

Año I.

NOVIEMBRE DE 1888.

Núm. 11.

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.—Aparato de la visión.—1.º Vías lagrimales.—
Cuadro de las operaciones de vías lagrimales.—Consideraciones generales
acerca de ellas y casos prácticos.—2.º Operaciones en los párpados.—
Cuadro estadístico.—Entropión.—Triquiasis.—Ectropión.—Tumores:
quistes: fibromas: epitelomas.—Crónica.—Anuncios.

TOLEDO

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos

Comercio, 57 y Sillería, 15



Rev 412
I

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 BISTURI

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA



Operaciones especiales



APARATO DE LA VISIÓN



Las operaciones que con títulos más legítimos pueden denominarse especiales son las del aparato de la visión, pues forman parte de una especialidad la mejor cultivada y constituida de cuantas abraza el dominio de la medicina, hasta tal punto, que puede decirse que hoy goza vida propia y autónoma. Esto depende, no sólo de la importancia que la visión tiene para la vida de relación, sino también de los numerosos trastornos y enfermedades á que están sujetos los órganos por cuyo intermedio se efectúa. Así se explica que muchos especialistas de enfermedades de los ojos puedan decir «yo no soy más que oculista», y muy pocos, muy contados, puedan decir otro tanto en las demás especialidades.

Á pesar de esta autonomía que reconocemos en la especialidad oftalmológica, en nuestro país hay pocos Cirujanos que no se hayan dedicado á esta clase de operaciones, cultivando su estudio con más ó menos extensión.

Por mi parte, también he prestado atención preferente á la oftalmología, no tan sólo por afición y porque son los triunfos quirúrgicos de esta especialidad los que más satisfecho me dejan como operador, sino también, porque acudiendo en demanda de auxilios al Hospital muchos enfermos de la vista, los deberes de mi cargo me han obligado á ello.

Dentro de la especialidad, por lo que yo he visto y practicado, entiendo que cabe hacer una distinción que es la que en mi sentir separa también al especialista del que no lo es: enfermedades comunes ó

para cuyo estudio no hacen falta otros conocimientos más que los generales de Medicina y enfermedades que exigen además de estos otros especiales de física, oftalmoscopia, etc. Las primeras son las inflamaciones y demás procesos morbosos generales que afectan á la conjuntiva, á la cornea, al iris, cristalino, vias lagrimales, órbita, etc.; las segundas recaen principalmente sobre la coroides, la retina, el nervio óptico, medios refringentes, músculos del ojo, etc. Como unas y otras están íntimamente ligadas entre sí y tienen como nota común en muchas ocasiones la de afectar la función visual, importa al Cirujano tener en cuenta estas relaciones para remitir al enfermo al especialista desde el momento en que sospeche que se trata de un padecimiento complejo ó que necesite bajo cualquier concepto conocimientos especiales para su acertado tratamiento.

Habiendo cultivado tan sólo la primera parte de las dos que dejo indicadas de la especialidad de oftalmología, voy á dar á conocer mis trabajos prácticos en ella con el justo temor de que no me sea favorable la crítica de los especialistas, á los cuales diré que en cumplimiento de mi deber he hecho por acercarme á ellos todo cuanto ha estado al alcance de mis escasos recursos y de mi posibilidad, todavía más escasa. Aquí en esta soledad, sin clínicas de oftalmología, sin maestros y sin más guía que los libros, los estudios sobre el cadáver y la observación atenta de los enfermos, he necesitado hacer grandes esfuerzos para vencer dificultades tal vez insignificantes en otras circunstancias.

Deseoso siempre de aprender y de procurar el bien de los enfermos, he puesto mis enfermerías á disposición de cuantos especialistas distinguidos han tenido á bien honrarlas, contándose en este número los Sres. Albitos y García Calderón, que en diferentes ocasiones han operado en este Hospital con éxito brillante y en presencia de varios Profesores de esta localidad, proporcionándonos útiles enseñanzas que hemos procurado aprovechar.

Las operaciones de la vista se distinguen por la delicadeza y precisión que requieren en armonía con la del órgano y sus funciones. Aunque en su inmensa mayoría son operaciones regladas, en ninguna de otra clase surge con tanta frecuencia lo imprevisto, necesitando por consiguiente el operador conocer tan bien como los métodos y procedimientos operatorios, los múltiples y variados accidentes que pueden presentarse en su curso y que debiendo ser remediados ins-

tantáneamente requieren genio inventivo, viveza y rapidez de percepción, pues un solo momento que se pierda puede malograr el éxito.

Algunas hay, como las que recaen en los párpados, que por sus procedimientos operatorios ó *modus faciendi*, nada tienen de especial comparadas con otras análogas de las demás regiones, tales son las del ectropión, algunos de cuyos procedimientos no son otra cosa que autoplastias por deslizamiento, las de estirpaciones de tumores de los párpados, de la órbita y hasta del mismo globo ocular.

El instrumental de esta clase de operaciones es también especial y debe serlo aún en estas operaciones análogas á las generales de Cirugía, pues la delicadeza del órgano no consiente que se prescindan en ningún caso de los instrumentos finos de oftalmología. Debe ser muy completo y muy surtido por la facilidad con que se inutilizan los instrumentos de corte, sin embargo, desde que se ha generalizado el cuchillito de Græfe en el procedimiento de extracción á colgajos se economizan muchos keratotomos.

Las hemos dividido en cinco grupos: 1.º, vías lagrimales; 2.º, párpados; 3.º superficie del globo ocular; 4.º, interior del mismo; y 5.º todo el globo ocular.

Vamos á principiar por las de las vías lagrimales que van incluidas en el siguiente cuadro:

Operaciones

APARATO DE

1.º—Vías

NOMBRES	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICOS.
1 Leonardo Marín.....	Sonseca.....	45	»	Tumor lagrimal ojo izquierdo.....
2 Francisco Rodríguez...	Orense.....	48	»	Catarro del saco lagrimal izquierdo
3 Saturnino Ballesteros...	Cobisa.....	46	C.	Id. id.....
4 Angel López.....	Camp.º de la Jara	61	C.	Catarro del saco lagrim. amb. ojos.
5 Pascasio Castellanos...	Noez.....	60	V.	Id. id.....
6 Juana de Toro.....	Bargas.....	70	V.	Catarro saco lagrimal izquierdo...
7 Francisco Martínez...	Gálvez.....	66	C.	Id. id.....
8 Francisca Romo.....	Bargas.....	49	C.	Id. id.....
9 Máxima Rosel.....	Guadamur.....	67	V.	Tumor lagrimal.....
10 Alfonsa Jiménez.....	Marjaliza.....	55	V.	Catarro del saco lagrimal.....
11 Pío Santa Paz.....	Toledo.....	10	»	Id. id.....
12 Romualda García.....	Bargas.....	57	C.	Tumor lagrimal ulcerado.....
13 C. de M.....	Toledo.....	30	S.	Tumor lagrimal izquierdo.....
14 Julián Sánchez.....	Malpica.....	46	S.	Fístula del saco lagrimal izquierdo
15 Telesfora González.....	Espinoso del Rey.	8	»	Tumores lagrim. ulcerad. amb. lados
16 Petra Sánchez.....	Morisco (Salam.ª)	27	S.	Tumor lagrimal ojo derecho.....
17 Isidora Cabañas.....	Recas.....	35	S.	Tumor lagrimal.....
18 Julia Madrid.....	Toledo.....	13	»	Fístula del saco lagrimal.....
19 Inés Pleité Martín.....	Bargas.....	52	C.	Id. id.....
20 C. S.....	Mora.....	»	»	Tumor lagrimal.....
21 A. G.....	Toledo.....	50	S.	Id. id.....
22 C. de G.....	Lagunilla (Salam.ª)	20	S.	Id. id.....
23 J. de B.....	Béjar (Id.).....	17	S.	Id. id.....
24 M. de C.....	Cabañas.....	46	V.	Id. id.....
25 Eusebia Dueñas.....	Toledo.....	15	»	Tumor lagrimal derecho.....

