

EL BISTURÍ

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA

POR

el Doctor D. Pedro Gallardo

CIRUJANO POR OPOSICIÓN DEL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

*Premiado por la Universidad Central con los grados
de Bachiller, Licenciado y Doctor*

*Declarado con aptitud para el Profesorado en las oposiciones
á las cátedras de Obstetricia de Granada y Terapéutica de Zaragoza
Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina
de Madrid, etc. etc.*



SUMARIO

Operaciones del aparato de la visión (continuación).—Extracción de cuerpos extraños de la cámara anterior.—Cuadro general de los operados de cataratas.—Consideraciones acerca de esta operación en relación con los operados.—Clasificación de los operados por la edad: cataratas congénita y juvenil.—Consistencia: cataratas lechosa (de Morgagni) y bursata; cataratas corticales: cataratas duras.—Proporción entre el ojo izquierdo y el derecho.—Métodos seguidos.—Clasificación de los operados por ojos, métodos, procedimientos y terminación.—Resumen general bajo este punto de vista.—Circunstancias que influyen en el éxito: edad: enfermedades anteriores y actuales del ojo: movimientos del ojo: anestesia: antisepsia: elección de método y procedimiento: accidentes durante y después de la operación y manera de combatirlos.—Sección de actualidad.—Enfermedades palúdicas (continuación) por Tomás Echevarría.—Crónica.—Don Pedro Alcántara Lleget.—Anuncios.

TOLEDO:

Imprenta, librería y encuadernación de Menor Hermanos
Comercio, 57 y Sillería, 15



ANUNCIOS

ACREDITADOS ESPECIFICOS DEL DR. MORALES 22 AÑOS DE ÉXITOS

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

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

PÍLDORAS LOURDES. El mejor purgante anti-bilioso y depurativo, de acción fácil, segura y sin irritar, aunque se usen por mucho tiempo. Se toman para conservar la salud; á una peseta caja. Van por correo.

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

Panacea anti-sifilítica, anti-venérea y anti-herpética, á 7,50 pesetas botella.—Inyección Morales, infalible, á 5 pesetas frasco.

Principales boticas y droguerías. En Toledo, Farmacia de D. José María de los Santos.—Depósito: Carretas, 39. Madrid, Dr. Morales, especialista en sífilis, venéreo, esterilidad é impotencia.

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

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

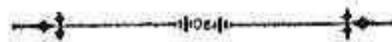
La clínica es la gran piedra de toque en las aguas minerales, y ésta cuenta **36 años de uso general y con grandes resultados** para las enfermedades que expresa la etiqueta.

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.

EL BISTURI

REVISTA MENSUAL DE CIRUGÍA PRÁCTICA



Operación del aparato de la visión

(Continuación)



EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS DE LA CÁMARA ANTERIOR

Un solo caso figura en nuestra estadística de operaciones de esta clase y es el que vamos á reseñar brevemente á continuación: Jorge Azaña, natural de San Pablo, de 20 años de edad, soltero, al hacer un disparo con una escopeta de las de pistón, saltó un pedazo de éste al ojo derecho, y perforando la cornea por su lado interno, penetró en la cámara anterior, clavándose en la parte inferior é interna del iris, en donde pudo reconocérsele á los dos días del accidente en que tuvo lugar su ingreso en el hospital.

No habiendo sobrevenido apenas inflamación en el ojo, sin perder momento, creímos deber proceder á la extracción, que fué efectuada en el mismo día de su ingreso (2 de Agosto de 1876) de la manera siguiente: con el cuchillo estrecho de Graeffe hicimos una pequeña sección en la parte inferior de la cornea como para la operación de la catarata por el procedimiento de extracción lineal combinada del mismo autor é introduciendo una pinza de pupila artificial, sin la menor vacilación cogimos el cuerpo extraño que arrastró consigo una porción del borde libre del iris, la cual fué escindida con la tijera acodada.

Hecha la limpieza del ojo, se colocó un apósito de catarata, que se levantó á las 48 horas y después fué renovado en los días sucesivos; y sin inflamación ni accidente alguno, en 19 días cicatrizaron las heridas de la cornea, no quedando sino una pequeña opacidad en la de entrada del cuerpo extraño. El 21 de Agosto del 76 tomó el alta, curado y con la visión en buen estado.

Operaciones
(Continuación)
Cataratas

| NOMBRES. | Naturaleza. | Edad. | Estado. | DIAGNÓSTICO. |
|----------------------------|---|-------|---------|--|
| 1 Trinidad Medina | Toledo | 50 | C. | Catarata ojo derecho |
| 2 Quintín Márquez | Id. | 62 | C. | Id. id. izquierdo |
| 3 Pedro Martín | Id. | 65 | C. | Id. id. |
| 4 Caya Alonso | Ventas P. ^a -Aguil. ^a | 60 | C. | Id. derecho |
| 5 Lorenza Villa | Puente del Arzob. ^o | 57 | V. | Id. id. |
| 6 Leona Pérez | Ajofrín | 58 | V. | Id. id. |
| 7 Vicente Gallego | Huecas | 50 | C. | Id. izquierdo |
| 8 María López | Lagunilla (Salam. ^a) | 55 | V. | Cat. ^a trahumática calcárea ojo izq. ^o |
| 9 Hilario Avellanal | Gálvez | 54 | C. | Id. derecho |
| 10 Calisto Rodríguez | Id. | 60 | V. | Id. izquierdo |
| 11 Matea Martín | Id. | 50 | V. | Catarata ojo derecho |
| 12 Catalina Sánchez | Ollas | 66 | C. | Id. id. |
| 13 Petra Sanchez | Aldea. ^a del Campo | 60 | C. | Id. izquierdo |
| 14 José Martín | Lagunilla | 50 | S. | Id. derecho |
| 15 Un muchacho | Sotoserrano | 12 | > | Catarata ojo izquierdo |
| 16 Melchora Pascual | Bargas | 54 | C. | Id. id. |
| 17 Rufino Bravo | Toledo | 55 | C. | Id. derecho |
| 18 Narciso González | Torrijos | 76 | C. | Catarata ojo izquierdo |
| 19 Martín Hernández | Ollas | 60 | C. | Id. derecho |
| 20 Eugenia Muro | Consuegra | 40 | C. | Id. izquierdo |
| 21 Petra Sánchez | Id. | 69 | V. | Id. derecho |
| 22 Quintín del Cerro | Toledo | 62 | > | Id. id. |
| 23 Francisca Jiménez | Id. | 60 | > | Id. izquierdo |
| 24 Victoria Sánchez | Sonseca | 46 | C. | Id. id. |
| 25 Teodora de la Puente | Noez | 70 | V. | Id. derecho |
| 26 Lesmes Gamero | Gálvez | 60 | C. | Id. id. |
| 27 Eustasio Navarro | Guadamur | 68 | C. | Id. izquierdo |
| 28 Leona Pérez | Ajofrín | 59 | V. | Catarata ojo derecho operada el año anterior |
| 29 Leona Pantoja | Bargas | 61 | C. | Catarata ojo derecho |
| 30 Leocadio Cerro | Miguelturra (Ciudad Real) | 42 | C. | Id. izquierdo |
| 31 Id. id. | Id. | Id. | Id. | Id. derecho |
| 32 María Verdugo | Bargas | 64 | V. | Id. izquierdo |
| 33 Manuel Villaluenga | Id. | 65 | V. | Id. id. |
| 34 Angel Morón | Marjaliza | 65 | C. | Id. derecho |
| 35 Sebastián Pérez | Bargas | 61 | C. | Id. id. |
| 36 Hipólito Martín Delgado | Orgaz | 67 | C. | Id. id. |
| 37 Manuel del Cerro | Navahermosa | 42 | S. | Catarata ojo izquierdo |
| 38 Gil Díaz Velarde | San Pedro | 76 | V. | Catarata ojo derecho |
| 39 Pedro Sánchez Gómez | Mesa Ibor (Cáceres) | 52 | P. | Id. izquierdo |
| 40 Angel Esteban | Lugo | 49 | S. | Id. izquierdo |

especiales
(Continuación)
Cataratas

| Operación.—Método.—Procedimiento. | Fecha del ingreso | Fecha de la operación. | Fecha del alta. | Terminación. |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------|-----------------|---|
| Extracción lineal simple | » | 8 Nov. 73 | 10 Dic. 73 | Visión buena. |
| Extracción á colgajo inferior | » | 18 Set. 73 | 26 Oct. 73 | Id. id. |
| Id. id. | » | 26 Set. 73 | 9 Nov. 73 | Flemón ocular. |
| Id. colgajo superior | » | 23 Set. 73 | 30 Nov. 73 | Visión mediana. |
| Extracción lineal simple | » | 25 Set. 73 | 3 Nov. 73 | Id. buena. |
| Id. colgajo superior | » | 24 Set. 73 | 7 Nov. 73 | Id. nula por no efectuarse la extracción. |
| Id. inferior | » | 6 Oct. 73 | 22 Oct. 73 | Id. buena. |
| Id. id. | » | Set. 73 | » | Id. nula falta percepción |
| Extracción lineal simple | » | 13 Oct. 73 | 13 Nov. 73 | Visión mediana. |
| Extracción á colgajo inferior | » | 16 Oct. 73 | 8 Nov. 73 | Id. buena. |
| Id. lineal simple | » | Set. 73 | » | Id. id. |
| Extracción lineal simple | » | 22 Dic. 73 | 30 En. 74 | Visión buena. |
| Extracción á colgajo inferior | » | Set. 73 | » | Id. id. |
| Id. lineal simple | » | Set. 73 | » | Visión buena. |
| Id. colgajo inferior | » | Set. 73 | » | Id. id. |
| Id. id. | » | 21 Ab. 74 | 16 May. 74 | Visión buena. |
| Extracción lineal combinada | » | 10 Ab. 74 | 4 Jun. 74 | Id. id. |
| Extracción á colgajo inferior | » | 25 May. 74 | 30 Jun. 74 | Id. id. |
| Id. id. superior | » | 14 May. 74 | 31 May. 74 | Id. id. |
| Id. inferior | » | 26 May. 74 | 17 Jun. 74 | Id. id. |
| Id. id. | » | 9 May. 74 | 14 Jun. 74 | Id. id. |
| Id. id. combinada | » | Junio 74 | Julio 74 | Id. id. |
| Id. id. id. | » | Junio 74 | Julio 74 | Id. id. |
| Id. colgajo inferior | » | 7 Set. 74 | 23 Set. 74 | Id. id. |
| Extracción lineal simple | » | 10 Oct. 74 | 27 Oct. 74 | Id. id. |
| Id. id. id. | » | 7 Set. 74 | 24 Nov. 74 | Id. id. |
| Extracción á colgajo inferior | » | 10 Oct. 74 | 5 Dic. 74 | Flemón ocular. |
| Depresión | » | Nov. 74 | 22 Dic. 74 | Visión mediana. |
| Extracción lineal combinada | » | 4 Dic. 74 | 20 Dic. 74 | Id. buena. |
| Extracción á colgajo inferior | » | 14 Oct. 74 | 10 Nov. 74 | Id. id. |
| Id. id. | » | 17 Nov. 74 | 2 En. 75 | Id. id. |
| Id. id. | » | 27 Ab. 75 | 7 Jun. 75 | Id. id. |
| Id. id. | » | 10 May. 75 | 13 Jun. 75 | Id. id. |
| Extracción lineal combinada | » | 12 May. 75 | 13 Jun. 75 | Id. id. |
| Id. id. | » | 27 Ab. 75 | 15 May. 75 | Id. id. |
| Id. id. | » | 10 Set. 75 | 24 Set. 75 | Id. id. |
| Extracción á colgajo inferior | » | 3 Set. 75 | 25 Set. 75 | Id. id. |
| Extracción lineal combinada | » | 3 Set. 75 | 5 Dic. 75 | Atrexia pupilar. |
| Extracción á colgajo inferior | » | Mayo 76 | Junio 76 | Visión buena. |
| Extracción á colgajo inferior | » | 24 Ab. 76 | 3 Jun. 76 | Visión buena. |

