

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

LA REDACCIÓN DE "LA CRÓNICA MÉDICA"

dejando á cada cual emitir libremente sus ideas científicas, no patrocina, ni es responsable de las que contengan los artículos firmados.

AÑO XII } LIMA, NOVIEMBRE 30 DE 1895. } N.º 166

ARTICULOS ORIGINALES

ESTADISTICA ANALITICA

basada en 3247 oftalmopatías
observadas en Lima

POR EL DR.

EDUARDO GAFFRON

El presente trabajo comprende una estadística basada sobre 3247 enfermos de los ojos asistidos por mí, desde el 1.º de enero de 1893 al 1.º de junio del 95, y será acompañado de algunos comentarios en los casos que presenten mayor interés científico.

Debo advertir que las cifras aquí consignadas corresponden al número de los pacientes y no al de enfermedades, y que cada enfermo, con su número de orden, figura sólo una vez, aun cuando haya tenido que ser tratado varias ocasiones.

ESTADISTICA DE LAS ENFERMEDADES

AFECCIONES DE LOS PÁRPADOS

Blefaritis	149
Orzuelo	94
Sinbléfaron	1

Heridas de los párpados.....	3
Chalazion.....	59
Angioma.....	1
Quiste dermoideo.....	2
Absceso.....	6
Cáncer epitelial.....	2
Goma sífilítico.....	1
Ectropion.....	4
Entropion.....	11
Blefarofimosis.....	1
Xantelasma.....	2
Triquiasis.....	9
Quiste del borde palpebral...	2
Cuerno cutáneo.....	1
	348

AFECCIONES DE LA CONJUNTIVA

Oftalmía catarral crónica....	332
„ purulenta aguda....	142
„ gonorréica de adultos	17
„ de los recién nacidos	30
„ benigna de los recién nacidos.....	4
„ membranosa.....	6
„ granulosa.....	14
Conjuntivitis folicular.....	76
„ flictenular.....	218
Hifaema conjuntival.....	16
Xerosis	2
Pinguécula	5
Pterigion	61
Granuloma.....	1
Quiste linfático.....	2
Epitelioma.....	2
Heridas simples.....	10

Quemaduras	8	„ diversas	2
Cuerpos extraños.....	14	Rotura de la coróides.....	2
		Sarcoma coroideal.....	1
	960		33
AFECCIONES DE LA CÓRNEA		AFECCIONES DEL CUERPO VITREO	
Úlcera flictenular.....	163	Opacidades del cuerpo vítreo.....	32
Otras úlceras de la córnea....	57	Hemorragias del cuerpo vítreo.....	4
Queratitis filiforme.....	2		36
„ fascicular.....	15	GLAUCOMA	
„ punctata.....	4	Glaucoma simple.....	30
„ bullosa.....	14	„ agudo.....	10
„ intersticial.....	22	„ absoluto.....	17
Escleroqueratitis.....	2	„ secundario.....	5
Herpes corneal febril.....	11		62
„ zoster.....	1	AFECCIONES DEL NERVIÓ ÓPTICO Y DE LA RETINA	
Abscesos y úlceras supuradas.....	19	Coloboma vaginal del nervio óptico.....	1
Opacidades de la córnea.....	188	Neuritis óptica.....	2
Leucoma adherente.....	25	„ retrobulbar.....	17
„ total.....	47	Atrofia consecutiva á neuritis.....	2
Buñalmos.....	5	„ consecutiva á meningitis.....	1
Keratocono.....	3	„ consecutiva á fractura.....	5
Erosión.....	5	Atrofia simple.....	33
Quemadura.....	2	Neurosis traumática.....	1
Cuerpos extraños.....	35	Fibras nerviosas opacas.....	3
	610	Retinitis albuminúrica.....	2
AFECCIONES DE LA ESCLERÓTICA		„ diabética.....	1
Escleritis.....	14	„ sífilítica.....	2
Estafiloma escleral.....	1	„ pigmentaria.....	7
„ intercalar.....	1	„ hemorrágica.....	3
Heridas.....	3	Embolia de la arteria central.....	1
	19	Desprendimiento de la retina.....	11
AFECCIONES DEL IRIS		Hemeralopia.....	1
Iritis serosa.....	7		93
„ plástica.....	50	AFECCIONES DEL CRISTALINO	
„ tuberculosa.....	3	Lujación traumática.....	2
Oclusión pupilar.....	3	„ congénita.....	1
Prolapso del iris.....	7	Catarata senil verde.....	39
Iridociclitis.....	7	„ senil madura.....	34
„ simpática.....	4	„ creta calcárea.....	1
Restos persistentes de la membrana pupilar.....	4		
Coloboma.....	2		
	87		
AFECCIONES DE LA COROIDES			
Coroiditis diseminada.....	5		
„ central.....	23		

„ diabética.....	3
„ secundaria.....	12
„ complicada.....	11
„ congénita.....	2
„ capsular anterior.....	1
„ piramidal.....	3
„ zonular.....	3
„ polar posterior.....	5
„ polar anterior.....	1
„ por conmoción.....	6
„ traumática.....	17
	<hr/>
	141

AFECCIONES DE TODO EL BULBO Y DE LA ÓRBITA

Tumores intraoculares.....	4
— orbitarios.....	3
Contusión del bulbo.....	8
Heridas penetrantes.....	17
Panoftalmía.....	6
Tisis bulbar.....	29
Anoftalmo.....	3
	<hr/>
	70

VICIOS DE REFRACCIÓN

Miopía.....	179
Hipermetropía.....	131
Presbicia.....	153
Astigmatismo.....	74
Anisometropía.....	33
	<hr/>
	570

AFECCIONES DE LOS MÚSCULOS Y NERVIOS

Estrabismo convergente.....	63
„ divergente.....	16
Astenopia muscular.....	2
Nistagmus.....	6
Nictitatio.....	2
Espasmos de la acomodación.....	4
Oftalmoplegia completa.....	2
„ externa.....	3
„ interna.....	4
Cicloplegia.....	3
Parálisis del sexto nervio.....	9
„ del recto superior.....	1
„ del npático.....	3
Ptosis.....	8
	<hr/>
	126

AFECCIONES DEL APARATO

LAGRIMAL

Estrechez del conducto nasal.....	53
Dacriocistitis crónica.....	16
„ aguda.....	10
Tuberculosis del saco lagrimal.....	1
Fístula del saco lagrimal.....	2
	<hr/>
	82

HISTERISMO, SIMULACIÓN, etc.. 10

Suma total de las enfermedades.....3247

Resumen

Párpados.....	348=11,72 %
Conjuntiva.....	960=29,56 %
Córnea.....	610=18,78 %
Esclerótica.....	19= 0,58 %
Iris.....	87= 2,68 %
Coroides.....	33= 1,02 %
Cuerpo vítreo.....	36= 1,11 %
Glaucoma.....	62= 1,91 %
Nervio óptico y retina.....	93= 2,87 %
Cristalino.....	141= 4,34 %
Bulbo y órbita.....	70= 2,16 %
Refracción.....	570=17,55 %
Músculos y nervios.....	126= 3,88 %
Aparato lagrimal.....	82= 2,53 %
Histerismo, simulación, etc.....	10= 0,31 %
	<hr/>
	3247=100,00 %

ESTADÍSTICA DE LAS OPERACIONES

En esta estadística no he enumerado las operaciones sencillas, como depilación, ablación de chalazion, incisión del saco lagrimal, tratamiento de la estrechez del conducto nasal por medio de la sonda, etc., etc.

