

Año I.

DICIEMBRE DE 1888.

Núm. 12.

# 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 especiales (Continuación).—3.º Superficie del globo ocular.—Pterigión.—Tatuage.—4.º Interior del globo ocular.—Paracentesis de la cámara anterior.—Secciones de la cornea.—Cuadro estadístico.—Sección de actualidad. Enfermedades palúdicas por D. Tomás Echevarría.—Crónica.—Índice de las materias contenidas en el tomo I.—Anuncios.

TOLEDO:

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos

Comercio, 57 y Sillería, 15



# ANUNCIOS

---

## EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA

---

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

CALLE DE SANTA JUSTA, NÚM. 1

---

**Advertencia importante.**—Rogamos á aquellos de nuestros comprofesores que se encuentran en descubierto en el pago de la suscripción, se sirvan enviar á la mayor brevedad su importe á la Administración de este periódico (Santa Justa, 1) en letra de las establecidas para la prensa ó en la forma que estimen más conveniente.

---

## 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.

---

**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.

 **El Bisturí** 

✦ REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA ✦

# 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.*

---

---

Año I.—Tomo I

---

---

TOLEDO: 1888

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos

Comercio, 57 y Sillería, 15



# EL BISTURI

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA



## Operaciones del aparato de la visión

(Continuación)

### 3.º—OPERACIONES DE LA SUPERFICIE DEL GLOBO OCULAR

En la superficie del globo ocular, aparte de las tenotomías de los músculos para corregir el estrabismo, las operaciones que se practican son bastante sencillas y elementales. Unas veces tienen por objeto la extracción de cuerpos extraños, pedazos de acero, de hierro, granos de arena ó espinas vegetales incrustados más ó menos profundamente en la superficie de la cornea; otras la extirpación de producciones patológicas como el pterigión y los diversos tumores que en la conjuntiva suelen desarrollarse; y otras, por fin, como tatuaje, teñir de negro las manchas de color blanco nacarado de la cornea.

Los casos de extracción de cuerpos extraños de la cornea han sido poco numerosos. Sólo recordamos cinco ó seis en que el cuerpo extraño estaba constituido por un pequeño fragmento de hierro en sujetos de oficio cantero ó machacadores de piedras para las carreteras: en todos ellos hemos empleado para la extracción en primer término un imán que aproximado al cuerpo extraño, previa la separación de los párpados, nos ha dado resultado inmediato en dos casos; pero en los restantes, sin duda por estar más profundamente enclavado, hemos tenido que recurrir á unas pinzas finas y auxiliados con un lente de aumento, hemos logrado efectuar su extracción. Cuando ha consistido en un fragmentito de piedra ó un grano de arena ha bastado para desprenderlo producir rozamientos con la parte convexa de la pinza de pupila artificial cerrada.

## PTERIGIÓN

Siete casos figuran en nuestra estadística y en todos estaba situado en el ángulo interno, que es el sitio en que se le observa con más frecuencia: en cuatro afectaba un solo ojo y en los tres restantes ambos.

De los siete, dos fueron operados por simple excisión, sin que se haya reproducido en el primero que recayó en una mujer de esta población y hemos tenido ocasión de ver muchas veces, y los otros cinco por el procedimiento del Sr. Delgado Jugo, ignorando si se habrán reproducido ó no. Aunque este procedimiento es bastante conocido en España, por haber dejado el malogrado especialista muchos discípulos (no tuvimos la fortuna de que fuera nuestro maestro) y por encontrarse expuesto en diversos tratados, nos parece oportuno reproducirle á continuación una vez más tomándole de una de las notas que agregó á la traducción del Tratado de enfermedades de los ojos de L. Wecker.

«Pasamos (dice) una aguja convexa de sutura, algo delgada, enhebrada en seda fuerte de arriba abajo por detrás del pterigión entre el vértice y la base de esta excrecencia, pero más cerca de la base; estrangulamos enseguida con un nudo muy apretado el pterigión, dejando así al descubierto una parte de la superficie sobre la cual está implantado aquél: hacemos inmediatamente una lazada anudando los dos extremos libres del hilo, retirando los elevadores, si los hemos empleado, pues en algunas ocasiones, cuando el paciente no es pusilánime, no los usamos. Desde que el pterigión está estrangulado, ya somos absolutamente dueños de la producción que vamos á extirpar y procedemos á su disección de la base al vértice con un cuchillo de catarata ó con un bisturí: para esto introducimos el dedo índice de la mano izquierda en la lazada atrayéndola ligera y suavemente hacia adelante para asegurarnos de ese modo de conservar intacta la conjuntiva, tanto cuanto esto sea posible: una vez que hemos desprendido el pterigión por ambas alas, separamos el vértice con el cuchillo y dirigimos hacia la base la excrecencia desprendida para separarla aún más completamente si es necesario, extirpando después con las tijeras lo más próximo á la carumenla lagrimal (hablamos de un pterigión interno que es el más común) la producción celulosa. Si la solución de

continuidad es muy extensa desprendemos la conjuntiva hacia arriba y hacia abajo del tejido submucoso, para que deslizando más fácilmente nos permita aproximar ambos labios de la herida y poner una ó dos suturas que cubran completamente la superficie desnuda de la mucosa.»

### TATUAGE

Esta operación, aunque ya usada entre los antiguos griegos, según el Sr. Anagnostakis, no se ha generalizado en la práctica corriente de los especialistas hasta nuestros días ó sea hasta el año de 1869, en que principió á ensayarla el Sr. Wecker en su Clínica.

Consiste en pintar de negro ciertas manchas de la cornea á la manera de esas diversas figuras indelebles que suelen llevar los presidarios en la piel, hechas mediante picaduras con una aguja mojada en tinta china. El manual operatorio es el mismo y los resultados también, pues las manchas que se producen son igualmente indelebles.

El tatuage de la cornea puede hacerse con una aguja de catarata empapada en tinta china, con una aguja de tatuage hueca, ó mejor todavía, con un haz de agujas puestas en un mango, con las cuales se hacen á la vez un gran número de picaduras, ya vayan previamente empapadas en la tinta, ya cubriendo la mancha que se quiere colorear de negro con un borrón grande de tinta y haciendo sobre él las picaduras (Tailor), para lo cual habrá necesidad de tener puesto el apartador durante 5 ó 10 minutos para que los párpados no borren con sus movimientos la tinta.

Su objeto es evitar la deformidad que producen los leucomas blanquecinos de la cornea y principalmente los trastornos visuales que ocasiona la difusión de la luz cuando hay muchas semitransparentes en la cornea, como también la refracción después de las operaciones de pupila artificial. Ya con esto puede comprenderse cuán extenso debe ser el campo de sus indicaciones; pero todavía es más importante bajo otro punto de vista: ciertas cicatrices de la cornea tienen la tendencia á ulcerarse con el menor motivo y bajo la acción del tatuage; según Wecker, de quien tomamos todo lo relativo á este punto, se evitan las recaídas obrando como un verdadero antiflogístico

«por la obliteración de los vasos de la mancha cicatricial, ora haya lesión directa de los vasos é introducción en su interior de las partículas de carbón, ora éstas hayan penetrado en las paredes vasculares arrastradas por la corriente circulatoria.» (1)

No todas las manchas de la cornea se prestan á esta operación: se exceptúan las opacidades con espesas capas calcáreas y muy principalmente aquellos ojos que estén expuestos á ataques glaucomatosos ó muy desorganizados, y también las manchas procedentes de un pannus granuloso generalizado.

