

Año II.

JUNIO DE 1889.

Núm. 18.

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA

POR

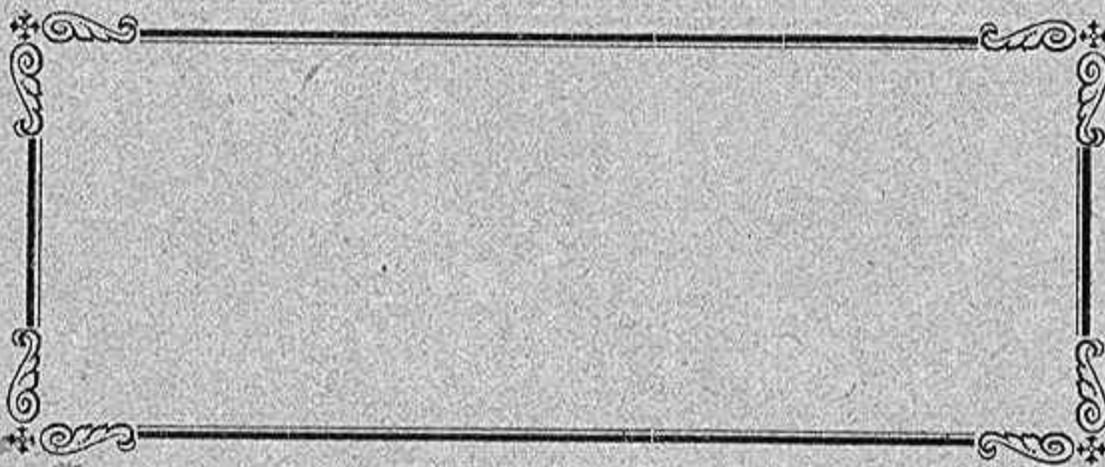
el Doctor D. Pedro Gallardo

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 de la boca y sus dependencias (continuación).—2.º Del suelo de la boca.—3.º Amígdalas.—Traqueotomía.—Exofagotomía.—Cuadro estadístico.—Cuatro amputaciones del antebrazo curadas por primera intención.—Artritis puerperales.—Inyecciones de quinina en la mucosa bronco-pulmonal, por D. Tomás Echevarría.—Enfermedades palúdicas (continuación), por D. Tomás Echevarría.—Bibliografía,—Anuncios.

TOLEDO:

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos

Comercio, 57 y Sillería, 15

AGUA DE INSALUS

en LIZARZA (Tolosa) Guipúzcoa,

ANALIZADA POR EL EMINENTE QUÍMICO DR. D. FAUSTO GARAGARZA

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

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

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

IMPORTANTE á los Sres. FARMACÉUTICOS

Productos químicos y naturales, de las más acreditadas casas inglesas, sin competencia en calidad y precio.

Representante en Madrid, *J. Cruz Vázquez, Serrano, 35 moderno*, á donde los señores Farmacéuticos pueden dirigir sus pedidos, en la seguridad de que serán transmitidos inmediatamente á Inglaterra, y siempre que los pedidos sean de alguna importancia, los recibirán directamente á su nombre.

Se remiten catálogos gratis

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

JARABE DE HIPOFOSFITOS DE CLIMENT

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

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

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

TUBERCULOSIS.

ESCRÓFULA.

RAQUITISMO.

ESCORBUTO.

COLORO-ANEMIA.

DEPPEPSIA.

ALBUMINURIA.

MISERIA FISIOLÓGICA.

OSTEOMALACIA.

DISMENORRA.

ALCOHOLISMO.

INAPETENCIA.

DEBILIDAD NERVIOSA.

PARÁLISIS DIVERSAS.

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

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

Dosis tónica: Tres cucharaditas al día.

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

De cuatro á ocho años: Dos *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 anti-bilioso 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 anti-sifilítica, anti-venérea y anti-herpética, 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

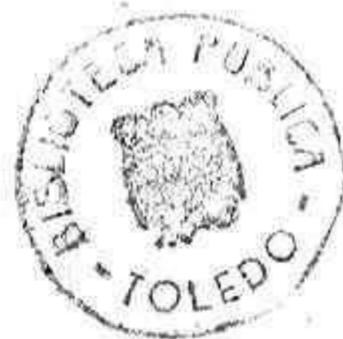
REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA



Operaciones de la boca y sus dependencias

(Continuación)

2.º—DEL SUELO DE LA BOCA



En el suelo de la boca no se practican más operaciones que las que recaen sobre la lengua y órganos subyacentes.

Aunque ninguna operación hemos tenido ocasión de practicar sobre la lengua, hemos de consignar un hecho de nuestra práctica que demuestra la dificultad que ofrecen en su diagnóstico los tumores de este órgano. En el año 1876 fuimos consultados por una mujer acerca de un tumor que había notado hacía algún tiempo en la cara dorsal de la lengua: explorada, presentaba en una de sus partes laterales una dureza circunscrita, de contornos no bien definidos y que se continuaban con los tejidos periféricos, dificultando los movimientos y causándola algunas molestias. No dudando que se trataba de un tumor sólido, propusimos formalmente la extirpación; mas atemorizada la paciente, fué aplazada la operación, y habiendo consultado con otro profesor, éste, por hacer algo, le prescribió una pequeña dosis de yoduro potásico. A las dos ó tres semanas se abrió espontáneamente el tumor, dando salida á un líquido albuminoso, con lo cual se curó completamente. El tumor era sin duda alguna un quiste formado á expensas de algún folículo mucíparo ó salival con retención de su producto de secreción. Cabe, en nuestro concepto, confundir estos tumores con los sólidos, porque cuando están repletos dan al tacto una dureza extraordinaria, no es posible percibir en ellos fluctuación, y situada la bolsa quística entre la mucosa de mucha densidad y espesor y la capa muscular, no forma relieve al exterior y no es posible apreciar su contenido por transparencia como sucede en estos quistes cuando están situados debajo de la lengua ó en los labios. Conviene consignar este error de diagnóstico, porque el hecho es raro hasta por la rotura y curación espontánea.

Debajo de la lengua se presentan con frecuencia los tumores que se conocen con el nombre de ránula. Cuatro ó cinco casos hemos operado con éxito satisfactorio; pero como de este asunto hemos tratado extensamente en la página 254 y siguientes del primer tomo de EL

BISTURÍ, sólo vamos á agregar muy pocas palabras acerca de la naturaleza de estos tumores.

Recientemente hemos observado dos quistes, uno en la cara interna del labio superior y otro en la del inferior, enteramente semejantes á la ránula por su contenido de consistencia albuminosa y por su aspecto semitransparente. Eran del volumen de un almendruco y fueron tratados, el primero por excisión y cauterización de la bolsa quística con el nitrato argéntico, y el segundo por aspiración de su contenido con la jeringuilla de Pravaz, seguida de inyección de una sustancia irritante.

Sin duda alguna su formación era debida á la retención del producto de secreción de un folículo mucíparo ó salival por obstrucción del conducto excretor con dilatación consecutiva de la cavidad de dicho folículo. Aunque estos hechos no son nuevos, corroboran la opinión de que la ránula no es siempre producida por la obliteración de los conductos de Wharton, como se ha pensado, fundándose, más que en nada, en su asiento, sino que puede ser en muchos casos un quiste como los que acabamos de citar.

3.º—AMÍGDALAS

Como puede verse en el cuadro estadístico, figuran en él en primer término una extirpación de un tumor canceroso de la amígdala y otras varias de excisión por hipertrofia.

El cáncer de la amígdala es sumamente raro, por lo cual vamos á detenernos algún tanto en el caso operado. Era un sujeto de 40 años, de constitución fuerte y temperamento sanguíneo. El tumor había principiado poco antes de su ingreso en el hospital, adquiriendo rápidamente las dimensiones de un huevo de gallina, y extendiéndose hacia el velo del paladar. Estos caracteres, unidos á los antecedentes de familia del enfermo, nos hicieron pensar que se trataba de un tumor maligno.

Considerando indicada la extirpación, antes de proceder á ella nos preocupó en gran manera la posibilidad de interesar al practicarla la carótida interna, sólo separada de la amígdala por la aponeurosis faríngea. Para evilarlo, estudiamos detenidamente en una preparación hecha sobre un cadáver las relaciones de la carótida con la glándula, y después ensayamos también la extirpación. Así preparados, sentado el enfermo en una silla, abierta la boca y con unos pedazos de corcho entre las arcadas dentarias, con una pinza denticulada larga cogimos el tumor y procedimos á su extirpación con un bisturí curvo de botón, de abajo arriba y de dentro afuera, llevándola á feliz término sin contratiempo alguno. El enfermo salió en poco tiempo curado; pero apenas habría transcurrido un mes, cuando se presentó de nuevo con un tumor voluminoso en la región externa mastoidea, acompañado

deinfartos numerosos en los ganglios del cuello, y por parte del estado general, los signos propios de la caquexia cancerosa, que rápidamente puso fin á su existencia. Todo lo cual demuestra que se trataba de un cáncer de la amígdala de forma encefaloidea.