OPERACIONES EN LOS PÁRPADOS

Entropion.....	3
Ectropion.....	3
Cantoplastia.....	2

OPERACIONES EN LA CONJUNTIVA	
Extracción de cuerpos extraños.....	4
Extirpación de epiteloma....	2
OPERACIONES EN LA CÓRNEA	
Galvanocauterización.....	6
Extracción de cuerpos extraños.....	18
Pterigión.....	27
OPERACIONES EN LA ESCLERÓTICA	
Esclerotomía.....	5
OPERACIONES EN EL IRIS	
Iridectomía por glaucoma....	5
„ por desprendimiento de la retina.....	1
„ preparatoria.....	6
„ óptica.....	4
Iridotomía.....	3
OPERACIONES EN EL CRISTALINO	
Extracción de catarata senil madura.....	27
„ de catarata verde....	4
Discisión de catarata zonular.....	2
„ de catarata traumática.....	1
„ de catarata secundaria.....	15
EXTIRPACIÓN TOTAL DEL OJO	8
OPERACIONES EN LOS MÚSCULOS	
Tenotomía.....	25
Ajustamiento.....	5
OPERACIONES EN EL APARATO LAGRIMAL	
Extirpación del saco lagrimal.	3
OPERACIONES EN LA ÓRBITA	
Extracción de un secuestro..	1
Suma total de las operaciones.	190

OBSERVACIONES

Oftalmía gonorréica.—Bajo el nombre de oftalmía gonorréica

comprendo las inflamaciones de la conjuntiva producidas por el gonococo de Neisser. Propiamente hablando, no debería emplearse este nombre sino en los casos en que pudiera comprobarse la presencia del diplococo específico, aun cuando el aspecto clínico sea, en muchas conjuntivitis de otra naturaleza, sumamente parecido al proceso generado por el microbio en cuestión. Tampoco me parece correcto dar la denominación de oftalmía purulenta ó blenorrea á la oftalmía gonorréica verdadera; y menos aún designar el tracoma con el epíteto de blenorrea crónica, como lo hacen ciertos autores.

Es verdad que únicamente el examen microscópico puede, en muchos casos, dar seguridad al diagnóstico; pero siendo tan fácil el procedimiento y tan grande su importancia, debe recurrirse á él siempre que se pueda.—Hé aquí el método sencillo que uso en mi hora de consulta, para dicho examen. Con un bastoncito de vidrio se pone una cantidad muy pequeña del pus sospechoso sobre la superficie de una laminilla de vidrio, ni más ni menos que como para examinar esputos. Después de haberlo secado al aire, se calienta poco sobre la llama de una lámpara de alcohol y se tiñe con una solución concentrada de azul de metileno. Un minuto después se lava con agua, se seca nuevamente entre dos hojas de papel secante, se pone bálsamo de Canadá y la preparación queda lista, no requiriendo toda la técnica más de 5 minutos.— El aspecto de una preparación hecha de este modo es el de la figura número 1. — Lo característico no es sólo la forma del diplococo, sino su agrupación en montoncitos, dentro de los glóbulos purulentos, aunque á veces se les pueda ver también aglomerados fuera de ellos.

Cuando no se encuentra gonococos en la primera preparación, se examina la segunda, y cuando des-

pués de un examen minucioso consta la ausencia absoluta del diplococo, se puede tranquilizar al paciente. Justamente estos casos de oftalmía purulenta con secreción abundante, son de un pronóstico favorable, siempre que se les trate de modo conveniente; no sucede lo mismo cuando hay gonococos, en cuyo caso es necesario advertir al paciente y á su familia que se trata de una enfermedad sumamente grave y muy infecciosa, y que es preciso tomar precauciones, v. g., que ninguna otra persona se sirva de las tohallas, esponjas, tocador, etc. del enfermo, y seguir un tratamiento cuidadoso. Se sabe que la conjuntivitis gonorréica no depende de la edad, ni de la constitución, ni de cierta disposición, pero siendo muy frecuente en los niños recién nacidos, se usa desde hace siglos el nombre de *blephorrhoea neonatorum*, denominación anticuada que sería mejor suprimirla por completo.

a. *Oftalmía gonorréica de los adultos.*—En mi estadística he separado las oftalmías gonorréicas de los adultos de las de los recién nacidos, porque he encontrado aquí para las primeras un modo particular de inoculación, dependiente de la costumbre de lavarse los ojos con orinas. Cuando menos 12 de los 17 enfermos adultos, es decir 71 %, confiesan que han adquirido la enfermedad por este procedimiento, el cual es tanto más absurdo cuanto que aun la orina sana produce muchas veces una irritación fuerte de la conjuntiva.

La orina humana, aunque sea de una virgen, es el más peligroso de todos los remedios caseros, cuyo número, como sabemos, es bastante crecido en el Perú.

Algunos ejemplos bastarán para hacer conocer las tristes consecuencias de esta mala costumbre.

L...Ch..., joven de 22 años, (26

abril 94) [1] se lavó hace 5 días con sus propias orinas, porque tenía una enfermedad del ojo derecho (probablemente conjuntivitis simple). Tiene en los dos ojos abundante secreción purulenta, conteniendo muchos gonococos, y la córnea derecha presenta ya una úlcera profunda del tamaño de un tercio de la córnea.

Exito:— O. D.: Leucoma adherente.— O. I.: sano sin lesión alguna.

R...B..., mujer de 45 años, (19 setiembre 94). Hace apenas 11 días que ambos ojos estaban sanos—Entonces se lavó varias veces con sus propias orinas: ¡La paciente llega á la consulta con las dos córneas completamente destruidas!—En la secreción hay abundancia de gonococos.

Exito:—O. D.: Estafiloma total de la córnea—O. I.: Tisis del bulbo y amaurosis.

J...G... joven de 20 años, (17 setiembre 94). Se ha lavado con orinas—Viene con las dos córneas perforadas ya, y con prolapso del iris en ambos lados.—Después de un tratamiento que duró varios meses ha recuperado una vista mediana en ambos ojos.

M...B..., niño de 5 años, (8 mayo 95). Secreción purulenta en ambos lados; tiene muchos gonococos. Hace algunos días fué lavado por su madre con orinas—O. D., córnea intacta.—O. I., úlcera corneal con prolapso del iris.

T...C..., niña de 3 años, (25 mayo 95), fué lavada varias veces con orinas.—O. D., intacto.—O. I., úlcera de la córnea con hipopion—Muchos gonococos; todavía en tratamiento.—Tendrá á la postre una nube grande central en el ojo izquierdo.

Los demás pacientes que por medio de la orina introdujeron este

(1) Las fechas encerradas entre paréntesis corresponden al día en que se presentaron los enfermos en el consultorio.

huésped formidable en su saco conjuntival, vinieron también en un estado lamentable, pero felizmente con las córneas intactas todavía y bastante temprano para que se les pudiera salvar de una ceguera inminente y segura.

Es terrible la rapidez con la que el tejido corneal se disuelve en la supuración, como la nieve en el sol, y ninguna enfermedad de los ojos necesita un tratamiento más enérgico que ésta. Gran parte de los ciegos pobres que limosnean en las calles de Lima, si no han perdido la vista por las viruelas, han sido víctimas de la gonorrea.

b.—*Oftalmía gonorréica de los recién nacidos.*—Mucho más frecuente que en los adultos es la gonorrea oftálmica de los recién nacidos, ocasionada por infección proveniente de las secreciones vaginales gonorréicas de la madre, durante el parto.

La mayor parte de todas las inflamaciones purulentas que se desarrollan desde el segundo ó tercer día de la vida, son de carácter gonorréico; y de los 34 casos de mi estadística el examen microscópico reveló 30 veces la presencia del gonococo de Neisser. Solamente en 4 niños el microscopio tuvo que desmentir el diagnóstico clínico, pues se trataba de la forma benigna sin diplococos, y estos niños, en consecuencia, curaron en pocos días sin ninguna dificultad.

El número de enfermos de esta categoría que se han presentado en mi consulta, guarda proporción con las estadísticas de las grandes clínicas europeas.

He tenido entre 3247 clientes 11 ‰, mientras que Cohn y Valenta cuentan el 15 ‰, y Silex 10-12 ‰.

Pero 17 casos de oftalmía gonorréica en adultos, es decir 5,24 ‰, es un número inaudito, porque en Europa se encuentra solamente 1,17 ‰ (Cohn) ó 1,18 ‰ (Hirschberg), probablemente porque allá

el público conoce los peligros de una gonorrea uretral mejor que aquí.

En cuanto al método profiláctico para impedir la oftalmía gonorréica de los recién nacidos, no se necesita hablar mucho. El procedimiento de Credé—instilación de una gota de solución de nitrato de plata al 2 ‰—y sus consecuencias humanitarias son bastante conocidas en el mundo entero. Falta solamente su adopción por las comadronas.

Para mí, no hay cosa más triste que decir á una madre que ha tratado á su hijo durante semanas con ácido bórico ó remedios caseros, según la costumbre del país: ¡ ya es tarde!