Por nuestra parte los dos casos en que lo hemos empleado nos han convencido de que es muy poco doloroso y bien soportado por el ojo, pudiendo realmente sacarse mucho partido de esta operación, no solamente con un fin óptico sino antiflogístico. En los dos casos hemos operado con una aguja de catarata, y aunque no hemos conseguido teñir completamente de negro las manchas centrales de la cornea, han perdido su brillo nacarado y tomado un color oscuro, quedando así cumplido nuestro principal objetivo. Estos dos primeros ensayos nos animan á repetirla cuando se nos presente ocasión, para lo cual hemos de proveernos del haz de agujas puestas en su mango, instrumento necesario para llevarla á cabo con celeridad y perfección.

#### 4.º.—OPERACIONES DEL INTERIOR DEL GLOBO OCULAR

##### *Paracentesis de la cámara anterior*

Esta pequeña operación tiene por objeto evacuar el humor acuoso, mediante la punción con penetración en dicha cámara á través de la cornea, que puede practicarse con la aguja de Desmarres, inventada para este fin, con una aguja de catarata ó con el cuchillo lanceolar acodado. La evacuación del líquido debe ser lenta y gradual para que el chorro no arrastre consigo el iris; y á este fin, si se usa la aguja de Desmarres, una vez que la punta ha penetrado en la cámara

---

(1) *Terapéutica ocular* por L. Wecker. — Versión española de D. Ramón Serret.—1881.

anterior, se adapta el tope á la superficie externa de la cornea, tapando así la abertura, y después se la retira lentamente para que el líquido no salte como un surtidor, procurando retener el instrumento en la herida y entreabrir con él sus labios hasta que la evacuación sea completa. Si se emplea el cuchillo lanceolar acodado, como la hoja de éste no tapa exactamente la herida, tan pronto como penetra comienza el líquido á salir y se puede graduar mejor la evacuación, de manera que sea lenta, gradual y completa; pero como la herida es mayor, aumenta el peligro de que á través de ella se salga el iris.

Sus indicaciones son de capital interés é importancia en las inflamaciones agudas del ojo, en que por el aumento de la presión intraocular sobrevienen fenómenos subjetivos y objetivos de mucha transcendencia. Entre los primeros, tenemos el dolor agudísimo tensivo, que los enfermos expresan muchas veces diciendo que se les salta el ojo y que es debido á la compresión que sufren los nervios, y entre los segundos todas las alteraciones celulares que resultan de la compresión de los vasos que se traducen por mortificaciones más ó menos extensas en los tejidos afectos y por la propagación de la inflamación á las membranas internas del ojo, si es que simultáneamente no estaban interesadas como sucede con frecuencia.

Disminuyendo la paracentesis la presión intraocular, los dolores cesan como por encanto y la circulación deja de estar oprimida, con la cual se evitan las mortificaciones del tejido corneo, las fístulas keráticas, las hernias del iris, los estafilomas etc. que son consecuencias obligadas de las conjuntivitis purulentas y de las keratitis de todas formas etc., cuando desde un principio no se ha instituido un tratamiento adecuado, ó cuando por efecto de su intensidad no han bastado los medios empleados para contener su desarrollo.

Por nuestra parte hemos tenido ocasión de emplear este precioso recurso terapéutico como puede verse en el cuadro adjunto en las conjuntivitis purulentas con propagación á la cornea é infiltración graduada de esta membrana, en las keratitis y en los abscesos de la cornea y de la cámara anterior. Pocas veces nos ha sido permitido elegir el momento de la intervención, pues generalmente ésta nos ha sido impuesta por la gravedad de la situación en el momento de ingresar las pacientes.

Con este motivo hemos pensado muchas veces, y séanos permitido hacer una digresión en beneficio de nuestros profesores de las pe-

queñas localidades—que en las bolsas portátiles de Cirugía debieran agregar los fabricantes dos instrumentos muy precisos: 1.º un par de apartadores de los párpados, para que en el curso de las conjuntivitis purulentas, sobre todo de los niños, pueda examinarse por todo Médico el estado de las corneas y así se encuentre en disposición de anunciar á tiempo cuando menos el peligro de quedarse ciegos: 2.º una aguja de paracentesis para practicar en caso de urgencia esta operación que nada tiene de difícil y peligrosa.

Cuando sea posible la elección del momento, la oportunidad de tiempo para efectuarla es en las conjuntivitis purulentas con infiltración de la cornea y en las keratitis profundas etc., cuando los agudísimos dolores tensivos del ojo anuncian que la presión intraocular está muy aumentada y por las alteraciones de la cornea se vea que la rotura espontánea es inminente. Debe esto evitarse á toda costa, porque vendrá acompañada de hernia de iris, de adherencias de esta membrana á la cornea, de fístulas keráticas, etc.

El sitio de elección para la punción debe ser un punto sano de la superficie de la cornea, pues obrando sobre puntos reblandecidos ó ulcerados de esta membrana, no nos será dado tan fácilmente hacer que el líquido salga de una manera lenta, gradual y completa, aparte de que nos exponemos á hacer más extenso el campo de la mortificación ya iniciada en la cornea.

Pero como una vez evacuado el humor acuoso se reproduce pasadas algunas horas, y la pequeña abertura practicada con la aguja se cierra, sucede que á las 24 horas generalmente los dolores vuelven á atormentar al enfermo, quedando en el mismo estado que antes de practicarla. Para remediarlo es preferible repetir la operación en otro punto sano de la cornea á intentar abrir con una espátula ó un estilete la herida de la operación primera como por algunos se ha aconsejado. En un caso la hemos repetido sin inconveniente hasta tres veces.

El resultado que hemos obtenido en este grupo de indicaciones referente á los procesos inflamatorios agudos á que antes hemos hecho referencia, ha sido en general satisfactorio, pues tratándose de casos graves no es poco conseguir salvar el ojo de una desorganización más ó menos completa: como se indica en el cuadro, la curación se ha alcanzado, quedando casi siempre opacidades más ó menos extensas, de la cornea unas veces, otras sinequias y otras atrexia pupilar debida á la extensión del proceso al iris y formación de falsas membra-

nas y en alguna ocasión ha sido determinada por las instalaciones prolongadas de eserina para evitar la hernia del iris. Manteniendo, en efecto, mucho tiempo contraída la pupila, á poco que participe el iris de la inflamación, sobreviene la atrexis pupilar, si no se cuida á tiempo de dilatarla con la atropina. En el caso de paracentesis con desbridamiento del kemosiis, logramos brevemente dominar la inflamación, evitando la supuración de todo el ojo, pero á expensas de la atropia como era de esperar.

Dos casos figuran relativos á derrames de sangre en la cámara anterior: el primero de causa traumática, y patológica el segundo. La indicación de la paracentesis en ellos era dudoso que surtiese otro efecto que el puramente paliativo; la palpación del ojo á través de los párpados daba sensación de dureza, lo cual indicaba que la presión intraocular estaba aumentada y esto se corroboraba por los dolores tensivos que las enfermas sufrían. Con este fundamento y con la modesta aspiración de paliar la dolencia, practiqué la punción por el lado externo con el cuchillo lanceolar, y saliendo juntamente con el humor acuoso la sangre derramada, inmediatamente quedó claro el campo pupilar. Sin otro tratamiento quedó completamente curada la enferma que había sufrido la contusión; en la otra se agregó el valerianato de quinina interiormente y en pocos días se logró igualmente una curación completa. Por lo cual considero que estos derrames sanguíneos de la cámara anterior constituyen otro grupo de indicaciones de la paracentesis.