En las excisiones de las amígdalas por hipertrofia hemos empleado siempre el amigdalotomo de Fahnestock, modificado por Velpeau, sin que en los casos comprendidos en el cuadro, á los cuales podríamos agregar otros tantos operados posteriormente, haya ocurrido el menor accidente desagradable. La hemorragia ha sido moderada, habiendo bastado para cohibirla, gargarismos con agua y vinagre. Después de estas operaciones, ó no ha sobrevenido fiebre, ó la reacción febril ha sido insignificante. La cicatrización se ha efectuado en ocho ó diez días. Antes de la operación hemos empleado como anestésico local, gargarismos con una disolución concentrada de bromuro potásico, y recientemente con una disolución al 5 por 100 de cocaína; pero como la mayor parte de nuestros operados han sido niños que más que del dolor se quejan de ver salir la sangre, no hemos podido formar juicio exacto acerca del valor real de una y otra clase de anestesia. En algunos casos no hemos logrado extirpar completamente toda la glándula, siendo de notar, que aun extirpando sólo una pequeña porción, el tumor desaparece completamente. Este hecho lo hemos visto con claridad cuando haciendo la excisión en los dos lados, en el uno sale toda la glándula y en el otro sólo una pequeña porción: después cuando las heridas se cicatrizan, ambos lados quedan iguales.

Traqueotomía

De todas las operaciones de urgencia, ninguna hay tan imponente, difícil y peligrosa como la traqueotomía. Cualquiera que sea la causa que impida el paso del aire á los pulmones, ya un cuerpo extraño detenido en el espacio comprendido entre las cuerdas bucales superiores é inferiores (ventrículo de la laringe) ó en cualquier otro punto del tubo laringo-traqueal, ya el edema de la glotis, ya falsas membranas, ya un tumor etc., siempre resulta de esto la asfixia más ó menos lenta con el cuadro aterrador de síntomas que la acompañan.

Para vencerla hay que luchar en primer término con la situación anárquica que engendran en el seno de las familias los sufrimientos de las personas queridas cuando por su índole parece que deben ser irremediables, y para ello es necesario una presencia de ánimo que domine cuanto le rodea é imponga el orden más severo en cosas y personas, sin lo cual es imposible realizar ninguna empresa quirúrgica

importante. Si el paciente, como sucede con frecuencia, es un niño de corta edad, aunque su estado de abatimiento suele ser profundo en consecuencia de la enfermedad ó accidente que motiva la operación, hay que contar con la inquietud propia de su irreflexión que dificulta en gran manera todas las maniobras operatorias. Los accesos de sofocación que sobrevienen durante éstas son otra dificultad que obliga en ocasiones á suspenderlas. La región en que se opera es de las más delicadas: el órgano es muy movable, su inmovilización rigurosa ofrece inconvenientes, está rodeado de vasos importantísimos que pueden ser interesados al menor descuido, sobreviniendo en este caso hemorragias graves por sí, y mucho más si abierta la tráquea cae la sangre á los pulmones. Además de estas dificultades y peligros hay los de la entrada del aire en las venas y el síncope, y después de la operación la inflamación, el enfisema, las ulceraciones de la tráquea etc.

Por todo esto no es extraño que no se practique más veces esta operación, á pesar de ser tan lisonjeros los resultados que da la estadística.

Leyendo los bellos trabajos de Trousseau acerca de esta operación en el crup, se siente el ánimo inclinado á practicarla siempre en esta enfermedad.

¿Quién no se arriesga á emprenderla ante la perspectiva de salvar un enfermo de cada 4 ó 5 y aun la mitad en la clientela particular? ¿Quién no se siente impulsado á la intervención activa cuando un práctico tan ilustrado como el citado llega á decir que practicar la traqueotomía es un deber tan estrecho en el médico como hacer la ligadura de la carótida después de la herida de este vaso, por más que la muerte siga aquí seguramente tantas veces como la curación? Sin embargo, pensando maduramente el asunto, preciso es reconocer en estas apreciaciones de Trousseau un optimismo muy distante por desgracia de la realidad, pues que ni todas las estadísticas son tan favorables, ni aunque lo fueran, pueden ser el fundamento único en que apoyemos nuestra decisión de operar. Y respecto á que sea un deber tan estrecho practicar la traqueotomía como hacer la ligadura de un grueso tronco arterial consideramos exagerado comparar una cosa con otra, porque en el crup cabe error de diagnóstico, y estando el diagnóstico bien hecho cabe esperar la curación espontánea, que no hay práctico que no haya presenciado alguna vez, mientras que en las hemorragias

arteriales no hay salvación posible sin la ligadura. Así, pues, por nuestra parte, después de haber practicado cinco veces la traqueotomía hemos resuelto como línea de conducta para el porvenir aconsejarla siempre que esté indicada, exponiendo á las familias las ventajas y los inconvenientes y no practicarla sino cuando la pidan y supliquen con verdadero empeño. De otra suerte vale más abstenerse porque es una operación en que el cirujano sufre las más vivas emociones que necesitan alguna compensación, y á falta de un buen éxito, en los niños siempre dudoso, no puede ser otra que el agradecimiento de las familias; y con éste no puede contarse cuando impulsados por el cumplimiento de nuestro deber hemos tenido necesidad de esforzarnos para persuadir á los padres de la necesidad y urgencia de la operación, porque si el éxito es malo, no recuerdan más que las ventajas ofrecidas y olvidan los inconvenientes.

Cuando se trata de adultos ó de accidentes por cuerpos extraños, las circunstancias varían algo, sobre todo en estos últimos las probabilidades de salvación son mayores. En este mismo año se nos ha presentado una niña de Mocejón que llevaba un cuerpo extraño en la tráquea hacía 10 ó 12 días y de sus resultas le daban unos accesos de sofocación que ponían en grave riesgo la vida. Aconsejamos con mucha insistencia la traqueotomía, y no habiéndose decidido siguió la niña en gravísimo estado durante mucho tiempo, uno ó dos meses, hasta que por fin el cuerpo extraño fué expulsado en un acceso de tos.

Puesto que de nuestros cinco operados, cuatro lo han sido por difteria laríngea y en el otro era dudosa, vamos á estudiar las indicaciones de la traqueotomía en esta enfermedad.

Desdeluego deben excluirse los niños menores de cuatro años, según el parecer de la mayoría de los prácticos, salvo excepciones muy contadas, á causa de la escasa resistencia que ofrecen para todas las operaciones.

La difteria laríngea puede presentarse de dos maneras: ó atacando primitivamente este conducto sin ninguna manifestación en otros puntos (eruptípico); ó por el contrario, invadiendo primero la cámara posterior de la boca, faringe y fosas nasales y propagándose después á la laringe y á la tráquea. En ambas formas la traqueotomía está indicada al terminar el segundo período caracterizado por una disnea creciente y por accesos de asfixia que se presentan repentinamente con diversos intervalos, indicando la necesidad de operar la retracción

del esternón y de las paredes torácicas en el momento de la inspiración. Tantas mayores probabilidades habrá de salvación para el paciente cuanto más benigna sea la difteria y cuanto menos intensos sean los fenómenos de infección: así pues, cuando el pulso es fuerte y regular, indicando que la fuerza del corazón no está deprimida, es el momento para operar.

En el crup típico de marcha rapidísima por efecto de la malignidad de la difteria toda intervención es completamente inútil. En el crup de marcha lenta en que se desprenden falsas membranas quedando el enfermo relativamente tranquilo hasta que se reproducen de nuevo y así sucesivamente, las probabilidades de salvación dependen del estado general del paciente y de la extensión de las falsas membranas en sentido descendente. En la difteria laríngea por propagación de arriba abajo, las probabilidades de éxito deben ser menores porque no aparece la enfermedad en la laringe sino después de haber transcurrido algún tiempo y de haberse presentado fenómenos de infección general.

En el tercer período las probabilidades de salvación disminuyen, pero puede practicarse todavía aunque los accesos de disnea sean muy violentos siempre que el corazón esté en buen estado, esto es, sus movimientos regulares y con alguna fuerza. Algunos enfermitos se han salvado en este período, y cuando no, todavía sirve la operación para hacer su agonía mucho más tranquila, pues la muerte por adinamia ó por síncope es mucho menos dolorosa que la muerte por apuca.

Cuando hay signos de pneumonia ó cuando el aire no penetra en un pulmón la operación esta contraindicada.

Creemos debe ser un recurso de mucho valer antes y después de la operación la transfusión de la sangre y las enemas de sangre desfibrinadas, porque llevando glóbulos rojos al torrente circulatorio obramos eficazmente contra la asfíxia y ponemos al corazón en condiciones de resistencia, aparte, de que siendo la difteria una infección séptica, la transfusión y su equivalente las enemas de sangre son un recurso precioso para combatirla. Ya al tratar de la transfusión expusimos nuestra manera de ver en este asunto, página 274 del tomo I de EL BISTURÍ.