Tres veces he encontrado así los dos ojos destruídos por completo: una vez perdido ya un ojo, y el otro con úlcera de la córnea. Tres veces había úlceras en ambos ojos, y nueve veces una úlcera corneal en un ojo. Generalmente la enfermedad se establece en los dos ojos á la vez (26 veces sobre 30 casos.)

Tengo la satisfacción de declarar que durante el tratamiento por mí empleado nunca se ha establecido una nueva úlcera, y que las úlceras ya existentes nunca han determinado la perforación. Así todos los pacientes que han venido con las córneas intactas se han salvado completamente y los otros no han conservado más huellas que unas nubes corneales generalmente pequeñas.

Oftalmía membranosa ó crupal.—He observado 6 casos de esta enfermedad relativamente rara. Por el examen microscópico se descubrió que no se trataba en ninguno de los casos de difteria verdadera, pues faltaba el bacilo de Loeffler, ni de gonorrea, en la que á veces también se forman neomembranas. Todos los pacientes se han curado sin dificultad en el transcurso de dos semanas.

Oftalmía granulosa. — El simple hecho de que haya observado sólo 14 casos de tracoma, de los cuales cuatro tenían con seguridad su origen en los Estados Unidos ó en Europa, me parece digno de especial mención.

A mi llegada al Perú esperaba encontrar una multitud de tracomatosis, porque en todos los países bajos, especialmente en las orillas del mar, la enfermedad es muy común, y á veces á tal extremo que más de la mitad de todos los enfermos tienen oftalmía granulosa.

En Breslau, por ejemplo, hay 9 %; en Riga 14 % y en Milán 67 %, mientras que yo cuento en mi estadística sólo 0,43 %.

Felizmente, y quizás por las condiciones muy especiales del clima de este país, he hallado tan pocos casos de esta enfermedad, desagradable, así para el paciente, como para el médico; y por tal motivo se pueden deducir algunas conclusiones de importancia.

Se sabe que muchos oculistas, y entre ellos no pocas celebridades, sostienen la opinión de que la Oftalmía folicular y la Oftalmía granulosa son enfermedades idénticas, es decir, que las granulaciones se desarrollan siempre á espensas de los folículos.

He tenido ocasión de observar aquí no menos de 76 casos de oftalmía folicular bien caracterizada, y jamás se ha desarrollado en ninguno de estos pacientes la forma tracomatosa.

Por otro lado, existe la teoría que sostiene que la misma oftalmía gonorréica, además de la forma aguda, tiene otra crónica, producida también por el gonococo, y que es el tracoma.

Los partidarios de esta escuela se hallan tan convencidos de la realidad de su hipótesis, que dan al tracoma el nombre de *Blenorrhoea chronica*, como ya he mencionado.

Si esto fuera cierto, sería natural que el tracoma abundase en los lugares donde hay mucha oftalmía gonorréica.

Pero aquí encontramos todo lo contrario: gonorreas en número espantoso y casi ningún tracoma. Por estas razones la oftalmía granulosa ó tracoma me parece una enfermedad especial bien caracterizada, que no es ni una oftalmía folicular grave ni una oftalmía gonorréica ligera.

De los 50 casos de **iritis plástica**, cuento uno por gonorrea y 16 por sífilis. Entre los últimos hay uno que ofrece particular interés por su etiología.

El 25 de junio del 93 ví en consulta con el Dr. Castillo, médico de la familia, al señor J. M. D. C. de 48 años, que tenía una inflamación del ojo derecho desde hacía algunos días. Era una iritis bien intensa que ya había formado sinequias numerosas y casioclusión de la pupila. No se podía averiguar ninguna otra causa que el reumatismo que había sufrido varias veces. El paciente creía haber adquirido la enfermedad por haber tenido abiertos los ojos largo rato en el agua fría del baño. El tratamiento de costumbre, atropina, obscuridad, salicilato de soda, no produjo mejoría alguna. Después de 14 días insistí otra vez en inquirir en el paciente antecedentes relacionados con enfermedades venéreas, pero obtuve el mismo resultado completamente negativo, tanto anamnésico como objetivo.

No obstante, le administré yoduro potásico en alta dosis: ningún cambio notable durante semanas. Felizmente el Dr. Vélez, á cuya noticia llegó la enfermedad del señor D. C., y con quien tuve ocasión de hablar después, me dijo que mi enfermo había adquirido la sífilis 12 años atrás, por vacunación, de la cual la víctima misma no sabía nada y de la que no que-

dó ningún vestigio. El mismo día empecé un tratamiento mercurial, para el que me había faltado hasta entonces toda indicación. Después de 5 días se inició la mejoría, quedando curado al cabo de 15 y conservando la vista normal.

Lo interesante en este caso es, fuera de la etiología secreta, la ineficacia del yoduro y la curación rapidísima por el mercurio.

Se sabe que la mayoría de los médicos acuden de preferencia á las preparaciones yoduradas; pero yo empleo ordinariamente en estas lesiones terciarias de la sífilis, cuando se trata directamente del ojo ó del cerebro, como en los casos de oftalmoplegia, — además del tratamiento local — un tratamiento mercurial bien enérgico, consistente en inyecciones intramusculares, en la región glútea, de 10 centigramos de timolo-acetato de mercurio, cada semana. Muchas veces desaparecen los síntomas con una sola inyección; pero generalmente aplico 4 ó 5.

Este método es muy cómodo, como se vé. A veces, es verdad, hay dolores notables y quedan durezas temporales, pero nunca se han producido abscesos en el sitio de la inyección; accidente de que se quejan á menudo los médicos que usan el calomel, sea por causa del medicamento ó por falta de anti-sepsis rigurosa, que yo empleo. Tampoco he visto desarrollarse estomatitis de importancia. Debo advertir que últimamente en Europa, se han observado algunos casos de embolias graves de parafina en los pulmones y que por eso es indispensable, para evitar tales accidentes, después de haber colocado la aguja, separarla nuevamente de la jeringuita y ver si sale sangre. En este caso la punta ha entrado en una vena y es necesario hacer la punción en otro sitio.

También he empleado en algunos casos de iritis sifilítica las inyecciones sub-conjuntivales de su-

blimado, tal como las prescribe Darier, sin haber podido convencerme de que por este procedimiento se obtenga una curación más rápida. Me parece que el tratamiento general es lo más importante en semejantes casos; y con el método mencionado antes he obtenido, generalmente, curaciones tan rápidas, que los mismos pacientes, cansados de tomar píldoras y jarabes, han quedado sorprendidos.

Glaucoma.—*Glaucoma agudo secundario*—Sra. M. R., de 72 años. (8 de mayo de 1894).

El ojo izquierdo le ha causado molestias desde hace años; á veces neblina, arco iris, etc. Últimamente los dolores en el ojo, sien y región nasal se han aumentado tanto, que la paciente no puede dormir y ha perdido la vista por completo.

Examen: El O. D. no ofrece nada de particular.— O. I.: congestión ciliar intensa. Tensión muy aumentada, +3. Córnea áspera y muy opaca. Cámara anterior muy estrecha. Pupila considerablemente dilatada é insensible á la luz. El lente cristalino con catarata, no permite examinar el fondo del ojo.

Diagnóstico: glaucoma agudo.

Tratamiento: Si los colirios mióticos no mejoran en pocos días, iridectomía.

He ejecutado esta última el 1.º de junio de 1894, usando el cuchillo de Graefe, porque la reducción de la cámara era tan considerable que no permitía el uso del keratotomy triangular. Durante la difícil operación hubo bastante pérdida de cuerpo vítreo y se establecieron también hemorragias espontáneas en las partes inferiores del iris.

Con la operación se obtiene sólo una mejoría temporal.

Después de algunas semanas la paciente vuelve á sufrir de los mismos insoportables dolores de antes; de manera que tuve que ejecutar el 17 de julio del 94, la extirpa-

ción del ojo previa cloroformización, ayudado por el Dr. Matto. Desde este momento la paciente no tiene dolores.

Siempre es desagradable para el médico tener que recurrir a la extirpación del órgano por una enfermedad que suele curarse usando métodos más conservadores. Pero ¡qué satisfacción experimenté al hacer el examen anatómico é histológico del bulbo!, pues encontré un sarcoma melánico corooidal considerable, cuyo diagnóstico era antes imposible por el enturbiamiento de los medios oculares. (Véase a figura 2.)

