no habiendo lesión ósea ni articular perceptible, la indicación de incidir los trayectos se ofrecía á nuestra vista con perfecta claridad, como el medio más adecuado de agotar la supuración y de formar un juicio más exacto con la exploración digital practicada en el fondo de la herida, que siempre había de suministrarnos nociones más precisas que las del estilete acerca del estado de los huesos. En su virtud, practicamos sobre la sonda acanalada una incisión en el trayecto princi-

pal y otras dos en los de los maléolos que eran superficiales y por la exploración confirmamos el juicio formado: no existían lesiones óseas perceptibles, á lo sumo existía periostitis de los huesos que forman la bóveda (calcáneo, astrágalo cuboides y las tres cuñas) con engrosamiento y formación de fungosidades como en todo trayecto fistuloso antiguo. Las heridas de los trayectos secundarios se cicatrizaron en pocos días: la de la planta del pie siguió, como era natural, un curso lento, y para evitar el resultado de la primera operación, procuramos llenar el fondo con algodón en rama empapado en aceite fenicado, á fin de conseguir la cicatrización de dentro afuera, ó desde el fondo á la superficie. A pesar de esto, el enfermo tuvo que regresar á su lugar, en donde no haciendo las curas con las debidas precauciones, se estrechó la herida en la superficie, se ensanchó en el fondo y en dos meses casi había vuelto á formarse el trayecto. Volvimos á dilatar la herida de nuevo, y para activar la formación de mamelones carnosos tocamos cada dos ó tres días el fondo con el nitrato argentino. Más tarde nos decidimos á emplear el termo-cauterio con el mismo fin. Desgraciadamente nuestro enfermo tuvo que regresar de nuevo á su pueblo, y no sabemos si nuestros esfuerzos para conseguir la curación y sus muchos sufrimientos habrán sido infructuosos, pues que ninguna noticia hemos tenido desde que nos despedimos de él.

El núm. 24 era un joven que recibió una herida incisa en la región escapulo-dorsal, en consecuencia de la cual sobrevino una inflamación en el tejido celular, formándose un foco grande cuyas paredes fueron incindidas para dar salida á la supuración, desinfectar la cavidad y limitar así el proceso inflamatorio. Conseguido esto, quedó una cavidad profunda cuyas paredes se rellenaron de bolas de hilas con aceite fenicado y iodoformo; mas tardando en crecer los mamelones carnosos, se activó la proliferación celular con dos toques de termo-cauterio, consiguiéndose en breve espacio de tiempo la completa cicatrización.

Más notable todavía que este caso, bajo el punto de vista de los servicios que el termo-cauterio puede prestar con el objeto indicado, es otro, no anotado en el cuadro, que en estos momentos recordamos. Era otro joven que recibió una profunda herida de navaja ó puñal en la parte superior externa del muslo, dirigiéndose la punta del instrumento hacia la región glútea; sobrevino inflamación y se formó un foco profundo en el espesor de las masas musculares, cuyas

paredes no podían incendiarse sin hacer un gran destrozo: después de haber hecho un desbridamiento en la herida para asegurar el libre curso de la supuración, quedó hacia la región glútea una cavidad profunda, cuya superficie interna se recubrió de fungosidades. Durante mucho tiempo estuvimos curándola con aceite fenicado y iodoformo, procurando que no se estrechase la entrada de la cavidad; mas no disminuyendo la cantidad de supuración ni con esta cura ni con inyecciones de la solución normal de percloruro de hierro, y viendo en la cavidad más bien tendencias á ensancharse por su parte profunda que á disminuir, decidimos tocarla con el termo-cauterio y en cinco ó seis sesiones, hechas con intervalo de cuatro á cinco días, conseguimos la cicatrización completa, debiendo advertir que la profundidad no bajaría de 10 á 12 centímetros y la anchura de 3 á 4. Para ello empleamos el cauterio de forma olivar conducido á través del trayecto hasta el fondo, tocando rápidamente éste y las paredes.