especiales

LA VISIÓN

lagrimales

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Cateterismo por el punto lagrimal inferior.....	22 May 80	Mayo y Jun. 80.	3 Jul. 80.	Curación.
Id. id.....	21 Ab. 80	Abril Mayo y Jun.	1.º Jul. 80	Id.
Cateterismo punto lagrimal inferior hasta el núm. 4.—Inyecciones.	21 Ab. 82	Abril y Mayo ..	18 May 82	Alivio. (Alta pedida).
Cateterismo punto lagrim. inferior.	11 Set. 82	Set., Oct. y Nov. .	30 Nov. 82	Curación.
Id. id. hasta el núm. 3.....	28 Set. 83	Set. y Oct.	8 Oct. 83	Alivio. (Fugado.)
Id. id. id.....	30 Set. 83	Id. id. . .	15 Oct. 83	Alivio. (Alta pedida.)
Id. id. id.....	27 Nov. 83	Nov. y Dic. . . .	11 Dic. 83	Curación.
Id. id. id.....	18 Ab. 85	Abril 85.	22 Ab. 85	Alta pedida.
Dos sesiones de cateterismo.....	1.º Oct. 85	Oct. 85..	6 Nov. 85	Id.
Cateterismo punto lagrim. inferior.	18 Ab. 85	Abril 85.	16 May 85	Curación.
Id. sin resultado.—Destrucción del saco con la pasta de Canqoín...	25 En. 84	»	2 Feb. 85	Id.
Destrucción del saco con la pasta de Canqoín.....	18 Ab. 85	Abril 85.	22 Ab. 85	Alta pedida.
Tentativas de cateterismo.—Destrucción del saco con la pasta de Canqoín.....	»	Mayo 79.	Julio 79.	Curación.
Destrucción del saco, pasta de Canqoín.	»	30 Mar. 76	18 May 76	Id.
Id. id.....	»	Junio 75.	14 Nov. 76	Curación (incompleta en el izquierdo.)
Id. id.....	»	Junio 77.	Octub. 77	Curación.
Id. id.....	22 May 81	19 Jun. 81	28 Jun. 81	Defunción de erisipela facial.
Id. id.....	11 Ab. 82	27 Ab. 82	25 Jul. 82	Curación.
Id. id.....	18 Oct. 83	16 Oct. 83	8 Nov. 83	Alivio. (Fugada.)
Id. id.....	»	Set. 81..	»	Curación.
Id. id.....	»	Abril 82	»	Id.
Id. id.....	»	Agosto 78	»	Id.
Id. id.....	»	Agosto 78	»	Id.
Destrucción del saco con el termocauterio.....	»	Febr. 87.	»	Id.
Destrucción del saco lagrimal, pasta Canqoín.....	17 Feb. 80	20 Feb. 80	10 Jun. 80	Curación. (Expulsión de secuestro á las seis semanas.)

1.º—VÍAS LAGRIMALES

Como puede verse en el cuadro precedente, la única enfermedad que hemos tratado de vías lagrimales es la inflamación del saco lagrimal y conducto nasal, ora bajo la forma de dacriocistitis simple ó catarral sin abultamiento notable, que es lo que designamos con el nombre de catarro del saco lagrimal, ora bajo la forma de tumor lagrimal procedente del catarro simple, blenorragico ó de la inflamación flegmonosa; ora, por fin, bajo la forma de tumor lagrimal ulcerado con ó sin fistula de saco lagrimal.

En la primera forma con poco abultamiento en la región afecta si se comprime el saco lagrimal se ven salir por los puntos lagrimales un líquido en más á menos cantidad, constituido por las lágrimas y filamentos blanquecinos de secreción mucosa, que á veces llena el ángulo interno del ojo. En la segunda forma ó en el verdadero tumor lagrimal, comprimiéndole fuertemente, sale su contenido, que es como clara de huevo, mucoso ó mucoso-purulento, unas veces por los puntos lagrimales y otras veces además por la fosa nasal correspondiente. Y en la tercera forma, por fin, las más de las veces, procedente de la inflamación flegmonosa, hay una ulceración más ó menos extensa en la piel correspondiente á la pared anterior del saco, comunicando ó no con éste.

Constituida así la enfermedad, el problema terapéutico se ha debatido con un calor y un apasionamiento que parece increíble tratándose de asuntos científicos. Dos métodos de tratamiento se han disputado y se disputan todavía la exclusiva en la curación radical de esta dolencia.—La destrucción del saco lagrimal (Nanoni) y el cateterismo (Bowman). En nuestra opinión ambos estriban en fundamentos racionales: el primero está basado en el hecho de observación, que no puede ponerse en duda, porque todo práctico, especialista ó no, ha tenido ocasión de observarlo alguna vez, de la curación espontánea de los tumores lagrimales mediante la ulceración de la pared anterior del saco y adherencias de la piel al canal lagrimal constituido por el unguis y apofisis ascendente del maxilar superior; el segundo en el he-

cho también innegable de la curación mediante el cateterismo.

Si ambos fundamentos son ciertos é incontrovertibles no se puede decir que uno sea más racional que otro, ni proceder con un criterio exclusivista que de ordinario conduce á exageraciones tan apasionadas como la de decir que la destrucción del saco equivale á la de la vegiga en la curación de las estrecheces uretrales, lo cual ciertamente no es discutir las ventajas é inconvenientes que se han asignado á uno y otro método para precisar bien sus indicaciones y saber cuál es el que debe elegirse en la práctica. Entendemos que este es el camino más acertado en Terapéutica para la elección de medios ó agentes curativos de cualquier clase que sean.

El método de destrucción del saco lagrimal puede con razón llamarse español, porque, aunque no es oriundo de nuestro país, en él ha tenido por mantenedores los especialistas más eminentes de la generación presente, los que han formado escuela y mayor impulso han dado á los estudios de oftalmología. Y si esta razón no pareciese buena, aún hay otra de más peso: «En España se curan admirablemente las afecciones supurativas de las vías lagrimales con la destrucción del saco», ha dicho el ilustre Delgado Jugo, arrebatado á la ciencia en lo mejor de su edad; y si de esta aserción tenemos certeza los que lo hemos puesto en práctica y puede cerciorarse cualquiera observando los operados muchos años después, no hace falta más para darle carta de naturaleza en nuestro país. La razón de que este método sea bueno en España y los países meridionales, mientras en los del Norte pueda suceder lo contrario, ya la dió el eminente fisiólogo Giraud-Teulou (1) y conviene que los prácticos españoles no la pierdan de vista, sobre todo en la época actual, en que especialistas eminentes lo proscriben en absoluto creyendo quedará pronto relegado á la Historia de la oftalmología. A pesar de esta predicación, nos atrevemos á dudar que se cumpla en España, pues habiéndose puesto en práctica en grande escala con resultados satisfactorios, no es posible que se olviden éstos por los enfermos ni menos aún por los médicos.

El cateterismo de las vías lagrimales como método de tratamiento es seductor bajo el punto de vista fisiológico, porque tiende al restablecimiento de la función perturbada, devolviendo á los órganos su

(1) *Compte rendu du Congrès periodique international d'optalmologie*, 1868

integridad anatómica. Sus partidarios, dejándose llevar por esta idea, encomian sus ventajas diciendo que la naturaleza no ha hecho nada superfluo y que en tal concepto no debe sacrificarse ningún órgano y que este es un triunfo de la Cirujía conservadora etc., etc.; pero á renglón seguido estos ardientes defensores de ella añaden que en casos extremos debe emprenderse la extirpación de la glándula lagrimal considerándola como preferible á la destrucción del saco. ¡Los mismos que por amor á la conservación no quieren que se destruya el saco que es un órgano accesorio en el aparato lagrimal, predicán la destrucción del órgano principal, la glándula lágrimal! Pero lo grave de esta predicación es que sin más fundamento que las tentativas de Laurence y Abadie afortunadas, aunque audaces y temerarias, se pretenda que es menos peligrosa para el paciente la extirpación de la glándula lagrimal que la destrucción del saco.

Voy á detenerme un momento á examinar este asunto, porque como la predicación viene de muy alto, no debe pasar sin protesta razonada siquiera el que la haga sea el menos autorizado. Cierto es que la cauterización ignea del saco y puede agregarse que también la hecha por los cáusticos potenciales, expone á la erisipela facial (en nuestra práctica tenemos un caso de muerte por esta causa), al flemón ocular, á tisis del ojo, etc. Pero ¿por ventura no expone á los mismos accidentes la extirpación de la glándula lagrimal? En esta operación el sujeto está tan expuesto á la erisipela como en aquélla, porque la erisipela es un accidente muy común en todas las operaciones de la cara, y es más, las erisipelas graves que ponen en peligro la vida del enfermo, es muy dudoso que sean hijas del trahumatismo que sólo actúa como causa ocasional, siendo dependientes más bien de condiciones atmosféricas ó de otra clase reinantes, y la prueba es que la erisipela grave se presenta tan sólo en las heridas cuando reina de una manera espontánea en la localidad, lo cual saben perfectamente todos los operadores que se abstienen de practicar en estas circunstancias ninguna operación que no sea de urgencia. Pero si el sujeto está expuesto á la erisipela igualmente en una y otra operación, lo que no puede sostenerse seriamente es que interesándose en la extirpación de la glándula lagrimal el tejido celular de la órbita no puedan tenerse de este hecho consecuencias mucho más graves para el ojo y aun para la vida que de la cauterización del saco: hállese éste muy lejos y muy independiente del ojo para que una cauterización bien he-

cha con los cáusticos potenciales pueda dar lugar á una propagación grave de la inflamación: el tejido celular periorbitario, por el contrario, envuelve al ojo, le sirve de apoyo y de sostén, y una vez interesado en un punto un flemón periorbitario, sobreviene con mucha facilidad cualesquiera que sean las precauciones que para evitarlo se tomen, como lo demuestra la práctica diaria cuando este tejido se interesa en órganos mucho menos delicados que el ojo. Así, pues, el peligro de flemón ocular con todas sus consecuencias es mucho más inminente en la extirpación de la glándula que en la destrucción del saco.