La operación, como es de suponer, ha salvado la vida de la paciente.

Glaucoma hemorrágico.—Muy poco tiempo después de esta observación tan interesante vino á consultarme la señorita M. J. de 47 años de edad. Desde hace algunos meses ha perdido la facultad de ver por el ojo derecho, mientras que el ojo izquierdo ha quedado bien. A veces tiene dolores fuertes en el ojo, con hemicránea, arcoiris al rededor de la luz de la bujía, etc.

Examen: O. I., normal.—O. D., amaurosis, congestión ciliar, córnea opaca, cámara estrechada, pupila mediana, inmóvil, tensión +2, es decir muy aumentada.—Al oftalmoscopio, ningún reflejo de luz roja de la pupila. Por iluminación focal oblicua se puede ver inmediatamente detrás del cristalino que está claro, un reflejo gris opaco, procedente de un cuerpo que llena el cuerpo vítreo hasta en sus partes anteriores.

Diagnóstico: Glaucoma secundario agudo, probablemente debido al desarrollo de un tumor intraocular.

Pronóstico: fatal.

Tratamiento: extirpación; al menos según los autores:

Nettleship dice, por ejemplo, en su tratado *Enfermedades de los ojos*, pág. 283, literalmente: “Si

un ojo glaucomatoso que ha estado completamente ciego algunos meses, sigue congestionado, adolorido y sus medios son demasiado opacos para poder hacer el examen oftalmoscópico, debe extirparse, porque es casi seguro que contiene un tumor.”

Estas eran las condiciones del caso anterior, y por cierto que en el caso presente el diagnóstico parecía aun más fácil porque aquí se podía ver el tumor, aunque turbio por la opacidad de la córnea. Suponiendo, pues, la existencia de un sarcoma coroideal, dije á la paciente y á la familia, que se trataba de una enfermedad bien seria y que quizás se necesitaría la extirpación del ojo para conservar la vida.

A pesar de que la familia me había dado plena libertad para proceder aun practicando la extirpación, hice lo siguiente: No pudiendo pensar en iridectomía procedí á hacer una esclerotomía, el 7 de setiembre del 94, y esto solamente por no dejar de hacer un último esfuerzo para conservar el globo. El efecto fué sin embargo sorprendente; pues el 12 de setiembre noté que el ojo estaba blanco, la córnea lustrosa, transparente como el cuerpo vítreo, y el pseudo-tumor había desaparecido. Se podía ver muy bien la retina que mostraba una multitud de manchas hemorrágicas que cubrían todo el campo. El nervio óptico blanco, tenía una excavación total profunda, la tensión era aun más elevada que la normal, pero indudablemente estaba bien disminuída.

Prescripción: fisostigmina.

El 15 de setiembre la vista del O. D.: $\frac{3}{20}$!

El 25 de setiembre las hemorragias retinianas habían desaparecido! vista $\frac{4}{20}$, campo visual muy pequeño.

Ante semejante resultado era natural que yo me preguntase: ¿Es conveniente hacer una iridectomía?

Después de madura reflexión, decidí que no; porque estos glaucomas hemorrágicos son generalmente tan malignos que por alteración repentina de la presión, producida por la iridectomía, se han observado muy á menudo hemorragias retinianas y coroideales tan fuertes que la extirpación inmediata del globo entero se ha hecho inevitable. Por eso resolví contentarme sólo con esclerotomías repetidas y el uso de mióticos.

Practiqué la segunda esclerotomía el 1.º de octubre del 94, la cual levantó la vista central hasta 6/20, y la tercera el 23 de mayo del 95.

La paciente regresó en seguida á su país natal en el Sur del Perú, usando con frecuencia un colirio de pilocarpina al 2 %, naturalmente muy contenta de haber salvado la forma de su ojo, de verse libre de dolores, y de disfrutar hasta de un poco de vista. El otro ojo no mostró síntomas de glaucoma ni de hemorragias intraoculares durante todo el tiempo que tuve ocasión de observar á la paciente.

Este caso comparado con el anterior tiene un interés bastante grande. En efecto, en el primero existía un tumor maligno cuya existencia no se podía probar sino sólo sospechar, y en el segundo se veía, merced á la semiclaridad de los medios oculares, un tumor intraocular que en realidad no era más que un coágulo sanguíneo. El diagnóstico no se podía verificar con exactitud á causa del cambio de color del coágulo y de la dificultad de distinguir los pormenores de la superficie del tumor á través de la córnea un tanto opaca.

Neuritis óptica unilateral.

—Señorita M. C., de 18 años, vino á la consulta el 1.º de julio del 93.—Dice que durante el último año, sin inflamación ni dolores, ha ido perdiendo poco á poco la visión por el ojo izquierdo. Este funcionaba antes de modo perfecto, como el derecho. Sufre úni-

camente de vez en cuando de dolores ligeros de cabeza. Nunca ha tenido enfermedad grave. Los padres están vivos; son sanos, así como varios hermanos. El médico de la casa—que á la vez es pariente—me dice que no tiene ninguna diátesis constitucional, como tuberculosis, sífilis, diabetes ó albuminuria.

Examen: A la simple inspección, los dos ojos parecen iguales y sanos. Vista: O. D., 4/4, normal.—O. I., cuenta los dedos á 1 metro de distancia, sin mejorar por ninguna clase de lentes. El oftalmoscopio manifiesta que el ojo derecho es completamente normal, mientras que el izquierdo posee alteraciones morbosas importantes en su aparato nervioso. En vez del disco hay una hinchazón muy elevada de color gris rosado, como 4 veces más grande que la papila normal. El borde papilar está muy empañado; la retina circunvecina tiene una nebulosidad opalescente grisácea; las venas se hallan tortuosas y congestionadas; en fin, hay una neuritis óptica bien pronunciada, como lo muestra la figura 3.

Aun llaman más la atención las alteraciones de la retina. Una gran cantidad de pequeñas manchitas blancas, brillantes y bien definidas se agrupan al rededor del punto amarillo y forman una estrella graciosa, como suele encontrarse, solamente, en la retinitis albuminúrica.

Pero no existen síntomas de nefritis y, además, la retinitis albuminúrica es siempre simétrica. Cuando la papilitis es única, generalmente suele ser producida por lesión en la órbita; sin embargo no se podía sospechar esto último á causa de la falta absoluta de indicios que revelasen una enfermedad orbital.

No quiero insistir sobre el diagnóstico diferencial; y sólo me limitaré á decir que la etiología de este

caso era completamente obscura.

Por el aspecto bien alarmante de la papiloretinitis, resolví emplear un tratamiento enérgico, y le prescribí el 11 de julio del 93, fricciones mercuriales a la dosis de 4 gramos por día, en dos sesiones, y yoduro potásico 2 gramos diarios.

El resultado superó á mis esperanzas:

El 9 de agosto del 93, al cabo de un mes, la retina tenía el aspecto de la figura 4. Las manchas blancas, la hinchazón y la opacidad del disco estaban disminuídas considerablemente, y por lo que á su vista respecta cuenta los dedos á 4 metros y medio de distancia.

El 4 de octubre, ¡vista 6/8!

Y el 4 de diciembre del 93 vista 6/6. Fig. 5.—normal.

El disco se ha hecho normal, ha recuperado su tamaño y sus colores naturales. En el punto amarillo han quedado solamente algunas pequeñas manchitas, y la retina muestra en este lugar un dibujo rayado horizontal, que no se encuentra en el otro ojo cuya retina y nervio óptico han quedado completamente normales durante todo este tiempo.

Lo más interesante y lo más raro de esta observación es la unilateralidad de la afección, la curación rápida por el mercurio y, sobre todo, la particularidad de que no haya quedado atrofia alguna del nervio óptico ni la menor ambliopía, como sucede comúnmente en casos tan graves de neuritis.

Músculos y nervios.—*El espasmo de la acomodación* es muy frecuente en los hipermétropes fuertes, porque necesitan un esfuerzo poderoso del músculo ciliar especialmente para la visión de cerca. Estos son los pacientes que vienen con dolores astenópicos, con estrabismo convergente, diciendo que son muy miopes! Han adquirido la costumbre de acercarse mucho á la lectura, de manera que verdaderamente parecen tales. Por esta

causa he visto muchas veces ordenar al enfermo el uso de anteojos cóncavos, que el pobre músculo ciliar tiene que superar más allá de la hipermetropía.—Voy á citar solamente el siguiente ejemplo, bastante instructivo.