También hemos empleado esta operación con éxito en un caso de estafiloma central bastante pronunciado y semitransparente. Nos propusimos tratarle por la compresión después de la paracentesis: disminuida con esto la presión del ojo, aplicando la compresión con una bolita de algodón puesta enfrente del vértice del cono á través del párpado superior, nos proponíamos conseguir el aplanamiento de la cornea en su centro y ver si así lenta y gradualmente podía conseguirse la reducción. Después de la primera paracentesis parecía que había disminuido algo y esto nos animó á practicar la segunda: á los pocos días notamos que el kerato-cono se había abierto en su centro mediante un orificio capilar y desde entonces el aplanamiento se hizo mayor. Seguimos empleando la compresión metódica por espacio de dos meses, al cabo de los cuales el enfermo estaba curado. Después de la abertura espontánea del vértice empezó á notarse mayor espesor en

las capas corneas hasta regenerarse esta membrana completamente, aunque á expensas de una opacidad central. El enfermo salió con alguna visión por la parte superior de la cornea completamente transparente, siendo indudable que con una pupila artificial obtendría una visión bastante satisfactoria. Quedó aplazada esta operación para más adelante con el objeto de que estuviese bien consolidada la cicatriz corneal, pero el enfermo no ha vuelto á presentarse.

---

### Secciones de la cornea

---

Desde hace poco tiempo en las keratitis con absceso, en los absesos de la cámara anterior y en las infiltraciones profundas de la cornea procedentes de las oftalmias perulentas no nos limitamos á simples paracentesis, sino que á título de desbridamientos análogos á los que se emplean en otros órganos cuando es inminente el esfacelo por exceso de inflamación, practicamos extensas secciones de la cornea, para lo cual procedemos de este modo. Suponiendo que la ulceración próxima á perforarse se encuentra, como en los casos que figuran en el cuadro, en la semicircunferencia inferior de la cornea, con el cuchillo estrecho de Græœff hacemos la punción y contrapunción en puntos sanos de esta membrana y después rematamos la sección sobre la esclerótica cerca de su inserción con la cornea. Resulta de aquí una sección semejante á la de Græœff para la operación de la catarata: la hemorragia que suele ser considerable la favorecemos con agua caliente boratada ó con una disolución caliente de sublimado á 1 por 2.000. Si después de la sección sale el iris (núm. 23 del cuadro) lo seccionamos con la tijera acodada, de manera de que no quede ninguna porción entre los labios de la herida. Si el iris no sale lo dejamos intacto. Después de un laboratorio desinfectante y de instilaciones de atropina ó eserina, ponemos un vendaje compresivo. En los pocos casos que así hemos procedido, hemos quedado bastante satisfechos,

á pesar de uno desgraciado en que no acertamos á evitar la fusión purulenta del ojo. En uno de los casos (núm. 19) en que había un abceso bastante grande en la cámara anterior (hipopión) hemos visto salir á través de la incisión juntamente con el humor acuoso el pus, quedando completamente desembarazado el campo pupilar, consiguiéndose la curación con esperanzas de restablecer la visión mediante una pupila artificial.

A continuación insertamos el cuadro estadístico de las operaciones que acabamos de reseñar.

Operaciones

(Conti

3.º—Superficie

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICOS.
1 Joaquina Lozano.....	Toledo.....	40	V.	Pterigión interno ojo derecho.....
2 Francisco Mora.....	Chueca.....	28	S.	Id. id. ambos ojos.....
3 Victoriano Canales.....	S.Martín Montalb.....	60	C.	Id. id. derecho.....
4 Juan García.....	Torremanzanas (Alicante).....	62	V.	Id. id. ambos ojos.....
5 Quintín García.....	Navalucillos.....	56	C.	Id. id. izquierdo.....
6 N. N.....	Menasalbas.....	50	C.	Id. id. id.....
7 Braulio Gálvez.....	Torrijos.....	53	C.	Id. id. ambos ojos.....
8 Pedro Castro.....	Calera.....	12	»	Opacidad central blanquecina cor- nea derecha.....
9 Jenara Prudencio.....	Puebla Montalbán.....	18	S.	Id. id. ambas corneas.....

4.º—Interior

1 Petra Cogolludo.....	Gálvez.....	36	C.	Queratitis con absceso en la cámara anterior.....
2 Francisco Moreno.....	Consuegra.....	40	C.	Id. id. ojo izquierdo.....
3 Juan Leitané López.....	Sta. María de Bre- taña (Lugo).....	50	C.	Id. id.....
4 Melchora Vázquez.....	Torrijos.....	»	»	Id. difusa con infiltración.....
5 Paulino Martínez.....	Argoncillo (Gua- dalajara).....	71	V.	Id. aguda ojo derecho.....
6 Juliana Gómez.....	Gálvez.....	74	C.	Querato conjuntivitis aguda.....
7 Luis García Laseca.....	Valladolid.....	37	C.	Queratitis ojo izquierdo.....
8 Silvestre López.....	Ajofrín.....	60	V.	Id. id. derecho.....
9 Mariana de la Torre.....	Villamuélas.....	40	C.	Absceso parte inferior de la cornea.....
10 Vicente Barbastro.....	S. Felipe de Játiva.....	»	»	Queratitis con absceso.....
11 Dolores J. Cortés.....	Cañete (Córdoba).....	29	S.	Id. ambos ojos.....
12 María Jiménez.....	Fuentealbilla.....	53	C.	Id. con absceso cámara anterior.....
13 N. N.....	Menasalbas.....	»	»	Id.....

especiales

nuación)

del globo ocular

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Excisión simple.....	»	Set. 1873	Oct. 73..	Curación.
Procedimiento de Delgado Jugo.....	»	23May77	3 Jun. 77	Id.
Id. id.....	29 Ab. 79	3 May. 79	10May79	Id.
Id. id.....	6 Set. 78.	10 Set. 78	20Set. 78	Id.
Id. id.....	16 Set. 83	1.ºOct.83	9 Oct. 83	Id.
Excisión simple.....	»	Mayo 86	»	Id.
Procedimiento de Delgado Jugo.....	»	28 En. 77	27Feb.77	Id.
Tatuaje.....	30Mar.85	Junio 85	23Jun.85	Alivio.
Id. en la derecha.....	12May85	22Jun.85	27Jun.85	Id.

del globo ocular

Paracentesis de la cámara anterior.	»	27Jun.74	31 Jul. 74	Curación.
Id. repetida tres veces.....	»	Julio 76.	3 Ag. 76.	Id. (opacidad central).
Id.....	»	5 Jul. 76	11 Jul. 76	Alivio (alta pedida).
Id.....	»	Nov. 77.	22 Nov77	Curación.
Id.....	»	1 May. 78	3 Jun. 78	Opacidad central y atrexia pupilar.
Id.....	26May79	16Jun.79	29 Jun 79	Curación.
Id.....	21 En. 80	21 En. 80	12 Ab. 80	Id. con opacidad.
Id.....	18May81	18May81	14 Jun 81	Ligera opacidad cornea atrexia pupilar.
Id. parte lateral externa.....	27 Ab. 82	27 Ab. 82	5 Jun. 82	Opacidad parte inferior cornea y atrexia pu- pilar.
Dos paracentesis.....	4 Set. 82.	Set. 82..	5 Oct. 82	Id. central y atrexia pupilar.
Paracentesis en el izquierdo.....	1.ºFeb83	Feb 83..	28 Mar83	Cur.ª con opacidades.
Id. sección inferior de la cornea...	20Jun.87	20 y 21 Junio 87	28 Ag.87	Id. con opacidad y si- nequias.
Id.....	»	Enero 77	»	Curación.