Entrando ya en el examen de los casos que comprende el cuadro estadístico, el primero fué operado en 1873 y se trataba de un niño

de unos cuatro años, que después de algunos días de padecimiento vimos en consulta: en la faringe y cámara posterior de la boca no había indicios de difteria ni por entonces se había presentado ningún caso en esta población: tampoco había expulsado ninguna falsa membrana; había empezado el padecimiento por anginas al parecer de carácter inflamatorio y se le habían puesto sanguijuelas en el cuello, al quinto ó sexto día se habían presentado ataques de sofocación por obstáculo mecánico á la entrada del aire, que había sido considerado como dependiente del crup y que nosotros opinamos dependían de edema de la glotis. Propuesta la traqueotomía fué aceptada por la familia desde luego; pero no fué practicada hasta el día siguiente cuando ya el niño estaba en la agonía y con escasísimas probabilidades de salvación. Fué ejecutada con rapidez sin accidente alguno, y después de colocar la cánula hizo tres ó cuatro inspiraciones por ella y en seguida sucumbió. Es probable que si le hubiésemos preparado con enemas de sangre desfibrinada y hubiésemos hecho reiteradamente la respiración artificial, se hubiera salvado.

El segundo caso recayó en un niño de cuatro años bastante robusto con difteria faríngea, que apareció desde luego también en la laringe, prentándose muy pronto ataques de sofocación. Propuesta y aceptada la operación, no hubo notable hemorragia y al introducir la cánula en la tráquea sobrevino un síncope en que el niño se quedó como muerto durante algunos instantes, que nos parecieron muy largos; mas hecha la respiración artificial, se restableció la circulación y la respiración, quedando en un estado muy satisfactorio. No pude volver á ver al operado por impedírmelo la asistencia á un parto difícil, y encargados otros dos compañeros, sucumbió á las 24 ó 48 horas, manifestándome que había fallecido, no con fenómenos disneicos, sino de una fiebre muy alta que sobrevino.

Poco tiempo después una niña de seis años se presentó con los síntomas propios de la difteria laríngea, y hecha la operación sin accidente alguno, quedó después de operada sumamente tranquila; al día siguiente y en los sucesivos arrojó por la cánula porciones de membranas muy grandes y consistentes, alguna de las cuales ofrecía la forma de los bronquios. Desgraciadamente se reprodujeron y al quinto ó sexto día sucumbió, debiendo hacer notar que la agonía fué relativamente tranquila y no como la que se observa en estos enfermos: parece que la causa de la muerte debió ser la infección general más

bien que la asfixia. ¡Lástima grande no haber conocido entonces el precioso recurso de las enemas de sangre desfibrinada!

El 4.º operado fué un precioso niño de tres á cuatro años, hijo de un compañero, en que la difteria se presentó en la laringe por propagación. También fué operado sin accidente alguno; mas las falsas membranas obstruyeron la cánula y sucumbió al tercer día de la operación.

El mismo fin tuvo nuestra quinta operada, hija de nuestro hermano político el Sr. Gill y Albornoz, que falleció antes de las 24 horas.

Por manera que no hemos tenido la fortuna de que se salve ni uno solo de nuestros operados.

En todos hemos empleado el procedimiento ordinario, que consiste en abrir la tráquea por debajo del cartilago cricoides (traqueotomía inferior de Mackenzie). La hemorragia ha sido en todos poco considerable y no hemos tenido necesidad de suspender la operación para cohibirla. En el momento de abrir la tráquea la situación es imponente: el aire sale con estrépito, mezclado con sangre, el niño se agita y mueve, los espectadores se conmueven creyendo que va á sucumbir.

Dos veces se nos ha presentado el síncope, aunque en el primero, más bien que síncope fué la muerte por falta de fuerzas, y en el segundo, la respiración artificial, ejecutada con grande energía, volvió el niño á la vida. En nuestra última operada, tuvimos preparado el termo-cauterio para cohibir la hemorragia si se presentaba, mas no hizo falta.

Exofagotomía

Una sola vez se me ha presentado en mi práctica, ocasión de tratar afecciones del exófago; y aunque en rigor no fué una exofagotomía la practicada, se aproxima bastante, así por el manual operatorio, como por el tratamiento consecutivo, como puede verse por la sucinta exposición del caso que ahora voy á hacer.

En Setiembre de 1883, encontrándome en Cáceres, se me presentó un sujeto de 45 á 50 años, de oficio zapatero, que llevaba enfermo una semana próximamente, en consecuencia de haberse tragado involuntariamente una espina de bacelao, de las de la región vertebral, que debía ser bastante voluminosa y puntiaguda. El cuerpo extraño

quedó detenido hacia la horquilla esternal en la estrechez normal que presenta el exófago en este punto, determinando en el primero vivo dolor que se aumentaba á la presión, y con los esfuerzos de deglución y más tarde continuando clavado en las paredes del órgano, dió lugar á una inflamación intensa que se extendió al tejido celular, llegando hasta la formación de un gran foco de supuración en la región lateral izquierda del cuello cerca de la horquilla. En tal estado se encontraba cuando le vi por primera vez, apreciándose además fiebre y una debilidad bastante considerable por falta de alimentación, pues llevaba ya bastantes días sin poder tragar nada.

Apareciendo clara la fluctuación, la indicación de practicar la abertura del foco era evidente, siendo de esperar que con una incisión como para la exofagotomía externa saliese con la supuración el cuerpo extraño ó pudiese efectuarse su extracción. Preparado todo lo necesario, practicóse sin dificultad dicha incisión en la región lateral izquierda del cuello, saliendo una gran cantidad de supuración sumamente fétida y, como se había previsto, también el cuerpo extraño, que había perforado el exófago y producido en él una pequeña solución de continuidad. Después de lavar el foco con una disolución fenicada y de rellenar su cavidad con hilas empapadas en la misma disolución, el enfermo quedó tranquilo, cediendo en 24 horas la fiebre y el dolor.

Satisfecha esta primera indicación, había otras dos que llenar: 1.^a atender á la alimentación: 2.^a evitar en lo posible una estrechez del exófago; en el punto lesionado. Para ello recurrimos al tubo del Dr. Fancher para el lavado del estómago, que pensamos dejar colocado á manera de sonda permanente mientras se cicatrizaba la herida exofágica; mas no tolerándolo el enfermo, nos limitamos á efectuar su introducción dos ó tres veces al día para alimentarle con leche. A los dos ó tres días la herida exofágica estaba cicatrizada, pues no se veía ya á través de la herida exterior el paso del tubo por el exófago, y en atención á esto y á serle muy molesta la introducción renunciábamos á ella. El enfermo principió á alimentarse y la curación completa no se hizo esperar, ignorando si sobrevendría después ó no una estrechez algo considerable del exófago, pudiendo hacer constar tan sólo que á los 15 ó 20 días de la operación el enfermo continuaba en excelente estado y no acusaba ninguna molestia á la deglución ni después de ella, lo cual parece indicar que no quedó estrechez notable.

Operaciones especiales.—De

(Conti

2.º—Del suelo

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICO.
Señora de Yobio.....	Cáceres.....	26	C.	Ránula.....
Saturio Romeral.....	Consuegra.....	28	S.	Id.....
N. N.....	Fuensalida.....	15	S.	Id.....

3.º—A

Anastasio Pérez.....	Carpio de Tajo.....	40	C.	Tumor canceroso amígdala derecha.
Pilar Jiménez Cano.....	Mora.....	6	»	Hipertrofia ambas amígdalas.....
Ascensión Lillo del Pozo.....	Id.....	9	»	Id. id.....
Demetria Navarro.....	Id.....	14	»	Id. id.....
Germán Leo.....	Torrequemada (Cáceres).....	18	S.	Id. id.....
Un niño.....	Nambroca.....	6	»	Id. id.....
Otro niño.....	Id.....	7	»	Id. id.....
Una joven.....	Toledo.....	17	S.	Id. id.....

De la

Valentín Gómez.....	Toledo.....	4	»	Difteria laríngea.....
Eduarda López Cano.....	Id.....	6	»	Id. id.....
Niña de D. J. Rodríguez.....	Id.....	3	»	Id. id.....
Carmen Gill Albornoz.....	Id.....	4	»	Id. id.....

Del

N. N.....	Cáceres.....	50	C.	Flemón profundo perioxofágico.....
-----------	--------------	----	----	------------------------------------

la boca y sus dependencias

(Continuación)

de la boca.