Y en prueba de que este peligro es real, citaré un hecho de mi práctica (núm. 28 del cuadro de las operaciones de los párpados) en que á consecuencia de la extirpación de un quiste folicular que se insinuaba entre la órbita y el globo ocular estando implantado en el tejido celular orbitario (operación practicada con antisepsia y con el esmero que se indicará en el lugar correspondiente) sobrevino un flemón periorbitario extendiéndose la inflamación al globo ocular y costándome no pocos desvelos salvarle, aunque á costa de un leucoma central muy extenso. Hay identidad perfecta entre esta operación y la extirpación de la glándula, porque el hecho esencial, como punto de partida de un flemón periorbitario con todas sus consecuencias, es la penetración en la cavidad orbitaria, interesando el tejido celular en un caso para separarlo del quiste y en el otro para separarlo de la glándula y no se me alcanza la razón de que pueda ser menos peligrosa acercándose al ángulo externo del ojo que en el caso del quiste situado en la parte media.

Si se invoca para acusar á la cauterización de producir erisipelas, flemones y otros accidentes, el testimonio de lo que se ha visto, el mismo debe servir para las extirpaciones de la glándula lagrimal. El juicio que se forma por esta manera de conocer no es otro que el de la estadística, y para que tenga algún valor se necesita, por consiguiente, contar, pesar y medir los casos conocidos de una y otra operación. Trayendo la cuestión á este terreno, no podrá afirmarse que la extirpación de la glándula ofrece menos peligros que la cauterización, porque de ésta se cuentan en Europa los casos por millares y de aquélla no llegarán á algunas decenas. Por esto no es serio que un operador tan eminente como Wecker, diga que no se cuenta ningún accidente á consecuencia de la extirpación de la glándula lagrimal y que haya

en cambio visto muchos en la cauterización ignea. Para afirmar esto, aunque lo afirme una eminencia, es preciso, para que pueda tener algún valor científico, que diga cuántos casos ha visto de una y otra operación y además las circunstancias de cada caso. Y es mucho menos serio sabiendo que se han hecho relativamente muy pocas operaciones de esta clase, que por tanto no puede legítimamente invocarse el testimonio de la experiencia.

Entrando ya á discutir las ventajas é inconvenientes de uno y otro método, examinemos el mecanismo de la curación en las tres formas que hemos indicado, que reviste ordinariamente el padecimiento que nos ocupa. En la primera forma, ó sea en el catarro simple, la mucosa del saco lagrimal y conducto nasal se hincha, aumenta de espesor, principalmente en la desembocadura de los canalículos lagrimales en el saco y de éste en el conducto, en consecuencia de esto las lágrimas pasan con dificultad al saco y sobreviene lagrimeo, las que han penetrado en el saco encuentran obstáculo á su libre paso por el conducto, y retenidas juntamente con los productos de secreción le dilatan, y en más ó menos tiempo, persistiendo estas alteraciones, sobreviene el tumor lagrimal. En tales circunstancias, con el cateterismo efectuado, ora por el punto lagrimal inferior, ora por el superior, con incisión previa de los canalículos correspondientes por medio del cuchillito de Weber, dilatándose los puntos estrechados, se restablece la continuidad de la columna líquida, las lágrimas y los productos de secreción de la mucosa pasan á las fosas nasales, el saco deja de estar distendido, y poco á poco, cesando esta distensión, que es la causa principal de que la inflamación pase al estado crónico, la mucosa vuelve á su estado normal y las vías lagrimales recobran su integridad fisiológica y anatómica. Aunque ésta no es perfecta, pues el punto y canalícula lagrimal por donde se ha operado quedan convertidos en una ranura, está demostrado que esta circunstancia no es desfavorable para el buen desempeño de la función, y antes bien es ventajosa sobre todo si se tiene en cuenta que muchas veces el catarro es hijo de su desviación ó estrechez. Esta manera de curación que comprende todos los casos de catarro simple, que son los que Bowman enseñó á tratar con el cateterismo, es el bello ideal de la Cirugía y no es extraño que se persiga con tenacidad y constancia extenderla á todas las afecciones lagrimales.

En la segunda forma, ó sea en el verdadero tumor lagrimal, las al-

teraciones autóxico-patológicas son las mismas, aunque más graduadas, acaso por la mayor antigüedad del proceso, y á ellas hay que agregar la distensión más ó menos graduada del saco. Si el contenido de éste es simplemente mucoso, aún podrá conseguirse con el cateterismo solo ó ayudado de las inyecciones astringentes, la reintegración anatómica y funcional, aunque tardando mucho más tiempo que en el caso anterior. Si el contenido del saco es purulento, como sucede en la dacriocistitis blenorragica, no bastará ya el cateterismo, es condición precisa que vengan en su ayuda las inyecciones astringentes para cambiar la naturaleza del producto de secreción y hacer que las paredes del saco se retraigan. La duración del tratamiento es generalmente más larga, pudiendo prolongarse por tiempo indefinido y quedando el paciente sujeto á frecuentes recidivas. La razón de éstas, así como de la incurabilidad del padecimiento en algunos casos por este método, es bien sencilla de explicar. Con el saco lagrimal debe suceder lo mismo que con todas las cavidades orgánicas cuando llegan al máximun de distensión: ó se rompen ó se dilatan los elementos anatómicos que entran en su composición, de manera que todos los esfuerzos para que vuelvan á su estado normal son vanos, siempre excederán sus dimensiones de las normales y con el motivo más pequeño si se han reducido de volumen vuelven á ensancharse. Así se ve en muchos tumores lagrimales que después de haberse mejorado el enfermo con el cateterismo, pasados muchos meses cuando ya se consideraba como curado, hay que emprender de nuevo el tratamiento, y si esto vuelve á repetirse, se le consuela recomendándole paciencia ó haciéndole que aprenda á sondarse como sucede con los de vías urinarias, cuyos padecimientos, dicho sea de paso, bajo ningún concepto pueden compararse con los de los ojos. Pero sucede también que, á pesar de mucha resignación y constancia el enfermo, no adelanta un paso y se pasa un año, ó mucho más, como nos ha ocurrido una vez con una joven que en consecuencia de granulaciones palpebrales contrajo una dacriocistitis crónica dependiente en nuestro concepto de haberse transmitido las granulaciones á la mucosa del saco, en que fueron completamente inútiles el cateterismo y las inyecciones astringentes. En todos estos casos hay que considerar impotente este método de tratamiento y debe acudir al de la destrucción del saco. Tiene éste la ventaja de producir la curación en breve espacio de tiempo y sin recidiva. El lagrimeo consecutivo es un incon-

veniente de muy poca monta, porque sea que quede entre la piel y el hueso una comunicación capilar para el paso de las lágrimas como ha sostenido la escuela italiana (Sperino), sea que sobrevenga la atrofia de la glándula lagrimal, lo cierto es que los operados se encuentran bastante satisfechos, y si se les pregunta, manifiestan que no les molesta el lagrimeo sino en circunstancias extraordinarias, cuando lloran por cualquier motivo. El inconveniente de la erisipela puede remediarse eligiendo, puesto que no es operación de urgencia, una época en que no reinen en la localidad. Operando con la pasta de Cancoín, aunque se repitan las cauterizaciones, no sobreviene en general la inflamación y supuración del ojo, más bien debe temerse que la cauterización exceda los límites del saco y se afecte el hueso como nos ha ocurrido una vez en que se eliminó un secuestro á las seis semanas.

En la tercera forma, ó sea en la dacriocistitis flegmonosa con abertura del foco al exterior, ya haya ó no verdadera fístula del saco lagrimal, si la abertura no se ha efectuado ya espontáneamente cuando el enfermo se presente á consultarnos por primera vez, debe hacerse una incisión en el punto de la piel más adelgazado y aguardar á que se cicatrice con la esperanza de que la obstrucción del saco se efectúe espontáneamente, pues estos son los casos en que tiene lugar. Si no se adhiriese la piel al hueso, sino que comprimiendo el saco saliese la supuración por los puntos lagrimales, el método preferible es la destrucción del saco, porque habiendo alteración de testura, no sólo en la mucosa, sino en el tejido fibroso, no es de esperar que con el cateterismo puedan remediarse: nada se perderá, sin embargo, con intentar la curación con este método, mas si se hiciese rebelde, habrá que acudir á la destrucción.

En resumen: el cateterismo está indicado en los catarros simples, y en los tumores lagrimales ayudado de las inyecciones—mas si se hiciesen rebeldes será preferible la destrucción del saco.—También está indicada ésta cuando la estrechez de las vías lagrimales tenga su asiento principal en el conducto nasal. También debe darse la preferencia á la destrucción cuando el paciente no pueda ó no quiera someterse al tratamiento por el cateterismo por un tiempo indefinido.