NOMBRES.	Naturalza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICOS.
14 Pelayo Gutiérrez.....	Id.....	57	V.	Id. ojo derecho con absceso cámara anterior.....
15 Aniceto Gómez.....	Horcajo de los Montes.....	47	C.	Id. id. absceso de la cornea.....
16 Antonio Pérez.....	Mocejón.....	68	C.	Queratitis ojo derecho.....
17 Gregoria Lozoya.....	Gálvez.....	2	»	Conjuntivitis purulenta con infiltración profunda ambas corneas... }
18 Inés González.....	Toledo.....	40	C.	Hematocele trahumático cámara anterior.....
19 María Ledesma.....	Polán.....	60	V.	Id. cámara anterior consecutivo á una neuralgia ocular interna.....
20 Isidoro Hernández...	Burguillos.....	62	C.	Flemón ocular de una contusión...
21 Felipe González.....	Menasalbas.....	25	S.	Estafiloma considerable ojo derecho

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Sección parte inferior de la cornea.	18 Jul. 87	18 Jul. 87	5 Ag. 87.	Curación, leucoma central.
Id. id.....	4 Oct. 86	9 Oct. 86	31 Oct. 86	Fusión purulenta del ojo, atrofia.
Id. id.....	10 Ag. 86	10 Ag. 86	22 Ag. 86	Alta pedida en vías de curación.
Sección inferior de la cornea é iridectomía ojo izquierdo.....	3 May. 86	5 May 86.	14 Jun 86	Curación izquierdo con visión mediana
Id. de la cornea en el derecho.....				Atrexia pupilar dcho.
Incisión lateral cornea cuchillo lanceolar.....	»	23 Ab. 74	11 May 74	Curación sin alteración de la visión.
Id. id.....	»	Nov. 77.	22 Nov 77	Id. id.
Paracentesis y desbridamiento del kemosis.....	28 Ab. 83	Abril 83.	7 Mayo 83	Curación, atrofia del globo ocular.
Dos paracentesis y compresión. Abertura espontánea del cono.....	31 Jul. 83	Julio y Agt.º 83.	15 Oct. 83	Curación.

## SECCIÓN DE ACTUALIDAD

---

Tenemos el mayor gusto en reproducir á continuación el siguiente notable trabajo sobre las enfermedades palúdicas que nuestro querido amigo el Sr. D. Tomás Echevarría ha dado á luz en el periódico profesional de Madrid *El Dictamen*, del cual es digno redactor:

### Enfermedades palúdicas

---

*Anatomía y fisiología patológicas.*—No soy yo ciertamente el llamado á esclarecer punto alguno de la anatomía y fisiología patológicas de la malaria, pero no obstante de lo mucho que se ha dicho, resumiré lo más principal que hasta el día se sabe en este importante asunto. Anotaré de pasada las alteraciones más comunes, fijándome con más detenimiento en las que se refieren á los glóbulos de la sangre.

Tiene lugar la muerte por el paludismo cuando sus manifestaciones morbosas se hacen inveteradas, produciendo la caquexia ó cuando toman la forma perniciosa; rara vez ocasiona defunciones una fiebre intermitente simple de mediana ó corta duración, ni un dolor neurálgico poco intenso, aunque se prolongue por largo tiempo; así que en la imposibilidad de poder fijar las lesiones anatómicas de las formas leves del paludismo, diremos que cuando por consecuencia de su rebeldía termina de una manera funesta, se aprecia un aumento en el volumen del bazo que puede atribuirse á un estado congestivo, hipertrófico ó ya á melonemia. La sangre sufre una profunda alteración sintetizada por la disminución de la albúmina y glóbulos rojos, que puede ser consecuencia del excesivo gasto orgánico producido por la fiebre. Nótanse asimismo buen número de lesiones en los órganos hematopoyéticos, infiltraciones pigmentarias y estados congestivos en otros órganos ascitis, edemas y hasta la anasarca, estados hijos de la miseria fisiológica en que se ha encontrado el organismo. Como esta miseria orgánica sea producida principalmente por la alteración de la sangre, y á esta alteración se sigan la generalidad de las lesiones anatómicas que pueden observarse en el paludismo, me ocuparé, como

dejo expresado con algún detenimiento, de las transformaciones que experimentan los glóbulos blancos en su cantidad.

El número de los glóbulos blancos es muy variable, pues existe diferencia numérica en cada forma de las que puede afectar el envenenamiento palúdico. Según las observaciones de A. Kelsch en el Hospital militar de Philippeville, observaciones que se refieren á más de mil casos examinados, resulta que en las intermitentes benignas durante el acceso disminuye la cantidad de los glóbulos blancos con relación al número de los rojos, de una cuarta parte á una mitad, siendo durante la apirexia, si sufría el bazo gran distensión, mucho menor su número, guardando relación con el mayor ó menor volumen de esta víscera el aumento ó disminución de los leucocitos.

La restauración de los glóbulos blancos á sus propiedades normales se efectúa de una manera lenta y paulatina durante la apirexia, en todo opuesta á la rapidez con que disminuyeron, por lo que para recobrar sus proporciones fisiológicas han de pasarse bastantas horas. En las intermitentes benignas tiene lugar un hecho que merece tenerse en cuenta, no obstante su fácil comprensión: me refiero á la relación que existe entre el aumento de volumen del bazo y la disminución de los glóbulos blancos durante el acceso febril, como á su aumento una vez terminado.

Los experimentos llevados á efecto en sujetos caquéticos, cuyo bazo se encontraba considerablemente hipertrofiado, han dado diferente resultado á los ya referidos, puesto que no se aprecia la desaparición temporal en la disminución de los glóbulos blancos, relacionada con el mayor ó menor volumen del bazo durante el acceso, porque la escasez de los leucocitos suele persistir cuando no adquiere patente de permanencia. Los experimentos de Claudio Bernad, Wagner y Rayer, nos dicen que el bazo de estos enfermos, bajo la influencia de la electricidad, se contrae disminuyendo de volumen en todos sentidos durante la sesión eléctrica, siendo simultáneo el aumento de los glóbulos blancos en la sangre, sus efectos más comunes.