| NOMBRES | Naturaleza. | Edad. | Estado. | DIAGNÓSTICO. |
|-----------------------------|--|-------|---------|---|
| 41 Manuel Villaluenga... | Bargas..... | 66 | V. | Id. derecho..... |
| 42 Calisto Cosadre..... | Novés..... | 50 | C. | Luxación y opacidad del cristalino derecho..... |
| 43 Mariano Pérez..... | Burguillos..... | 51 | C. | Catarata ojo izquierdo..... |
| 44 Julián Gómez..... | San Pablo..... | 65 | C. | Id. id..... |
| 45 María de la Montaña.. | Cáceres..... | 29 | C. | Catarata ojo derecho..... |
| 46 Sinfioriana de la Cruz.. | PueblaMontalbán | 63 | V. | Catarata ojo izquierdo..... |
| 47 Antonio García..... | Urda..... | 70 | C. | Id. id..... |
| 48 Mariano García..... | San Pablo..... | 67 | V. | Id. derecho..... |
| 49 Simón Magán..... | Bargas..... | 53 | C. | Id. derecho..... |
| 50 Melchora Montón..... | Mocejón..... | 64 | V. | Id. izquierdo..... |
| 51 María Juana Miquel.... | Toledo..... | 74 | S. | Catarata lechosa nucleoambarino.. |
| 52 Plácido López Bajo.... | ValdeS.ºDomingo | 66 | C. | Catarata ojo derecho..... |
| 53 Julian López..... | Id..... | 65 | V. | Id. id..... |
| 54 Lucio Hidalgo..... | Bargas..... | 63 | V. | Id. izquierdo..... |
| 55 María Fernández..... | Id..... | 66 | V. | Id. derecho..... |
| 56 Teresa Peinado..... | Guadamur..... | 54 | C. | Id. id..... |
| 57 Baltasara Lara..... | ValdeS.ºDomingo | 50 | C. | Catarata ojo derecho..... |
| 58 Prudencio Schez Ibáñez. | Bargas..... | 65 | C. | Id. id..... |
| 59 Antonio López..... | Gálvez..... | 70 | V. | Catarata glauomatosa ojo izquierdo.. |
| 60 Francisco López..... | Caudilla..... | 58 | C. | Catarata ojo izquierdo..... |
| 61 Petra Chino..... | Valverde de la Ve- ra (Cáceres).... | 47 | C. | Id. id..... |
| 62 Hipólita Carrasco..... | Noez..... | 52 | C. | Id. id..... |
| 63 Manuel Pérez..... | Mocejón..... | 67 | V. | Id. id..... |
| 64 Matías Rodríguez..... | Villarejo Mont.... | 40 | C. | Id. derecho..... |
| 65 Alejandra Pantoja..... | Bargas..... | 63 | C. | Id izquierdo..... |
| 66 Quintín del Cerro..... | Navahermosa.... | 60 | C. | Id. id..... |
| 67 Josefa Iglesias..... | Zamora..... | 48 | C. | Id. id..... |
| 68 Félix Pérez..... | Hontanar..... | 70 | V. | Id. id..... |
| 69 Manuel Cuesta..... | Carpio..... | 69 | V. | Id. id..... |
| 70 Juana Carrasco..... | Manzanaque..... | 53 | C. | Id. id..... |
| 71 Mariano Pérez..... | Burguillos..... | 56 | C. | Id. derecho..... |
| 72 } José García..... | Talavera..... | 66 | V. | Cataratas ambos ojos..... |
| 73 } | | | | |
| 74 Inocente Gómez..... | San Pablo..... | 62 | V. | Cataratas derecho.. |
| 75 Lorenzo Cogolludo.... | Gálvez..... | 65 | V. | Id. izquierdo..... |
| 76 Anacleto González.... | Menasalbas..... | 65 | V. | Id. id..... |
| 77 } Ruperto de la Cruz.... | Toledo..... | 66 | V. | Cataratas ambos ojos..... |
| 78 } | | | | |
| 79 Teresa Pinedo..... | Id..... | 59 | C. | Catarata ojo izquierdo..... |
| 80 Anacleto Gómez..... | Manzanaque..... | 60 | C. | Id. derecho..... |
| 81 Simón Magán..... | Bargas..... | 57 | C. | Id. izquierdo..... |
| 82 Juan Díaz Navarro.... | Novés..... | 54 | C. | Id. derecho..... |
| 83 Eulogio Vázquez..... | Gálvez..... | 66 | C. | Id. derecho..... |
| 84 Félix Fernández..... | Carranque..... | 71 | V. | Id. izquierdo..... |
| 85 Deogracias López..... | Polán..... | 65 | C. | Id. id..... |

| Operación.—Método.—Procedimiento. | Fecha del ingreso | Fecha de la operación. | Fecha del alta. | Terminación. |
|--|-------------------|------------------------|-----------------|---|
| Extracción lineal combinada..... | » | 26May76 | 29Jun.76 | Id. escasa. |
| Id. id. id..... | » | 11May76 | 3 Jun. 76 | Flemón ocular. |
| Extracción á colgajo inferior..... | » | 24May76 | 16Jun.76 | Visión buena. |
| Id. id..... | » | 12May76 | 6Julio76 | Id. id. |
| Extracción lineal simple..... | » | 12 Oct.76 | 26Oct.76 | Id. id. |
| Id. á colgajo inferior..... | » | 2 Jun. 76 | Enero 77 | Catarata falsa. |
| Id. id..... | » | 7 Set. 76 | 15Oct.76 | Flemón ocular. |
| Extracción lineal combinada..... | » | 10 Oct.76 | 7 Nov. 76 | Id. id. |
| Id. simple..... | » | 15May77 | 10Jul.77 | Visión buena. |
| Extracción á colgajo inferior..... | » | Abril 76 | | Id. id. |
| Id. id..... | » | 25May77 | 5Julio77 | Visión buena. |
| Extracción á colgajo inferior..... | » | 18 Set. 77 | 18Oct.77 | Id. id. |
| Id. á colgajo superior..... | » | 17Set.77 | 18 Oct.77 | Id. id. |
| Id. á colgajo inferior..... | » | 19Set.77 | 15 Oct.77 | Id. id. |
| Id. superior..... | » | 27Ag.º77 | 13Oct.77 | Id. mediana. |
| Extracción lineal combinada..... | » | 11 Set.77 | 27Oct.77 | Id. id. |
| Extracción lineal combinada..... | » | 13 Set.77 | 18Oct.77 | Id. id. |
| Id. á colgajo superior..... | » | 12Set.77 | 21Oct.77 | Id. buena. |
| Id. inferior..... | » | 6May.78 | 21Jun.78 | Falta percep. luminosa. |
| Extracción á colgajo inferior..... | 6 Jun. 78 | 6 Jul. 78 | 24Jul.78 | Visión buena. |
| Id. id..... | 19Set.78 | 23Set.78 | 17Oct.78 | Id. id. |
| Id. id..... | 11 Set.78 | 18Oct.78 | 8 Nov.78 | Id. id. |
| Id. id..... | 1.ºOct.78 | 7 Oct. 78 | 7 Nov.78 | Id. nula por opacidad cornea. |
| Id. id..... | 4 Oct. 78 | 16 Oct.78 | 1.ºDic.78 | Id. mediana. |
| Id. id..... | 27May79 | Jun. 79.. | 20Jul.79 | Id. id. |
| Id. id..... | 28May79 | 11Jun.79 | 23Jul.79 | Id. buena. |
| Id. id..... | 24May79 | 30Jun.79 | 8 Set. 79. | Flemón ocular. |
| Id. id..... | 6Abril80 | 6Abril80 | 9Mayo80 | Id. id. |
| Id. id..... | 1ºMay79 | 3 May.79 | 10Jul.79 | Visión buena. |
| Id. id..... | 13 Ab. 80 | 14 Ab. 80 | 13May80 | Id. id. |
| Id. id..... | 10Oct.80 | 12Oct.80 | 27 Oct.80 | Id. id. |
| { Izquierdo.Extracción procedimien- to de Liebraich..... | 7Nov.80 | 7 Nov. 80 | 11 Dic. 80 | { Id. id. |
| { Derecho. Extrac.ª lineal combinada | | | | { Atrexia pupilar. |
| Extracción lineal combinada..... | 7 Nov. 80 | 7 Nov. 80 | 13 Dic. 80 | Flemón ocular. |
| Extracción colgajo inferior..... | 7 Nov. 80 | 7 Nov. 80 | 20 Dic. 80 | Visión mediana. |
| Extracción á pequeño colgajo superior procedimiento de Becker... | 7 Nov. 80 | 7 Nov. 80 | 20 Dic. 80 | Flemón ocular. |
| Extracción en ambos, procedimien- to de Liebraich..... | 7 Nov. 80 | 7 Nov.80 | 3 Dic. 80. | Atrexia pup. amb. ojos. |
| Extracción á colgajo inferior..... | 10May81 | 16May81 | 5Junio81 | Visión buena. |
| Id. superior..... | » | Set. 81.. | » | Id. id. |
| Id. id..... | 22May82 | 24May82 | 19Jun.82 | Id. id. |
| Id. superior..... | » | Mayo 82. | » | Id. id. |
| Extrac.ª á pequeño colgajo superoir. | 21Oct.82 | 26 Oct. 82 | 15Nov82 | Id. id. |
| Id. id. id..... | 29Oct.82 | 30 Oct. 82 | 15Nov82 | Id. id. |
| Id. id. id..... | 21Oct.82 | 22 Oct.82 | 7 En.º 83 | Id. mediana.-Defunc. de erisip.ª en una pierna. |