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Excisión y sedal.....	»	24 En. 69	1.º Jun 69	Curación.
Sedal.....	»	2 Nov. 75	12 Nov. 75	Id.
Punción é inyección iodada.....	»	Marzo 84	»	Id.

mígdalas

Estirpación.....	»	8 Octb. 77	25 Oct. 77	Curación.
Id. con el tonsilotorno de Fahnestock.....	»	Sbre. 81	»	Id.
Id. id.....	»	Sbre. 81	»	Id.
Id. id.....	»	Sbre. 81	»	Id.
Id. id.....	»	Sbre. 83	»	Id.
Id. id.....	»	Sbre. 83	»	Id.
Id. id.....	»	Abril 84	»	Id.
Id. id.....	»	Enero 86	»	Id.

larínge

Traqueotomía.....	»	Enero 82	»	Defunción á las 44 horas.
Id.....	»	Abril 82	»	Id. al 4.º día.
Id.....	»	»	»	Id. al 3.º día.
Id.....	»	»	»	Id. al 3.º día.

exófago

Incisión hasta el exófago.—Cateterismo con una sonda de goma.....	»	Sbre. 83	»	Curación.
---	---	----------	---	-----------

Cuatro amputaciones de antebrazo curadas por primera intención

No pasa día sin que un nuevo éxito quirúrgico venga á poner de manifiesto las ventajas del método antiséptico, aséptico ó Listeriano en la curación de las heridas, ventajas tanto más notables cuanto con mayor esmero se ponen en ejecución sus preceptos.

De entre los muchos casos de nuestra práctica que pudiéramos citar, vamos á dar cuenta de cuatro amputaciones de antebrazo, en que habiéndose efectuado la reunión de las heridas por primera intención, sin una gota de supuración y sin fiebre, pueden presentarse como tipos acabados de lo que la asepsia puede dar de sí.

A pesar de que las páginas de la literatura médica en los diez últimos años están llenas de hechos quirúrgicos, los más decisivos é importantes para acreditar la eficacia de la cirugía aséptica, todavía hay espíritus refractarios á ella que atribuyen los éxitos á casualidades afortunadas, y hace falta, por tanto, que cada operador en su esfera haga una propaganda activa para que las prácticas asépticas, hoy afortunadamente muy difundidas, sean aceptadas por todos; que cuando tantos testimonios y tan respetables deponen en su favor, no debe ser otro el motivo que sus ventajas reales y positivas.

El terreno más apropiado para juzgar dichas ventajas, es sin duda el de las amputaciones, ya recaigan en la contigüidad, ya en la continuidad, porque las heridas operatorias en ellas son muy complejas: así, pues, aunque nuestras cuatro amputaciones no son de las más graves, pueden servir para el objeto que queda indicado.

Las dos primeras fueron practicadas en una sola sesión á un mismo sujeto, cuya historia es la siguiente: Valentín Gutiérrez, del Campillo de la Jara, de 41 años, soltero, epiléptico, ingresó en el hospital el 19 de Marzo último con una extensa úlcera en cada mano de resultas de quemaduras que había sufrido dos meses antes á consecuencia de haberse caído en la lumbre en un ataque de su mal. Tenía otra úlcera extensa en la región esternal, que reconocía la misma causa. La quemadura había sido tan profunda, que se habían eliminado los dedos,

apareciendo al descubierto y en supuración todos los huesos del carpo y metacarpo: en el lado derecho, la úlcera ocupaba también el tercio inferior del antebrazo. El enfermo llegó al hospital pálido y demacrado por efecto de los sufrimientos y de la mala alimentación, por cuyo motivo no pudo pensarse en los primeros momentos en otra cosa que en restaurar las fuerzas mediante un plan tónico.

Acordada la amputación, el 21 de Abril fué operado en el lado izquierdo por mi compañero de hospital Sr. D. Mariano Bermejo, empleando el método circular y resultando la sección de los huesos en el tercio inferior del antebrazo. Acto seguido fué operado por mí el lado derecho á colgajo anterior por trasfixión y la sección de los huesos en la parte media del antebrazo. La asepsia durante la operación fué rigurosa sin faltar ningún detalle del método de Lister: no se colocaron tubos de desagüe, porque se consideró que éste quedaba asegurado con los cordones de las ligaduras: para éstas y la sutura se empleó seda fenicada. Inmediatamente después de cada amputación, se colocó un apósito antiséptico completo. No sobrevino fiebre y sí sólo una ligera reacción en que la temperatura se elevó un grado por encima de la normal, que desapareció á las 24 horas. Levantado el apósito al octavo día, se quitaron los puntos y las ligaduras, estando reunidas ambas heridas por primera intención. En las curas sucesivas hechas cada cuatro ó cinco días, apareció en el antebrazo izquierdo del lado del radio una pequeña superficie fungosa por la que penetraba el estilete hasta el hueso desnudo en una pequeña extensión; á pesar de lo que no se presentó supuración, cicatrizándose á las cuatro ó cinco semanas después de eliminarse un pequeño secuestro: otros dos puntitos fungosos se observaron también en el derecho, que han concluido por cicatrizar sin dar supuración. El enfermo se encuentra completamente curado de todas sus heridas, incluso la de la región esternal, que está cicatrizada.

El segundo operado fué Florentino Palacios, de Nambroca, de 57 años de edad, casado y de buena salud habitual, que al ir á disparar el día 14 de Abril último una escopeta, reventó por la recámara, y arrancándose el cañón de la culata llevó consigo toda la eminencia tenar de la mano izquierda, quedando fracturado el segundo metacarpiano y una herida dislacerante con pérdida de toda la piel en la cara dorsal de la mano y de la muñeca, que extendía algo también á la palma. El día 15 por la mañana tenía fiebre moderada, 38° y 114

pulsaciones, y en este estado le fué amputado el antebrazo por su tercio inferior con asepsia rigurosa, por el procedimiento á colgajos, tallando uno anterior por trasfixión. A las 24 horas la temperatura era normal y así continuó en los siguientes hasta el noveno, en que levantado el apósito, la herida se encontraba reunida por primera intención y se quitaron los puntos y dos ligaduras, dos días más tarde otras dos y en otros cuatro ó seis días la herida estaba cicatrizada sin haber dado supuración.

El tercero y último fué Julián García, de Setiles (Guadalajara), de 26 años, soltero, que ingresó el 11 de Junio último á las dos de la madrugada con la mano derecha destrozada, á consecuencia de habérsela cogido el día anterior por la mañana una rueda dentada de una prensa de aceite del pueblo de Noez, desde donde fué transportado en un carro, tardando en el viaje siete horas. A la media hora de su ingreso fué amputado con luz artificial, para lo cual previamente se le dió un baño fenicado de un cuarto de hora de duración á todo el antebrazo.

Se empleó el método circular y la sección de los huesos vino á corresponder hacia la parte media del antebrazo á causa de estar magullados, los tejidos en el tercio inferior. Después de la amputación sobrevino reacción febril escasa que duró menos de 24 horas. Al levantar el apósito al sétimo día estaba reunida por primera intención y se quitaron las ligaduras y puntos. Algunos días después la herida estaba completamente cicatrizada y el enfermo restablecido.

Por manera que de las cuatro amputaciones, dos se hicieron en un mismo sujeto en una sesión y pueden considerarse como consecutivas ó patológicas, puesto que llevaba ya unos dos meses enfermo y la constitución empobrecida. Las otros dos fueron primitivas ó de causa traumática, siendo operados próximamente á las 24 horas con algo de reacción febril, que desapareció después de la operación. De los tres enfermos sólo uno era de excelentes condiciones, joven y robusto: los otros eran medianos, el uno por depauperado y el otro por viejo. A pesar de esto todos la soportaron bien, curándose en breve espacio de tiempo y en las condiciones que quedan apuntadas, gracias á las rigurosas precauciones asépticas con que fueron operados, las cuales continuaron observándose en las curas sucesivas.



Artritis puerperales

Deben considerarse como enfermedades puerperales, no todas las que sobrevienen durante el puerperio, sino tan sólo aquellas que puedan estar relacionadas con las modificaciones fisiológicas que en este estado se realizan en el aparato generador de la mujer.

En el útero queda después del parto una herida á consecuencia del desprendimiento de la placenta, herida que, reconociendo como causa un acto fisiológico, en la inmensa mayoría de los casos, cicatriza de una manera fisiológica, digámoslo así, y sin producir la menor alteración funcional. Está sujeta, sin embargo, á los accidentes de todas las heridas, principalmente de aquellas que, estando en contacto con el aire mediante un conducto estrecho ó abertura muy pequeña, se encuentra dificultada la libre salida del pus. El útero por su configuración está en las mismas condiciones de un foco de supuración en que el desagüe es imperfecto: el pus retenido más ó menos tiempo y alterado por los gérmenes sépticos del aire da lugar á la infección. En el útero después del parto hay motivos accidentales para que el curso de los líquidos exhalados se interrumpa y sobrevenga la infección como en un foco cualquiera. Estos motivos accidentales son los tapones que en el cuello se forman por los coágulos de la hemorragia más ó menos considerable que sigue al desprendimiento de la placenta. Cuando la matriz no tiene la suficiente fuerza contráctil para la pronta expulsión de los coágulos, los líquidos exhalados se alteran y sobreviene la infección. Después de los abortos, la infección debe temerse más, porque las hemorragias son en ellos más frecuentes y copiosas y la energía contráctil menor.

Hay identidad perfecta entre la infección séptica de una herida cualquiera y la infección séptica puerperal. Si ésta es más grave y tenaz, es tan sólo porque no podemos remover las causas que la ocasionan. En la herida uterina no podemos hacer lo que en un foco purulento cualquiera: no podemos, por ejemplo, practicar incisiones para que desaparezca su cavidad y quede convertido en una herida que pueda desinfestarse ó curarse al descubierto. Recientemente se ha dado un gran paso con las inyecciones intrauterinas de líquidos antisépticos; pero todavía falta mucho para que este recurso esté al alcance de todos y para que las pacientes consientan en someterse á él.