No es constante en los casos de caquexia palúdica que el gradual aumento ó disminución de los glóbulos blancos guarde relación íntima con la mayor ó menor hipertrofia esplénica, como acontece en las intermitentes simples, pues unas veces se ve disminución de glóbulos seguida de poco aumento del bazo, sucediendo otras lo contrario, pudiendo explicarse esta irregularidad por la mayor actividad funcional

de otros órganos, como, por ejemplo, el hígado que suple en este caso al bazo en su deficiente modo de verificar sus funciones. No sucede esto cuando se aplica una corriente eléctrica sobre el hipocondrio izquierdo, encima de la parte del bazo que rebasa las costillas, puesto que entonces no sólo se reduce el volumen del órgano mientras se tiene aplicada la corriente, sino que se aumentan rápidamente los glóbulos de la sangre, hecho que guarda analogía con lo que acontece en las formas benignas de la infección malárica. Los efectos producidos por la electricidad son poco duraderos, porque el bazo recobra á las pocas horas la magnitud patológica que la electricidad había hecho desaparecer; no obstante, estos resultados nos hacen creer que, sometiendo á éste órgano á sesiones eléctricas metódicas y repetidas, poco á poco se iría reduciendo de volumen de una manera permanente, siendo seguida también de un paulatino y gradual aumento de los glóbulos, hasta llegar á encontrarse en estado fisiológico. La electricidad produce en el bazo una excitación que seguramente aumenta el tono de los elementos contráctiles, provocando su disminución y recobrando su normal actividad para llevar á la sangre los elementos en él estancados. La caquexia esplénica y la alteración de la sangre encuentran un poderoso medio terapéutico en la electricidad, puesto que los glóbulos rojos, que siempre se encuentran en menor cantidad que en el estado normal en los caquéticos, por más que hayan desaparecido las fiebres, aumentan según el bazo se va contrayendo, aunque parezca lo contrario al principio de establecer la corriente eléctrica, lo que no es extraño por la mayor actividad en su combustión.

Hasta aquí vemos que existe alguna analogía en cuanto á la disminución de los glóbulos blancos, ya en el paludismo leve, ya en el caquético, pero no ocurre lo mismo respecto á los estados perniciosos, porque sucede todo lo contrario, toda vez que existe un aumento absoluto y relativo de los leucocitos; no es fácil dar una contestación categórica del por qué de tan opuestos hechos entre las fiebres perniciosas y las simples ó benignas, por lo menos en el estado actual de los conocimientos médicos, en que la anatomía del bazo palúdico es poco conocida en las distintas formas de la enfermedad, siendo ésta, en mi entender, la causa de los opuestos resultados obtenidos en las investigaciones; así, que mientras no conozcamos el origen de los glóbulos blancos, el papel que el bazo representa acerca de ellos y las alteraciones anatómicas que por consecuencia del envenenamiento palúdico

experimentan los órganos hematopoyéticos, no pasarán de hipotéticas todas las teorías, satisfaciendo más ó menos cuanto se pueda decir sobre el importantísimo hecho que me ocupa.

Las lesiones anatómicas que por consecuencia de las perniciosas se notan al examinar detenidamente el bazo, son las siguientes: hipertrofia de los folículos de Malpigio y de las vainas linfáticas arteriales, é hiperplasia del tejido linfático; gran estancamiento de linfa en los trayectos de la pulpa esplénica, así como en la red venosa; gran cantidad de glóbulos blancos. En la sustancia medular de los huesos, abundante manantial de glóbulos blancos, se encuentran las mismas alteraciones anatómicas que en el bazo.

Haciendo una comparación de las alteraciones notadas en el bazo en la caquexia palúdica, con las que dejamos apuntadas en las perniciosas, desde luégopueden apreciarse dos estados anatómicos completamente distintos, puesto que en la caquexia existe verdadera hiperplasia fibrosa, predominando en las perniciosas los elementos del tejido linfático.

La leucocitosis que se observa en las perniciosas no puede tener otra explicación anatómica que la exuberancia de linfa y la hiperplasia fibrosa, que es asimismo la causa de la disminución de los leucocitos en la caquexia; no obstante esta aplicación, no podríamos darnos razón de lo que ocurre en las intermitentes simples á no admitir una exagerada actividad de las funciones de las glándulas linfáticas en ambos casos, visto que algunas veces ocurre un aumento de glóbulos blancos al principio del acceso benigno, suponiendo que no adquirieran un elevado grado en la sangre por encontrarse acumulados en el bazo aumentado de volumen, mientras que en las perniciosas se desarrollaría extraordinariamente la hipergénesis de los elementos de la linfa, no pudiendo ser contrarrestada por la distensión aguda del bazo, que ocasionaría la leucocitemia.

Cuanto hasta ahora hemos expuesto necesita una interpretación patogénica que procuraremos darnos por las experiencias de fisiología experimental, llevadas á efecto por Tarchanoff y Swaen. Los resultados obtenidos en el análisis de la sangre en las intermitentes benignas, son análogos á los ocasionados por la sección de los nervios esplénicos; en ambos casos existe aumento de volumen del bazo, seguido de disminución de glóbulos blancos en la vena esplénica, empobreciéndose gradual y progresivamente los leucocitos, según pasa tiempo

de haber verificado la sección; así que las observaciones experimentales y los hechos patológicos no pueden encontrarse en más perfecta armonía.

(Se continuará.)

---

## CRÓNICA

---

**A cada uno lo suyo.**—En el núm. 9, correspondiente al mes de Setiembre, pág. 271, al hablar de las enemas de sangre desfibrinada, atribuimos á nuestro amigo el Dr. Espina y Capo el papel de propagandista entusiasta entre nosotros de dicho agente terapéutico, y este honor corresponde, según nos dice un amigo, al Sr. D. Juan Manuel Mariani, distinguido Médico del Hospital de la Princesa. La causa de este error involuntario nuestro, debe ser la circunstancia de pertenecer ambos señores á la redacción de la *Revista de Medicina y Cirugía Práctica*, en cuyo periódico hemos aprendido cuanto sabemos y hemos practicado acerca de las enemas de sangre desfibrinada.

**La más cordial enhorabuena.**—Nuestro querido amigo Don Tomás Echevarría, Médico de la Puebla de Montalbán, ha obtenido el primer premio y mención honorífica en el concurso de la Sociedad Española de Higiene.

**Libros recibidos.**—*Gabinete Médico-especial de Aereoterapia y Almiatria*, por D. Salvador Hormaechea y D. Manuel Sáinz.

—*De la antisepsia preventiva en los partos normales, comunicación presentada al Congreso médico de Barcelona*, por D. Francisco de P. Campá, Catedrático de Obstetricia y Decano de la Universidad de Valencia.