| NOMBRES. | Naturaleza. | Edad. | Estado. | DIAGNÓSTICO. |
|---------------------------|-----------------------|-------|---------|---|
| | | | | |
| 86 Juan de Dios López... | Almagro (Ciudad Real) | 64 | C. | Id. id. |
| 87 Francisco Cogolludo... | Gálvez. | 67 | V. | Id. derecho. |
| 88 Saturnino Gutiérrez... | Bargas. | 47 | C. | Id. izquierdo. |
| 89 Eulogio Paz. | Navalucillos. | 58 | C. | Id. id. |
| 90 Francisco Martín... | Gálvez. | 64 | C. | Id. derecho. |
| 91 Narciso Mateos. | Toledo. | 60 | C. | Id. izquierdo. |
| 92 Francisco González. | Torremoncha. | 52 | C. | Id. id. |
| 93 Rufina Arevalillo. | Alcabón. | 53 | C. | Cat. ^a lechosa núcleo ambarino izq. |
| 94 Manuel Puñal. | Bargas. | 53 | C. | Catarata ojo derecho. |
| 95 Angel García. | Layos. | 72 | C. | Id. id. |
| 96 { Isabel Núñez. | Torrequemada. | 57 | C. | Id. ambos ojos. |
| 97 { | | | | |
| 98 Manuel Salas. | Cáceres. | 48 | C. | Id. izquierdo. |
| 99 Eulogio Paz. | Navalucillos. | 50 | V. | Id. id. |
| 100 Petra N. | Maqueda. | 52 | C. | Id. izquierdo. |
| 101 Margarita V. Martín. | Bargas. | 74 | V. | Catarata cística izquierdo. |
| 102 Diego Martín. | Gálvez. | 71 | C. | Catarata ojo izquierdo. |
| 103 Eustaquia Fuentes. | Novés. | 55 | V. | Catarro de las vías lagrimales, y catarata ojo izquierdo. |
| 104 Eulogio Vázquez. | Gálvez. | 68 | V. | Catarata ojo izquierdo. |
| 105 Leona Martín. | Id. | 62 | C. | Id. id. |
| 106 Francisco Martín. | Id. | 63 | C. | Catarro lagrimal y catarata derecho. |
| 107 Petra N. | Maqueda. | 53 | C. | Id. derecho. |
| 108 Eulogio Cogolludo. | Id. | 63 | C. | Id. id. |
| 109 Silverio Espinosa. | Guadamur. | 69 | C. | Id. derecho. |
| 110 Manuel Pérez. | Mocejón. | 57 | C. | Id. id. |
| 111 José G. Castellano. | Alcabón. | 60 | C. | Id. id. |
| 112 Juan de Dios López. | Toledo. | 61 | C. | Id. id. |
| 113 Francisco Mateo. | Añoover de Tajo. | 70 | S. | Id. id. |
| 114 Miguel del Soto. | Orgaz. | 48 | S. | Id. id. |
| 115 Juan Benayas. | Novés. | 65 | C. | Id. izquierdo. |
| 116 Eulogio Cogolludo. | Gálvez. | 65 | C. | Id. derecho. |
| 117 Manuel Puñal. | Bargas. | 59 | C. | Id. izquierdo. |
| 118 Petra Ordóñez. | Novés. | 48 | C. | Id. derecho. |
| 119 Toribio Gálvez. | Torrijos. | 62 | C. | » |
| 120 Magdalena Hurtado. | Cáceres. | 25 | S. | Catar. ^a cápsulo-lenticular trahum. ^a . |
| 121 Martina Esteban. | Añoover de Tajo. | 69 | V. | Id. id. |
| 122 Vicente Muñoz. | Sonseca. | 65 | V. | Id. id. |
| 123 Maximina Rosell. | Guadamur. | 68 | V. | Catarro lagrimal y catarata del izqdo. |
| 124 Anselma Alamillo. | Polán. | 58 | V. | Id. izquierdo. |
| 125 Cipriana Martín. | Yuncler. | 55 | V. | Catarro lagrimal y catarata derecho. |

| Operación.—Método.—Procedimiento. | Fecha del ingreso. | Fecha de la operación. | Fecha del alta. | Terminación. |
|--|--------------------|------------------------|-----------------|---|
| | | | | |
| Extracción colgajo inferior. | 12 Ab. 83 | 18 Ab. 83 | 6 Mayo 83 | Visión buena. |
| Extrac. ^a pequeño á colgajo superior | 17 Ab. 83 | 22 Ab. 83 | 16 Mayo 83 | Id. id. |
| Id. id. inferior. | 27 Mayo 83 | 2 Jun. 83 | 15 Jun. 83 | Id. id. |
| Id. id. superior. | 27 Mayo 83 | 1º Jun. 83 | 28 Jun. 83 | Id. id. |
| Id. id. inferior con iridectomía. | 16 Jun. 83 | 30 Jun. 83 | 23 Jul. 83 | Id. id. |
| Id. id. id. | 19 Jul. 83 | 27 Jul. 83 | 14 Jul. 83 | Id. mediana. |
| Extracción á colgajo inferior. | » | Sbre. 83 | » | Visión buena. |
| Extracción á colgajo inferior. | 26 Set. 83 | 29 Set. 83 | 11 Oct. 83 | Id. buena. |
| Id. id. | 9 Oct. 83 | 20 Oct. 83 | 30 Oct. 83 | Id. id. |
| Id. colgajo superior. | » | Octub. 83 | » | Id. id. |
| Id. id. id. ambos. | » | Sbre. 83 | » | Derecho bueno. |
| Id. id. | » | Sbre. 83 | » | Izq. ^o atrexia pupilar. |
| Id. id. | » | Sbre. 83 | » | Visión buena. |
| Id. id. | 27 Set. 83 | 3 Oct. 83 | 2 Nov. 83 | Id. id. |
| Id. inferior. | » | Mayo 84 | » | Id. id. |
| Extracción á colgajo inferior. | 28 Mayo 84 | 28 Mayo 84 | 9 Junio 84 | Visión buena. |
| Id. id. | 4 Mayo. 84 | 7 Mayo. 84 | 14 Mayo 84 | Flemón ocular. |
| Sondaje. Extrac. ^a á colgajo inferior. | 21 Mayo 84 | 17 Jun. 84 | 1º Jul. 84 | Alta pedida con inflamación aguda. |
| Extracción á colgajo inferior. | 3 Mar. 85 | 4 Abril 85 | 15 Mayo 85 | Visión escasa. |
| Extracción á colgajo superior. | 3 Mar. 85 | 27 Ab. 85 | 27 Mayo 85 | Id. buena. |
| Sondaje y extrac. ^a á colgajo inferior | 3 Mar. 85 | 11 Mayo 85 | 31 Mayo 85 | Visión mediana. |
| Extracción á colgajo inferior. | » | Mayo 85 | » | Visión buena. |
| Extrac. ^a á pequeño colgajo superior. | 26 Mar 85 | 28 Ab. 85 | 18 Jun. 85 | Visión mediana. |
| Extracción á colgajo superior. | 18 Mayo 85 | Mayo 85 | 29 Jun. 85 | Flemón ocular. |
| Id. id. inferior. | 30 Oct. 85 | 9 Nov. 85 | 1º Dic. 85 | Visión buena. |
| Id. id. id. | 24 Set. 85 | 10 Oct. 85 | 3 Dic. 85 | Id. escasa. |
| Id. lineal combinada. | 9 Mar. 86 | 9 Mar. 86 | 22 Mar 86 | Id. buena. |
| Id. id. | 24 Feb. 86 | 27 Feb. 86 | 29 Mar 86 | Id. id. |
| Id. pequeño colgajo sup. conjuntival. | 19 Feb. 86 | 27 Feb. 86 | 29 Mar 86 | Id. id. |
| Id. á colgajo superior. | 29 Mar 86 | 4 Abril 86 | 24 Ab. 86 | Id. id. |
| Id. á pequeño colgajo superior. | 8 Abril 86 | 21 Ab. 86 | 16 Mayo 86 | Atrofia del globo ocular. |
| Id. á colgajo inferior. | 5 Mayo 86 | 6 Mayo 86 | 17 Mayo 86 | Visión buena. |
| Id. id. id. | 1º Mayo 86 | 4 Mayo 86 | 22 Mayo 86 | Id. id. |
| Id. id. id. | 5 Mayo 86 | 6 Mayo 86 | 24 Mayo 86 | Id. id. |
| Extracción á colgajo superior. | » | Agost. 83 | » | Vis. ⁿ nula falta percep. ⁿ |
| Id. id. | 20 Mayo 86 | 24 Mayo 86 | 17 Jun. 86 | Visión buena. |
| Id. id. | 30 Mayo 86 | 4 Junio 86 | 21 Jun. 86 | Id. id. |
| Sondaje y extrac. ^a á colgajo inferior. | 10 Mayo 86 | 4 Junio 86 | 21 Jun. 86 | Flemón ocular. |
| Id. colgajo inferior. | 19 Jun. 86 | 22 Jun. 86 | 4 Julio. 86 | Visión buena. |
| Sondaje y extrac. ^a colgajo superior. | 30 Mayo 86 | 21 Jul. 86 | 19 Ago 86 | Id. id. |

Operaciones de catarata

Estas operaciones son sin duda alguna las más difíciles y delicadas de todas las que comprende la cirugía ocular. A pesar de ser perfectamente regladas, á pesar de extenderse los preceptos quirúrgicos, no sólo á la operación en sí, sino también á los accidentes más comunes que se presentan durante y después de la ejecución, es lo cierto que no puede evitarse en muchos casos que la terminación sea funesta para la visión. A disminuir el número de esta clase de terminaciones se han encaminado los esfuerzos de los operadores, que no han cesado en todo el presente siglo de torturar su ingenio, para encontrar un método ó procedimiento mejor que los conocidos, sin que hasta la fecha se haya adelantado un paso la resolución de este problema.

En punto á métodos, en el día, hay unanimidad en considerar la extracción como el único aceptable para la generalidad de los casos, quedando los demás (la depresión y discisión) reservados para indicaciones verdaderamente excepcionales, que pueden presentarse en la práctica.

De todos los procedimientos de extracción ¿cuál es el mejor? Hé aquí una cuestión que se ha discutido extensamente buscando argumentos en la teoría y en la práctica y no se ha adelantado un paso como queda indicado antes, porque después de una época en que parecía que la opinión se inclinaba á la extracción lineal combinada de Graeffe, hoy vuelve á considerarse preferible la extracción á colgajo, realizándose aquello de «*multa renascentur quæ jam cecidere.*» En honor de la verdad debe decirse, que prácticos distinguidos de nuestro país han defendido siempre y sin vacilación la extracción á colgajos, y no han tenido necesidad de volver sobre sus pasos.

No podemos entrar en un estudio crítico acerca de los procedimientos operatorios, pues no nos consideramos con competencia suficiente para ello ni podríamos hacer otra cosa que repetir algo de lo mucho que se ha escrito y pensado sobre el particular.

Vamos á limitarnos á analizar los casos comprendidos en el cuadro anterior bajo diferentes puntos de vista, haciendo de paso algunas observaciones acerca de los que nos han llamado más la atención.

De los 161 operados que aparecen en nuestra estadística numérica, sólo figuran en el cuadro precedente 125 por faltarnos los datos completos y precisos de los restantes, que en su mayor parte pertenecen á la práctica particular.

Bajo el punto de vista de la edad, la catarata se ha dividido en congénita (infantil), trahumática (juvenil) y senil.