Uñeros y panadizos

Ya nos hemos ocupado de los panadizos al tratar de los flemones profundos de la palma de la mano, pues bajo el punto de vista de las indicaciones quirúrgicas tienen entre sí bastantes analogías. En los dedos de la mano, cuando el panadizo tiene su asiento en la cara dorsal ó en las laterales, la inflamación invade la uña mortificándola y se efectúa su eliminación, ora espontáneamente, ora mediante la avulsión que no ofrece dificultad alguna.

Los uñeros, que verdaderamente merecen ser examinados con alguna detención, son los de los dedos de los pies, sobre todo los del primer dedo ó dedo gordo, por su mayor frecuencia y rebeldía á los diferentes medios terapéuticos que para combatirlos se han puesto en juego.

Siempre que en una enfermedad encontramos diversos métodos ó procedimientos curativos formamos *à priori* el juicio de que ninguno debe haber eficaz y que responda en todos los casos al objeto que se persigue. Así sucede en el onixis ó uñero del dedo gordo del pie, en que desde los tiempos de Fabricio de Aguapendente apenas hay un Cirujano célebre que no haya inventado algo nuevo, y en prueba de ello tenemos los nombres de Lisfranc, Desault, Larrey, Dupuytren, Baudens y otros asociados á métodos ó procedimientos puestos en práctica para la curación de una enfermedad que, si no es grave, oca-

siona molestias, impide la progresión, y en las clase sociales que viven del trabajo corporal, imposibilita para ganar el preciso sustento. Aquel juicio formado *à priori* lo hemos visto sancionado por nuestra experiencia personal: en nuestras manos, el método más radical, la avulsión seguida de cauterización con el termo-cauterio ha fracasado una vez, como después diremos.

Entre las causas de la enfermedad, aparte de la influencia del calzado estrecho bastante bien comprobada y de los vicios de conformación de los dedos segundo y tercero, que superpuestos sobre el primero hacen que la uña penetre en las carnes, nos ha llamado la atención una, la más frecuente de la rebeldía del padecimiento, que consiste en un vicio de conformación de la uña que hace que ésta se encarne sin motivo ocasional de ninguna clase, ó sea por la manera especial de crecer y desarrollarse. A esto debe obedecer el que después de hecha la avulsión de la uña, la que nace tenga una dirección viciosa y se encarne de nuevo. Esta causa, que pudiéramos llamar congénita, merece tenerse en cuenta, pues si cuando la enfermedad es producida por las primeras, puede corregirse con los recursos higiénicos, cuando lo es por ésta, no cabe otro que la destrucción de la matriz de la uña.

En los Hospitales, cuando el enfermo llega solicitando los recursos del arte, la enfermedad es crónica é inveterada y han fracasado los medios sencillos de tratamiento; así es que importando al enfermo curarse pronto y por el medio más seguro, apenas si puede el Cirujano ejercer libremente el derecho de elección en los recursos terapéuticos que debe emplear.

En nuestra práctica, cuando la uña está encarnada en uno de los lados solamente, hacemos la avulsión de la porción encarnada por el procedimiento de Dupuytren, seguida de cauterización con el nitrato de plata repetidas veces en las curas sucesivas hasta la completa cicatrización de la herida. Cuando está encarnada en ambos lados, hacemos la avulsión simple valiéndonos de la espátula, ó la avulsión seguida de la cauterización de la matriz de la uña con el nitrato de plata ó el termo-cauterio. A pesar de ser este el método más seguro para conseguir la curación radical como ya hemos indicado, le hemos visto fracasar en la enferma núm. 37 del cuadro, que ha sido operada tres veces: en la primera se hizo la avulsión simple y la uña al reproducirse se encarnó de nuevo, era exactamente igual á la que

se había quitado, aunque más delgada: la segunda vez, después de hecha la avulsión, se tocó con el termo-cauterio, creyendo que con esto sería suficiente para que no volviese á nacer; mas no siendo así la tercera vez, después de hecha la avulsión, se tocó con el termo-cauterio y en cuanto se eliminó la escara se repitió la cauterización otras dos veces, con lo cual se consiguió la curación radical.