Ahora bien; una de las consecuencias de la infección purulenta de las heridas es la formación de focos secundarios de inflamación y supuración en puntos más ó menos distantes, pulmones, hígado, bazo, cavidades serosas y *articulaciones*. Por lo que toca á la infección puerperal, es bien sabido que las metritis, metroperitonitis, flemón de los ligamentos anchos etc., con consideradas como focos secundarios de la infección de la herida uterina. El mismo origen deben reconocer

las artritis que se observan en el puerperio siquiera este accidente sea bastante raro. Joulin en su excelente tratado completo de partos consagra dos páginas en su *Patología del puerperio* á las inflamaciones de las sinfisis de la pelvis, pero sin determinar la causa real de estas afecciones.

Por nuestra parte hemos observado tres veces en el curso de fiebres de infección puerperal, artritis que no vacilamos en considerar como dependientes de la infección. Del 1.^{er} caso hicimos mención en la página 127 de *El Bisturí* al reseñar la observación número 17 de nuestras operaciones tocológicas: se presentó una artritis escapulo-humeral en el curso de una fiebre de infección, y después de haberse hinchado considerablemente la articulación, terminó el proceso por resolución sin más que el tratamiento general, pues el local consistió tan sólo en fricciones estimulantes. El 2.^o caso es de fecha muy reciente: una señora al 8.^o día de un parto fisiológico fué atacada de fiebre de mediana intensidad acompañada de una artritis de la articulación de la rodilla: la tumefacción era considerable y la palpación acusaba la presencia en la sinovial de una gran cantidad de líquido. Sometida al salicilato de sosa cedió en pocos días el dolor y la fiebre duró un septenario, persistiendo otras dos semanas la hinchazón de la articulación que ha concluído por resolverse con embrocaciones de tintura de iodo. El 3.^o de fecha reciente también se refiere á una señora que en consecuencia de un aborto fetal ha tenido una fiebre de infección de forma accesional, que se inició á los siete ú ocho días, ofreciendo al cuarto día de fiebre fenómenos que podían atribuirse á embolia cerebral (síncopes, alteraciones en la visión, dolores fulgurantes en los miembros derechos); habiendo cedido la fiebre con el empleo de la quinina en diez ó doce días; al iniciarse la convalecencia se vió acometida de dolores agudos en las articulaciones del codo y coxo-femoral del lado derecho, acompañados de tumefacción y rubicundez en la primera de estas articulaciones, siendo probable que también existiesen en la segunda, aunque por su situación profunda no pudieran apreciarse: había además fiebre del mismo carácter, aunque de menos intensidad que anteriormente. Pocos días después los dolores de la articulación coxo-femoral se irradiaron á las caderas, á los riñones y á la articulación coxo-femoral derecha. Sometida á la quinina cedió la fiebre: los dolores y tumefacción del codo desaparecieron en pocos días á las primeras dosis de antipirina: los otros persistieron con varias alternativas, cediendo por fin con la antipirina y el salicilato administrados alternativamente y además un vejigatorio en el sitio correspondiente á la pared externa de la cavidad cotiloidea.

De estas tres observaciones, la 1.^a y la última han aparecido en el curso de infecciones puerperales graves, juzgándolas así por la altura y duración de la fiebre; en la 2.^a la infección fué leve á juzgar por los mismos datos. En ninguna había antecedente reumático ni motivo

ostensible para que en el curso de una fiebre puerperal bien definida se presentase un reumatismo articular y como en las infecciones purulentas no hay ningún autor que deje de citar focos inflamatorios consecutivos en las articulaciones, puede en nuestro concepto sostenerse con fundamento que las artritis citadas reconociesen un motivo idéntico, y en tal concepto ser consideradas como accidentes del puerperio y denominarse *artritis puerperales*.

Por otra parte, no hay razón para que en el puerperio se afecten las sífisis de la pelvis y dejen de afectarse otras más distantes del aparato generador, como la de la rodilla, el codo, el hombro y la cadera.

Cierto es que en nuestros tres casos la terminación ha sido favorable y no se ha formado foco de supuración como suele acontecer en las infecciones purulentas graves, á veces de una manera rápida; pero la terminación por supuración no ocurre en ninguna inflamación fatal, y necesariamente, esto depende del grado de la inflamación, de la cantidad de materiales sépticos que han penetrado en la sangre y de la que se haya depositado en la serosa articular para determinar la inflamación.

Concluimos, pues, estas líneas llamando la atención de los prácticos sobre esta clase de artritis, para que con mayor número de observaciones pueda hacerse la historia clínica de las mismas, determinando su curso, duración y terminación. En cuanto á la terapéutica, entendemos que la quinina, la antiripina y el salicilato de sosa son los recursos más adecuados para combatir la fiebre y los dolores articulares. Localmente los revulsivos enérgicos están aquí tan indicados como en los flemones periuterinos y son sin duda alguna los medios más seguros de conseguir la resolución del padecimiento.

LAS INYECCIONES DE QUININA EN LA MUCOSA BRONCO-PULMONAL

POR EL DR. D. TOMÁS DE ECHEVARRÍA (1)

Tengo adquirida la convicción de que, sea cualquiera el período de una enfermedad palúdica en que se administre la quinina, se opondrá seguramente con tanta más energía y prontitud al acceso venidero, cuanta mayor sea la cantidad de principio activo del medicamento que se haya absorbido. El veneno malárico necesita ser neutralizado en el torrente circulatorio de manera tan rápida como nos advierta la intensidad de la sintomatología de la forma patológica que afecte; así, en los estados perniciosos, hemos de procurar saturar prontamente la sangre de una sal quínica que destruya la influencia maléfica del veneno palúdico.

1) Publicado en la *Gaceta médica catalana*.

El estómago, el recto, la piel y el tejido celular subcutáneo, son las vías por las que más comúnmente se introduce en la sangre el medicamento, siendo un hecho confirmado que, si aun durante un acceso de fiebre intermitente logramos que se absorba una cantidad proporcionada á su intensidad de sulfato de quinina; este mismo acceso moderará la energía de sus síntomas con relación al anterior, desde el momento mismo en que la absorción se haya efectuado, estando en relación esta menor energía con la cantidad de sal quínica absorbida. Teniendo en cuenta esta verdad clínica mil veces por mí comprobada, como tendré el gusto de dar á conocer, quizás en breve plazo, más extensamente en los trabajos que sobre enfermedades palúdicas tengo en preparación, y, recordando los experimentos de Ségalas, Claudio Bernard y otros, de todos conocidos, por los que se prueba la rapidez de la absorción por la mucosa pulmonal, y que la misma sangre es la encargada de absorberla en razón á la finura de la membrana ó tabique de separación entre la sangre, en el momento químico de su oxigenación, y el líquido terapéutico que se pueda inyectar por la tráquea á las ramificaciones bronquiales; y, conociendo asimismo, los resultados obtenidos por Jousset de Bellesne con las inyecciones de quinina en la mucosa respiratoria en dos casos de fiebres palúdicas perniciosas en su último período; hacía mucho tiempo que tenía ganas de comprobar por mí mismo los resultados prácticos de la absorción rápida de la quinina por la vía pulmonal.

Nunca me había decidido á practicar una inyección intra-pulmonal de quinina temiendo los riesgos que el enfermo podía correr, pero acordándome de un sabio consejo de un distinguido clínico, de que nunca se deben temer los medios de administración siempre que llenen una indicación, y si á las enfermedades, me decidí á poner en práctica la administración de la sal quínica por la mucosa bronco-pulmonal para satisfacer la urgentísima y vital indicación de un último y mortal acceso de una perniciosa, donde es preciso saturar prontamente la sangre del preparado quínico por si puede evitarse el fin fatal y próximo del paciente, que agonizará en breve por falta de oportuno antidoto al veneno que apaga su vida.

Una fiebre intermitente perniciosa de forma cerebral en su tercer paroxismo, me decidió, há poco tiempo, á llevar cinco gramos de sulfato de quinina en solución previa al interior del árbol aéreo, logrando dominar la malignidad hasta el extremo de que no sucumbiera el

enfermo en aquel acceso, como seguramente hubiera ocurrido, dándome tiempo á seguir después en el uso de las sales de quinina por la vía hipodérmica hasta que se completó la curación. Referiré el caso en cuatro palabras por la importancia que entraña:

Un pobre de solemnidad, llamado Melitón Contreras, venía padeciendo hacía algún tiempo una fiebre intermitente palúdica de tipo terciano, hija de una huerta vecina á la casa en que vivía. A pesar de sus sesenta años y de la enfermedad que le aquejaba, pasados que eran los accesos febriles, seguía ocupado en el poco trabajo que podía hacer para ganarse la subsistencia, á riesgo de que sucumbiera en la demanda su débil y empobrecida naturaleza. Un noche, pasado el período del frío y al empezar el segundo estadio de su febril accesión, sobrevinieron manifiestos síntomas de congestión cerebral que desaparecieron con el sudor final de la misma, sin que se le ocurriera á su esposa avisarnos por haber desaparecido, según ella, la gravedad. Repitióse á la noche siguiente el mismo cuadro sintomatológico; mas como esta vez viera ya tan apurado al paciente, tan luego como fué de día me pasó aviso refiriéndome lo que antecede.