Hé aquí el resumen de nuestros 125 operados, clasificados por edades y sexos.

| | De 10 á 20 | De 20 á 30 | De 30 á 40 | De 40 á 50 | De 50 á 60 | De 60 á 70 | De 70 á 80 | Total |
|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------|
| Varones... | 1 | » | » | 7 | 21 | 46 | 9 | 84 |
| Hembras.. | » | 2 | » | 5 | 18 | 13 | 3 | 41 |
| | 1 | 2 | » | 12 | 39 | 59 | 12 | 125 |

Un solo caso hay entre los 10 y los 20 años, que se refiere al núm. 15, que era un muchacho de 12 años, cuya catarata no sabemos si sería infantil ó juvenil, pues se presentó en nuestra consulta con unos parientes lejanos que no supieron dar razón del tiempo en que había aparecido. Extraída en totalidad mediante un pequeño colgajo inferior, estaba constituida por una masa muy blanda y el muchacho curó en poco días, quedando la visión en excelente estado. Si se trataba de una catarata congénita, es extraño que la retina no estuviese ya más ó menos insensible por falta durante 12 años de su estimulante fisiológico, la luz, á no ser que la opacidad fuese incompleta y estacionaria en los primeros años y después rápidamente se hubiese completado; y si se trataba de una catarata juvenil, que por lo común son trahumáticas, tampoco se explica que el trahumatismo ocasional de la catarata no afectase á la vez la retina, determinando su insensibilidad según ocurre ordinariamente.

Entre los 20 y los 30 años hay dos operadas (números 120 y 45). La primera era una joven de 25 años, con una catarata capsulo-lenticular trahumática de pequeñas dimensiones que fué extraída sin dificultad con la cucharilla juntamente con la cápsula, quedando el

campo pupilar perfectamente limpio. Antes de la operación, desconfiamos del éxito, á pesar de que, explorada la sensibilidad de la retina á la llama de una bujía, apreciaba cuando se interponía la mano entre la luz y el ojo y cuando se retiraba. Después de operada siguió apreciando la sensación de luz, pero no le servía ni siquiera para orientarse. El trahumatismo ocasional de la catarata, había producido probablemente un desprendimiento de la retina.

La segunda de estas operadas, de 29 años de edad, á pesar de ser joven, tenía una catarata espontánea muy blanda, que le fué extraída por extracción lineal simple, quedando en la cámara anterior muchas porciones corticales que se reabsorbieron rápidamente, quedando la visión en excelente estado. Entre sus antecedentes ninguno había á que pudiera atribuirse la formación de la catarata, á no ser la lactancia prolongada, pues había sido nodriza durante dos años. Esta circunstancia puede en verdad considerarse abonada para ello, pues una secreción muy abundante por la sustracción de líquidos, puede engendrar la catarata á la manera como ocurre en la glucosuria.

Entre los 30 y 40 años no aparece ningún caso, y muy pocos de 40 á 50, pues si bien hay 12 de esta edad, 8 se aproximan más á 50 que á 40. De los 50 á los 60 la frecuencia aumenta y llega al máximun en el grupo siguiente de 60 á 70 y otra vez disminuye de los 70 en adelante. De lo cual se deduce que la catarata espontánea y exenta de complicación es rara en la infancia, juventud y edad de la consistencia, haciéndose frecuente en la declinación de la vida y mucho más en la ancianidad, pues si bien en nuestra estadística hay una disminución de casos entre los 70 y 80 años, hay que tener en cuenta que el número de individuos de esta edad es menor que en las precedentes. Este resultado concuerda con los que arrojan otras estadísticas y da verosimilitud á la teoría patogénica de la formación de la catarata apoyada en la sustracción de líquidos orgánicos de los elementos anatómicos, pues es sabido que á medida que la edad declina van faltando los líquidos en los tejidos, á lo cual se debe la mayor fragilidad que tienen ciertos órganos como los huesos y otros.

También debe notarse en el cuadro precedente que la frecuencia en la mujer es mucho menor que en el hombre, siendo la proporción entre los dos sexos de 1 á 2. ¿Dependerá esto del género de vida? Es probable: el hombre por sus ocupaciones se ve precisado á hacer uso de la fuerza, lo que lleva consigo pérdidas considerables de agua por

el sudor. La mayor parte de nuestros operados han sido jornaleros del campo, y por consiguiente expuestos á la influencia de esta causa. También la mujer sufre pérdidas de agua por la lactancia y será interesante investigar la influencia que esta función pueda ejercer en la formación de la catarata cuando su duración exceda del término normal.

Por la consistencia se han dividido las cataratas en blandas, semi-blandas ó corticales y duras.

De las primeras tenemos la lechosa ó de Morgagni, en que hay entre la cristaloides y el núcleo un líquido de consistencia de leche ó almidón, que sale al desgarrar la cápsula con el kistónomo.

Dos casos hemos observado de esta clase (números 51 y 93), en los cuales después de abierta la cápsula salió sin dificultad un pequeño núcleo duro y de color ambarino. Eran dos cataratas seniles regresivas, en las que la cápsula no estaba opaca y quedó bien la visión.

Otra variedad de catarata blanda, de la que también hemos observado dos casos (números 101 y 119) es la catarata cística ó bursata. Procedimos á la extracción creyendo que por la edad de los enfermos serían cataratas duras, y en el segundo tiempo nos llamó la atención la poca resistencia que encontró el kistótomo; mas no dudando que habríamos desgarrado la cristaloide anterior, procedimos á la extracción, la cual se efectuó sin dificultad, encontrándonos con una catarata casi esférica sumamente blanda sin núcleo y que era un verdadero quiste, cuya envoltura estaba constituida por la cápsula.

En nada se parecen estas dos variedades de cataratas blandas seniles, á las cataratas blandas juveniles, de que en otro lugar hemos hecho mención.

La forma más frecuente sin duda alguna bajo el punto de vista de la consistencia es la semiblanda ó cortical, en la que se distinguen dos porciones, la cortical más ó menos blanda y abundante y un núcleo duro. No podemos precisar por falta de datos el número de operados de esta clase, pero sí podemos decir que no bajarán de los $\frac{3}{4}$.

Entre las duras tenemos la pigmentaria ó negra, de color de ámbar más ó menos oscuros, que es bastante menos frecuente que la cortical, y cuyo número de operados, tampoco podemos precisar, aunque escasamente llegará á $\frac{1}{4}$, igualmente pertenece á las duras la calcárea, de la cual sólo hemos visto un ejemplar (núm. 8.) en que se trataba de una catarata traumática con insensibilidad de la retina.

cutándose con más perfección los cambios nutritivos en las partes derechas comience por esto antes la catarata en el ojo izquierdo? Si estas apreciaciones, que no nos atrevemos á formular más que en forma interrogativa, fuesen exactas, como la catarata es, á no dudarlo, un signo de vejez, podría decirse que ésta principia por las partes izquierdas del organismo.

El método seguido ha sido el de extracción y sólo una vez por excepción se empleó la depresión en una catarata del ojo derecho, que habiendo intentado extraer á colgajo superior, se dislocó al abrir la cápsula con el kistótomo, accidente que nos ha ocurrido algunas veces, y no acertando á combatirle mediante presiones suaves y convenientemente dirigidas á través del párpado superior, que es el medio de que ordinariamente nos hemos valido para colocarla en su sitio, ni atreviéndonos entonces tampoco á efectuar la extracción con la cucharilla, consideramos preferible deprimirla totalmente con una aguja; mas habiendo vuelto á ascender y estando flotante en la cámara anterior durante algunos meses, en los cuales notamos que iba disminuyendo de volumen, nos decidimos, por fin, á hacer otra depresión en regla, con lo cual desapareció por completo, quedando la visión en estado de que la enferma pudiese orientarse y manejarse.

Según consta en el cuadro general y en el resumen de él que precede, de todos los procedimientos de extracción, el más favorecido ha sido el de colgajo inferior. La razón de esto ha sido que al principio de nuestra práctica elegimos este procedimiento para el ojo izquierdo como el de más fácil ejecución, proponiéndonos como regla de conducta no cambiarlo por otro hasta no dominarlo bien, pues siempre procuramos aprender bien una cosa antes de pasar á otra, y como esta regla de conducta la hemos seguido con mucha constancia para este ojo, y el número de ojos operados es doble como antes queda indicado, de aquí el que sea el procedimiento más favorecido.

El resultado de la operación está clasificado en cuatro grupos para cada procedimiento, con las denominaciones de visión buena, mediana, nula y flemón. En el primero están comprendidos aquellos casos en que la cicatrización de la herida se efectuó de una manera regular y sin notable inflamación, quedando en unos la pupila perfectamente redonda y en otros irregular por adherencias ó por haberse seccionado el iris, ya que esta sección dependiese del procedimiento operatorio como en la extracción lineal, ya que el iris se hubiese cortado por

accidente, como sucede á veces en los procedimientos á colgajo cuando se pone delante del filo del cuchillo ó ya que por haberse contundido al hacer la evacuación de la catarata se estimase necesaria su sección para evitar la inflamación consecutiva. Estos operados, para estar científicamente clasificados, hubiera sido preciso al darles el alta medir exactamente el campo visual, pero ya que esto no se hizo, diremos que en su inmensa mayoría con el grado de vista alcanzado con la operación han podido dedicarse á sus ocupaciones habituales y á algunos á quienes hemos proporcionado lentes apropiadas han podido leer y escribir. En el segundo grupo están aquellos que por haber ocurrido algún accidente durante la operación, como la pérdida más ó menos considerable de humor vítreo, ó después de ella queratitis, iritis, etc., quedaron al tomar el alta con vista suficiente para orientarse ó para distinguir los objetos de gran tamaño, como las personas, etc.

En el tercer grupo comprende: 1.º, casos que no recobraron la visión porque no podían recobrarla á causa de la insensibilidad de la retina; 2.º, casos de atrexia pupilar y catarata secundaria sujetos á una nueva operación, alguno de los cuales la sufrió sin resultado; 3.º, casos de inflamación extensa de la cornea y del iris con opacidades de aquella de mucha extensión; y el 4.º y último, los de inflamación y supuración de todo el ojo con pérdida absoluta é irremediable del órgano y de la función visual.

Reuniendo los dos ojos y también los varones y hembras y haciendo un resumen de todos los operados por procedimientos y bajo el punto de la terminación, tenemos el cuadro siguiente:

| | Buena. | Mediana. | Nula. | Flemón. | Total. |
|----------------------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|--------|
| Colgajo inferior..... | 49 | 7 | 5 | 7 | 68 |
| Colgajo superior..... | 10 | 2 | 3 | 1 | 16 |
| Extracción lineal simple | 9 | 2 | » | » | 11 |
| Extracción lineal combinada..... | 10 | 3 | 1 | 3 | 17 |
| Pequeño colgajo (Becker)..... | 5 | 2 | » | 2 | 9 |
| Procedimiento de Liebreich..... | 1 | » | 2 | » | 3 |
| Depresión..... | » | 1 | » | » | 1 |
| | 84 | 17 | 11 | 13 | 125 |
| | 67,5 por 100, | 13,6 por 100, | 8,8 por 100, | 10,4 por 100, | |

Consultando la edad de los 13 en que sobrevino inflamación y supuración del ojo, se ve que todos, excepto dos, están comprendidos entre los 60 y los 70 años, aproximándose más á los 70. De los dos que se exceptúan, en uno la edad era de 48 y en el otro de 50; pero en el primero de éstos se trataba, no de una catarata simple, sino de una luxación del cristalino en la cámara anterior de causa traumática y con adherencias, lo cual hizo muy laboriosa la extracción y de esto resultó el flemón ocular. De lo cual puede concluirse que la edad avanzada predispone á esta funesta terminación, conclusión que parece muy racional, si se tiene en cuenta el estado de los vasos en la edad avanzada, que hace sobrevengan con el motivo más pequeño obstáculos á la circulación con extensas mortificaciones en los órganos y tejidos.