Se ve, pues, que no debe despreciarse tanto este método como se hace en la actualidad, pues hay muchas ocasiones en que puede ser un recurso excelente, mejor aún que el cateterismo por muchos con-

ceptos. Este desprecio sistemático equivale á olvidar las lecciones de la experiencia. En nuestro humilde concepto, siempre será preferible la destrucción del saco á la extirpación de la glándula lagrimal, porque además de ser más peligrosa no debe ser cosa fácil en un órgano tan pequeño extirpar una de las dos porciones que la componen, y extirpada totalmente ó la secreción lagrimal no sirve para nada en estado fisiológico ó el ojo ha de sufrir alteraciones funcionales mucho más graves que el ligero lagrimeo que queda después de la cauterización del saco bien hecha.

Vamos ahora á ocuparnos de los casos prácticos que figuran en el cuadro.

Llama la atención en el cuadro, en primer término, que siendo 25 el número total de operados, 15 pertenecen al sexo femenino y 10 al masculino; estando, por tanto, en la proporción de 3 por 2. Si se tiene en cuenta que la mujer es más tímida que el hombre y que á muchas les retrae de todo tratamiento el temor á las operaciones quirúrgicas, bien puede calcularse que la proporción exacta de las que padecen de vías lagrimales ha de ser mucho mayor. ¿A qué será debida esta mayor frecuencia de afecciones lagrimales en la mujer? Hemos observado que hay mujeres que lloran con el motivo más insignificante y que en éstas nunca falta una de las formas de inflamación del saco lagrimal, por consiguiente, dotada la mujer de mayor sensibilidad moral que el hombre y expuesta á llorar con más frecuencia, ésta debe ser la causa de que padezca más que el hombre. Con poco esfuerzo podemos explicarnos la génesis del padecimiento: la hipersecreción lagrimal aumentando la cantidad de lágrimas que pasa á través del saco lagrimal, dilata su cavidad y es un motivo de irritación que repitiendo persistentemente da lugar á la dacriocistitis catarral primero y más tarde al tumor lagrimal á poco que ayude ó se agregue una causa constitucional como el escrofulismo.

Los 25 operados pueden agruparse de este modo:

		Curados	Aliviados.	Sin alivio	Fallecidos.
Catarro del saco lagrimal, 9...	Cateterismo.....	7	4	3	»
	Cateterismo é inyecciones.....	1	1	»	»
	Cateterismo y destrucción del saco..	1	1	»	»

Tumor lagri- mal, 11.....	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Cateterismo.....} \\ \text{Cateterismo y des-} \\ \text{trucción del saco..} \\ \text{Destrucción del saco.} \end{array} \right.$	2	1	»	1	»
		1	1	»	»	»
		8	7	»	»	1
Fístula lagri- mal, 5.....	$\left. \begin{array}{l} \text{Destrucción del saco.} \end{array} \right\}$	5	4	»	1	»
		25	19	3	2	1

Examinando el primer grupo que comprende 9 casos, resultan curados 6 y aliviados 3. No sabemos si las curaciones habrán sido definitivas, porque no hemos vuelto á saber de estos enfermos y en cuanto á los aliviados todos renunciaron al tratamiento por no sufrir las molestias que les ocasionaba. Estas molestias y la falta de seguridad de alcanzar el objetivo del tratamiento, que es la curación definitiva, son las principales objeciones que pueden hacerse al cateterismo. Por mucha habilidad que se posea no puede compararse en modo alguno con el de las vías urinarias, éstas toleran mucho mejor el uso de las sondas y con el hábito se embota la sensibilidad de tal manera que puede confiarse el sondaje al mismo enfermo, siquiera la formación de falsas vías pueda ser de más transcendencia. No sabemos hasta qué punto podrá procederse de igual modo en las vías lagrimales, no porque desconfiemos de que el mismo enfermo acierte á sondarse delante de un espejo, sino porque siendo esto doloroso y no siendo la omisión una cuestión vital como en las vías urinarias, por mucho que se le inculque la necesidad de seguirse sondando, es muy de temer que sean desatendidos nuestros consejos.

El segundo grupo comprende 11 casos, de los cuales tres fueron tratados por el cateterismo y los demás por destrucción del saco con la pasta de Cancoín: de los tres primeros uno obtuvo la curación, otro pidió el alta por no querer seguir el tratamiento, y el tercero fué operado por la destrucción del saco. De los otros ocho operados por este método, siete se curaron radicalmente y uno falleció de erisipela facial, sobre cuya terminación nada agregaremos á lo que ya queda expuesto anteriormente.

El tercer grupo comprende cinco casos, tratados por la destrucción del saco, curándose todos, excepto uno, en que la afección era doble,

que sólo se consiguió la curación en un ojo á causa de existir probablemente caries escrofulosas de los huesos del conducto nasal.

En resumen, tenemos en 25 operados, 19 curaciones efectivas, tres aliviados, dos sin alivio y un fallecido.

Aún pudiéramos agregar á estos casos algunos otros tratados por el cateterismo en enfermos de cataratas, como preliminar necesario antes de esta operación cuando existe en alguno de los dos ojos catarro de las vías lagrimales. Estos casos no figuran en la estadística actual por no haber anotado más que la operación principal.

Otro recordamos de nuestra clientela particular que después de haber sido tratado por el Dr. Albitos en Madrid durante dos ó tres meses, nos fué confiado para continuar el tratamiento, y por más que con mucha perseverancia y cuidado estuvimos sondándole durante cuatro ó cinco meses, permitiéndonos agregar por nuestra cuenta inyecciones de una disolución de sulfato de cobre, no se consiguió la curación: persistió tenazmente el lagrimeo, sostenido en nuestro concepto por granulaciones del saco lagrimal y el estado en que había quedado la mucosa palpebral en consecuencia de esta enfermedad. La enferma, que era una joven de 20 años, muy escrofulosa, trasladó hace ya tiempo su residencia á Madrid, en donde es posible que haya vuelto á ponerse en manos de nuestro amigo el Dr. Albitos.

Por lo expuesto queda demostrado que no somos partidarios ciegos é incondicionales de ninguno de los dos métodos de tratamiento: no pudiendo sustraernos á las corrientes reinantes en favor del cateterismo, lo empleamos de preferencia en los catarros simples; en los demás casos desde hace algún tiempo acostumbramos á empezar por él el tratamiento; pero cuando la afección se hace rebelde, acudimos sin vacilar á la destrucción del saco, hecha por medio de la parte de Canquín y siguiendo las reglas recomendadas por el eminente Delgado Jugo en las notas de la traducción del Tratado teórico práctico de las enfermedades de los ojos de L. Becker.

Recientemente hemos operado un caso con anestesia local por la cocaina haciendo cinco inyecciones á centigramo por gramo en la piel y en el saco. El resultado fué completamente satisfactorio,



2.º—Operaciones en los párpados

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICOS.
1 Vicenta Arenillas.....	Bargas.....	53	V.	Entropión párpado inferior derecho.—Quesatitis consecutiva....
2 Gregoria López.....	Carpio de Tajo...	15	S.	Paunus ambas corneas.—Estrechez palpebral ambos ojos.....
3 Gregoria Aguila.....	»	14	S.	Entropión párpado inferior derecho
4 Luisa García.....	Toledo.....	15	S.	Id. id. superior ambos ojos.....
5 Angel Numancia.....	Id.....	12	»	Id. id. id. id.....
6 Eugenia Lorenzo.....	P.ª de Montalbán.	33	C.	Id. id. inferior izquierdo.....
7 Inés Ruiz.....	Turleque.....	46	C.	Id. ambos párpados ambos ojos...
8 Vicenta Arenillas.....	Bargas.....	60	V.	Id. id. superior izquierdo.....
9 Lorenza Camuñas.....	Urda.....	24	S.	Id. ambos párpados superiores..
10 Petra Rodríguez.....	Bargas.....	38	C.	Id. id... ..
11 Catalina Quintana.....	Cast.º de Bayuela.	53	C.	Entropión.....
12 Estefana Nombela.....	Portillo.....	38	S.	Id. párpado superior derecho.....
13 Patricia Peláez.....	Madrid.....	21	S.	Id. párpados superiores.....
14 María Rodríguez... ..	Bargas.....	16	»	Id. espasmódico ambos párpados ambos ojos... ..
15 Felisa Sánchez.....	Sierra de Fuentes (Cáceres).....	18	S.	Id. ambos ojos.....
16 Bárbara.....	Layos.....	60	»	Estrechez abertura parpebral ojo izquierdo.....
17 Inocente Martín.....	Almonacid.....	24	C.	Triquiasis párpado superior derecho
18 Bibiano Zazo.....	Gálvez.....	32	S.	Inversión completa del párpado superior.....
19 Casiano Pleité.....	Bargas.....	12	»	Id. id. superior derecho.....
20 Carlos López.....	Guadamur.....	20	S.	Id. id. id.....
21 Gregorio J. Camacho..	Cerralbo.....	19	S.	Id. id. id.....
22 Agustín González.....	Navahermosa....	22	S.	Id. id. id.....
23 Ezequiel Gómez.....	Id.....	18	S.	Id. id. id. izquierdo.....
24 Julián Iniesta.....	Fuente Albilla (Albacete).....	28	S.	Id. id. id.....
25 Casiano Pleité.....	Bargas.....	17	S.	Ectropión ambos párpados ojo de recho.....