Como la operación es muy dolorosa, hemos empleado unas veces la anestesia por medio del cloroformo, otras veces la local con dos partes de hielo y una de sal común y una sola vez la anestesia local con pulverizaciones de éter, que nos dió excelente resultado.

SECCIÓN DE ACTUALIDAD

Extirpación de un tumor voluminoso en la región parotídea

D. Ventura Martín Cleto y Suárez, natural de esta ciudad, de 42 años de edad, casado y escribano de actuaciones de este Juzgado.

Hace ocho años, en la convalecencia de una fiebre tifoidea que padeció se le presentó en la región parotídea izquierda un pequeño tumor del volumen como de una nuez, movable é indolente, que fué creciendo gradualmente y de una manera más notable en los cuatro últimos años hasta adquirir el volumen como de un puño que tendría en el momento de su extirpación.

Entre sus antecedentes patológicos ninguno hay que pueda relacionarse directamente con el tumor: pues sólo se encuentra en su historia una litiasis úrica, de la misma fecha, caracterizada por dolores de riñones y verdaderos cólicos nefríticos de alguna intensidad, seguidos de expulsión de arenillas rojizas, que le molestan de tiempo en tiempo, encontrándose algo aliviado de estos sufrimientos desde que tomó las aguas minerales de Alzola. En su familia hay algunos sujetos escrofulosos; pero aunque es de temperamento linfático, ninguna manifestación ha existido del escrofulismo como no pueda referirse á esta enfermedad el tumor que nos ocupa.

Tenía éste el volumen que ya queda indicado y se extendía desde el espacio comprendido entre la apofisis mastoides y el conducto auditivo externo hasta por debajo del ángulo de la mandíbula: era completamente indolente y de forma ovoidea con la extremidad superior del ovoide más abultada que la inferior: su consistencia general era

poco dura, pero ofrecía desigualdad en los diferentes puntos de su superficie; más firme en la extremidad superior que en la inferior y también más en las partes profundas que en las superficiales, presentando en algunos puntos de su periferia, sobre todo en la parte inferior, consistencia blanda y como fluctuante. Su superficie era desigual, dando al tacto la impresión de estar compuesto de muchos lóbulos. No tenía adherencias con la piel, y si bien no era movable en todos sentidos, como en su principio, sus adherencias profundas no parecían muy sólidas.

Llamado el práctico á resolver lo más conveniente y acertado en el tratamiento de un tumor, tiene que principiar, como en toda enfermedad, por formar el diagnóstico, que si siempre es lo más difícil é importante del arte, en materia de tumores las dificultades son muchas veces insuperables.

La primera cuestión en el diagnóstico de un tumor es determinar si es benigno ó maligno. Aunque esta distinción de los tumores no responde á las exigencias científicas de una clasificación, en la práctica no puede menos de aceptarse todavía, dado que nuestros medios de conocer son muy imperfectos para llegar á un conocimiento exacto de su naturaleza. La consistencia, el volumen, la movilidad y la rapidez ó lentitud en la evolución, la edad, la herencia, las alteraciones de sensibilidad, etc., son los datos que sirven para juzgar de la benignidad ó malignidad de los tumores; pero son tan variables estos datos, que ninguno de ellos ni todos juntos son suficientes para dar carácter de certeza absoluta al juicio que se forme en todos los casos, aunque por el examen detenido del conjunto pueda formarse un juicio bastante probable en la generalidad. El análisis histológico que se ha propuesto, extrayendo para ello una porción de tumor con un trocar especial inventado con este objeto, suministra nociones más exactas, pero no está al alcance de todos los prácticos porque necesita una pericia especial en el manejo del microscopio, que sólo es asequible en los grandes centros de población.