No es razonable por lo reducido de las cifras que comprenden comparar entre sí los resultados de los diferentes procedimientos para sacar conclusiones en favor ó en contra de algunos de ellos. Aun en estadísticas numerosas las conclusiones que se sacan en este sentido adolecen de vicio capital inherente á su misma naturaleza, como ya lo hemos hecho notar al comenzar nuestras tareas: el resultado de la operación de catarata, como el de cualquiera otra, depende de muchas circunstancias que hacen que cada una lleve el sello de su individualidad propia y no se parezca á la misma en otro individuo más que lo que ellos se parecen entre sí. En una palabra, las cifras que aparecen en toda estadística son cantidades heterogéneas que no pueden sumarse, sino en fuerza de hacer abstracción de lo particular cuando tratamos de investigar hechos muy generales.

Estas circunstancias son tan numerosas, que su enumeración sería demasiado larga y mucho más un examen detenido de cada una de ellas.

Vamos, sin embargo, á exponer acerca de este punto algo de lo que hemos pensado y observado en nuestra práctica.

Ya queda indicado que la edad influye mucho en el éxito de la operación de catarata, y se comprende que así debe ser, aunque una estadística numerosa dijera lo contrario, porque si pensamos en el estado de nutrición en que se encuentran los elementos anatómicos en la vejez; si consideramos sobre todo las alteraciones seniles del sistema vascular, no será difícil explicar por qué después de una herida, á veces insignificante en sí misma, sobrevienen obstáculos circu-

latorios invencibles que atacan mortalmente la integridad del órgano que es asiento de ella. Hemos observado que los flemones oculares sobrevienen en los viejos en muchas operaciones efectuadas con limpieza en los cortes y en todos los tiempos y sin que puedan atribuirse á defecto ni accidente alguno durante la ejecución. Por esta razón hace ya bastante tiempo que nos negamos á operar á los ancianos de más de 65 años y sólo nos decidimos á ello cuando es muy bueno el estado de la constitución, y cuidado que es difícil resistir las súplicas y los ruegos que hacen para que se les opere, como si en razón directa con la edad se acrecentase el deseo de recobrar la vista. Algunos hay á quienes no se les puede negar el consuelo de ver, siquiera sea por los breves instantes que siguen á la operación, aun á riesgo de que pierdan pronto tal vez la última ilusión que les queda en esta miserable vida. Por todo lo cual es necesario redoblar en ellos el esmero y el cuidado durante la operación y la más exquisita vigilancia después.

Otra circunstancia digna de atención es la de las enfermedades anteriores y actuales del ojo. Ocurre con mucha frecuencia padecer, juntamente con la catarata, afecciones inflamatorias de la conjuntiva y catarros de las vías lagrimales, y es práctica corriente combatirlos antes por el cateterismo y demás recursos adecuados, porque de otro modo vendrá infaliblemente la infección de la herida y la pérdida del ojo. Este es un precepto sobre el que nunca se insistirá bastante y es necesario resistir las impacencias de los interesados hasta que la curación de la inflamación conjuntival ó de las vías lagrimales sea efectiva. Sabido es cuánto tiempo se tarda en conseguirlo y á veces como el cateterismo es molesto los enfermos se cansan y piden el alta sin sufrir la operación de catarata. Preferible es esto á consentir en operarlos sin estar completamente curados, como nos ha sucedido alguna vez, pesándonos después haber sido demasiado blandos en conceder lo que vale más negar en beneficio mismo de los enfermos.

Y no sólo hay que fijar la atención en las enfermedades del ojo, sino también en ciertos hechos fisiológicos, tales como la impresionabilidad del ojo, que en algunos enfermos es tan grande que la más leve exploración los altera, siendo por lo general muy indóciles para efectuar los movimientos que ordena el operador. Estos enfermos no pueden ser operados sobre la marcha, hay que someter los ojos á un tratamiento preventivo de educación y de gimnasia, digamoslo así, durante muchos días, hasta conseguir que pierdan la impresionabi-

lidad y obedezcan la voluntad del operador que para imponerse á la del enfermo necesita desplegar todos los recursos que le sugiera su ingenio con una paciencia y laboriosidad extremada.

Durante la operación, una circunstancia llamada á influir en el éxito es la anestesia.

En el día, la opinión es unánime respecto á que la operación, por ser poco dolorosa, se practique sin anestésico alguno, porque el cloroformo y eléter, que son los más generalizados en Cirugía, se ha reconocido que tienen más inconvenientes que ventajas. Sin embargo, si la anestesia no es necesaria en los enfermos tranquilos, en los indóciles y agitados, en los niños y aun en las mujeres sería conveniente. Lo que hay, es que los anestésicos conocidos no sirven, pero esto no quiere decir que no sea necesario pensar en otros más adecuados para esta operación. Se ha pensado en las instilaciones de cocaina, pero la anestesia local, que alguna vez he ensayado, es ineficaz, porque no es el dolor lo que hay que evitar, pues la operación no es dolorosa: lo que hay que procurar es que el sujeto no tenga conciencia de que se le opera y sobre todo que el ojo no se mueva de una manera inoportuna pues así es como podría llegarse al bello ideal de la operación de no emplear más instrumentos que el cuchillo para la sección de la cornea y el kistótomo para la abertura de la cápsula, evitando el empleo de los destinados á la fijación que, dígame lo que se quiera, ofrecen inconvenientes algunas veces más graves que los que se tratan de evitar. En algunos enfermos tranquilos hemos operado así, y el resultado ha sido muy satisfactorio. Hay que reconocer, sin embargo, que son pocos los que se prestan á ello, y para poner á todos en iguales condiciones hace falta un anestésico para el ojo. ¿Podría llenar esta indicación el protóxido de ázoe con la presión de dos ó tres atmósferas que según las bellas experiencias de Mr. Paul Bert produce una anestesia la más parecida al sueño y seguida de un despertar completamente fisiológico? No sabemos que se haya hecho tal experimento y sería útil lo que emprendiesen los que se encuentren en situación para ello. Ciertamente que el beneficio de esta clase de anestesia no alcanzaría más que á los enfermos que se operasen en los grandes centros de población, pero como quiera que á estos concurre el mayor número, si diese resultados favorables, sería un recurso de suma importancia.

Recientemente se ha introducido para el ojo, como para todas las demás operaciones, una antisepsia rigurosa antes de la operación y

después de ella y positivamente con esto han de disminuir los casos desgraciados.

Otra circunstancia que también influye sobre el éxito es la elección de método y procedimiento. El acierto en esta cuestión es difícil, porque estriba en el juicio que se forme de la catarata y en la apreciación de algunos otros puntos que brevemente vamos á indicar. En cuanto á los métodos, el aceptado universalmente es el de extracción para la inmensa mayoría de los casos y sólo se emplea la discisión para las cataratas infantiles semilíquidas ó muy blandas; mas como éstas son raras, hay pocas veces ocasión de tener que pensar cuál será el indicado. No sucede lo mismo respecto á los procedimientos de extracción, sobre cuyo asunto no podemos examinar las razones que se han expuesto en pro y en contra de cada uno, y vamos á limitarnos á decir algo de lo que nos sirve de guía en nuestra práctica cuando emprendemos una operación de catarata.

Si ésta es cortical ó semiblanda elegimos el procedimiento de extracción lineal simple, procedimiento que hemos empleado muchas veces para el ojo derecho al principio de nuestra práctica como el de más fácil ejecución; pero el juicio acerca del volumen del núcleo y de las masas corticales, es difícil, y así nos hemos visto en ocasiones apurados para efectuar la extracción, á causa de ser la sección lineal practicada de dimensiones insuficientes. Una vez hecha la sección, si resulta insuficiente, hay que prolongarla con la tijera ó con un cuchillito de punta obtusa, lo cual es un inconveniente porque queda una cicatriz irregular. Aun agrandada la sección, muchas veces no puede salir y hay que proceder á la sección del iris, de que pocas veces puede prescindirse en este procedimiento, de donde resulta una pupila artificial situada en el lado externo de la cornea, sitio muy poco apropiado para una visión regular. Todos estos inconvenientes nos han hecho desechar este procedimiento, no empleándole ya desde hace muchos años. Con todo, no puede negarse su incontestable utilidad en las cataratas infantiles y juveniles blandas.

Comparando la extracción lineal combinada con la de colgajos, encontramos que en la primera es más fácil el primer tiempo ó sea la sección de la cornea, pero es más laboriosa en cambio la extracción que tiene que efectuarse muchas veces con las diferentes cucharillas que para ello se han inventado, las cuales, aun manejadas con seguridad y precisión, dan lugar á accidentes graves.

Estos y otros muchos inconvenientes que se han puesto de manifiesto para la extracción lineal combinada, han hecho que la opinión se haya rehecho, inclinándose decisivamente á la extracción á colgajos. Para la sección de éstos se ha pensado en utilizar el cuchillo de Graeffe, única cosa que quedará de la operación de este autor, con más la gloria de haber enseñado á escindir metódicamente el iris, excisión indicada en la extracción á colgajo, cuando durante la expulsión de la catarata se ha contundido el iris.

¿Cuál colgajo es preferible, el superior ó el inferior? Aparte de las ventajas é inconvenientes que á cada uno se han asignado, por nuestra parte, para proceder á la elección, hacemos un estudio previo de los movimientos del ojo, y si el enfermo tiene más facilidad para mirar hacia abajo, damos la preferencia al superior, y á la inversa si sucede lo contrario, salvo que haya alguna otra circunstancia que indique la elección de un procedimiento determinado, como por ejemplo: los ojos hundidos que indican el inferior por la dificultad que ofrece la arcada orbitaria para el manejo de los instrumentos: los ojos prominentes ó de presión intraocular aumentada, indican el superior, con el cual se evita mejor el prolapsus del cuerpo vítreo con pérdida más ó menos considerable de este humor, etc., etc. En estos casos de indicación especial, hay que trabajar muchos días los enfermos para acostumbrarles á que dirijan el ojo en la dirección que nos convenga.