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Procedimiento de Pagenstecher...	»	Mayo 77	6 Julio 76	Alivio notable.
Id. id.....	26 Set. 78	27 Set. 78	16 En. 79	Curación.
Id. id.....	12 Nov. 78	12 Nov. 78	14 En. 79	Id.
Id. id.....	29 Nov. 79	29 Dic. 79	25 En. 80	Id.
Id. id.....	28 Nov. 79	6 Mar., 10	3 Julio 80	Id.
Id. id.....	23 Mar. 81	7 Ab. 81	1.º May 81	Id.
Id. id. y tres ligaduras en el borde libre.....	10 Ag.º 81	19 Ag.º 81	28 Set. 81	Id.
Id. id. id.....	7 Julio 83	8 Julio 83	30 Jul. 83	Id.
Excisión de un óvalo de piel.—Sutura.—Ligaduras borde libre ...	6 Abril 85	17 Jun. 85	28 Jun. 85	Id.
En un ojo id. id. id.....	27 Ab 85	11 May 85	29 Jul. 85	Id.
En el otro, procedimiento de Pagenstecher.....	23 Mar. 86	18 Jun. 85	29 Ag.º 86	Id.
Cantoplastia.....	23 Mar. 86	26 Ab. 86	29 Ag.º 86	Id.
Excisión de un colgajo oval de piel y sutura.....	27 Ag.º 86	17 Set. 86	27 Set. 86	Id.
Procedimiento de Pagenstecher y ligaduras, bordes libres	18 May 87	4 Jun. 87	6 Ag.º 87	Alivio.
Id. id. id.....	18 Jul. 87	19 Jul. 87	13 Set. 87	Alta sin alivio.
Procedimiento de Pagenstecher..	»	Set. 83..	»	Alivio.
Operación de blefaro-fimosis.....	»	1884....	»	Curación.
Trasplatación del suelo ciliar previa excisión de un colgajo oval de piel procedimiento de Arlt.....	21 Jul. 84	6 Ag.º 84	31 Ag.º 84	Id.
Extirpación de la conjuntiva y sutura.—Procedimiento de mi invención.....	5 Feb. 77	14 May 77	12 Jun. 77	Id.
Id. id. id.....	5 Set. 80	Set. 80..	7 Dic. 80	Alivio.
Id. id. id.....	10 Ag.º 81	28 Ag.º 81	28 Set. 81	Curación.
Id. id. id.....	31 Mar. 82	31 Mar. 82	16 Ab. 82	Id.
Id. id. id.....	8 Ag.º 82	29 Ag.º 82	29 Set. 82	Id.
Id. id. id.....	18 Feb. 84	21 Feb. 84	14 Mar. 84	Id.
Id. id. id.....	»	14 Jul. 87	13 Ag.º 87	Id.
Id. id. id.....	15 May 86	5 Jun. 86	20 Jun. 86	Alivio.

NOMBRES.	Naturaleza.	Edad.	Estado.	DIAGNÓSTICOS.
26 Lucía Pérez.....	Torrijos.....	9	»	Quiste sebáceo párpado inferior izquierdo.....
27 Paula.....	Bargas.....	17	S.	Id. folicular párpado superior derecho.....
28 N. de A.....	Ajofrín.....	7	»	Id. sebáceo párpado superior.....
29 M. de F. M.....	Cerro (Salamanca)	»	C.	Tumor fibroso párpado inferior...
30 Antonio Sierra García.	Orgaz.....	68	V.	Epitelioma ulcerado, borde libre, párpado inferior.....
31 Manuela Ruiz.....	Gerindote.....	55	C.	Id. id. id.....
32 Saturnino Martín.....	Sonseca.....	»	»	Epitelioma borde libre, párpado superior derecho en el ángulo interno y del párpado inferior ángulo externo en el izquierdo. ...
33 Pedro González.....	Lagunilla (Salama ^a)	56	V.	Epitelioma borde libre párpado inferior izquierdo, ángulo externo.

Operación.—Método.—Procedimiento.	Fecha del ingreso	Fecha de la operación.	Fecha del alta.	Terminación.
Extirpación.....	»	20Feb.77	15Mar.77	Curación.
Extirpación.—Flemón periorbitario que se propagó al globo ocular.— Varias incisiones.—Paracentesis cámara anterior.....	»	May1882	»	Id., quedando un leucoma y visión escasa.
Extirpación.....	»	Jun.1883	»	Curación.
Id.....	»	Set. 1879	»	Id.
Id. y antoplastía.....	»	2 Feb. 75	22Feb.75	Id.
Id. id.....	»	5 Julio75	26Jul.75	Id.
Id. id.....	9 En. 79	9 En. 79	4 Feb. 79	Id.
Id. id.....	»	1878.....	»	Id.

2.º—OPERACIONES EN LOS PÁRPADOS

Echando una ojeada por el cuadro que precede, se ve desde luego que la proporción de operados de entropión entre hombres y mujeres es incomparablemente mayor en éstas que en aquéllos, puesto que de 17 operados, 15 pertenecen al sexo femenino y sólo dos al masculino. Esta diferencia debe reconocer por causa, no solamente la señalada para las vías lagrimales, sino también la mayor debilidad de la mujer que predispone á los procesos crónicos. Si meditamos, con efecto, en la génesis de la mayor parte de los entropión, encontramos su origen en las inflamaciones crónicas de la conjuntiva, ya de índole catarral, ya consecutivas á las granulaciones, no siendo infrecuente observar afectadas, al propio tiempo, las vías lagrimales, pudiendo ser esto en muchos casos causa de la cronicidad de la conjuntivitis. También puede ser causa de esta mayor frecuencia el género de vida y ocupaciones propias de cada sexo: la mujer, en la ocupación de barrer, se expone diariamente á la acción del polvo de las habitaciones, formado por detritus de sustancias orgánicas, en la de lavar al frío y humedad propias para contraer catarros, en la de planchar á los cambios bruscos de temperatura, en la de coser, bordar, etc., tiene que fijar la vista en objetos pequeños que la obligan á trabajar más, en la de preparar la comida á la acción del humo que es una de las más perjudiciales: en el hombre, y sobre todo las clases de jornaleros del campo ó artesanos, que son los que dan mayor contingente á nuestros hospitales, las ocupaciones son de fuerza y al aire libre, las cuales dan vigor al cuerpo para resistir todo género de dolencias y para que terminen en el período agudo, así es que cuando los ojos enferman, enferman tal vez más gravemente, pero no pasan sus padecimientos al estado crónico.

En las operaciones de ectropión, por el contrario, hay ocho casos, y todos pertenecen al sexo masculino. Se explica perfectamente que esta enfermedad sea más frecuente en el hombre si se tiene en cuenta que de los ocho operados seis debían su enfermedad á enfermedades carbuncuales de los párpados, y los otros dos á accidentes trahumáticos: unos y otros son más comunes en el hombre. El carbunco ó la pústula maligna es más frecuente en el hombre, porque maneja más que la mujer los animales domésticos, de los cuales se trasmite á la especie humana: el hombre, en efecto, por su ocupación de pastor, de

matarife ó carnicero, de tratante en pieles y otras análogas, se pone más veces en contacto con los productos de animales carbuncosos, como la piel, la lana, la sangre, etc., todos los cuales pueden llevar el esporo causante de la enfermedad.

Las demás operaciones comprendidas en el cuadro no son propiamente especiales, pues se reducen á extirpaciones de quistes y tumores que no se diferencian de las ordinarias, sino en que cuando recaen en los párpados exigen el uso de instrumentos más finos: solemos emplear en ellas el bisturí de Petit y las pinzas denticuladas de fijación del globo ocular.

ENTROPIÓN.—TRIQUIASIS

Presentamos reunidas estas dos enfermedades, porque muy á menudo se observan también en la práctica y pocas veces es viciosa la dirección de las pestañas fuera de las formas leves sin que esté también invertido el párpado hacia adentro. Además, los métodos y procedimientos empleados para combatir la primera se diferencian muy poco de los de la segunda.