Si el segundo acceso pernicioso se adelantó un día en su presentación, con relación al tipo que guardaba la fiebre mientras fué benigna, del tercero fué invadido inmediatamente de finalizado el segundo, tanto que, á nuestra llegada en la mañana siguiente á la noche en que sufriera la segunda accesión, le encontramos ya en el período del frío de la tercera y con todos los síntomas de la más alarmante y violenta congestión cerebral precursora de su próximo é irremediable fin.

Haciéndome cargo de este desesperado estado, y puesto que perdido conceptuaba á este enfermo, exponiéndome á ganar algo quizá, propuse á sus parientes el empleo de las inyecciones intra-traqueales de quinina como remedio *in extremis*, puesto que suponía que ninguna otra vía me serviría como ésta para llevar con más rapidez el medicamento á la sangre arterial, que era donde hacía falta, advirtiéndoles que no garantizaba el éxito. Aceptada mi proposición, procedí de la siguiente forma: cargué la jeringuilla de Pravaz en una solución de sulfato de quinina á cinco gramos de esta sal por cuatro de agua destilada, y fijando la tráquea con la mano izquierda en un solo tiempo penetré en su interior con el punzón de la jeringa, por uno de los espacios que dejan entre sí sus anillos cartilagosos, eligiendo como sitio de preferencia dos dedos por bajo de la laringe; gota á gota y

con el intervalo de 15 segundos, fuí inyectando todo el contenido de la jeringa, que separé de la cánula para volverla á llenar y repetir la operación hasta tres veces más que fueron precisas para agotar la fórmula ordenada, retirando después la cánula para poner sobre la picadura un pedazo de tafetán gomado.

Debe huirse de la laringe para practicar esta operación, por ser el punto más sensible, en razón á que el nervio laríngeo distribuye sus ramas por este órgano, á más de que la impresión producida por la inyección en la laringe pudiera dar lugar á un acceso de tos sofocante; no obstante, á pesar de haber procurado esquivar estos riesgos, que parecen ser los únicos que pueden presentarse, no se suele lograr siempre evitarlos; por tanto ha de tenerse cuidado sumo en dejar caer la inyección gota á gota y con los intervalos más largos posible, porque en más de una ocasión en el caso presente, aun siendo algunos de estos de más de 15 segundos, se produjo una tos violenta como fenómeno reflejo que parecía acabar por asfixia con la vida del sujeto.

He de advertir que, efecto de la inyección quínica, se ocasionó una intensa bronquitis en este enfermo, que fué curada en poco tiempo sin extremar los medios terapéuticos para lograr su resolución.

Pruébanos de manera evidente el caso que dejo reseñado que, hasta en el último y mortal acceso del paludismo pernicioso, puede la medicina triunfar salvando la vida de un enfermo, y que la quinina es su verdadero específico, siendo más eficaz para los procesos palúdicos que son sus causas para producirlos, como decía el inmortal maestro Asuero.

Debe, por tanto, el médico no desesperar de la curación al tratar enfermedades palúdicas disponiendo de armas de tanta precisión como lo son las sales de quinina en estos estados. La dificultad, si puede haberla, consiste en saberlas esgrimir con oportunidad, graduando la cantidad terapéutica en cada caso, eligiendo la vía que de modo más pronto y seguro lleve el agente antipalúdico al mismo terreno en que el enemigo está realizando su destructora obra para poderle vencer.

Los preparados de quina llevados á la mucosa bronco-pulmonal los creo de excelentes resultados prácticos para tratar la perniciosidad, y, entiendo que ha de preferirse este método al de Burdel, que consiste en practicar rápida y sucesivamente inyecciones hipodérmicas de éter quínico ó de alcohol quínico durante el acceso maligno. Sin que me parezca mala esta práctica, repito, la creo ineficaz en casos

como el descrito por la lentitud relativa de la absorción, por la vía hipodérmica.

Autorízanos el caso expuesto á servirnos de la vía pulmonal para la administración de la quinina, siempre que se traten manifestaciones palúdicas perniciosas, y dudemos llegar con oportunidad á saturar la sangre del agente terapéutico administrado por otra vía.

Puebla de Montalbán, Febrero, 1889.

Enfermedades palúdicas

FIEBRES INTERMITENTES REGULARES BENIGNAS

(Continuación)

Jaccoud (1) nos dice que la temperatura aumenta por lo general, durante el período del frío, empezando á bajar desde que empieza el calor; Strümpell se satisface con expresar que en este primer estadio se manifiesta ya el calor febril, que sigue en progresivo aumento, hasta llegar á su máximum en el período del calor. Estas vagas é incompletas noticias no nos pueden dar seguridad de las oscilaciones que durante el acceso febril sigue la temperatura en estas fiebres, ni á qué período corresponde su máximum térmico. Solamente por una continuada serie de frecuentes experiencias podremos llegar á conocer con exactitud el curso fijo de la calorificación de estos procesos febriles.

Hemos dicho que el máximum térmico en las fiebres de que venimos ocupándonos, se manifestaba al principio del primer estadio. Si al empezar un violento escalofrío, que parece ser el primer síntoma de la invasión de una fiebre accasional, colocamos el termómetro en la axila ó debajo de la lengua del enfermo, comprobaremos una cifra térmica exagerada; la temperatura febril en el momento del escalofrío llega á su máximum de intensidad, no correspondiendo el descenso aparente del calor periférico, con la temperatura interna comprobada por el examen termométrico, fenómeno reflejo en que el sistema nervioso, por consecuencia de la exageración del ritmo cardíaco, al llegar la temperatura febril á su más alta cifra, experimenta una convulsión que no es en realidad otra cosa el llamado escalofrío. Como se ve, no se armoniza muy bien que el escalofrío sea el primer síntoma ó la

(1) *Patología interna*. 1873.

iniciación del acceso de fiebre con lo que nos enseña la observación termométrica, porque no es lo natural, ni lo lógico, que súbitamente empiece el proceso patológico por su más alto grado termométrico.

Es preciso buscar el principio de la fiebre antes del escalofrío. La observación termométrica practicada antes de que este fenómeno tenga lugar, ó sea en el período en que los enfermos sienten ese malestar inexplicable de que ya nos hemos ocupado, que les hace predecir la invasión del acceso febril, nos pondrá en evidencia que ya son un hecho las perturbaciones de la calorificación, puesto que, habiendo empezado el acceso febril, nos acusará el termómetro un aumento más ó menos notable de la temperatura sobre la cifra fisiológica, circunstancia que confirma, no sólo que el acceso de fiebre no empieza siempre con el frío, como de muy antiguo se viene creyendo, sino la carencia de fenómenos prodrómicos cuya falta hemos sustentado, toda vez que, al presentarse ese conjunto de síntomas iniciales que se han llamado pródromos, ya se encuentran alteradas la calorificación y la nutrición, siendo por tanto un hecho comprobado la enfermedad febril, viniendo la observación termométrica en apoyo de las ideas que dejamos emitidas en otro lugar. Creo con Jaccoud (1) que antes de tener lugar el escalofrío, ha empezado á elevarse paulatinamente el calor, variando poco las experiencias del renombrado clínico del hospital de la Caridad, con mis modestas observaciones.

Desde el momento en que empiezan los primeros síntomas del acceso febril, precursores del escalofrío más ó menos intenso que caracteriza el primer estadio de la intermitente, y que pudiéramos llamar período algido del mismo, la temperatura se aumenta gradualmente, pudiendo notarse, si se tomara la temperatura cada media hora, por ejemplo, que el progresivo ascenso termométrico estaría representado por las cifras 37°7, 38°2, 39°, 39°5, 40°, 40°5, 41°, ó hasta la cifra máxima que pueda alcanzar la fiebre en aquel acceso y que siempre corresponde, como ya hemos dicho, esta mayor elevación térmica al tener lugar el escalofrío mayor. Mientras dura este escalofrío, la temperatura se sostiene en su máxima cifra térmica, para descender algunas décimas de grado y hasta un grado muchas veces, en la declinación del primer estadio ó sea cuando comienza á iniciarse lo que se llama el segundo estadio, ó período de calor; así, si durante el pe-

(1) *Lecciones de clínica médica del Hospital de la Caridad.*—1877.

riodo que pudiéramos llamar más algido del primer estadio, la temperatura máxima ha sido de $41^{\circ}5$, en su declinación puede descender á $40^{\circ}5$, ó 40° . Ya en pleno período de calor, la temperatura vuelve á oscilar en progresión ascendente, fluctuando esta elevación térmica mientras dura la sensación de calor quemante de la piel en las cifras que descendiera en la declinación del primer estadio. No esperemos nunca en el período de calor, por exagerados que nos parezcan los síntomas que podamos apreciar, mayor cifra técnica que la correspondiente al escalofrío del primer estadio, porque esto sería desconocer las leyes de la vida, que son siempre iguales en esto como en todo, y necesariamente la intensidad del calor ha de guardar relación de estrecha intimidad con la violencia del frío, puesto que no son más que fenómenos pertenecientes todos á una misma enfermedad, y por tanto, los unos son consecuencia obligada de los otros.