El joven D. E., de 12 años, se queja de que no puede ver bien de lejos por ser muy miope. El examen de la vista da el siguiente resultado: O. D., cuenta dedos á 2 metros de distancia.—O. I., 6/20. No hay mejoría con ninguna clase de lentes. Para leer se acerca la lectura *hasta 10 centímetros*, y descifra con mucho trabajo las palabras cuyas letras tienen un tamaño de 4 mm., dirigiendo á la vez el ojo derecho hacia dentro. El examen oftalmoscópico revela en lugar de una miopía exagerada una *hipermetropía* de 6 dioptrías. Con las lunas convexas correspondientes (se empieza ensayando las débiles, por ejemplo el N.° 40., y se aumenta paulatinamente la fuerza) ya podía leer, el 8 de enero del 94, las letras de 1 mm., á 30 cm. de distancia; después de medio año tenía con el N.° 13 una vista de 6/8, y ya no era bisco.

Entre mis casos de **Oftalmoplegia** se encuentran algunos muy interesantes que voy á describir brevemente.

Oftalmoplegia externa unilateral.—El 18 de octubre del 94 me buscó el señor T. G., de 49 años de edad, diabético desde años há, con 3% de glucosa; se queja de que repentinamente se le ha caído el párpado derecho, cubriendo así el ojo que más le sirve, porque el otro tiene una gran nube corneal. Fuera de esto, el ojo izquierdo no muestra nada de particular.

El ojo derecho está afecto de ptosis mediana; con gran esfuerzo se puede levantar aun algo el párpado. El globo se mueve libremente hacia afuera con un poco de rotación hacia abajo; pero hacia

adentro y arriba no se mueve ni un milímetro.

El iris y la acomodación están libres.

El 19 de octubre del 94 se empeora el estado del enfermo. El párpado ha bajado más y le es imposible al paciente levantarlo. El recto externo ha perdido la mitad de su movilidad. Fuera de él funciona sólo el oblicuo superior, como antes.

El 1.º de noviembre del 94 apenas se mueve el oblicuo superior; por lo demás la oftalmoplegia externa es completa. El iris y la acomodación han quedado intactos.

Desde este tiempo se vé una mejoría constante y el 11 de diciembre del 94 escribo en mi libro de observaciones: curado. Se nota solamente un defecto ligero en la abducción.

El ojo izquierdo no ha sufrido pérdida de movilidad durante todo este tiempo.

Esta observación es una de las más interesantes, porque tiene la claridad de un experimento científico.

El paciente viene con parálisis del nervio motor ocular común, pero nó de todas sus ramas. El iris y el músculo ciliar quedan intactos, lo que prueba que no se trata de una lesión del tronco nervioso sino de una lesión central nuclear.

El músculo externo no se daña al principio porque el centro del sexto nervio se encuentra más atrás que el de los otros y por eso el derrame de sangre, origen de la lesión, no lo ha atacado. Al día siguiente ya hay paresia y más tarde parálisis de este músculo: el derrame de sangre se ha extendido hacia atrás.—El oblicuo superior ha quedado libre siempre; pues el centro del patético se encuentra en el lado opuesto, cruzado, y el derrame de sangre no lo ha alcanzado.

La reabsorción de la sangre tardó más en las partes posteriores donde se había establecido tarde

el derrame, pues el externo recuperó posteriormente su movilidad.

Oftalmoplegia completa unilateral.—R. S. de 42 años, concurrió á mi consulta el 3 de marzo del 95.—Padeció un chancro duro hace 20 años; y fué curado con mercurio y yodo.

O. I., intacto.—O. D., ptosis completa. Movimiento del globo, solamente hacia fuera (sexto nervio) y un poco hacia abajo con rotación (cuarto nervio). En las demás direcciones pérdida completa de movilidad.

Iris, de tamaño mediano sin reacción ninguna. Parálisis completa de la acomodación. No existen otros síntomas de sífilis del sistema nervioso.

Tratamiento: inyecciones de timolo-acetato de mercurio, yoduro potásico, electricidad.

Después de 2 semanas se inicia la mejoría, curando al cabo de 6.

Hé aquí el *pendant* de la observación anterior.

La lesión ha comprometido *todas* las fibrillas del nervio á la vez y no ha dejado libres las ramas que corresponden al iris y al músculo ciliar, como en el caso del diabético.

Sin duda el sitio de la enfermedad es más periférico, no está en el suelo del cuarto ventrículo, sino en la base del cerebro donde se habrá desarrollado con seguridad un proceso gomoso.

Oftalmoplegia interna unilateral.—J. B., de 22 años, acudió á mi consulta el 4 de setiembre del 93. Padeció de un chancro duro en 1889, del que fué curado, habiendo permanecido sano hasta fines de agosto de 1893. Observa que en los últimos días la vista por el ojo izquierdo empeora sin dolor alguno.

En el examen no encuentro en el ojo derecho nada de particular; en el ojo izquierdo todo normal, pero la pupila dilatada, y sin ninguna reacción. La dilatación era tan

grande que creí que el enfermo había usado algún midriático. (1)

Pero no era así, pues la midriasis duró meses.

La vista del ojo enfermo era normal para los objetos lejanos, como en el otro lado; pero de cerca no podía leer sino con el vidrio convexo correspondiente á la distancia: Parálisis completa de la acomodación

Había aquí una oftalmoplegia interna unilateral sifilítica, clásica.

Las aplicaciones terapéuticas, consistentes en 62 inyecciones subcutáneas de sublimado, en la faradización y la galvanización diarias é instilaciones de pilocarpina, ha tenido éxito. El 4 de diciembre del 93 la pupila era de tamaño mediano, sin miótico, se entiende, y ya tenía cierta reacción, pero aun había bastante anisocoria. No volví á ver al paciente. Supongo que ahora estará sano.

Un caso mucho más grave y algo obscuro es el que paso á narrar.

Oftalmoplegia interna doble.— J. L., de 42 años, hombre robusto, soltero; vino el 27 de febrero del 93 á mi consulta, diciendo que desde hacía un mes, y sin dolores, la vista se había empeorado poco á poco. El paciente fuma muchísimo y asegura haber tenido una enfermedad venérea, pero parece que esta no era sífilis; tampoco se encuentra objetivamente síntomas de dicha enfermedad.

Nunca ha padecido de influenza, malaria ó difteria.

Vista: O. D., 4/6, con + 1.0 4/4— O. I., 4/6, con + 0.75 4/4. Lectura con +3,0 á 30 cm. de distancia. Los ojos sin irritación ninguna. Tensión normal.

Las pupilas están en ambos lados completamente inmóviles y no

reaccionan ni á la luz ni á la acomodación.

Diámetros: D., 4½ mm. I., 6 mm.—No hay imágenes dobles en ninguna dirección, lo que prueba que no se trata de parálisis de ningún músculo externo. Tampoco ha tenido diplopia temporal.

Tiene casi una dioptría de hipermetropía; el nervio óptico un poco pálido, pero no gris, está bien contorneado y sin excavación. Los medios transparentes, los vasos, la mácula y la retina se hallan completamente normales en ambos lados. El campo visual demuestra una fuerte restricción para el verde con límites normales para los otros colores.

Los reflejos rotulianos faltan, por completo. No se comprueba la existencia del síntoma de Bracht-Romberg, ni de ataxia. No hay en la orina azúcar ni albúmina.

Después he visto al enfermo muchas veces. Se presentaron dolores en los huesos y hormigueo en la región supraorbitaria izquierda. Por lo demás su estado ha quedado igual hasta el 28 de abril del 94, época en que ví al paciente por última vez.

La diferencia de las pupilas y la parálisis del iris y de la acomodación han ofrecido la particularidad de no haber cambiado desde el primer día.

Mis esfuerzos terapéuticos carecieron por completo de éxito. Tratamiento: mercurio y yoduro potásico, quinina, corrientes continuas y franklinización, pilocarpina durante semanas, etc.—Faltando por completo la acomodación, era inevitable prescribir dos pares de anteojos al paciente, para ver de cerca y de lejos.

El enfermo no ha mejorado en lo menor, pero tampoco ha empeorado.