En el caso que me ocupa, á juzgar por los caracteres de ser indolente el tumor, por su consistencia, lentitud en su evolución y por su movilidad, debía ser benigno en cuanto á su naturaleza; debía pensarse por estos caracteres que no se trataba de los llamados heterólogos ó heteromorfos, sino de los homólogos ú homeomorfos, que no producen por su evolución la caquexia ni se reproducen después de

extirpados, que es lo que generalmente se entiende por malignidad. Sin embargo, en los tumores de esta región, sin que sean por su naturaleza malignos ó cancerosos, pueden existir la malignidad en el concepto de ocasionar alteraciones funcionales de importancia para la salud y hasta para la vida; tales son las que resultan del aumento de volumen y adherencias profundas con la glándula, los vasos y órganos vecinos que traen consigo compresiones de la faringe, laringe y vasos que van á distribuirse por el interior del cráneo y consecuencias fatales. Todavía hay en los tumores de esta región otra clase de malignidad, y es la que se refiere á los de naturaleza escrofulosa ó tuberculosa, pues también pueden determinar la generalización de la enfermedad por propagación desde el punto afecto, ó, lo que es más frecuente, afectándose simultáneamente otros ganglios en diferentes puntos. Ahora bien, siendo benigno el tumor de nuestro enfermo por los caracteres que quedan expresados, ¿á qué clase correspondía de los que suelen afectar la región parotídea? ¿Sería un quiste, un lipoma, un linfo-adenoma, un adenoma? De quiste fué diagnosticado, según el enfermo, por un célebre Profesor que le examinó hace unos tres años en Madrid; opinión que sin duda tenía su fundamento en la consistencia y en la fluctuación. De pensarse que era un quiste, debía ser multilocular y corresponder á los adenomas, en que hipertrofiados algunos de los elementos de la glándula parótida, aparece el tumor compuesto de pequeños lóbulos, en los cuales se fraguan cavidades regulares ó pequeños quistes; no podía ser otra clase de quiste como los salivares ó los serosos, porque los caracteres de estos no correspondían de modo alguno á los que presentaba el tumor. No creemos, sin embargo, que el Profesor aludido, muy perito en esta materia, diagnosticase quiste, sino más bien tumor enquistado, lo cual es distinto; y la razón es que no existía fluctuación propiamente en la porción más blanda del tumor, en su parte inferior, sino la falsa fluctuación que presentan algunos tumores sólidos, y que un Cirujano experimentado no confunde con la fluctuación verdadera: por este carácter no hubiéramos vacilado en considerar el tumor como un lipoma, pero atendiendo á que en la parte superior, comprimiendo profundamente, ofrecía cierta dureza, esto nos hizo desechar aquella idea, concluyendo por pensar que se trataba de un adenoma formado á expensas de la porción más superficial de la glándula parótida ó un linfadenoma, inclinándonos á esta última opinión la circunstancia de ser el sujeto

linfático y existir varios escrofulosos en su familia. De cualquier manera, el tumor estaba enquistado, como lo demostraba su movilidad y su falta de adherencias sólidas en su cara posterior. La parte menos movable era la que correspondía á la cara, la cual indicaba que las adherencias eran allí mayores.

Formado juicio del tumor, dado su volumen, no era de esperar que se efectuase su resolución con los recursos de la Farmacología, y la indicación de extirparle venía imponiéndose desde hacía algunos años en que se observó su tendencia á crecer, porque esta tendencia entrañaba peligros cada vez mayores para el porvenir y porque la deformidad, ya considerable, se haría también mayor. Además, si era de naturaleza escrofulosa, aunque enquistado, podría llegar un momento en que se reblandeciese y se verificase la infección general.