En nuestra práctica hemos tenido ocasión de observar repetidas veces en consecuencia de conjuntivitis ó keratitis subagudas ó con tendencia á la cronicidad en niños escrofulosos, la contracción espasmódica del orbicular que se traduce por una fotofobia y lagrimeo considerables que les hace huir de la luz y ocultar los ojos con las manos: consideramos este estado como el primer grado del entropión espasmódico de los autores, pues no hay estrechez palpebral, ni acortamiento de la conjuntiva, ni cambio de curvatura en el cartílago tarso y muchas veces la inflamación está sostenida por este blefarospasmo, cuyo punto de partida fué la inflamación aguda y que después se ha sostenido tal vez por hábito morboso. Contra este primer grado del entropión espasmódico empleamos con éxito admirable desde hace ya muchos años un procedimiento que nos ocurrió en un niño que estábamos tratando, en el cual, habiendo cedido la inflamación, observamos por primera vez que persistía el espasmo y era cada día mayor. Todo práctico habrá tenido ocasión de observar en los niños afectados de queratitis aguda al efectuar reconocimientos con los apartadores de los párpados que la primera vez hay que emplear mucha

fuerza para vencer la resistencia que oponen, pero en los reconocimientos sucesivos la resistencia es menor hasta el punto de no necesitarse muchas veces de instrumentos para verificarlos. Reflexionando sobre este hecho y sobre lo que ocurre en los espasmos de otros esfínteres como el del ano y de la vagina, que se combaten eficazmente con la dilatación forzada de sus fibras, juzgué que obrando de igual modo sobre el orbicular de los párpados debía obtenerse resultado, y pasando de la teoría á la práctica en aquel niño que me tenía aburrido, aunque no tanto como á su padre, que cada ocho días hacía un viaje á Madrid á consultar con célebres especialistas cuyas prescripciones seguíamos al pie de la letra, procedí del modo siguiente: Introduje los apartadores plenos, cada uno debajo del párpado respectivo y enganchando éstos lo más cerca posible del borde ciliar, tiré con fuerza del uno hacia arriba y del otro en sentido contrario, maniobra que repetí tres ó cuatro veces haciendo recorrer á los apartadores diferentes puntos de los bordes palpebrales para efectuar desde ellos la tracción. De este modo, y sin otro tratamiento, aquel niño recobró en tres ó cuatro sesiones su estado normal. Desde entonces cuando veo un entropión en que no hay notables alteraciones de textura, sobre todo si no están deformados los tarsos, acostumbro á empezar el tratamiento por estas maniobras que me han prestado excelentes servicios. Bien pensado este procedimiento, que no hemos visto descrito en ningún autor, es muy racional, porque obrando como acabamos de indicar, no hacemos otra cosa que distender las fibras más internas del orbicular, que son las que están afectadas en el entropión muscular, ya por un acortamiento permanente, hijo de la infiltración inflamatoria, ya por el que produce la contracción espasmódica de índole refleja y sostenida tal vez por hábito morboso. De cualquier manera, distendidas estas fibras mecánicamente, se obra directamente sobre su contractilidad anormal, disminuyéndola y haciendo que sea igual en todas las porciones del músculo, con lo cual el equilibrio funcional no tarda en restablecerse. Así es que en el entropión espasmódico de fecha reciente y en que no haya alteraciones de textura, este recurso es como queda dicho excelente; pero si además se considera que estos entropión recientes de índole espasmódica á la larga pueden determinar alteraciones de textura, no sólo en los párpados sino también en la cornea, este procedimiento terapéutico puede también considerarse como el mejor preservativo de

esta clase de alteraciones y esto hará su indicación legítima en el curso de todas las afecciones oculares que produzcan contracciones espasmódicas del orbicular, á la manera que en el curso del tratamiento de ciertas fracturas solemos imprimir movimientos á las articulaciones próximas para preservarlas de la anequilosis, mirando con tanta solicitud el porvenir como el presente. No dejemos persistir las contracciones espasmódicas del orbicular y así tendremos muchos menos entropión que combatir.

Fuera de estos casos leves de entropión, en los demás que se nos han presentado, hemos empleado el procedimiento de Pagenstecher, solo ó combinado, con la aplicación de ligaduras en el borde ciliar, ó con la excisión de un colgajo oval de piel.—En los casos en que se trataba sólo de una estrechez palpebral producida por granulaciones (número 2 del cuadro) ó por una conjuntivitis, muy antigua (número 16), hemos obtenido la curación con la incisión de la comisura externa, procurando llevar la sección hasta las fibras del orbicular y festonear los labios de la herida cutánea mediante la sutura de la piel con la conjuntiva. El mismo procedimiento hemos seguido con resultado satisfactorio, aunque no tan completo, en los de entropión poco pronunciados, y en los graves en que había alteraciones en la cornea hemos agregado la aplicación de ligaduras y aun la excisión de un colgajo de piel oval en el párpado superior seguido de sutura, con el fin de producir cierto grado de ectropión cicatricial, que enderezando el párpado alejase del globo ocular las pestañas, habiendo bastado estos medios para conseguir la curación ó un alivio considerable en todos los casos, excepto en uno que remitimos á una Clínica oftalmológica de Madrid, de donde ha regresado en el mismo estado sin haberle practicado ninguna operación. En este último caso hay un blefarospasmos gravísimo y ha determinado el abarquillamiento del borde palpebral tales alteraciones de textura en la cornea, que no sabemos hasta qué punto podrá evitarse la ceguera completa á la joven de 16 años (núm. 14 del cuadro) que lo padece. Además de estos casos figura en el cuadro uno de entropión con triquiasis (núm. 17), en el que hicimos con un éxito completo la trasplatación del suelo ciliar por el procedimiento de Arlt.

ECTROPIÓN

La primera operación de esta clase que se nos presentó en la práctica nos obligó á discurrir un procedimiento que no hemos visto des-

crito en ningún autor de oftalmología. En Diciembre de 1877 fué publicado el caso en el Anfiteatro anatómico y á principios del año 1878 fué reproducido en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* acompañado de dos grabados, debidos á nuestro compañero el Director de este Manicomio provincial Sr. D. Fernando Sánchez y que sentimos no poder incluir aquí. Posteriormente hemos operado otros siete casos, y como nuestras ideas no han variado acerca del particular, juzgamos oportuno insertarlo nuevamente á continuación:

Bibiano Zazo, natural de Gálvez, de 32 años de edad, soltero, de temperamento sanguíneo y constitución fuerte ingresó en el Hospital provincial en 5 de Febrero de 1877 con una inversión completa del párpado superior derecho á consecuencia de una inflamación flegmonosa, tal vez carbuncosa, que padeció á principios de Enero del mismo año, la cual terminó por supuración y propagándose á la conjuntiva la hipertrofió considerablemente. Pasando después la dolencia al estado crónico se presentó como queda dicho con el párpado completamente invertido: hacia el ángulo externo presentaba la cicatriz de una incisión que le había sido practicada en el período agudo del mal: cerca del borde libre del párpado y paralela á él ofrecía una ulceración en forma de surco que comprendía todo el espesor de la piel: la conjuntiva estaba al descubierto y se veía bañada por una secreción muco-purulenta abundante que se acumulaba en gran cantidad en el ángulo interno del ojo y en el párpado inferior: después de limpiar esta secreción, aparecía de un color rojo vivo y con sus papilas muy abultadas y formando relieve en su superficie. La visión era imposible porque el párpado superior invertido ocultaba no sólo el globo ocular sino también el borde libre del párpado inferior.

Se le prescribieron toques con un pincel empapado en una disolución de nitrato argentino, con cuyo tratamiento se cicatrizó la ulceración en forma de surco y disminuyó bastante la secreción muco-purulenta, consiguiéndose que al abrir el ojo el párpado se elevase en términos de hacerse posible la visión mirando hacia abajo. En esta situación pidió el alta el 7 de Marzo, prometiendo volver, como lo efectuó en el mismo estado, el 17 de Abril. Sometiéndole al mismo plan y en vista de su ineficacia, se decidió la operación el 14 de Mayo.

Bien considerado el estado del paciente, encontrábamos por un lado acortamiento de la piel del párpado, que, comparada con la del ojo sano, había disminuido en un tercio de su altura; por otro lado hiper-

trofia de la conjuntiva que había aumentado algo más de lo que la piel había disminuido. A estas dos causas era debida la inversión. Comprimiendo hacia abajo y otras el borde libre del párpado, la mucosa excedente, tendía á reducirse, apareciendo el globo ocular sano aunque algo inyectado. Por consiguiente, era probable que extirpando la mucosa excedente, el globo ocular quedase al descublerto y la visión se restableciese: faltando piel y sobrando mucosa, lo indicado era eliminar lo sobrante de ésta, hasta igualarla con aquélla, ó hasta que quedasen ambas membranas en las debidas proporciones.

Con este pensamiento terapéutico procedióse á la operación en los términos siguientes: 1.º Practicáronse dos incisiones sobre la mucosa, una paralela al cartílago tarso deformado y que por esta razón siguió una dirección horinzontal; otra semilunar en la parte más baja de la conjuntiva invertida, las cuales comprendieron todo el espesor de ésta: 2.º Cogiendo con unas pinzas denticuladas finas el labio inferior de la primera incisión, se disecó de arriba abajo la conjuntiva comprendida entre las dos incisiones hasta extirparla completamente: la porción de mucosa eliminada extendida sobre un papel tenía la forma de una media elipse y sus dimensiones eran tres centímetros de largo por uno y medio de ancho en su porción más ancha: 3.º Después de esto, quedaba una gran pérdida de sustancia en la cara interna del párpado que era necesario restaurar por dos razones: 1.ª, porque la cicatriz habría de ocupar una grande extensión que no podía menos de dañar al globo ocular: 2.ª, porque era preciso procurar que bajase algo el borde libre del párpado cuyas pestañas quedaban después de la extirpación colocadas verticalmente y paralelas á la piel de manera que no servirían para proteger el globo ocular. Para conseguirlo se pusieron cuatro ó cinco puntos de sutura que uniesen el labio superior de la primera incisión con el inferior de la segunda. De este modo quedó una herida lineal y las pestañas en dirección horizontal. A fin de que los hilos de los puntos de sutura no rasgasen los tejidos antes de efectuarse la reunión de los bordes de la herida lineal, se procuró que la punta de la aguja penetrase á bastante distancia de los bordes y profundamente para comprender, no sólo la mucosa, sino también la capa fibrosa y muscular. En el borde superior comprendió además el cartílago tarso.