—*Conferencias científicas leídas por los Profesores de la Escuela de Medicina de Sevilla durante el curso de 1887 á 1888.*

# ÍNDICE ANALÍTICO

DE LAS

materias contenidas en el tomo I de «El Bisturí»

## PRIMERA PARTE

### Estudio estadístico-clínico sobre operatoria quirúrgica

#### OPERACIONES GENERALES

	<u>N.º</u>	<u>Páginas.</u>
1.º <i>Operaciones que interesan la piel y sus dependencias.</i> —Cuadro estadístico de estas operaciones...	7	193 á 197
Tratamiento quirúrgico del antrax.—Caracteres clínicos y ejemplos de antrax de gran extensión en los viejos.—Causas del forúnculo y del antrax.—Indicación de incisiones extensas y profundas.—Curas antisépticas.....	7	198 á 200
<i>Flemones y absesos.</i> —Conceptos bajo los cuales puede considerarse el pus como enemigo temible.—Incisiones en los panadizos y flemones de los miembros: su oportunidad: su extensión y profundidad: su manera de obrar como antiflogísticas, como preservadoras de la gangrena por compresión y de la propagación de la inflamación y como antisépticas.—Dificultades que presenta la ejecución en los flemones profundos de los miembros..	7	200 á 203
Flemón de los párpados consecutivo á una pústula maligna.—Criterio para afirmar la indicación de extensas y profundas incisiones y resultado....	7	203 á 204
Otras indicaciones de las incisiones.—Absesos fríos: su origen y naturaleza: oportunidad para su abertura: ideas antiguas y modernas acerca del particular. Ejemplo de un absceso frío tipo, que el curso del padecimiento demostró ser un absceso por congestión.....	7	204 á 206
Absesos profundos de las paredes abdominales.—Temores que infunde su abertura con el bisturí.—Absesos de la región lateral del cuello.—Notable caso de adenitis escrofulosa del cuello terminada por supuración: tratamiento general por medio del iodoformo á altas dosis: descortezamiento de la su-		

	<u>N.º</u>	<u>Páginas.</u>
perficie interna con extirpación de ganglios: curación.—Necesidad de abrir los abscesos de la parte anterior y lateral del cuello tan pronto como sea clara la fluctuación.....	7	206 á 209
Abertura de los abscesos por la punción seguida de aspiración.—Inconvenientes que se encuentran en la práctica.—Inyecciones iodadas después de evacuado el pus.—Casos prácticos en que han sido útiles.....	7	209 á 210
Infección purulenta que sobreviene cuando un absceso está en comunicación con el aire y manera más expedita de combatirla.—Casos prácticos...	7	210 á 211
Indicación de las incisiones en los trayectos fistulosos.—Diferentes casos prácticos.....	7	211 á 213
Utilidad del termo-cauterio en los trayectos fistulosos que no se pueden incindir.—Casos prácticos....	7	213 á 215
<i>Uñeros y panadizos.</i> —De los dedos de las manos.—Rebeldía de los uñeros de los dedos gordos de los pies y diversidad de procedimientos para combatirlos.—Causas de esta enfermedad.—Abulsión parcial ó total de la uña seguida de la cauterización con el nitrato de plata y con el termo-cauterio.—Caso práctico que exigió tres abulsiones seguidas de cauterizaciones.....	7	215 á 217
<i>Tumores.</i> —Cuadro estadístico de los tumores.....	8	225 á 230
<i>Quistes.</i> —Clasificación.—Quiste seroso simple.—Quistes hidáticos: su diagnóstico con ayuda del microscopio.—Quistes sinoviales.—Quistes sebáceos: su génesis: su diagnóstico: su tratamiento....	8	230 á 236
<i>Lipomas.</i> —Influencia de estos tumores en el desarrollo general durante la infancia.—Sitio donde tienen mayor desarrollo los vasos nutricios de estos tumores.—Inconveniente de hacer su ablación de un solo tajo cuando el pedículo es delgado....	8	236 á 238
<i>Tumores malignos.</i> — <i>Excrecencias verrugosas:</i> dificultad para distinguirlas del epitelioma cuando están ulceradas.— <i>Fibroma duro:</i> manera de hacer el diagnóstico exacto de estos tumores.— <i>Los tumores fibroplásticos</i> son una variedad del sarcoma: su malignidad.— <i>Sarcomas de células fusiformes ó fibroides recurrentes:</i> su malignidad.—Otros casos de sarcomas.— <i>Linfadenomas</i> .....	8	238 á 242
<i>Epiteliomas.</i> —Cuadro de los tumores de esta clase extirpados.—Naturaleza del epitelioma.—Funda-		

	N.º	<u>Páginas.</u>
mento de su terapéutica.—Importancia de la extirpación de estos tumores.—Necesidad de las autoplastias después de la extirpación y sus inconvenientes y peligros.—Tratamiento por medio de los cáusticos.—Sus indicaciones.....	8	242 á 245
<i>Heridas y cuerpos extraños.</i> —Cuadro estadístico. ...	8	230 á 231
<i>Hematomas.</i> —Sitio de su desarrollo más frecuente.—Su tratamiento.....	8	245 á 246
<i>Agujas clavadas en las carnes.</i> —Importancia de las pequeñas operaciones que reclama su extracción.—Ocupaciones que exponen á esta clase de accidentes.—Dificultades del diagnóstico y de la terapéutica.—Extracción de agujas de gancho.—Gravísimos accidentes inflamatorios consecutivos á la extracción de una aguja.....	8	246 á 248
<i>Proyectiles de arma de fuego.</i> —Cuándo es solicitada la intervención del Cirujano para su extracción.—Preocupación vulgar acerca de la conveniencia y necesidad de hacer la extracción en los primeros momentos.—Inconvenientes y peligros del sondaje.—Casos en que debe hacerse la extracción inmediata.—Momento oportuno para proceder á la extracción.—Manera de hacer la exploración con el estilete: valor de la sensación táctil y auditiva que proporciona el estilete.—Casos prácticos.—Valor de otros medios de diagnóstico: estilete de Nelatón: explorador eléctrico de Troube.—Operaciones para la extracción de proyectiles.—Valor de los instrumentos especiales para la extracción de proyectiles.—Extracción de las balas enquistadas.	8	248 á 252
<i>Cicatrices viciosas.</i> —Casos prácticos y operaciones realizadas para corregir las deformidades procedentes de ellas.....	8	252 á 254
2.º <i>Operaciones en los músculos y sus dependencias.</i> —Tenotomía del tendón de Aquiles.—Dos historias clínicas de esta operación.—Otra de la tenotomía del semitendinoso y semimembranoso.....	9	257 á 259
<i>Operaciones sobre el sistema nervioso y sus dependencias.</i> —Historia de una neurotomía del nervio suborbitario, practicada por el malogrado Dr. D. Santiago González Encinas.....	9	260 á 265
3.º <i>Operaciones en las venas y arterias.</i> —Transfusión de la sangre.—Ideas que han movido á pensar en la tranfusión de la sangre.—Su indicacion en		

	<u>N.º</u>	<u>Páginas.</u>
las hemorragias graves.—Indicaciones de la transfusión con depleción previa: su fundamento científico: intoxicación por el óxido de carbono y casos prácticos en abono de esta clase de transfusión: intoxicaciones por el gas de alumbrado é hidrógeno sulfurado: septicemia y fiebre tifoidea: mordedura de la serpiente y enfermedades carbuncales, hidrofobia . . . . .	9	265 á 271
Enemas de sangre desfibrinada.—Utilidad é importancia de este agente terapéutico.—Su indicación en la clorosis: casos prácticos . . . . .	9	271 á 272
En la transfusión debe emplearse la sangre de carnero ó de otros mamíferos desfibrinada.—Las enemas de sangre pueden sustituir á la transfusión fuera de los casos de peligro inminente ó de indicación de la transfusión con depleción previa.—Indicaciones de la transfusión y de las enemas en la difteria. . . . .	9	272 á 275
Método operatorio é instrumental para la transfusión. Inconvenientes y peligros de la transfusión.—Casos prácticos. . . . .	9	275 á 280
Ligaduras arteriales, su importancia, conocimientos y cuidado que exige su ejecución.—Accidentes ulteriores.—Historia de una ligadura de la tibial posterior. . . . .	9	281 á 284
<i>Embalsamamientos cadavéricos.</i> —Bosquejo histórico. Disposiciones legales vigentes.—Métodos y procedimientos.—Procedimiento ordinario.—Procedimiento de Brunetti.—Fórmulas de líquidos conservadores.—Fórmulas para la conservación temporal del cadáver sin inyección. . . . .	10	301 á 313
4.º <i>Operaciones en las articulaciones.</i> — <i>Hidropesías articulares ó hidrartrosis:</i> génesis de estas afecciones: terapéutica.—Casos prácticos: hidrartrosis de la rodilla: hidropesías de las bolsas serosas prerotulianas: de la flexura del brazo: de la articulación temporo-maxilar: de la región isquiática. . . . .	10	290 á 295
<i>Anquilosis.</i> —Hecho fundamental de la Terapéutica de las anquilosis.—Indicaciones: anquilosis incompletas: anquilosis completas: circunstancias que hay que tener presentes para proceder á su rotura.—Medios mecánicos para efectuarla. . . . .	10	295 á 297
Articulación escapulo-humeral: anquilosis incompletas.—Proceder operatorio.—Anestesia; sus venta-		