Tanto en el colgajo superior como en el inferior, hemos observado que ejerce mucha influencia para la expulsión de la catarata, y después para que se junten los bordes de la sección el sitio de la cornea en donde resulte situada. Está aceptada generalmente la sección horizontal y abandonada la oblicua propuesta por Wenzel. Esta sección oblicua, tiene sin embargo indicaciones especiales que se forman haciendo un estudio previo de los movimientos del ojo. Hay sujetos que al dirigir el globo ocular hacia arriba, no lo hacen directamente y siguiendo la dirección del diámetro vertical del ojo, sino hacia arriba y adentro, y en este caso, si la sección se hiciese horizontalmente, resultaría oblicua con relación al eje del movimiento, y por consiguiente, en malas condiciones para que la contracción muscular favorezca la expulsión primero y la aproximación de los bordes de la herida después.

En este caso tiene indicación en nuestro concepto la sección oblicua,

y generalizando para todos los demás que pueden presentarse (aunque el que acabamos de exponer es el más frecuente) puede formularse un precepto quirúrgico aplicable á todos los casos diciendo que la dirección de la línea de la sección marcada por los puntos de punción y contrapunción debe ser perpendicular al eje del movimiento. Nos ha parecido que procediendo de este modo se facilita la expulsión de la catarata con la acción muscular y se favorece la aproximación de los bordes de la herida, puntos en extremo interesantes.

Por último, no influyen menos sobre el éxito de la operación el acierto en combatir los accidentes que se presentan durante y después de ella. No podemos entrar en detalles concretos acerca del particular porque conservamos de nuestros operados pocos apuntes que puedan utilizarse. Vamos á indicar, sin embargo, los más frecuentes que hemos tenido que combatir.

Durante la operación ya hemos dicho que muchas veces se disloca la catarata si al hacer la sección de la cristaloides anterior, el enfermo mueve bruscamente el ojo; pero esto se remedia fácilmente con presiones suaves bien dirigidas á través del párpado superior. Otro accidente más temible que sobreviene cuando la extracción es laboriosa es el prolapsus y salida de humor vítreo, ya por compresiones del ojo, ya por reblandecimiento: para terminar la operación felizmente rara vez deja de hacerse preciso el uso de la cucharilla. Si la pérdida es muy considerable puede, sin embargo, quedar la visión en estado satisfactorio, á lo menos para orientarse y manejarse. Las cataratas con adherencias, cuando éstas no se conocen bien por haber dejado de instilar previamente la atropina, dan lugar á accidentes, y de todas suertes requieren gran habilidad por parte del operador. Algunas veces hemos logrado desprenderlas, ya con el dorso del kistótomo, ya con la cucharilla. Se conocen durante la operación en que, teniendo la sección dimensiones suficientes y abierta convenientemente la cápsula, la catarata, sin embargo, no avanza: en estos casos deslizamos suavemente el dorso del kistótomo entre el iris y la lente siguiendo la circunferencia de ésta.

Después de la operación, el accidente más temible es la inflamación. Cuando es difusa pocas veces se logra una terminación favorable, pero cuando es circunscrita el resultado depende del cuidado y diligencia que se ponga por todos, operador, enfermo y asistentes. La inflamación circunscrita tiene unas veces su asiento en la cornea y depende

de no estar bien confrontados los labios de la herida y entonces hemos conseguido dominarla, aparte de los cuidados antisépticos, con un vendaje compresivo.

Otras veces depende de prolapsus del iris, y la indicación es efectuar su reducción. Entre los medios empleados para esto podemos citar el siguiente que se refiere al núm. 60 del cuadro. Este enfermo fué operado á colgajo inferior, y al salir la catarata arrastró consigo el iris, el cual fué reducido sin grandificultad: levantado el apósito, al tercer día se le encontró de nuevo formando hernia en un punto limitado de los labios de la herida que en el resto se hallaba cicatrizada. Tratóse de combatir este accidente por la compresión; mas no dando resultado, á los pocos días hicimos una paracentesis en el lado externo de la cornea, seguida de compresión, que dió un alivio inmediato, á los tres días repetimos la paracentesis, consiguiéndose la reducción completa, aunque quedando adherido á la superficie interna de la sección.—Otro hecho análogo, aunque combatido de distinto modo, recordamos, en el que, después de una extracción lineal combinada, apareció al levantar el apósito una pequeña porción del iris entre los labios de la herida, que fué motivo para entretener una inflamación aunque no muy intensa, hasta que nos decidimos á escindirla, logrando un resultado satisfactorio inmediato. Estos accidentes se remedian hoy mejor que otras veces desde que se ha generalizado el uso de la eserina, de lo cual tenemos un ejemplo en el operado núm. 97, en el cual, sin haber presentado el prolapsus del iris inmediatamente después de la extracción á colgajo inferior, apareció al levantar el apósito, siendo combatido con la eserina y la compresión. Como accidente raro después de la operación, vamos á citar para concluir lo relativo á este asunto, el que se presentó en un operado de nuestra clientela particular que no figura en el cuadro y consistió en un ataque de delirio infebril violentísimo que apareció á las 24 horas de la operación y nos obligó á colocarle la camisa de fuerza que suelen usar los enajenados furiosos. Durante unas 10 ó 12 horas que se tardarían en dominarlo con el empleo del hidrato de cloral á altas dosis, el enfermo se arrancó el apósito repetidas veces forcejeando incesantemente con la cabeza, y á pesar de tales excesos, la herida de la operación se cicatrizó y marchó bien durante los primeros días, pero más tarde sobrevino una keratitis que se extendió al iris, dando lugar á la formación de una catarata falsa. Dominado con el cloral el ataque, no volvió á presentarse.

SECCIÓN DE ACTUALIDAD

Enfermedades palúdicas

(Continuación)

Créese por algunos que los glóbulos blancos no desaparecen de la sangre, puesto que se convierten en glóbulos rojos; pero éstos se encuentran también disminuidos mientras dura el acceso febril; otros creen que se destruyen, aseveración que carece de fundamento, puesto que á medida que desaparece la fiebre se verifica la contracción del bazo y la sangre adquiere otra vez la proporción fisiológica; en cuanto á la cantidad de los leucocitos sucede algunas veces que, aun durante la apirexia, el bazo queda distendido y el número de glóbulos blancos es menor que en el estado normal; pero haciendo pasar por el bazo una corriente eléctrica, su aumento es rápido, llegando muchas veces hasta la cifra normal, circunstancia que no tendría lugar si durante la fiebre fuera un hecho su destrucción. ¿Qué sucede, pues, con los leucocitos? Es de suponer que permanezcan estancados forzosamente en la red vascular del bazo que se encuentra dilatada, saliendo otra vez de esta prisión á medida que este órgano adquiere de nuevo sus dimensiones fisiológicas.

Objétase, sin embargo, que la violenta contracción que puede producir la aplicación de la electricidad haga salir del bazo, juntamente con los leucocitos en su seno acumulados, parte de la pulpa esplénica; pero teniendo en cuenta que los glóbulos blancos roban las sustancias colorantes que pueden inyectarse en la sangre, en experimentos practicados por Mosler, en los que se ha coloreado la pulpa esplénica, no se pudo conseguir que los glóbulos pasaran á la sangre coloreados, por más que provocara su salida del bazo con la aplicación de la electricidad.

El resultado de las investigaciones hechas en la caquexia palúdica se pueden sintetizar con lo que en un principio manifestamos, por más que debiera desaparecer la disminución de glóbulos blancos con la sangre, toda vez que se encuentran estancados en los senos del bazo dilatados, mas dicha disminución continúa mientras esta víscera no recobre sus diámetros fisiológicos.

La cautividad de los glóbulos blancos en el bazo y la escasez con

que se producen es indudablemente la razón de su disminución, contrario á lo que ocurre en la hipertrofia leucémica, reconociendo por causa esta antítesis entre las dos hipertrofias la alteración anatómica observada en el bazo en cada uno de estos estados. En la hipertrofia palúdica se observa la persistencia del ensanchamiento atónico de la red vascular y del tejido de la misma pulpa, que produce la insuficiencia funcional; en los sitios productores de leucocitos son muy escasos los elementos linfáticos, cuyos vasos se atrofian casi totalmente, ocurriendo que tienen que ser reemplazados en sus funciones por otros ganglios linfáticos y hasta por la sustancia medular de los huesos, como se ha probado experimentalmente por la fisiología.

Algunas veces en casos de caquexia palúdica se ha visto que los glóbulos permanecen, en cuanto al número, en sus proporciones normales, habiendo generalmente una notable disminución, pudiendo explicarnos esto por lo dicho anteriormente, que podrá depender de la mayor ó menor actividad funcional que puedan tener los órganos encargados de suplir la inacción de su congénere.

La disminución de los glóbulos rojos no es un hecho de la exclusiva pertenencia de la hipertrofia esplénica, ya sea acompañada ó no de reacción febril, puesto que también se ve en todas las enfermedades en que existe hipertrofia crónica del bazo; la atonía con que este órgano verifica sus funciones detiene la conversión de los leucocitos en hematies, y por esta misma atonía se destruyen en bastante número al estar detenidos en el interior de la pulpa esplénica.

En cuanto á la causa que puede producir el súbito aumento de volumen del bazo ó su brusca disminución, aunque esta disminución sea provocada por la electricidad, ya hemos dicho depende de la mayor ó menor cantidad de sangre que pueda contener el interior de este órgano.

Enseñanos la fisiología que la sección de los nervios esplénicos produce un aumento de volumen del bazo seguido de un acúmulo mayor de sangre en el interior de dicho órgano, y que haciendo pasar una corriente eléctrica por los extremos periféricos del cordón nervioso dividido, ocasiona su disminución de volumen por anemia. Mas en el bazo tenemos, no sólo los vasos, sino que existen también otros órganos contráctiles que se denominan músculos traveculares, que pierden su tono y energía fisiológica por la acción del veneno malárico, y que influyen en gran manera en el estancamiento sanguíneo del bazo y en su consecutiva dilatación; la acción fisiológica y terapéutica de la quinina justifica sobradamente este hecho.