Después de la operación se cerraron los párpados con tiras de tafetán gomado y se colocó un vendaje moderadamente compresivo fo-

mentado con agua y árnica, prescribiendo al enfermo la mayor quietud, dieta absoluta y bebidas atemperantes.

Al cuarto día se levantó el apósito, no había sobrevenido inflamación y se había realizado la reunión de los bordes de la herida por primera intención. Se dejaron no obstante los puntos de sutura hasta el sexto día para asegurar bien la adhesión. El 12 de Junio del 77 tomó el alta curado y en estado muy satisfactorio.

Expuesto sumariamente el caso, vamos á hacer sobre él breves consideraciones.

Pocas operaciones quirúrgicas habrá que cuenten mayor número de métodos y procedimientos que la del ectropión, y obsérvese que siempre que esto ocurre en una operación es porque ninguno hay que sea aplicable á cada caso particular. De esto dependen las mayores dificultades del arte quirúrgico que, como todo arte, deja mucho, la mayor parte, á la inspiración del operador.

En los procedimientos operatorios del ectropión se interesa en unos la piel, en otros la mucosa y en otros ambas membranas.

El empleado en el caso actual corresponde á la segunda clase, puesto que ha consistido en la extirpación de mucosa hipertrofiada ¿Pero es esto sólo lo que ha dado un éxito tan satisfactorio? No ciertamente; ha contribuido á ello en nuestro concepto, tanto como la extirpación de la mucosa, la reunión de los labios de la herida por medio de puntos de sutura.

No sabemos si alguien antes que nosotros habrá introducido en los procedimientos del ectropión una modificación análoga, ni si la que nos ocupa será considerada por los inteligentes bastante importante para constituir un procedimiento nuevo. Como en ninguna parte la hemos aprendido y en circunstancias análogas puede ser útil, nos decidimos á publicarla contando de antemano con la indulgencia del público médico.»

Como puede verse en el cuadro, todos los ectropión que hemos tenido ocasión de tratar han sido del párpado superior, sin que se nos haya presentado ninguno del inferior. Sin embargo, según todos los autores éste es más frecuente que aquél, fuera de los casos en que la causa es la retracción cicatricial de la piel, á los cuales pertenecen precisamente los nuestros, pues de ocho casos seis han sobrevenido á consecuencia de pústulas malignas, que han radicado en el párpado superior ó en sus inmediaciones y que han exigido para su trata-

miento enérgicas cauterizaciones é incisiones y los dos restantes de heridas contusas en los mismos puntos. De los ocho casos, en siete el ectropión ha sido total, estando completamente invertido el párpado superior hasta el punto de ocultar el globo ocular y aun el párpado inferior como el caso que dejamos historiado y sin inclinarse notablemente más hacia uno que otro ángulo del ojo.

En estos siete casos el trahumatismo había determinado un acortamiento de la piel y una hipertrofia de la mucosa, ya por su exposición al aire, ya por participar de la inflamación en el período agudo. En el otro caso el trahumatismo había obrado más hacia el ángulo externo, y aunque la inversión del párpado superior era muy pronunciada, no era completa y venía acompañada de un ligero ectropión en el párpado inferior. Este enfermo núm. 18 y 24 del cuadro sufrió dos operaciones: en la primera, verificada en Setiembre de 1880, se le hizo la excisión y la sutura tan sólo en el párpado superior, obteniendo por de pronto un alivio considerable; pero habiéndose vuelto á presentar en Mayo de 1886; en el tiempo transcurrido se había aumentado el del párpado inferior y también el del superior hacia el ángulo externo del ojo, lo cual nos obligó á emprender una nueva operación que consistió en la excisión de la conjuntiva seguida de la sutura: después de esto incidimos la comisura externa quitando como medio centímetro del borde libre de cada párpado y después reunimos la incisión por medio de puntos de sutura con el objeto de estrechar la hendidura palpebral. El resultado, trantándose de un ectropión doble y complicado, no fué tan bueno como en los anteriores, pero se consiguió el objetivo de la operación de una manera bastante satisfactoria, pues la deformidad se corrigió bastante y después de cicatrizada la herida sólo había una ligera inversión.

Tumores de los párpados

QUISTES

Dos tumores de esta clase hemos operado y ambos estaban situados en el párpado superior. Del primero ya hemos hecho referencia al tratar de la extirpación de la glándula lagrimal, y merece historiar-se á grandes rasgos aunque no sea más que para demostrar una vez

los peligros que ocasionan las operaciones pequeñas y al parecer insignificantes que se emprenden á veces por pura complacencia.

La joven núm. 27 del cuadro padecía un tumor del tamaño como un huevo de tórtola, situado en la parte media y superior del párpado superior izquierdo, insinuándose un poco entre el reborde orbitario y el globo ocular: era indolente y no le molestaba para nada, produciéndole únicamente algo de deformidad por su volumen; estaba bien circunscrito, lo tenía desde pequeña y había ido creciendo lentamente hasta adquirir el tamaño indicado: á la palpación, aunque situado debajo del reborde orbitario, parecía superficial por efecto de encontrarse la piel y capa muscular adelgazadas. En vista de estos caracteres, diagnosticamos quiste sebáceo subcutáneo y no tuvimos inconveniente en acceder á su extirpación.

Fué practicada ésta en Mayo del 82 sin anestesia, por oponerse á ella la enferma, pero con todas las precauciones antisépticas y con instrumental adecuado: hecha una incisión transversal en la piel, siguiendo la dirección del diámetro mayor del tumor, apareció la capa muscular é incindida igualmente se vió la cubierta del quiste que fué disecada cuidadosamente hasta completar la enucleación, saliendo íntegro y resultando implantado por su cura profunda en el tejido celular orbitario. Su contenido era un mechón de pelos y materia sebácea. La hemorragia fué pequeña y lavada la herida con una disolución fenicada débil, se dieron puntos de sutura y se colocó un apósito antiséptico moderadamente compresivo. Levantado al cuarto día, se encontró reunida la herida por primera intención, pero había sobrevenido una hinchazón muy graduada en ambos párpados que impedía abrir el ojo, acompañada de dolores compresivos, color violado y una dureza considerable, con cuyos síntomas consideramos que había sobrevenido un flemón periorbitario. Para combatirle empleamos dos aplicaciones de sanguijuelas, purgantes, diaforéticos (la pilocarpina en inyecciones hipodérmicas) y dos incisiones profundas, una en cada párpado, logrando con estos medios que cediese la tensión y dureza de los tejidos y fuese posible examinar el estado del globo ocular; separados, pues, los párpados, también éste se hallaba afectado, pues había un kemosis seroso tan pronunciado que casi ocultaba la cornea. Escindida la conjuntiva pericorneal en los puntos más prominentes con las tijeras finas y favoreciendo la hemorragia con lociones calientes, cedió la inyección vascular; mas presentándose después una ulce-

ración en la cornea por donde amenazaba salirse el iris, se le hicieron hasta tres paracentesis de la cámara anterior, después de lo cual vino la declinación del proceso inflamatorio, lográndose al fin la resolución del flemón periorbitario, después de tres ó cuatro meses de tratamiento. En el párpado superior quedaron dos cicatrices lineales, una de la extirpación y otra más abajo de la incisión que se practicara: en el inferior quedó igualmente otra cicatriz lineal: la hendidura palpebral comparada con la del ojo sano resultaba estar estrechada: el párpado superior algo caído: en la cornea una cicatriz blanquecina que comprendía el segmento inferior; el iris con adherencias hacia la parte inferior. Por manera que en vez de librarse la paciente de una deformidad pequeña le quedó una deformidad mayor (caída del párpado, cicatrices y estrechez de la hendidura palpebral) y perdió la mayor parte de la visión. Y fué fortuna grande que no quedase un doble ectropión, como hubiera sucedido si no hubiéramos cuidado de dirigir la cicatrización de las heridas mediante la aplicación de un vendaje compresivo; y fué fortuna grande también que le quedase campo suficiente en la parte superior de la cornea para la formación de una pupila artificial. Así, en medio de tanto desastre como sobrevino, pudimos decir al fin: «todo se ha perdido menos el honor de la bandera,» á la manera de aquellos capitanes, que después de sufrir una gran derrota en emboscada preparada por el enemigo, logran ordenar su ejército y batiéndose sin momento de reposo consiguen llevarlo á puerto de salvación, aunque con sensibles pérdidas; del propio modo yo quedé muy satisfecho con haber salvado el ojo y la posibilidad de la visión, aunque lo que trabajé y sufrí en aquellos tres meses, Dios sólo lo sabe. ¡Que sirva de lección á los inexpertos!