Estoy convencido de que en este caso se trata de una ataxia locomotriz ó parálisis progresiva. Conociendo la marcha rápida y fatal

(1) Más tarde he visto que Nettleship dice lo siguiente "En algunos casos muy raros la midriasis con cicloplegia se presenta sin alteración alguna en otra parte del nervio, estando entonces algunas veces la pupila muy dilatada." Uno de estos casos muy raros es el presente.

que sigue esta enfermedad en los países tropicales, hace meses he aconsejado al paciente que regrese á Europa, para que allí aproveche de la influencia favorable del clima de su país unido á los correspondientes auxilios médicos.

Por lo que respecta al pronóstico, en mi concepto es bastante serio.

Los otros casos de oftalmo plegia que figuran en mi estadística no ofrecen nada de particular.

Cicloplegias aisladas ó puras.—He observado 3 casos de esta afección. En uno de ellos se trataba de una niña de 7 años que sufrió esta afección, consecutivamente á una difteria, la cual fué tratada por el Dr. Avendaño. Curó después de 3 semanas mediante el uso pasajero de anteojos convexos para la visión de cerca. Otro de los casos observados se refiere á un neurasténico de 46 años de edad que enfermó á consecuencia del *abuso* de lentes convexos mientras se dedicaba á trabajos nocturnos. Este individuo se alivió merced al empleo de colirios de pilocarpina y de fisostigmina, y á la supresión de los anteojos inaparentes que antes usaba.

Paresias y parálisis aisladas de un músculo solo.—Las más frecuentes son las del recto externo y las del oblicuo superior, porque estos músculos están inervados por nervios especiales. De los 9 casos observados, 2 han sido originados por diabetes, 2 por sífilis, y los 5 restantes por otras causas. Todos han curado en un lapso de tiempo que ha oscilado entre 6 y 8 semanas. No cuento ningún caso debido á parálisis del oblicuo, pero sí uno de parálisis aislada del recto superior, por lesión periférica del ramo correspondiente del tercer nervio.

Los dos **Epiteliomas** que he observado en Lima no ofrecen ninguna particularidad digna de especial mención.

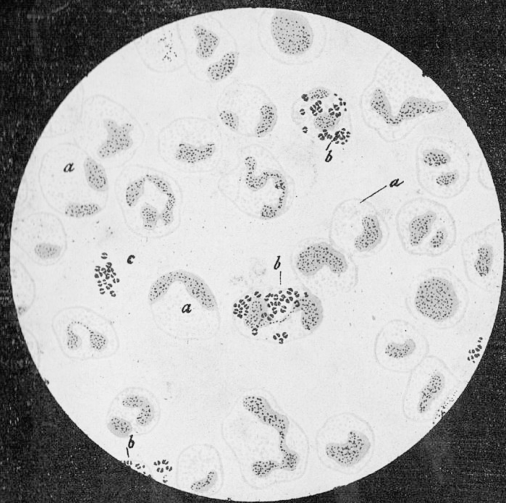
Se han originado en el lugar de costumbre, en la unión esclero-corneal. El uno tenía las dimensiones de una alberja y el otro las de un dinero. El diagnóstico se hizo previo el examen histológico. Extirpé el primero sin comprometer el bulbo del ojo, y el segundo, que fué operado en balde por varios médicos y que crecía con rapidez asombrosa, necesitó la extirpación total del ojo. Véase la Fig. 6).

Entre las diversas clases de **Lesiones oculares** que he observado, muchas de ellas fueron determinadas por el juego de carnaval: unas producidas por contusión; otras por la costumbre de vaciar en la cara *chisquetes* cargados con esencias alcohólicas concentradas, y no pocas por la introducción en los ojos de polvos de diversa naturaleza.

Uno de los casos más curiosos fué el del joven J. U., de 23 años, que vino á mi consulta el 24 de febrero del 95 con una conjuntivitis tan purulenta que sólo era comparable á una oftalmía gonorréica. Pero esta conjuntivitis no era debida al gonococo de Neisser, sino á polvos de mostaza inglesa que fueron arrojados á los ojos de este individuo en el entusiasmo del juego.

Otro caso que merece mencionarse es el siguiente: J. O., de 13 años de edad, con motivo de haber arrojado cierta cantidad de plomo derretido en un pequeño depósito conteniendo agua, produjo una especie de explosión que dió origen á que el plomo derretido fuera lanzado de la vasija yendo á herir justamente ambos ojos de este individuo. Cuando acudió á mi consulta, al día siguiente del accidente, encontró los sacos conjuntivales llenos de plomo y las córneas incrustadas de pedazos del mismo metal; con la particularidad de que el plomo extraído de los sacos conjuntivales había adquirido al solidificarse la forma de dichos

Fig. 1

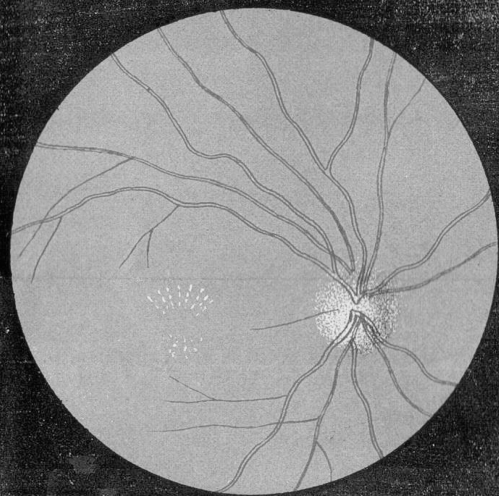


CONJUNTIVITIS GONORREICA

1000:1

- a. glóbulos purulentos
- b. meningococos dentro de leucocitos
- c. gonococos libres