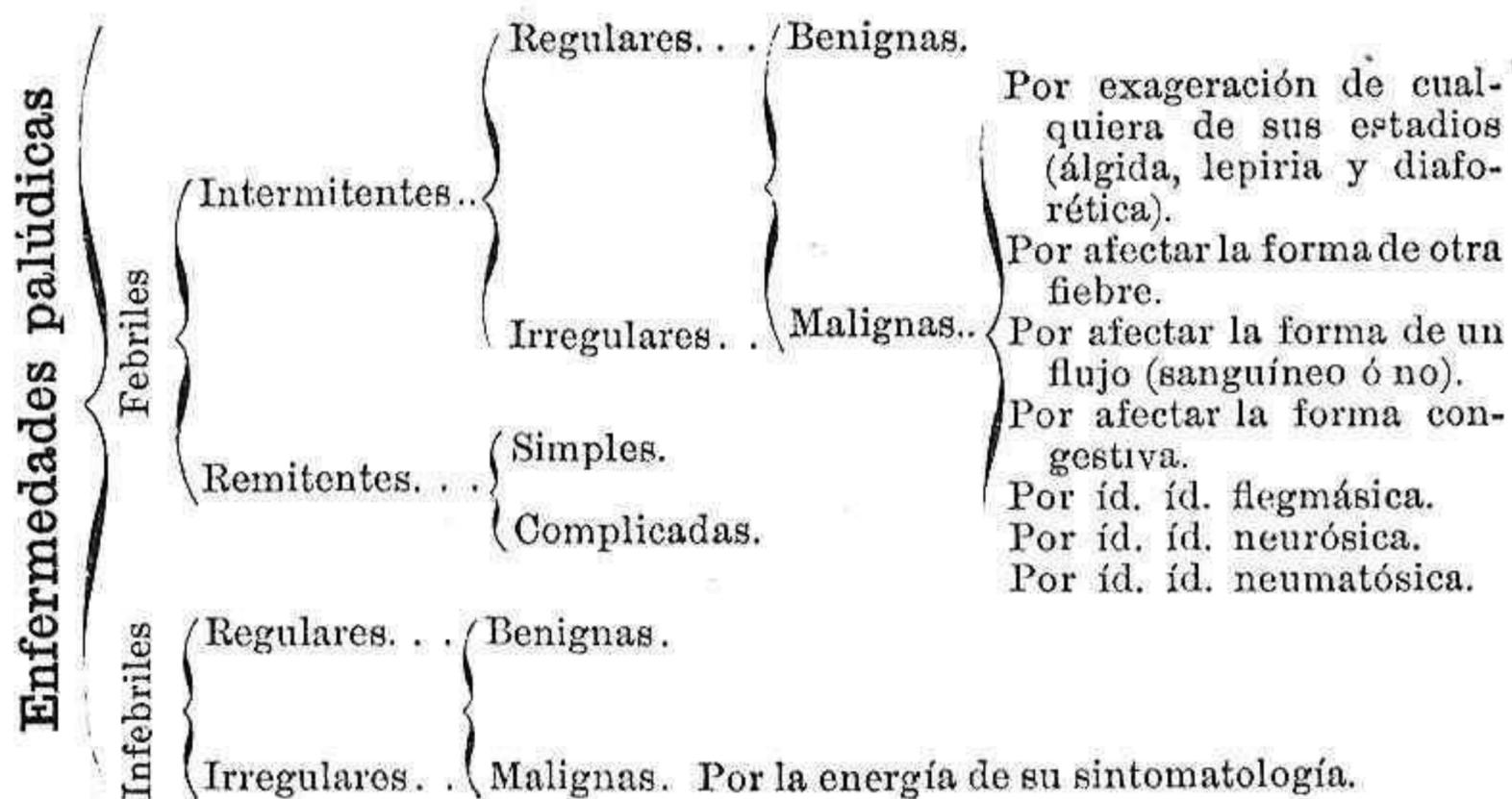
Clasificación.—Si gran dificultad ofrece una clasificación general de enfermedades, no menos difícil ha de ser establecerla de un solo grupo, tanto más, si este grupo es el que se refiere á las enfermedades palúdicas, cuyas múltiples y variadas formas no suelen tener lugar apropiado en ninguna clasificación general, base de las par-

ciales. Pero como nunca ha sido mi ánimo hacer un trabajo exclusivamente didáctico, prescindiré de seguir autor alguno de *Nosografía Médica*, no sólo porque estos conocimientos pertenecen á la patología general más que á la médica, sino porque mi intento es sólo reflejar los resultados de mi observación en este importante grupo de enfermedades.

La necesidad de la clasificación se impone y es imprescindible para la práctica, porque facilita el estudio y conocimiento de las enfermedades en todas sus formas clínicas, siendo preciso, por tanto, que de este asunto me ocupe.

Encuétrase mi clasificación de enfermedades palúdicas, basada sola y exclusivamente en la clínica observación, y podrá no ajustarse estrictamente á otra alguna, participando quizá de todas, pero seguramente, en mi entender, en ella encontrará el médico práctico comprendidos todos los casos clínicos á que puede dar lugar el envenenamiento malárico.

Ved aquí mi clasificación que seguidamente razonaré:



Los infartos viscerales y la caquexia, son consecuencia obligada de las enfermedades palúdicas más ó menos inveteradas: de estos estados patológicos, trataremos oportunamente.

Enséñanos la clínica que existen dos formas patológicas, bien definidas de paludismo, originadas, sí, por la misma causa, pero que pueden dividirse en dos grandes grupos. En el primero pueden desde luego incluirse aquellos estados en los que domina el elemento accesional febril, y en el otro, en que la carencia de fiebre es manifiesta, sin que por esto falte la periodicidad ni el proteísmo en sus manifestaciones, caracteres indispensables en las enfermedades palúdicas.

La generalidad de los autores se ocupan sólo en la descripción del paludismo febril, esquivando, ó solamente dedicándose brevísimas líneas, á aquellos estados en que no se observa fiebre que no dejan de ser por ésto tan palúdicos y graves, en algunas ocasiones, como los procesos febriles, y por tanto, acreedores á que en ellos se fije la atención del médico. Otros los incluyen entre las fiebres, con el impropio nombre de *fiebres larvadas*, suponiendo con Niemeyer, haber observado un aumento de calor ó *febrícula* que, dicho sea con el respeto que me merece el sabio clínico de la Universidad de Tubinga, nunca he podido comprobar en numerosas observaciones termométricas. Por esto llamo impropio el nombre de fiebres que se las ha dado, y en cuanto al adjetivo de larvadas ó enmascaradas, lo mismo puede aplicarse á las manifestaciones febriles que á las infebriles que sólo en escasísimos casos puede asignárseles, puesto que ambos grupos tienen de común la periodicidad, carácter principal de familia y por el que siempre reconoceremos á cualquiera de sus individuos, adopten el ropaje ó la máscara que quieran para evolucionar ante el clínico, con la multiplicidad de sus mil caprichosas formas.

Creo, por tanto, que existiendo como dejo dicho un paludismo febril y otro infebril, nuestra primera división está perfectamente justificada y en armonía con lo que á diario enseña la clínica.

De ordinario vemos clasificar las enfermedades palúdicas por el tipo de su marcha, sin tener para nada en cuenta su carácter, ó ya, no se concede por otros toda la importancia que en sí tiene el tipo con que se nos manifiestan, pretendiendo que no hay nada regular y fijo especialmente en fiebres que autorice de una manera acertada y metódica á prolongar más su número que á las variedades primeras mencionadas en todos los autores.

Prescindiendo de las infinitas clasificaciones que se han dado de estas enfermedades, porque al citarlas todas, no supondría otra cosa que hacer alarde de conocimientos teóricos que no sólo no probarían nada, sino que, á más fatigarían su lectura, entiendo que la clasificación de las enfermedades que nos ocupan por sus tipos no es una clasificación verdaderamente clínica, puesto que no da seguridad alguna de lo grave ó leve de la dolencia, refiriéndose sólo á la manera de sucederse los accesos, siendo de más capital importancia para el médico el conocimiento de la benignidad ó malignidad desde el primer momento, porque sea cualquiera el tipo que afecten ha de atender preferentemente á graduar las fuerzas con que cuenta el enemigo para disponer la defensa con relación á la rudeza del ataque.

(Continuará.)

Puebla de Montalbán, Enero de 1889.—TOMÁS ECHEVARRÍA



CRÓNICA

D. PEDRO ALCANTARA LLETGET

† 9 DE ENERO DE 1889

A continuación insertamos el artículo necrológico publicado en 17 de Enero por nuestro colega *La Farmacia Española*, sintiendo sobremanera que, al asociarse nuestra modesta publicación al duelo de la clase médico-farmacéutica por la pérdida de uno de sus miembros más distinguidos, nuestra falta de condiciones no nos permite hacer un trabajo propio para enaltecer debidamente las virtudes del que sirvió y honró á su patria en puestos preeminentes con una dignidad, un celo y un desinterés merecedores de pasar á la posteridad. Por más que la personalidad del finado no tuvo por su excesiva modestia tanto realce como otros, su verdadero mérito como Catedrático de la Central y como hombre de ciencia, fué en vida unánimemente reconocido y merece consignarse, como lo han consignado ya la mayor parte de los periódicos profesionales. Por nuestra parte estamos más obligados á ello por haber sido uno de los hijos más ilustres de esta imperial ciudad y nuestro periódico el único representante de la clase en ella. Que sirvan estas frases al propio tiempo de triste consuelo á su desolada familia, ya que para su amarga pena no encuentre nuestro afecto un lenitivo mejor ni acierte á expresar de otro modo lo que el corazón siente.

«Triste homenaje al que fué mi querido Maestro voy á rendir en estos desaliñados renglones, dejando para otros, que más adelante, con más datos y mejor pluma que la mía, hagan un verdadero trabajo necrológico y biográfico de quien tanto se distinguió en la ciencia farmacéutica. Si mi ánimo es grande, mis fuerzas son bien escasas para realizar tal fin, y más si se tiene en cuenta lo limitado del tiempo, y la tristeza que me embarga al deslizar la pluma para recordar al que pasó á mejor vida.

Éra el ILMO. SR. D. PEDRO LLETGET Y DÍAZ-ROPERO un Profesor á quien yo veneraba y tenía gran respeto y cariño, ya por su talento, que era grande, como por las deferencias que á mí y á todos guardaba, dado su carácter amable y bondadoso. Bien lo saben sus discípulos, que seguramente le estarán llorando, como le ha de llorar la clase farmacéutica en general, por sus grandes virtudes, su ciencia y excelentes dotes personales.

Nació D. PEDRO LLETGET en Toledo el día 11 de Octubre de 1823.

Estudió Latinidad en el Seminario de dicha ciudad, donde obtuvo honrosas calificaciones, viniendo á Madrid con propósito de seguir carrera el año 1838, siendo ésta la de Farmacia, sin duda por ser la que tenía su señor padre D. Luis Lletget, Farmacéutico de grata memoria, establecido en Toledo y más tarde en Madrid. Por el Real Colegio de San Fernando recibió el grado de Bachiller en Filosofía el 31 de Octubre de 1839; el de Bachiller en la Facultad de Farmacia, el 10 de Julio de 1843; el de Licenciado en la misma Facultad, en la Universidad de Madrid, el 29 de Octubre de 1845, y el de Doctor en 1.º de Junio de 1846, habiendo obtenido en todas las asignaturas brillantes notas.

Se estableció en esta Corte en la oficina que fué de D. Miguel Piñol, Corredera Baja de San Pablo, el año 1849, ejerciendo la profesión de Farmacia hasta el 64, año en que la enajenó con objeto de dedicarse á la enseñanza.

Fué Ayudante de la Facultad de Farmacia y Catedrático supernumerario de la misma en los años de 1847 y 57 respectivamente, y ganó las oposiciones á la Cátedra de Materia farmacéutica vegetal, vacante en la Universidad Central el año de 1863 por fallecimiento de D. José Martín de León, cuya asignatura ha venido desempeñando con gran brillantez, hasta pocos días antes de su muerte, siendo modelo de Profesores por su asiduidad, elocuente palabra y la claridad y precisión con que exponía las difíciles materias que comprende dicha asignatura.

También desempeñó la Cátedra de Materia farmacéutica mineral y animal, por reformas en la Facultad, y siendo supernumerario, las de Práctica de Operaciones y la de Ejercicios prácticos.