Decidida por estos motivos la operación, fué practicada el 18 de Mayo próximo pasado y consistió en lo siguiente: 1.º, una incisión vertical de unos 12 á 14 centímetros que, principiando cerca de la apofisis mastoides, terminó por debajo del ángulo de la mandíbula, siguiendo la dirección del diámetro mayor del ovoide y que comprendió la piel el tejido celular hasta la cubierta célulo-fibrosa del tumor; 2.º, otra incisión semielíptica con la convexidad hacia afuera, principiando y terminando en los mismos puntos, destinada á extirpar juntamente con el tumor una porción de piel de unos dos ó tres centímetros de anchura, que consideramos sobrante, pues aunque es un precepto en los tumores de esta región conservar toda la piel cuando está sana por la retracción que después sufre, no nos conformamos en el caso actual con dicho precepto por parecernos que había de sobrar mucha piel y había de quedar mejor la herida quitando una porción como la indicada; 3.º, otra incisión horizontal de unos cuatro ó cinco centímetros al nivel del lóbulo de la oreja levantado hacia arriba, formando con la primera una T en memoria de que el gran Cirujano español Dr. Sánchez de Toca, nuestro inolvidable maestro, trazó un procedimiento para la extirpación de la parótida que es aplicable á la de los tumores parotídeos, así como dicha incisión lo era al que nos ocupa; 4.º, estas tres incisiones se profundizaron hasta llegar á la sustancia del tumor y en seguida se procedió á su disección por la parte anterior hacia la cara, en que sus inserciones eran más resistentes, ligándose una pequeña arteriola procedente de la transversal de la cara:

después se continuó disecando siempre á pequeños cortes y sobre el tumor por la parte superior para desprenderle del espacio que media entre la apofisis mastoides y la porción cartilaginosa del conducto auditivo y descubrir la parte más superior de su cara posterior: hecho esto se continuó la disección por la incisión porterior semielíptica, y como las adherencias eran flojas, se desprendieron con el mango del escalpelo hasta penetrar de este modo y de atrás adelante en la cara profunda ó posterior, y dirigiendo el instrumento hacia arriba se desprendió también con el mango la extremidad superior, desde cuyo momento, disecando de arriba abajo sobre la cara posterior, se efectuó rápidamente la enucleación, quedando al descubierto la glándula parótida, sobre la cual se hallaba implantado. No se ligaron más que dos ó tres vasos pequeños y no se interesó ninguna rama importante del nervio facial. Quedó una herida bastante regular y con piel más que suficiente para cubrirla, á pesar de la que se había eliminado. Se dieron 12 ó 14 puntos de sutura, y recogiendo hacia el lóbulo de la oreja parte de la piel de la incisión horizontal, se disminuyó la rama transversal de la T, quedando en su lugar una cruz. Durante la operación se pulverizó en el campo de la operación una disolución fenicada y se adoptaron las demás precauciones antisépticas de uso corriente.

Después de la operación sobrevino una ligera reacción febril, que desapareció á las 48 horas: al quinto día se levantó el apósito, y la herida se había reunido por primera intención; al octavo se desprendieron las ligaduras, se quitaron los puntos de sutura y el enfermo abandonó el lecho, y á los 15 días estaba la herida completamente cicatrizada, sin haber manchado el apósito ni una gota siquiera de supuración en todo el tiempo que lo llevó puesto. Sólo se notó al levantar el apósito una ligera hinchazón en la región parotídea y submaxilar que parecía corresponder á la tumefacción de estas glándulas, de resultas de lo cual durante los primeros días había alguna dificultad en la deglución, pero poco á poco fué cediendo, y al terminar el trabajo de cicatrización, todo había desaparecido. La convalecencia, en fin, fué rápida, y hoy disfruta de una excelente salud, aunque de tiempo en tiempo le molestan los dolores de riñones.

Examinado el tumor, presentaba exteriormente el aspecto de un lipoma, viéndose en su superficie lobulillos de tejido adiposo. Puesto en alcohol durante tres ó cuatro semanas y hecho un corte en la dirección de su diámetro mayor, comprendiendo todo su espesor, apa-