	<u>N.º</u>	<u>Páginas.</u>
jas.—Articulaciones del codo, de la muñeca y de los dedos.—Proceder operatorio.—Anquilosis de la rodilla: su importancia: tratamiento preservativo.— Peligros de su rotura: circunstancias que importa tener presentes antes de proceder á ella.—Casos prácticos. . . . .	10	297 á 301
5.º <i>Operaciones en los huesos.—Amputaciones.—Cuadro general de las amputaciones. . . . .</i>	1	10 á 21
<i>Extremidades torácicas.—Amputaciones de los dedos.—Examen de las cifras que aparecen en el cuadro.—Causa de la frecuencia relativa de las enfermedades de los diferentes dedos en relación con dichas cifras.—Clasificación de las mismas con relación á la causa que ha motivado la amputación.—Indicaciones.—Defunciones.—Método operatorio. . . . .</i>	1	22 á 24
<i>Mano.—Desarticulación radio-carpiana.—Historia clínica de una amputación de esta clase.—Sus ventajas é inconvenientes. . . . .</i>	1	24 á 26
<i>Antebrazo.—Cuadro estadístico referente á estas amputaciones.—Indicación en las heridas por arma de fuego y resultado.—Indicación en las quemaduras.—En las lesiones articulares crónicas. . . . .</i>	1	26 á 28
<i>Brazo.—Cuadro estadístico.—Examen de algunas circunstancias de los casos comprendidos en él. . . . .</i>	1	28 á 29
<i>Desarticulación escapulo-humeral.—Historia detallada de cuatro casos en que fué practicada con feliz éxito. . . . .</i>	1 2	29 á 32 33 á 38
<i>Extremidades abdominales.—Dedos.—Cuadro estadístico.—Ligero examen de él. . . . .</i>	2	39
<i>Pie.—Breves consideraciones acerca de la amputación parcial del pie. . . . .</i>	2	39 á 40
<i>Pierna.—Cuadro estadístico de estas amputaciones.—Amputaciones supramaleolares.—Particularidades de los casos y resultado.—Amputaciones por el sitio de elección.—Raro ejemplar de resistencia orgánica-vital.—De cómo una amputación puede ser el mejor reconstituyente.—Ventajas del procedimiento de Argumosa. . . . .</i>	2	40 á 44
<i>Muslo.—Cuadro estadístico.—Historia de dos casos de amputación por aneurisma falso traumático. Examen de los casos en que la causa de la amputación fué la gangrena.—Historia de una amputación de muslo por un tumor fibroso formado á expensas del conducto vascular de los aductores y</i>		

	<u>N.º</u>	<u>Páginas.</u>
por cuyo centro pasaba el paquete vasculo-nervioso.—Dos amputaciones por el procedimiento de Gritti.....	2	45 á 54
Resumen de todos los cuadros y mortalidad... ..	2	54 á 56
<i>Resecciones.</i> —Concepto general de estas operaciones.—Cuadro estadístico .....	3	65 á 70
Osteosarcoma del coronal.—Extirpación con resección de la lámina externa del hueso.....	3	70 á 71
Historia de una resección completa del maxilar superior.....	3	71 á 77
Resección de la rama horizontal del maxilar inferior.	3	77 á 79
Necrosis del maxilar inferior.—Extracción de secuestros.....	3	79 á 81
Resecciones del radio.....	3	81 á 83
Resección del humero en una fractura con salida de uno de los fragmentos.....	3	83
Extracción de secuestros del omoplato.....	3	83
<i>Secuestros invaginados de la tibia y el femur: resección y extracción.</i> —Secuestros de la tibia.—Influencia que en su producción tienen las causas traumáticas.—El escrofulismo.—La edad del desarrollo.—Diagnóstico.—Momento más oportuno que la intervención.—Procedimientos operatorios.	3	83 á 87
Curso, duración y terminación.....	3	87 á 91
Historia de una fractura del cuello del femur con defecto de consolidación y pseudo-artrosis consecutiva.....	3	91 á 96

#### OPERACIONES ESPECIALES

Operaciones tocológicas.—Concepto general de estas operaciones.—Observación n.º 1.—Eclampsia en el período expulsivo.—Extracción con el fórceps.—Curación.....	4	97 á 101
Lentitud del parto por rigidez del cuello uterino.—Inercia en el último período.—Aplicación del fórceps.—Defunción.....	4	101 á 102
<i>Observaciones 3, 4 y 5.</i> —Inercia en el último período del parto.—Aplicación del fórceps.—Curación.—Obstáculo mecánico á la expulsión en el segundo parto de la misma mujer por una cicatriz fibrosa en el esfínter vaginal del parto anterior.—Incisiones.—Curación.—El mismo obstáculo en el tercer parto.—Incisión.—Curación.....	4	102 á 104

	<u>N.º</u>	<u>Páginas.</u>
<i>Observación núm. 6.</i> —Inercia atónica en el período expulsivo.—Estracción con el fórceps.—Curación	4	104
<i>Observación núm. 7.</i> —Parto de primeriza lento en el período expulsivo por ligero aumento en el volumen de la cabeza.—Aplicación de fórceps.—Curación. . . . .	4	104 á 105
<i>Observación núm. 8.</i> —Parto lento en el período expulsivo.—Aplicación de fórceps.—Curación. . . . .	4	105 á 106
<i>Observación núm. 9.</i> —Parto lento en el segundo período.—Aplicación de fórceps.—Curación.—Consideraciones acerca de las anteriores observaciones.	4	106 á 108
<i>Observación núm. 10.</i> —Distocia por cortedad del cordón.—Aplicación del fórceps.—Fiebre séptica.—Defunción á los 34 días. . . . .	4	108 á 118
<i>Observación núm. 11.</i> —Inercia uterina.—Presentación de extremidad pelviana sacro-iliaca derecha.—Aplicación del fórceps.—Curación. . . . .	4	119 á 121
<i>Observación núm. 12.</i> —Presentación de nalgas con procidencia de un brazo.—Inercia uterina por hidramnios.—Hidrocéfalo.—Extracción de las nalgas con el gancho del fórceps.—Aplicación de éste á la base del cráneo.—Curación. . . . .	4	119 á 121
<i>Observación núm. 13.</i> —Parto anticipado con placenta previa inserta en la parte anterior del cuello.—Cesación de la hemorragia al encajarse la cabeza.—Procidencia del cordón al romperse la bolsa.—Reducción.—Terminación favorable.—Una niña viva . . . . .	4	121
<i>Observación núm. 14.</i> —Parto anticipado con placenta previa: inserción central.—Hemorragia formidable durante dos ó tres días.—Transfusión de sangre desfibrinada seguida de la extracción por la versión podálica.—Defunción. . . . .	4	121 á 122
<i>Observación núm. 15.</i> —Presentación transversal.—2. <sup>a</sup> posición hombro izquierdo (céfalo-iliaca derecha.)—Versión podálica.—Curación. . . . .	4	122 á 123
<i>Observación núm. 16.</i> —2. <sup>a</sup> posición hombro izquierdo (céfalo-iliaca derecha.)—Versión podálica.—Defunción. . . . .	4	123 á 124
<i>Observación núm. 17.</i> —1. <sup>a</sup> posición de hombro izquierdo (céfalo-iliaca izquierda.)—Versión podálica.—Septicemia.—Curación. . . . .	4	124 á 127
Otras dos versiones podálicas en presentaciones transversales.—1. <sup>a</sup> posición de hombro derecho (céfalo-		