Ha sido Juez de oposiciones á varias Cátedras, y por su iniciativa, y bajo su dirección, se reformó la plantación del jardín de la Facultad, estableciendo en él una Escuela botánica de que antes carecía. También bajo su dirección se formaron las magníficas colecciones de materia farmacéutica vegetal que la Facultad posee, y se construyó en el jardín una elegante y moderna estufa templada en el lugar que ocupaba el antiguo y ruinoso invernadero.

Desde 1850 pertenecía al Colegio de Farmacéuticos de Madrid, en el que ocupó varios puestos y comisiones científicas, mereciendo la distinción de ser elegido su Presidente, cuyo cargo desempeñó con gran acierto y aplauso de los Farmacéuticos.

La Real Academia de Medicina le admitió en su seno el año 1865, en la vacante producida por su eximio pariente el Doctor D. Diego Genaro Lletget, antiguo Catedrático de Farmacia experimental, leyendo su discurso de recepción al año siguiente, y habiendo desempeñado en ella los cargos de Archivero de la Corporación, Secretario de la Sección de Farmacia, Presidente de la de Farmacología y Secretario de la Comisión redactora de la Farmacopea, en la que tanto trabajó,

y principalmente en la Materia farmacéutica y en el prólogo de dicha obra, debido á su correcta pluma.

Fué nombrado Consejero de Sanidad en 1875, cuyas discusiones ilustraba con frecuencia, redactando informes importantes.

Perteneía á la Sociedad Española de Historia natural, á la de Hidrología médica y á otras muchas Corporaciones científicas.

Poseía á fondo todas las ramas de la Farmacia, y con especialidad la Materia farmacéutica vegetal, á la que se había dedicado hacía muchos años, llegando á ser un verdadero naturalista, particularmente en el ramo de la Botánica y sus importantes y extensas aplicaciones á la Farmacia. Así lo demuestra el programa que de las asignaturas tenía publicado, por el que se puede formar exacta y cabal idea de la extensión que daba á estos estudios y los completos y vastos conocimientos que de ellos tenía.

Además de la anterior publicación, conozco su discurso inaugural de la Universidad central, leído en el curso de 1866 á 67, que versa sobre «La educación primaria como sólida base de la instrucción superior y del bienestar de los pueblos», en el que se refleja gran caudal de conocimientos científicos y filosóficos. El discurso de recepción de la Real Academia de Medicina sobre «Medios que pueden emplearse para apreciar la naturaleza y virtud de los materiales medicinales procedentes del reino vegetal», modelo de discursos académicos, lleno de galas literarias y de profundos conocimientos, que justamente le hicieron llamar la atención, y al que contestó, en nombre de la Academia, el inolvidable D. Nemesio de Lallana.

En medio de sus grandes dotes y merecimientos dignos de elogio y respeto, tenía D. Pedro Lletget una modestia, un gran desinterés y un carácter bondadoso, cuyo trato agradable llegó á conquistar tantas amistades. Su nombre, honra de la familia y gloria de la Farmacia patria, pasa á la posteridad, limpio de toda mancha, dejando un lugar irremplazable y un alto ejemplo que imitar.

Bien puede decirse que la Universidad ha perdido uno de sus primeros Catedráticos; la Academia de Medicina, uno de sus más notables académicos; el Consejo de Sanidad, un ilustre y sabio consejero; el Colegio de Farmacéuticos, un individuo de los más entusiastas de la profesión; la clase escolar, uno de sus mejores y más cariñosos maestros y su desconsolada familia y amigos, uno de los corazones más rectos y más puros, que nunca se cansarán de llorar.

¡Descanse en paz quien tan bien supo cumplir sus deberes en esta vida breve y transitoria!

RICARDO DE LA PUERTA Y ESCOLAR.

Enero 12 del 89.»



El Pectoral del Dr. Ayer
aumenta maravillosamente la
fuerza y la flexibilidad de
la voz.

Pectoral de Cereza DEL DR. AYER.

Las enfermedades mas penosas y fatales de la garganta y los pulmones principian generalmente por peligrosos desórdenes que se curan fácilmente si se les aplica en tiempo el remedio propio. La dilacion suele ser fatal. Los Resfriados y la Tos si no se cuidan, pueden degenerar en Laringitis, Asma, Bronquitis, Pulmonia, ó Tisis. Para estas enfermedades y todas las afecciones pulmonares, el mejor remedio es el

Pectoral de Cereza del Dr. Ayer.

Las familias donde hay niños deben tenerlo siempre en casa para administrarlo inmediatamente que se necesite. El retraso de un día en combatir la enfermedad puede en muchos casos retardar la cura y hasta hacerla imposible. No debe por lo tanto perderse un tiempo precioso experimentando otras medicinas de eficacia dudosa, sino aplicar de una vez el remedio mas seguro y mas activo en sus efectos. El remedio mas probado y mas universalmente conocido es el PECTORAL DE CEREZA DEL DR. AYER.

PREPARADO POR EL

DR. J. C. AYER y CIA., Lowell, Mass., E. U. A.

De venta en las principales farmacias y droguerías.

Agentes Generales para España,

VILANOVA HERMANOS y CA., Barcelona.



EL EXTRACTO COMPUESTO DE

Zarzaparrilla DEL DR. AYER,

Es un alterativo de eficacia tal que expelle del sistema toda clase de Escrófulas Hereditarias, previene el contagio y neutraliza los efectos del mercurio. Al mismo tiempo vitaliza y enriquece la sangre, produciendo una accion saludable en el organismo y renovando todo el sistema.

Esta gran

Medicina Regeneradora,

está compuesta con la verdadera Zarzaparrilla de Honduras, los Ioduros de Potasio y de Hierro, y otros ingredientes de gran potencia y virtud curativas, cuidadosa y científicamente preparados. La fórmula es generalmente conocida de la profesion facultativa, y los mejores médicos recetan la ZARZAPARRILLA DEL DR. AYER como un

Remedio Seguro

para las enfermedades ocasionadas por las impurezas de la sangre.

Está concentrado hasta el grado mas alto practicable, mucho mas que ninguna otra preparacion de su clase, que pretende proporcionar iguales efectos, y es, por lo tanto, la medicina mas barata y la mejor para purificar la sangre.

PREPARADA POR EL

DR. J. C. AYER y CIA., Lowell, Mass., E. U. A.

De venta en las principales farmacias y droguerías.

Agentes Generales para España,

VILANOVA HERMANOS y CA., Barcelona.

CONTRA CALENTURAS SIN RIVAL

En todo el orbe se conocen las píldoras febrífugo-infalibles de P. Fernández Izquierdo, Madrid, calle del Sacramento, núm. 2, Botica, y al por mayor, plaza de la Villa, núm. 4, laboratorio; que curan positivamente cuartanas, tercianas, cuotidianas, intermitentes rebeldes. Caja 24 reales, va por 26, y benignas 12 rs., va por 14, y se venden en las mejores Boticas y Droguerías de España. Exito constante.

JARABE DE HIPOFOSFITOS DE CLIMENT

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

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

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

TUBERCULOSIS.
ESCRÓFULA.
RAQUITISMO.
ESCORBUTO.
CLORO-ANEMIA.
DEPPEPSIA.
ALBUMINURIA.

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

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

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

Dosis tónica: Tres cucharaditas al día.

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

De cuatro á ocho años: Dos íd. íd.

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

Frasco grande, 4 pesetas.

Idem pequeño, 2,25.

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

ELIXIR MORRHUOL

PREPARADO POR CASTILLO

que ha obtenido *Medalla de oro* en la Exposición Universal de Barcelona de 1888, por todos sus Peptonatos, Elixires, Soluciones y Gránulos y cuya eficacia é inmensos resultados consigna el dictamen de la *Real Academia de Medicina y Cirugía* de Barcelona.

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

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

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

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

»Barcelona 18 de Diciembre de 1888.— Comisión de productos naturales y preparaciones farmacéuticas. Dr. Jorge Gudel, Dr. Fernando Segura y Dr. Florentino Gimeno.—El Presidente, Doctor Nicolás Homs.—El Secretario, Dr. Estanislao Andreu.»

Tenemos también preparados Elixir Morrrhuol con peptonato de hierro y las Grajeas Morrrhuol creosotadas.

Los numerosos dictámenes que obran en nuestro poder, tanto de hospitales y academias, como de eminencias médicas, demuestran los maravillosos resultados y rápidas curaciones de la *Tisis*, *Afecciones del pecho y de la garganta*, *Reumatismo*, *Herpes*, *Linfatismo*, *Escrofulismo*, *Vicios humorales*, *Catarros crónicos*, *Raquilismo*, *Enfermedades gotosas*, *Incontinencia de la orina*, *Dabetis* (azúcar en esta) muy útil durante la *Lactancia*, favoreciendo notablemente la *dentición* de los niños y en general las enfermedades procedentes de debilidad.

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

Depósito general en casa del autor M. Gómez del Castillo, Condal, número, 15, Barcelona.

ELIXIR PEPTONATO DE HIERRO CASTILLO

premiado con MEDALLA DE ORO

EN LA

EXPOSICIÓN UNIVERSAL DE BARCELONA

Según el dictamen de la *Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona* el **Elixir peptonato de hierro Castillo**, es el preparado ferruginoso á todos los demás de esta clase conocidos hasta el día, cuyos efectos é inmensos resultados se han comprobado en los hospitales clínicos de esta capital. Dice así la Real Academia:

«El **Elixir peptonato de hierro** es de un grato sabor, por cuya razón puede administrarse a los niños y aun á las personas de más susceptible paladar; no produce estreñimiento ni cólico en el aparato gastro intestinal como sucede cuando se emplean otros preparados ferruginosos.

»Los fenómenos consecutivos no tardan muchos días en manifestarse; de modo que en sujetos anémicos ó muy empobrecidos por el desgaste orgánico, se notan aumento de coloración en las mucosas, mayor tensión arterial, y otros fenómenos que no dejan lugar á duda de los inmensos resultados del Elixir; obra como verdadero *eupéptico*, notándose desde los primeros días el aumento de apetito, que auxilia mucho á la acción medicamentosa.

»V.º B.º, El Presidente, *Bartolomé Robert*.—El Secretario perpetuo, *Luis Suñé Molist*.»

Cura la Anemia, Clorosis, Colores pálidos, Pérdidas, Extenuación, Flujo blanco, Menstruación desarreglada, nula, difícil ó retrasada, Dispepsias (dificultad de digerir), Escrofulismo (humors frets), Vicios humorales, Convalecencias, enfermedades nerviosas, por crónicas y rebeldes que sean, todas las enfermedades procedentes de la debilidad, empobrecimiento y alteración de la sangre á consecuencia de veladas, fatigas y toda clase de exceso.

Para evitar falsificaciones exíjase la marca y firma del autor.

M. G. del Castillo
MARCA REGISTRADA

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

Depósito general en casa del autor M. Gómez del Castillo, Condal, número. 15, Barcelona.

1888-88881
D. S. 2

Re de los polvos de Dover - 2 grancos

De sen & propoles ig
D. S. 2

Junio 18/89