reció la superficie de la sección de un color homogéneo blanquecino como el mastic de los vidrieros, excepto en la extremidad más gruesa del ovoide, la que correspondía á la parte superior, en la cual el color era sonrosado, como el de los ganglios linfáticos, en la extensión que ocupaba una superficie elipsoidea (de cuatro á cinco centímetros, el diámetro mayor por dos ó tres el menor), concéntrica y tangente interiormente á la primera. Hecho otro corte en otra dirección, pero siguiendo el mismo diámetro, resultó la superficie de la sección idéntica con sus dos zonas de distinto color, ambas elipsoidales, concéntricas y tangentes interiormente. Este hecho demuestra que el tumor tenía un núcleo formado de un tejido diferente á juzgar por el color sonrosado homogéneo, y como éste es el de los ganglios linfáticos, pensamos que, dado el temperamento linfático del sujeto y los antecedentes de familia, su origen probable había sido el infarto de un ganglio linfático de la región parotídea influido por el estado de debilidad en que quedó á consecuencia de la fiebre tifoidea: este infarto ganglionar fué el punto de partida de la proliferación del tejido adiposo ambiente que envolviendo al ganglio formó el tumor. Por el análisis histológico hecho después, se comprobó este juicio; pues el núcleo de color rojizo homogéneo se encontró estar constituido por tejido linfoideo y el resto del tumor por células adiposas, estando ambas porciones en la proporción de uno á cinco. Por manera que el tumor puede clasificarse de linfo-adenolipoma parotídeo. Mucho hemos vacilado antes de llegar á esta conclusión, pues llamándonos desde luego la atención esta extraña asociación de elementos, hemos registrado cuanto hemos encontrado á mano referente á tumores parotídeos para ver si en su historia había algún hecho análogo y nuestras investigaciones en este sentido han sido infructuosas. Berard y Velpeau daban mucha importancia á las adenopatías de los ganglios linfáticos en la formación de los tumores parotídeos, pero de esto á la manera de formarse el tumor que me ocupa hay mucha diferencia. A pesar de todo, estando cierto de haber observado bien, no he podido menos de aceptar como buena aquella conclusión, aunque pueda parecer extraña.

Un caso de tétanos à frigore.—Curación en 44 días

Prudencia García, de 27 años de edad, casada, de constitución débil, temperamento nervioso é histérica. El 23 de Enero próximo pasado, á los once días del puerperio de un parto fisiológico, estuvo la ma-

por parte del día á orillas del río Tajo, y al día siguiente, estando el temporal frío y húmedo salió de su casa, notando al regresar que no podía abrir la boca, articular las palabras ni tragar los alimentos. Estos síntomas fueron en aumento hasta el 28 del mismo mes, en que fuí avisado precipitadamente, encontrando á la enferma en el siguiente estado: las mandíbulas fuertemente encajadas, labios entreabiertos, frente arrugada, ojos fijos, pupila contraída: por la palpación de la cara y cuello se notaban fuertemente contraídos los músculos maseteros y externo-cleido-mastoideos; la cabeza en extensión forzada algo inclinada hacia atrás, experimentando la enferma grandes dolores al moverla en cualquier sentido; gran dificultad para tragar la saliva; opresión al pecho y accesos de sofocación: miembros superiores é inferiores algo rígidos, los primeros en ligera flexión, los segundos en extensión; los latidos cardiacos débiles, pulso pequeño, 100 al minuto; temperatura tomada en la axila 38,8 c.; piel cubierta de sudor; los sentidos y la inteligencia en perfecta integridad.

Ante este cuadro de síntomas, verdaderamente aterrador, prescribí el siguiente plan terapéutico: 1.º Caldo con peptona en enemas cada tres horas.—2.º Bromuro potásico, 15 gramos; Hidrato de cloral, 10 gramos; disolución gomosa, 300 gramos.—*D.º* —*P.º* ocho enemas, una cada tres horas, alternando con el caldo.—3.º Amasamiento de los músculos afectados principalmente los maseteros del cuello.