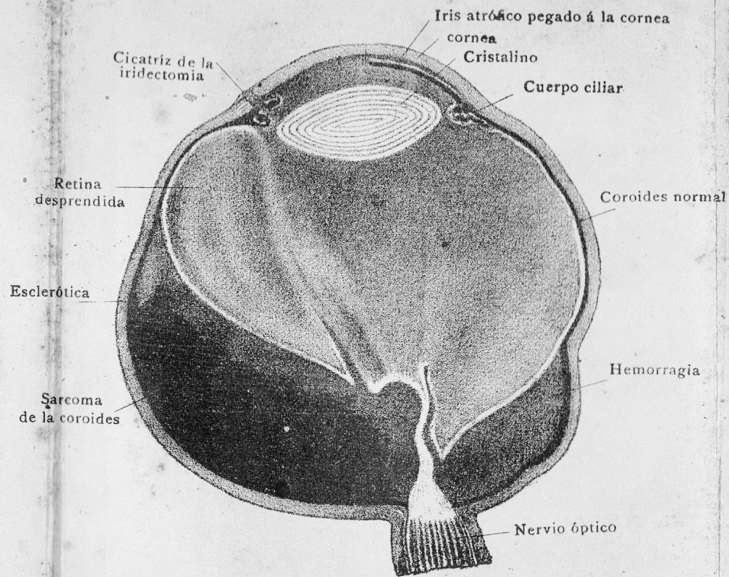
Fig. 4



M. C.

NEURITIS OPTICA UNILATERAL

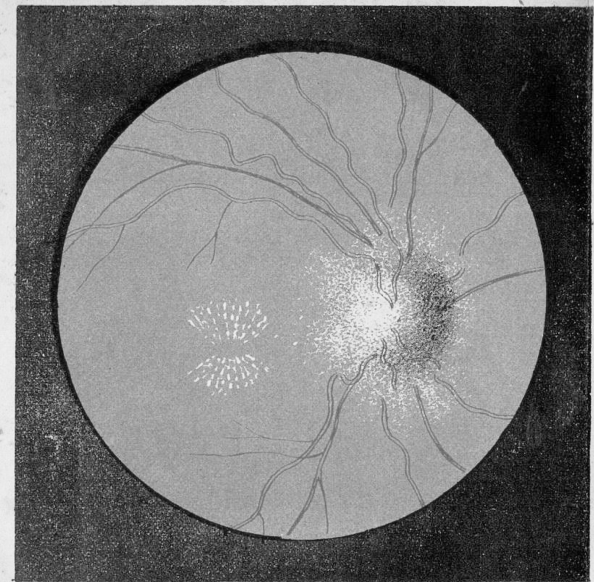
Fig. 2



M. R.

SARCOMA MELANOTICO DE LA COROIDES
extirpado el 17-VII-94

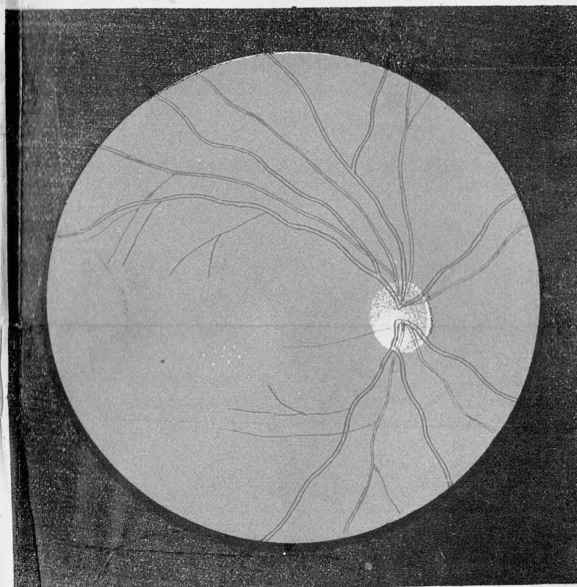
Fig. 3



M. C.

NEURITIS OPTICA UNILATERAL

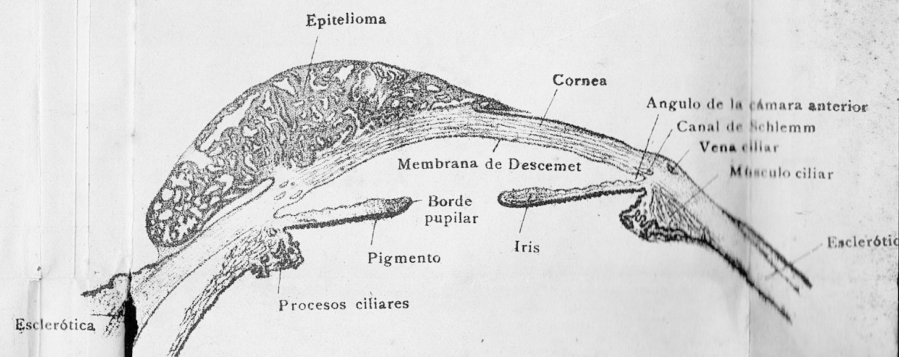
Fig. 5



M. C.

NEURITIS OPTICA UNILATERAL

Fig. 6



J. R.

EPITELIOMA CONJUNTIVAL
6:1

sacos. Después de grandes esfuerzos y de un tratamiento muy cuidadoso logré salvar la vista en ambos ojos, sin que quedaran manchas ni cicatrices viciosas.

BIBLIOGRAFIA

MEDICINA

La Medicación antitérmica de los procesos febriles agudos, por J. QUERALTÓ. Folleto de 111 páginas. Barcelona (España).—Año 1895.

Esta notable producción, publicada antes en la GACETA MÉDICA CATALANA, ha merecido el honor de ser premiada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona.

La medicación antitérmica es una de las más importantes y mejor estudiadas de la terapéutica; va estableciéndose sobre bases científicas, merced á los esfuerzos perseverantes de los sabios alemanes y franceses, sin que pueda decirse aún que haya salido del todo del período empírico.

Con grande diligencia, el Dr. Queraltó ha compulsado cuantos documentos han visto la luz pública en estos últimos años, sobre el mencionado tema; y las esparcidas luces al pasar la lente de su clarísimo ingenio se han concentrado en un haz brillante de belleza incomparable.

Ha estudiado la fiebre de una manera detenida y profunda; y las investigaciones acerca del calor humano, sus focos y aparatos reguladores no dejan nada que desear.

Los procesos agudos febriles dependientes de acciones dinámicas ó químicas del sistema nervioso; y los engendrados por autointoxicaciones y heterointoxicaciones se encuentran expuestos hábilmente con copiosa erudición.

Esta obrita muy interesante la recomendamos á todos los médicos

que quieran ponerse al corriente de las más recientes conquistas de termogenia normal y patológica.

CIRUGIA

Memoria estadística de las operaciones verificadas en el Quirófano de la Facultad de Medicina de la Universidad central, desde octubre de 1894 á junio de 1895, por EL DR. LEOPOLDO POMBO. Folleto de 35 páginas. Madrid, 1895.

La estadística del Quirófano va á tener una gran resonancia en el mundo científico; va á poner de manifiesto la utilidad práctica de la sala de cristal operatoria, no sólo bajo el punto de vista de los resultados obtenidos, sino de las ventajas manifiestas que ofrece á la preparación del material de anti-sepsis.

El éxito alcanzado por los cirujanos españoles es de los más lisonjeros; no conocemos ninguna estadística que pueda rivalizar en importancia con la del Quirófano de Madrid. Sobre un total de 214 operaciones se ha obtenido 179 curaciones; 3 mejorías; 5 quedaron en observación; 13 en cicatrización; 2 en el mismo estado; una reproducción; 4 sin resultado, y 7 defunciones.

Debemos indicar á nuestros lectores, que todos los casos han sido de importancia, como la operación de Pehlp para curar una porpeliomielitis, amputaciones, resecciones, artrectomías, tallas, laparotomías, gastrotomías, operaciones de Pirogoff para la tuberculosis tibio-peronee tarsiana; esplenectomías, operaciones sobre los ojos de todo género, etc., etc.

Felicítamos muy sinceramente al Sr. Dr. Pombo por la publicación de las operaciones hechas en el Quirófano, que honran á su patria y marcan un adelanto positivo en la Cirugía universal

HIGIENE

Recopilación elemental, redactada para el Liceo de San Luis de Gonzaga, de Oruro, por el DR. LAUREANO U. R. DEL CASTILLO Y ALEGRE. — Primera parte, *Oruro* (Bolivia), 1895.

Este folleto, de 33 páginas, es una recopilación de los rudimentos más esenciales de la Higiene; está redactado con sencillez y claridad; es una de las mejores obritas escritas para servir de texto á la enseñanza de niños. Todo su material científico está muy bien escogido, y sin los errores en que incurren, de ordinario, las personas extrañas á la medicina que presumen de escritores sobre este ramo.

MEDICINA HIPODERMICA

Notes pratiques sur l'injection souscutanée, por el DR. J. ROUSSEL (de Genève). Folleto de 23 páginas *Sceaux* (Francia.)—Año 1895.

En este folletito se contrae su autor á manifestar la parte importante que le ha cabido en la propagación de la medicina hipodérmica tan usada hoy, no sólo en la clientela civil como también en los hospitales.

El Dr. Roussel, médico muy experimentado, señala las precauciones que deben tenerse presentes al practicar las inyecciones, no sólo para que estas sean absolutamente inocentes, sino también para asegurar la reabsorción de los líquidos derramados en el tejido celular.

Con este motivo entra en prolifas consideraciones respecto de la naturaleza de los instrumentos empleados y técnica de las operaciones.

Todas sus observaciones y consejos son muy fundados y exactos.

DR. IGNACIO LA PUENTE

REVISTA DE LA PRENSA

El mentol contra el prurito

Mr. Colombini ha experimentado el mentol en soluciones etérea, alcohólica y oleosa, para combatir el prurito que acompaña á las enfermedades de la piel, que es á menudo tan desagradable y hasta peligroso, y contra el cual fracasan la mayor parte de los medicamentos.

El autor elimina todas las afecciones parasitarias en que el prurito es sólo sintomático de la presencia del parásito, y no se ocupa sino de aquella en que el síntoma predominante es la picazón.

Divide estas enfermedades en tres grupos: 1.º Dermatitis en que el prurito es la consecuencia de una erupción (eczema, etc.) 2.º Aquellas en que el prurito constituye toda la afección (prurito nervioso). 3.º Aquellos en que la lesión cutánea es consecuencia del rascado que provoca la picazón (urticaria, ciertas formas de eczema).

Las del primer grupo obedecen bien al empleo del mentol, asociado á diversas pastas (óxido de zinc, ácido salicílico).

En las del segundo, el resultado no ha sido tan bueno, aunque frecuentemente se obtienen éxitos satisfactorios. En fin, en las del tercer grupo su acción es constante; hace desaparecer el prurito y al mismo tiempo la afección secundaria provocada por el rascado.