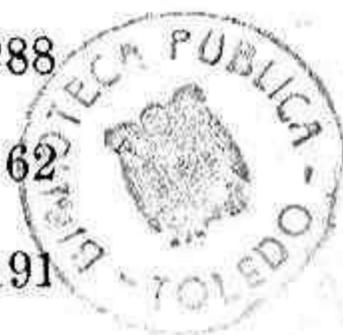
	N.º	Páginas.
iliaca izquierda)—Curación.....	5	152 á 164
2.ª de hombro derecho (céfalo-iliaca derecha) con procidencia del cordón.—Fiebre séptica: extracción de un niño vivo.—Fiebre septica.—Curación....	5	154 á 157
Un caso de operación cesárea post mortem.....	5	129 á 137
<i>Observaciones de septicemia puerperal con alteraciones locales consecutivas.</i> — 1.ª Parto fisiológico con metrorragia grave.—Flegmasia alva dolens y pleuro-neunomia—Muerte por embolia de la arteria pulmonar.....	5	137 á 141
2.ª Aborto embrionario con metrorragia grave.—Fie- bre de infección con hinchazón de las extremida- des.—Defunción.....	5	141 á 142
3.ª Parto fisiológico.—Fiebre é hinchazón de una ex- tremidad.—Curación.....	5	142 á 143
4.ª Parto fisiológico.—Flegmasia alva doleus sin fiebre.—Curación.....	5	143 á 144
5.ª Aborto embrionario.—Fiebre séptica.—Retención de placenta y membranas.—Extracción.—Cura- ción.....	5	144 á 145
6.ª Aborto embrionario.—Retención de placenta y membrana.—Extracción.—Curación.....	5	145 á 149
7.ª Aborto fetal.—Retención de placenta.—Extrac- ción.—Flemón periuterino abierto en la vegiga.— Curación.....	5	149 á 151
8.ª Aborto embrionario.—Fiebre de forma intermi- tente.—Flemón periuterino.—Curación.....	5	151 á 152
9.ª Parto fisiológico.—Fiebre puerperal adquirida por contagio.—Flemón periuterino.—Curación .	5	161 á 167
Cuadro estadístico de las operaciones especiales de la mujer y del niño.....	5	161 á 176
Quiste tubárico expulsado en el acto del parto á tra- vés de una rasgadura de la pared posterior de la vagina al nivel del fondo de saco recto vaginal...	6	168 á 172
Tumores de los grandes labios.....	6	172 á 173
Retenciones menstruales.....	6	173 á 178
Pólipos uterinos.....	6	178 á 185
Cálculo vesical con el nudo formado por una hor- quilla: talla vaginal: sutura.....	6	185 á 187
Caso notable de imperforación del ano y del recto en una recién nacida.....	5	157 á 159
1.º <i>Operaciones especiales del aparato de la visión.</i> — Vías lagrimales.—Cuadro de las operaciones de vías lagrimales.—Consideraciones generales acerca		

	<u>N.º</u>	<u>Páginas.</u>
de ellas y casos prácticos . . . . .	11	321 á 335
2.º Operaciones en los párpados.—Cuadro de estas operaciones . . . . .	11	335 á 339
Consideraciones generales.—Entropión: triquiasis..	11	340 á 343
Ectropión . . . . .	11	343 á 347
Tumores de los párpados.—Quistes.—Tumor fibroso.—Epiteliomas . . . . .	11	347 á 350
3.º Superficie del globo ocular.—Pterigión.—Tatuage . . . . .	12	353 á 356
4.º Interior del globo ocular.—Paracentesis de la cámara anterior . . . . .	12	356 á 360
Secciones de la cornea . . . . .	12	360 á 361
Cuadro estadístico . . . . .	12	362 á 365

## SEGUNDA PARTE

### Asuntos sueltos y sin relación con el estudio estadístico-clínico

Algunas aplicaciones del termo-cauterio . . . . .	1	32
Anestesia local por el clorhidrato de cocaína en una operación de fimosis . . . . .	2	56 á 57
De la cocaína como anestésico local en la operación de hidrócele, en las inyecciones hipodérmicas de sulfovinato de quinina, en la extirpación de tumores pequeños y en las amputaciones de dedos . . . . .	9	284 á 288
Estudio de las sales nuevas de quinina, bromihidrato, lactato y sulfovinato . . . . .	2	57 á 62
Heridas contusas con fractura y hundimiento del parietal.—Operación.—Curación . . . . .	6	188 á 191
Extirpación de un tumor voluminoso región parotídea . . . . .	7	217 á 222
Un caso de tétanos á frigore.—Curación en 44 días . . . . .	7	222 á 224
Un caso de ranula operado por punción é inyección iodada . . . . .	8	254 á 256
Herida penetrante de vientre: peritonitis consecutiva tratada con las emisiones sanguíneas locales . . . . .	10	313 á 318
La sinemapria . . . . .	10	318 á 320
Enfermedades palúdicas, por D. Tomás Echevarría . . . . .	12	366 á 370



# LA MARGARITA

EN LOECHES

*Antibiliosa, antiherpética, antiescrofulosa, antisifilítica y reconstituyente.*

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

## LA SALUD Á DOMICILIO

En el último año se han vendido

Más de **DOS MILLONES** de purgas

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

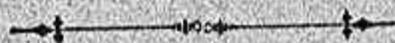
*Depósito central: Madrid. Jardines, 15, bajo, derecha, y se venden también en todas las farmacias y droguerías.*

---

## 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 apomorfiná, aconitina, antipirina, agaricina, antifebrina, calavarina, curare y curarina, cocaína, duvoisina, digitalina, eserina, eucaliptol, morfina y sus sales, pilocarpina (nitrato), quinina y sus sales más modernas, el terpinol, el iodol, la diastasa, etc. etc.

# 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 casoo  
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.<sup>a</sup> EDICIÓN FRANCESA

POR FÉLIX FERNÁNDEZ LÓPEZ

*Farmacéutico, Administrador de la REVISTA MÉDICA DE SEVILLA*

Forma un tomo en 8.<sup>o</sup> 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.

---

**SE ADMITE TODA CLASE DE ANUNCIOS**