La extirpación del otro quiste sebáceo, aunque recayó en un niño de siete años, siendo subcutáneo, no ofreció nada de particular.

TUMOR FIBROSO

Figura en el cuadro un tumor fibroso del volumen de una avellana situado en el párpado inferior y que fué extirpado con suma facilidad haciendo una incisión en la conjuntiva, pues las adherencias eran muy endebles, no sobrevino inflamación y la enferma se curó sin la más ligera deformidad.

EPITELIOMAS

Por último hay también cuatro casos de epiteloma del borde palpebral, situados en el ángulo externo del párpado inferior, excepto uno que era doble y ocupaba además el ángulo externo del superior. En todos la extirpación comprendió más de la tercera parte del párpado y fué seguida de autoplastia por deslizamiento de un colgajo triangular sacado de los tejidos inmediatos. El resultado fué muy satisfactorio y notable en el doble (núm. 32.)

CRÓNICA

Noticia de las obras del Doctor Francisco Díaz, célebre Médico español del siglo XVI.—Así titula el conocido especialista de vías urinarias Dr. D. Enrique Suender, un opúsculo de 72 páginas, correctamente escrito, en el que se propone «dar á conocer obras casi olvidadas del famoso Médico español, reivindicando para su autor la invención de la uretrotonía interna y festejando á la vez modestamente el tercer centenario de la impresión del más importante de sus libros.»—Objeto es este nobilísimo porque revela en quien se lo propone, no sólo amor á la especialidad que cultiva, sino también á la patria, cuyas glorias enaltece; y ya que por falta de espacio no nos sea posible ocuparnos de este notable trabajo con la extensión que merece, vamos á dar siquiera una ligera idea de él.

Principia el Dr. Suender dando escasas noticias biográficas del Dr. Díaz, que á pesar de haber sido en su tiempo un Médico famoso, como lo acredita el hecho de ocupar lugar preeminente en la Corte, y tal que el Rey Felipe II le nombrara su Médico y los poetas más célebres Lope de Vega y Cervantes le dedicaran sonetos, no deja en pos de sí más noticias de su vida que las pocas que suministran sus mismas obras; fenomeno raro y extraño por demás, que puede acreditar en nuestro concepto modestia suma, compañera inseparable del hombre de verdadero mérito.

Sus obras, según el Dr. Suender, fueron un Tratado de Cirugía ajustado á las doctrinas y prácticas quirúrgicas de aquellos tiempos, un Tratado de Anatomía que no llegó á publicarse y sobre todo un Tratado completo de enfermedades del aparato urinario, el primero que se publicó en Europa.

Del Tratado de Cirugía merecen reproducirse los siguientes párrafos que inserta el Sr. Suender acerca de las cualidades del Cirujano y de la manera de tratar á los enfermos:

«El Cirujano, ante todas cosas, ha de ser siervo y temeroso de Dios y encomendar los negocios que en las manos tomase á Nuestro

Señor; ha de ser mancebo, por lo cual entiendo no viejo, polido, limpio, de clara vista, de buenas costumbres, prudente, experimentado, diestro de entrambas manos, apacible, no dejarse vencer de las voces del enfermo, no interesable, de buenas letras, estudioso, tener buenos principios de filosofía y de medicina; no ha de ser confiado ni porfiado y ha de ser gran anatómico.»

«Tiene de haberse mansamente, visitar con cuidado, alegre, pronosticar con cordura, declarar el peligro á los parientes y amigos, no exagerar las cosas más de lo que son, curar al pobre de balde y dalle de lo que le falta.»

De la gran obra de enfermedades de las vías urinarias, se reproduce por fototipia, en el trabajo que estamos examinando, la portada y la página 352 con un grabado en madera que representa el instrumento cisorio de la invención de Díaz para curar las carnosidades de la vía de la verga (estrecheces uretrales) y tan bien hecha está la reproducción, que al mirarla parece estar viendo una obra antigua del siglo XVI.

Este tratado lo dividió en tres partes; 1.^a enfermedades de los riñones; 2.^a enfermedades de la vejiga, y 3.^a carnosidades de la verga. Una simple ojeada por el índice de las materias de cada una de ellas que inserta el Dr. Suender, basta para formar juicio del buen método que siguió el autor en la redacción de esta obra, puesto que principia por la Anatomía y disección de los riñones, vejiga y uretra, expone las causas y la génesis de sus enfermedades, los síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, así profiláctico como curativo; y en cuanto á las materias tratadas se ocupa con la extensión que merece su importancia de la litiasis renal y vexical, sin olvidarse de los procesos inflamatorios de estos órganos, y en cuanto á la uretra le ocupan especialmente las estrecheces uretrales, muy frecuentes en aquellos tiempos.

Quisiéramos seguir al Dr. Suender en el detenido análisis de las tres partes de la obra, á las cuales consagra otros tantos capítulos, reproduciendo párrafos que pueden considerarse como modelos, así de cordura y buen juicio como de la más fina observación, en la cual muy pocos le habrán aventajado en los siglos posteriores incluso el actual.

Diremos, sin embargo, que en la primera parte señaló las causas de la litiasis renal, con un criterio tan acertado, que poco es lo que puede agregarse en este punto actualmente y no menos acertado anduvo al formular las bases de la terapéutica preservativa, que según él, debe ser la sobriedad en la alimentación y «la templanza en todas las cosas» «porque todo lo demasiado daña». En cuanto á la terapéutica curativa presintió, adelantándose á los progresos de la Química, la influencia de los carbonatos alcalinos en la diatesis úrica, puesto que recomendó polvos de cáscara de huevo y no desconoció

la influencia de las aguas minerales de la misma clase, diciendo de las sulfurosas «que para esta enfermedad no las alaba»; también recomendó la dieta láctea, dando la leche tibia y recién ordeñada, exactamente como en los libros modernos. En la segunda parte explica perfectamente la formación de los cálculos vesicales y hace una descripción acabada de su sintomeatología y diagnóstico. Enumera los peligros de la talla, citando el de la sección de los vasos seminales y la impotencia consecutiva; y describe minuciosamente los dos métodos para dicha operación, á la castellana (método de Celso) y á la italiana (talla lateralizada), precisando las indicaciones de cada uno. Se ocupó de la retención de orina, de sus peligros y de la manera más adecuada de conjurarlos y en las afecciones crónicas de la vejiga usó el lavado de este órgano, valiéndose de una sonda y jeringa de su invención.

Por último, en la tercera parte, la más interesante del libro por ser la más original y constituir la mejor monografía publicada hasta entonces acerca de la materia, el Dr. Suender prueba con datos positivos, no sólo directos y tomados de su obra, sino con el testimonio de autores extranjeros contemporáneos de Díaz, que él fué el autor de la uretrotomía interna, operación que ideó y realizó con su instrumento cisorio.

Estudio clínico de los tumores de la vejiga por D. Alejandro Settier, Director de la *Revista de enfermedades de las vías urinarias*—Un folleto de 39 páginas, de venta, al precio de 1,50 pesetas, en la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Caballero de Gracia, 9.— Es un trabajo interesante, en el que se ponen de manifiesto las dificultades que en la clínica se ofrecen para formar el diagnóstico de esta clase de tumores y los diferentes recursos que han imaginado los especialistas modernos para vencerlas, como son la eudoscopia, el ojal perineal, el análisis microscópico y químico. No hay duda que por los datos que suministran estos medios de exploración puede llegarse algunas veces á un juicio tan exacto como se necesita para todas las resoluciones terapéuticas graves. Entre éstas la talla hipogástrica ha abierto nuevos horizontes á juzgar por algunos resultados favorables obtenidos por hábiles operadores, siendo de esperar que se ensanchen con la nueva vía que trazan los recientes ensayos experimentales de extirpación parcial y total de la vejiga.

Muchas gracias.—Nuestros colegas de Madrid *Los avisos sanitarios*, *Los Archivos de Medicina y Cirugía de los niños*, *El Dictamen* y la *Revista especial de oftalmología, dermatología y sifiliografía*, nos han hecho el honor de reproducir algunos de nuestros trabajos de los números anteriores, entre ellos el de la transfusión de la sangre, anestesia local por la cocaina y sinemáprica. Reciban por ello las más expresivas gracias, quedando además obligados á la recíproca.



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

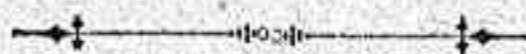
La clínica es la gran piedra de toque en las aguas minerales, y ésta cuenta **36 años de uso general y con grandes resultados** para las enfermedades que expresa la etiqueta.

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 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. 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 casco
en toda España

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

MANUAL DE LAS INYECCIONES SUBCUTÁNEAS

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

TRADUCIDO DE LA 2.^a EDICIÓN FRANCESA

POR FÉLIX FERNÁNDEZ LÓPEZ

Farmacéutico, Administrador de la REVISTA MÉDICA DE SEVILLA

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

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

SE ADMITE TODA CLASE DE ANUNCIOS