El modo de aplicación varía: se emplea á la dosis de 5 á 10 por 100 en éter ó aceite de almendras dulces, ó se le incorpora á las pomadas de subnitrate de bismuto, óxido de zinc, almidón, etc. Cuando existen ulceraciones ó se aplica sobre las mucosas, se disminuye la dosis, para evitar la desagradable sensación de calor seguida de frío que lo hace inaplicable para grandes superficies. El mentol parece ser un excelente antipruriginoso.

(*El Siglo Médico*).

Extirpación del bazo

S. G. Shalita.— (Tirada aparte de *Gaceta médica rusa meridional*. 1895, 8 y 9).— El autor refiere el caso de una mujer de 35 años, por lo demás sana, á la que se había desarrollado en dos años un enorme tumor abdominal que fué diagnosticado como dependiente probablemente del bazo. Para cerciorarse el autor hizo la laparotomía exploratoria, sacó por punción del tumor unos 8 litros de un líquido como café, desprendió con dificultad el tumor de sus diversas adherencias, y encontrando que realmente se trataba del bazo convertido en quiste, lo extirpó entre dos ligaduras. La operada sanó perfectamente y fué presentada en la Sociedad de médicos de Kief. Del estudio de la literatura del asunto resulta que constan ya unos 100 casos de extirpación del bazo (10 de los cuales se hicieron en Rusia) y que de la historia de la esplenestomía se deduce que los resultados de la operación eran pésimos en la leucemia (83 por 100 de mortalidad), malos en la malaria (69 por 100 de fracasos), bastante buenos en las neoplasias todavía locales (25 por 100 defunciones), muy satisfactorios en la simple degeneración quística del órgano como fué el caso del autor (de 9 operados murió 1) y brillantes en los casos de bazo móvil, no muriendo ninguno de los 13 operados. Así, pues, en los casos de leucemia y malaria vale más prescindir de la operación y recurrir á la misma tan sólo en los tres otros grupos de casos. El trabajo del Dr. Shalita va acompañado de dos fotografías representando la degeneración y la organización.

(*Rev. de Ciencias Méd.*, de Barcelona.)

CRÓNICA

Dictamen que la M. I. Academia Médico-Farmacéutica de Barcelona ha emitido sobre el Elixir á la Ingluvina Giol.— Esta Academia en la sesión verificada en el día de ayer, aprobó por unanimidad el siguiente dictamen:

“Presentado á esta Corporación para la emisión de dictamen el “Elixir de Ingluvina” preparado por el farmacéutico don Cándido Giol, la comisión de Productos naturales y preparaciones farmacéuticas, ha procedido á detenido examen de dicho específico, resultando que:

El mentado producto de grato sabor, se halla elaborado á base de ingluvina, pancreatina, maltina y corteza de naranjas amargas, substancias todas indicadas en el tratamiento de las afecciones del estómago, y particularmente en los casos que es necesaria la administración de fermentos.

En este sentido, y convencida la Comisión de la pureza y exacta dosificación de dicho Elixir, cree procedente formular las siguientes conclusiones.

1.º El “Elixir de Ingluvina” preparado por el Dr. Giol, constituye una notable especialidad farmacéutica, indicada en el tratamiento de las enfermedades del estómago que dependen de la falta ó disminución de fermentos así como también de oportuna aplicación en los trastornos funcionales de dicho órgano, v.g., las dispepsias atónicas, vómitos de las embarazadas, etc., etc.

2.º El mentado producto dosado con toda escrupulosidad, y con substancias puras, puede recomendarse para facilitar las digestiones y favorecer la nutrición, lo que le hace útil y recomendable en toda clase de convalecencias.

Lo que tenemos el honor de someter á la aprobación de esta ilustre Academia.

Barcelona, 22 de diciembre de 1890.— El Presidente, José Nin.— Vocales: Antonio Ayné, José Rostoll, José Vilaseca.— El Secretario, José Segalá.— M. I. S. Presidente de la Academia Médico Farmacéutica de Barcelona. Lo que tengo el honor de comunicar á V. E.

Dios gde. á V. S. muchos años.

Barcelona, 24 de diciembre de 1890.—V.º B.º El Presidente, *Joaquín Bonet*.— El Secretario general, *Antonio Riera*.—Sr. D. Cándido Giol Figuerola.”

Publicaciones recibidas,

CUYA REMISIÓN AGRADECEMOS A SUS AUTORES Ó EDITORES

Le Nord Médicale. Periódico de los prácticos y de los intereses profesionales de la región del Norte. Aparece cada quince días, dirigido por los doctores DOUMRE, LEMOINE Y PHOCAS. *Lille* (Francia).

La Clínica Moderna. Repertorio de la clínica italiana, dirigido por 65 profesores italianos. Aparece dos veces al mes. *Firenze* (Italia).

La Regeneración Física. Revista quincenal Higiénica y Pedagógica de Gimnástica, Sport y Juegos Corporales, dirigida por D. MARIANO MARCOS ORDA. *Madrid* (España).

Anuario de la Clínica Privada del Doctor Fargas. Catedrático de Obstetricia y Ginecología. Un volumen de 127 páginas ilustradas con 39 grabados. *Barcelona* (España).—Año 1895.

Estudios Clínicos de Laringología, Otología y Rinología. Su práctica y enseñanza actual en Europa, por el Dr. RICARDO BOTÉY. 4.º Fascículo. Un volumen de 418 páginas ilustradas con grabados. *Madrid* (España), Imprenta y Librería de Nicolás Moya, Carretas 8.—Año 1895.

Ergotina YVÓN

Solución normal de cornezuelo de centeno.

Este compuesto, cuya fórmula fué ideada por Mr. Yvón en 1877, contiene, á diferencia de otros, una dosificación rigurosamente normal y constante: un centímetro cúbico representa un gramo de cornezuelo de centeno.

Es inalterable, conserva sus propiedades indefinidamente y representa la totalidad de los principios activos del cornezuelo, sin llevar, en cambio, las substancias inactivas y hasta peligrosas que al cornezuelo acompañan generalmente.

Esto es ya un motivo de superioridad sobre las demás preparaciones similares.

Administrada por la vía digestiva á la dosis de 20 á 60 gotas, la **Solución normal de cornezuelo de centeno** detiene las **Hemorragias**, las **Hemoptisis** y los **Epistaxis**; determina las **Contracciones del útero** y del **Estómago** y modifica favorablemente los diferentes estados atónicos de este último órgano; finalmente, obra con verdadera eficacia en las hematemesis y en las **Ulceraciones** del tubo digestivo.

Empleada dicha solución, en inyecciones hipodérmicas particularmente, detiene de un modo rápido las **Hemorragias**, tan temibles siempre, que pueden presentarse durante el parto y después, provoca las **contracciones uterinas** y facilita la expulsión del feto. Disminuye, y algunas veces hace cesar completamente, las pérdidas de sangre consiguientes á la existencia de **Tumores fibrosos y Cancerosos**. Es de una eficacia maravillosa en los casos de prolapso del recto y contra las pérdidas hemorroidales. La inyección debe practicarse en sitio inmediato al de la hemorragia y á la dosis de 1/2 á 1 centímetro cúbico, pudiendo repetirse la inyección si el efecto que se busca no se produce con la rapidez necesaria.

PARIS : Farmacia YVÓN y BERLIOZ, 7, rue de la Feuillade

Depositar en LIMA : HAGUE y CASTAGNINI; — J.-B. SERRA.

PARA EVITAR LAS FALSIFICACIONES, EXIGIR NUESTRO SELLO DE GARANTIA.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Trujillo, Febrero 15 de 1895.

Muy señores míos: Muy á mi satisfacción es la forma, modo y composición del precioso medicamento Emulsión de Scott que prescribo con mucha frecuencia á mis enfermos y familia, con éxito feliz. No produce las indigestiones que causa muy a menudo el aceite de hígado de bacalao puro.

En las enfermedades escrofulosas tan comunes en nuestro clima, en la tuberculosis pulmonar, Raquitismo y otras, sus efectos, á veces lentos, son siempre prodigiosos. Me vanaglorio de haber preferido la Emulsión de Scott. Las convalecencias lentas y el desarrollo de las jóvenes linfáticas tienen en este preparado un reconstituyente especial.

DOCTOR NICOLÁS CARLOS DE VEGA.