Strümpell dice que en el período de calor alcanza el termómetro su mayor altura, pero yo nunca he visto en numerosísimas observaciones que el mayor grado térmico corresponda á este estado; antes en muchos casos no llega á elevarse al grado del escalofrío como puede comprobarse con una observación bien hecha. Si tomamos la temperatura axilar pasada la intensidad del escalofrío, cuando ya empieza el descenso térmico, claro está que al llegar el segundo estadio á su período más enérgico, la cifra termométrica sobrepujará á la del primero, pero esto no dependerá de otra cosa que de la manera deficiente de practicar las observaciones. En estos dos períodos de la fiebre, existe respectivamente un *máximum* de intensidad en los síntomas subjetivos del frío ó del calor que corresponden con rigurosa exactitud con los resultados obtenidos de la exploración termométrica. Partamos de estos puntos para practicar nuestras experiencias, y nos convenceremos de la relación íntima que entre sí guardan en su curso estos fenómenos patológicos.

Al empezar á declinar el segundo estadio descende el calor también, pero por décimas de grado, de una manera paulatina y en la misma forma que empezó á elevarse antes del escalofrío. Llegado el período final del acceso, cuando en la piel se observa ya algún *mador*, que indica la presentación de este último estadio de la intermitente, la temperatura ha descendido ya algunas veces hasta un grado, con relación á la cifra máxima que haya alcanzado en los períodos primeros. Sigue en gradual descenso durante todo este estadio, hasta adquirir la cifra

fisiológica. Es de notar, no obstante, que el descenso térmico guarda también relación íntima con la intensidad con que el calor se ha manifestado, siendo frecuente observar á la terminación del acceso febril que la cifra térmica es tanto más baja por bajo de la fisiológica, cuanto más elevada ha sido durante la fiebre. Numerosísimas observaciones me han comprobado, que en las fiebres poco intensas, el descenso térmico del final del acceso no traspasa muchas décimas de grado por bajo de la cifra normal; pero de fiebres que han pasado de 40°, este descenso puede alcanzar hasta á cifras inferiores á 36°, persistiendo esta baja temperatura, no todo el período de la apirexia, sino un tiempo igual poco más ó menos al que duró la máxima temperatura febril; pasado el cual, adquiere ya el calor su cifra fisiológica de 37° á 37°5, por todo el tiempo que dura la apirexia. En cuanto á la temperatura máxima que pueden alcanzar estas fiebres, es muy variable: Jaccoud, cree que la cifra común suele ser la de 40°, pudiendo elevarse hasta 41°5; Strümpell consigna estas mismas cifras, expresando que por rareza suele ser inferior á 40°; Griesinger, ha observado la cifra de 42°6; y por último, Hirtz, cita un caso de fiebre intermitente terciana, en que el termómetro se elevó á la increíble cifra de 44°. Las enfermedades infecciosas tienen por carácter especial ser las que alcanzan mayores cifras termométricas, y en el paludismo febril, como tipo de ellas, se ven temperaturas tan tórridas, que parecen increíbles, siendo esta la enfermedad en que puede observarse la hipertermia compatible con la vida, porque la elevación térmica es siempre de escasísima duración, pero entre esto, y admitir que pueda elevarse el calor, siquiera sea por breves instantes, á la horrorosa cifra de 4°, ó asegurar que no puede ser inferior á 40°, como pretende Strümpell, existe gran exageración. En el paludismo febril, repito, he visto cifras térmicas increíbles, por lo elevadas, pero en más de cien observaciones á conciencia practicadas, la máxima que he podido comprobar ha sido de 42°7 en una fiebre terciana, habiendo visto, asimismo gran número de casos en que el calor máximo ha sido de 39°, no habiendo llegado en algunos de ellos, ni aun á esta cifra.

Con cuanto dejamos dicho acerca de este asunto, se prueba evidentemente que la temperatura, en la enfermedad que nos ocupa, sigue una marcha típica que nos puede permitir diagnosticar su naturaleza por la sola inspección del trazado gráfico de la temperatura, pudiendo asimismo conocer la intensidad del acceso febril, por la cifra térmica

del escalofrío; ó por el contrario, si ha sido muy alta la fiebre, por el mayor ó menor descenso por bajo de la cifra fisiológica, al terminar el período de sudor. Pruébanos, á más, la observación termométrica, como ya hemos dicho, que la fiebre periódica comienza antes del escalofrío, pudiendo asegurarlo tanto más, cuanto que se observa también mayor cantidad de urea en la orina, tan luego como empieza á manifestarse el calor febril, hecho que se aprecia en toda fiebre, puesto que guarda perfecta analogía con el aumento de la temperatura.

Aunque ya he dicho no me ocuparía de la sintomatología de las fiebres que venimos estudiando, por ser sobrado conocida, réstame decir cuatro palabras acerca de sus complicaciones. La fiebre regular benigna, si siempre se caracteriza por la sucesión alternativa de sus tres estadios, cuyos síntomas propios son iguales en todos los casos, no por esto deja de estar exenta de ciertas modificaciones individuales propias, por decirlo así, de cada sujeto, que si no influyen nada en la regularidad de su curso, tienen gran importancia bajo el punto de vista del tratamiento.

El aparato gastro-intestinal es el que con más frecuencia ofrece complicaciones á las fiebres intermitentes. Al empezar el período del frío aparecen vómitos biliosos seguidos de mal gusto de boca y sed intensa, pesadez epigástrica, lengua seca y saburrosa, síntomas que, independientes de los propios del primer estado, denotan claramente un catarro gástrico. Otras veces hay dolores, cólicos con diarrea y flatuosidades, pareciendo como que el catarro se localiza en los intestinos.

Durante el período del calor, pudo también la fiebre intermitente regular benigna, complicarse con un estado inflamatorio que se nos revela por mayor dureza y plenitud del pulso, inyección en las conjuntivas, gran cefalalgia, zumbido de oídos, etc. etc.

Algunos autores han dado el sobrenombre de gástricas, biliosas ó mucosas, é inflamatorias, á las intermitentes acompañadas de estas complicaciones, suponiendo que la acentuación de los síntomas gastro-intestinales tienen lugar con más frecuencia en las fiebres de verano y otoño y especialmente en las de tipo terciano; siendo propias de la estación primaveral, y del tipo cotidiano, las complicaciones inflamatorias. Estos síntomas, que como ya he dicho, son independientes de la intermitente, denotan que ciertos órganos ó aparatos toman una participación notable durante el acceso febril, y que sin negar la in-

fluencia que en ello puedan tener las estaciones, creo que su presentación depende principalmente de las circunstancias individuales y de localidad que imprimen esta ó aquella modalidad al período febril que en un principio, puede hasta oscurecer el diagnóstico del primer acceso, debiendo, por tanto, tenerse presente para no aventurar un juicio prematuro, que pudiera resultar erróneo, con detrimento de la reputación del médico, siendo asimismo de gran importancia estas modalidades para el tratamiento, como veremos cuando de él nos ocupemos.

Renuncio á poner ejemplo alguno práctico de fiebre intermitente regular benigna, porque supongo conocida de todos los médicos esta forma febril, como ya he manifestado, terminando con lo dicho acerca de ella para ocuparme de la intermitente regular maligna.

TOMÁS DE ECHEVARRÍA.

Puebla de Montalbán, Junio de 1889.



BIBLIOGRAFIA

Farmacología dosimétrica, alcaloidoterapia y otros principios activos usados en la medicina moderna, guía práctica para su acertado manejo, por el Dr. González Valledor. Madrid, 1889.

Es raro el día en la época actual en que la prensa médica no tenga que dar cuenta de nuevas obras que vienen á enriquecer nuestra literatura. El incesante y casi vertiginoso movimiento de avance de la ciencia médica así lo exige para nutrir con su nueva savia á todos sus hombres, que en caso contrario no podrían llenar cumplidamente la sagrada misión que la sociedad moderna tiene derecho á exigirles.

Una obra nueva más, no supone para algunos, otra cosa que afán de exhibición en el autor, y suele ser mirada con indiferencia, no parando atención ni aun en su título, pero si puede haber obras de escaso valer, no es razón generalizar éste juicio, porque las hay que vienen á llenar una verdadera necesidad práctica sentida hoy imperiosamente, dadas las conquistas que la ciencia efectúa diariamente ensanchando su esfera de acción.