DIARIO DE OBSERVACIÓN.—*29 de Enero.*—Ha cedido la rigidez de los músculos del cuello, pero continúa el trismus sin poder separar las mandíbulas.—Ha dormido algunos ratos y ha orinado.—Pulso débil, 104 por minuto; temperatura, 38,6.—*Prescripción.*—Continúa el mismo plan.—Las enemas las retiene perfectamente.—Baño de vapor de un cuarto de hora de duración.—*Día 30 de Enero.*—Continúa en el mismo estado.—Fuera de la hora de la visita le repite otro acceso de sofocación que le dura más de media hora, cediendo con el amasamiento repetido.—Se repite el baño de vapor que le hace sudar abundantemente. En la visita de la tarde separa algo las arcadas dentarias y esto permite darle alimentos líquidos con pistero, caldos con peptona, leche, vino de peptona.—*Día 31 de Enero.*—Continúa el alivio, y careciendo de recursos, es trasladada al Hospital provincial, con las debidas precauciones de abrigo y en una camilla. Celebrada consulta con el Dr. Gallardo, se acuerda seguir con el mismo tratamiento, excepto el baño de vapor que rehusa la enferma y la familia por encontrarse muy débil, agregando á los medios usados inyecciones hipodérmicas de un centigramo de clorhidrato de cocaina á las regiones laterales del cuello, una cada tres horas.—*Del 1 al 5 de Febrero.*—Continúa el alivio.—Se suspenden las inyecciones de cocaina por haber sobrevenido ligeros flemones.—No habiendo movido el vientre se suspenden las enemas y se la da por la boca 345 gramos de limonada de citrato de magnesia.—*Día 7 de Febrero.*—Aumenta el alivio.—Temperatura 37.—Sopa de tapioca y de sémola que deglu-

te con más facilidad.—Se vuelve á la medicación suspendida una dosis cada cuatro horas.

En los días sucesivos la mejoría fué en aumento, se siguió con la misma medicación, aunque haciendo más largos los intervalos, tomando el alta completamente curada el 13 de Marzo.

Expuesto el caso, haremos breves consideraciones.

Aunque el tétanos *à frigore* es poco frecuente en nuestros climas, y rara vez tiene ocasión el práctico de observarlo, estaba tan bien caracterizado en nuestra enferma, que ni un momento vacilamos en formar el diagnóstico. Con efecto, la paciente, de temperamento nervioso, histérica y en un estado tan delicado como el del puerperio, estuvo expuesta gran parte del día á la acción de una temperatura fría y húmeda, que es una de las causas más abonadas para producir la enfermedad, y en su consecuencia principia ésta por convulsiones tetónicas de la rama motriz del 5.º par (trismus) y de los músculos de la faringe y laringe; pasan cinco días y no solamente se extienden las convulsiones á los músculos del cuello, del tronco y extremidades, sino que sobrevienen espasmos paroxísticos súbitos que, llevando á su máximum la contracción de los músculos, ponen en compromiso la vida de la paciente por afectarse seriamente la respiración y haber momentos en que la asfixia era inminente.

En punto á la Terapéutica tratamos de llenar la indicación causal con los baños de vapor, que en este caso dieron buen resultado, pues aunque pocos en número, después del segundo fué cuando se inició la mejoría.

Las indicaciones patogénicas fueron satisfechas con los moderados reflejos bromuro potásico é hidrato de cloral.

Un medio importante en el concepto de paliativo es el amasamiento muscular, con el cual hemos conseguido cierto grado de relajación que, aunque momentáneamente, aliviaba las funciones alteradas (deglución y respiración), dando una tregua mientras se conseguía con los demás medicamentos una modificación más profunda y duradera en el sistema nervioso.

Las inyecciones de cocaina llenaban la indicación de calmar el dolor ocasionado por las violentas contracciones de los músculos del cuello.

Otra indicación de capital importancia es atender á la alimentación de los pacientes, pues cuando la enfermedad se prolonga pueden sucumbir por inanición. En nuestra enferma la hemos satisfecho acudiendo en los primeros días á enemas alimenticias y después procurando con el amasamiento muscular que la deglución se hiciese con menos dificultad.

Merced á estos medios, hemos tenido la satisfacción de ver á nuestra enferma completamente restablecida á los 44 días, sin que después haya tenido ninguna novedad.

MARIANO BERMEJO.

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.

PRESERVACIÓN DE LA TISIS PULMONAR Y SU TRATAMIENTO DOSIMÉTRICO

por el Dr. Ferrand (de Lión), versión española del Dr. L. Marco

Véndese al precio de 2,50 pesetas en la redacción de la *Revista dosimétrica* (Capellanes, 10, 2.^o, Madrid.)

Se admiten anuncios para las cubiertas