La alcaloidoterapia del Dr. Valledor, de la que hoy damos cuenta á nuestros suscritores, es lo que puede llamarse una obra útil y necesaria, como se convencerá de ello quien detenidamente la lea. Consta esta obra de 512 páginas, de las cuales, las 138 primeras las dedica á Prolegómenos, y las restantes á la alcaloidoterapia.

Como se ve, divide su trabajo el autor en dos partes: en la primera ó Prolegómenos se ocupa en la exposición de los principios fundamentales del método dosimétrico, al que considera, no como escuela ni sistema médico, sino simplemente como método terapéutico, y en este concepto condena el método expectante, entendiendo que el médico práctico debe tener por objetivo procurar la yugulación de las enfermedades agudas, especialmente las inflamaciones, siempre que pueda lograrse, para evitar las lesiones anatomo-patológicas consecutivas á las mismas, canon principal de la dosimetría.

Encomia las ventajas del gránulo dosimétrico sobre las demás formas de administración de los alcaloides, defendiendo las dosis suficientes en vez de las máximas y mínimas, puesto que es ley en dosimetría, que á enfermedades agudas, tratamiento agudo, y en las crónicas tratamiento crónico; es decir, que en el primer caso, se dé el medicamento en dosis frecuentes y repetidas hasta obtener el efecto que se busca, y en el segundo, con intervalos más largos, pero con la constancia misma que la enfermedad ofrezca para su curación.

Se ocupa de la *dominante* ó tratamiento causal, y de la *variante* ó tratamiento sintomatológico que ha de establecerse en todo plan dosimétrico, combinando para ello diferentes alcaloides granulados según cada caso. Establece la diferencia que existe entre los tratamientos alopático, dosimétrico y homeopático, afirmando que la dosimetría no excluye la sangría, si bien restringe su empleo.

Después de los prolegómenos que sucintamente hemos extractado para los que no conozcan el método dosimétrico, sin hacer comentario alguno sobre ellos, viene la segunda parte, ó sea en la que se ocupa de la verdadera farmacología. Estudia en ella, á más de artículos generales sobre los estrigneos, arsenicales, fósforo, cafeicos, mercuriales, opio y sus sales, eupépticos, hierro, quina y sus sales; 140 agentes entre alcaloides dosimétricos ó no, resinoides y glucosides, de los conocidos hasta la fecha en la terapéutica.

Para que pueda tenerse una idea, siquiera sea ligera, del trabajo de nuestro querido amigo, diremos que de todos los agentes anotados, hace el siguiente estudio:

Después de exponer su fórmula química, y si están granulados, la cantidad de principio activo que cada gránulo contiene, hace la historia del alcaloide, estudia su acción fisiológica y tóxica, sus efectos fisiológicos sobre los órganos y las funciones en particular, los agentes sinérgicos, sustancias antagonistas é incompatibles, usos terapéuticos, y por último, sus dosis.

Termina con un resumen sobre la acción principal de cada alcaloide y una clasificación de los mismos según su acción electiva sobre los sistemas, aparatos y órganos.

Dado el gran número de alcaloides usados hoy en terapéutica y lo poco estudiados que aún están algunos en sus múltiples acciones, se

comprende lo ímprobo del trabajo y la utilidad que reporta al práctico la labor que ha llevado á cabo nuestro distinguido amigo Dr. Valledor. Sólo su larga experiencia en alcaloidoterapia y á costa de grandes vigiliass, se puede emprender y terminar una obra de tanta utilidad clínica. El libro del Dr. Valledor es de verdadera necesidad, no tan sólo al dosímetra, sino á todo médico práctico que siga á nuestra ciencia en sus modernos adelantos en la terapéutica, porque sin saber el modo de obrar de los alcaloides es imposible poderlos prescribir al enfermo.

Aconsejamos á nuestros amigos la adquisición de esta obra, seguros de que han de agradecerémoslo cuando la conozcan, y damos nuestra enhorabuena á su autor por haber enriquecido la literatura médica española con producción de tanta valía.

TOMÁS DE ECHEVARRÍA.

Concepto del parasitismo en la etiología y profilaxis de las enfermedades.
Consejos higiénicos para evitar la propagación y desarrollo de la tisis.
(Cartilla higiénica, premiada con mención honorífica en el último concurso de premios de la Sociedad Española de Higiene de Madrid.)



Hace ya unos días que hemos recibido estas dos obritas escritas por nuestro querido amigo y asiduo colaborador D. Tomás de Echevarría, bien conocido de nuestros suscritores. En la primera demuestra el autor que conoce á fondo las modernas teorías parasitarias, á las que señala sus deficiencias con argumentación sólida y clara. Demuestra nuestro compañero, además, que si bien sigue los adelantos de nuestra ciencia paso ó paso, sólo acepta de ellos aquellas verdades demostradas por la experiencia como corresponde al verdadero clínico alejado de luchas sectarias.

Como su título lo indica, la otra obrita es de índole popular, destinada á vulgarizar la higiene de la tuberculosis pulmonal. En ella encontrarán las familias cuidadosas de su salud acertadísimos y seguros consejos para evitar el desarrollo y propagación de enfermedad tan terrible y frecuente que parece aumentar á medida que la civilización, expuestos con lenguaje sencillo y claro al alcance de los profanos en nuestra ciencia.

Recomendamos á nuestros lectores la adquisición de esta Cartilla Higiénica, que manda el autor á quien se la pida remitiéndole una peseta en libranza ó sellos de correos á la Puebla de Montalbán, de esta provincia.

La amistad íntima que nos une con el autor de estos trabajos nos veda prodigarle elogios, porque siempre parecerían hijos del cariño que le profesamos y porque ofenderían su modestia.

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 Ilre. 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 dias 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 dias el aumento de apetito, que auxilia mucho á la acción medicamentosa.

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

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

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

El peptonato amónico hidrargírico «CASTILLO», tanto en la forma de solución como de granulos tiene su principal uso en los periodos secundarios y terciarios de la sífilis, cuyos progresos contiene inmediatamente, llegando en pocos dias 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.

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

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

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

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

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

ELIXIR MORRHUOL «CASTILLO»

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

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

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

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

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

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

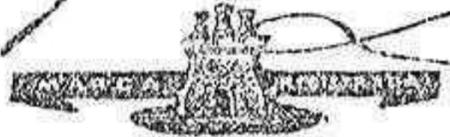
ELIXIR PEPTO-YODURO DE AZUFRE «CASTILLO» tres cucharadas diarias.

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

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

De venta en las principales farmacias.

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

M. G. del Castillo


LA MARIGARRINA

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

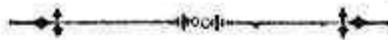
La clínica es la gran piedra de toque en las aguas minerales y ésta cuenta **36 años de uso general y con grandes resultados** para las enfermedades que expresa la etiqueta.

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

FARMACIA, LABORATORIO Y DROGUERIA DE DON EMILIO ECHEVARRÍA Y MAYO

4 — SAN SALVADOR — 4

TOLEDO



En este establecimiento podrán adquirir los Sres. Farmacéuticos á precios reducidos, alcaloides, glucosidos y otros productos especiales procedentes de las principales fábricas de Francia y Alemania, tales como la apomorfina, aconitina, antipirina, agaricina, antifebrina, calavarina, curare y curarina, cocaina, duvoisina, digitalina, eserina, eucaliptol, morfina y sus sales, pilocarpina (nitrato), quinina y sus sales más modernas, el terpinol, el iodol, la diastasa, etc.

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-corbúticc, **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^{ia}**, de Paris

El **Bismuto** es un medicamento heroico empleado con éxito indiscutible contra los **cólicos, diarreas, disenterias, gastritis, gastralgias, hinchazones, dolores de estómago, ulceraciones del intestino y diarreas coleriformes**.

La **Crema** ofrece sobre los **polvos de Bismuto** la **ventaja de obrar más rápidamente**, de **hallarse en estado de división extrema** y de **formar con el agua una agradable 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.

EL BISTURI

REVISTA MENSUAL DE CIRUGIA PRÁCTICA

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

CALLE DE SANTA JUSTA, NÚM. 1

GEOGRAFÍA MÉDICO-ESPAÑOLA

DATOS PARA EL ESTUDIO MÉDICO TOPOGRÁFICO DE LA VILLA DE
PUEBLA DE MONTALBÁN POR

DON TOMAS ECHEVARRÍA

Socio corresponsal de la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona,
premiado con medalla de oro por dicha corporación,
ex redactor de *El Dictamen* y colaborador de la *Gaceta médica catalana*

Precio 3 pesetas

Está de venta en la librería de Robles y compañía, Magdalena,
13, Madrid y en casa del autor en la Puebla de Montalbán.

ESPECIALIDAD EN VINOS MEDICINALES

FARMACIA DE GILL Y ALBORNOZ

6, plazuela de las Tendillas, 6

TOLEDO



Se preparan con vinos generosos de las casas más acreditadas de Jerez los de quina ferruginoso, diastasa y pepsina y otros que encarguen los Sres. Profesores Médicos, á precios bastante más económicos que los extranjeros, distinguiéndose por la superior calidad de los productos medicinales que entran en su confección y por su transparencia que indica la perfecta disolución.