

Añadiré que no este el primer caso de *fiebre palustre* en el que se haya observado un exantema: los Sres. Dres. M. Carmona y Valle y R. Lavista han tenido la bondad de referirme casos semejantes, de cuya historia y valorización me propongo ocupar en otra ocasión para que puedan servir de complemento á este imperfecto trabajo.

México, Julio 25 de 1888.

E. VARGAS.

OFTALMOLOGÍA.

IMPORTANCIA DEL EXAMEN QUERATOSCÓPICO

PARA EL DIAGNÓSTICO

DE ALGUNOS CASOS COMPLICADOS DE ASTIGMATISMO.

Aun no hace muchos años que el Dr. Cuiquet descubrió el medio de examen designado por él con el nombre de queratoscopia, y es ya notable el número de aplicaciones que ha encontrado, así como el uso frecuente que de dicho medio hacen diariamente los oftalmólogos. Esto no debe sorprendernos si se atiende á la facilidad de aquel modo de exploración del órgano visual, á la precisión de sus indicaciones y á la rapidez con que por medio de él se llega á determinar el estado de refracción del ojo examinado, y aun con cierta costumbre el grado de la miopía, de la hipermetropía ó del astigmatismo, sin que sea necesario para esto contar con la buena voluntad ó con la inteligencia del individuo que se examina, pues en último análisis, se trata de un medio de examen de los llamados objetivos.

Como la exploración queratoscópica es perfectamente conocida de los miembros de esta ilustrada Academia, es del todo inútil que la describa con minuciosidad, y sólo recordaré sus principios fundamentales.

Sabido es que cuando se dirige sobre el ojo un hacecillo luminoso reflejado por un espejo plano ó cóncavo, agujerado en el centro para ver á través de la abertura, el campo pupilar aparece de un rojo más ó menos intenso; sabido es también que si se imprime al mango del espejo un movimiento lento de rotación, ya á la derecha, ya á la izquierda, de manera que el haz luminoso reflejado se desaloje al mismo tiempo sobre la cara del observado, se ve aparecer en el campo pupilar rojo una sombra que va avanzando poco á poco á medida que se hace girar el espejo, hasta que invade todo el disco rojo que llega á quedar todo él en la sombra. Yo compararía esta invasión del disco pupilar rojo por la sombra, á la inmersión del disco brillante de la luna en el cono de sombra

que proyecta la tierra durante el eclipse de aquel satélite, prescindiendo del efecto de la penumbra.

Si se tiene cuidado de notar el sentido del movimiento del espejo y el sentido de la invasión del disco pupilar por la sombra, se nota que en ciertas circunstancias coinciden y que otras ocasiones son opuestas: con una rotación del espejo de izquierda á derecha, se puede observar la progresión de la sombra de derecha á izquierda ó viceversa. Si se multiplican las observaciones variando las circunstancias en cuanto sea posible, se reconoce que dos circunstancias influyen sobre el fenómeno: la naturaleza del reflector empleado y el estado de refracción del ojo que se examina. Así se ha llegado á demostrar lo siguiente:

1.º Con un espejo plano la progresión de la sombra se hace en el mismo sentido que la rotación del espejo, es decir, es *directa* en los casos de emetropía y de hipermetropía; en los casos de miopía, se hace en sentido contrario, es decir, es *inversa*, cuando el espejo está más allá del punto remoto del ojo miope; es directa, si el espejo está entre el punto remoto y el ojo, y no hay desalojamiento marcado de la sombra, si el espejo coincide con dicho punto; en caso de astigmatismo, fácilmente se comprende que la sombra será directa ó inversa según que el astigmatismo sea hipermetrópico ó miópico; se comprende asimismo que si el astigmatismo es simple, el desalojamiento originado por la miopía ó por la hipermetropía, solo se presentará haciendo la queratoscopia según el meridiano astigmático; si el astigmatismo es compuesto, el desalojamiento será más marcado cuando se examine el meridiano respectivo; si el astigmatismo es mixto, el desalojamiento se hará en un sentido cuando se examine un meridiano, y en sentido opuesto cuando se examine el meridiano perpendicular al primero; por último, si se trata de un astigmatismo irregular, se ven al mismo tiempo en el disco pupilar, partes luminosas y partes sombrías, que se desalojan irregularmente al mover el espejo.

Si en lugar de emplear un reflector plano se emplea un cóncavo común del oftalmoscopio, los resultados son opuestos, de tal manera que todo lo dicho anteriormente es aplicable cambiando las palabras «desalojamiento directo» por «desalojamiento inverso» y viceversa.

No me ocuparé de la explicación de estos curiosos fenómenos, por encontrarse expuesta en los autores que de ellos se ocupan, y sólo trataré de la aplicación práctica que encuentran en la determinación de ciertos casos de astigmatismo de difícil diagnóstico: como los tratados que yo conozco no se ocupan de una manera explícita y terminante de dichas cosas, creo importante dar á conocer lo que mi experiencia personal me ha enseñado sobre el particular, y me referiré, sobre todo, á un hecho interesantísimo que tuve oportunidad de estudiar hace poco tiempo.

En tratándose de astigmatismo mixto, el caso más complicado que puede darse en la práctica es aquél en el cual el meridiano miópico y el hipermetrópico, sien-

do perpendiculares entre sí, como sucede en los casos de astigmatismo llamado regular, no se encuentran, sin embargo, dichos meridianos en la dirección vertical y horizontal, sino que siguen otras direcciones cualesquiera. En estas circunstancias el diagnóstico es de tal manera difícil, que sólo la casualidad pudiera hacer que sobreponiendo un vidrio cilíndrico convexo y otro cóncavo en las direcciones convenientes, y de la fuerza refringente adecuada, se llegará a corregir el vicio de refracción. Esta casualidad sería de tal modo rara, que si no se procede con todo método, es absolutamente imposible llegar a un resultado positivo, y si el astigmatismo existe en un solo ojo, es muy fácil creer que se trata de ambliopía congénita, que por lo común es monocular.

Para estos casos tan difíciles creo que la queratoscopia puede ser un guía muy seguro, que conduce al diagnóstico con bastante precisión. Cuando en la Escuela N. de Medicina di clases orales sobre dióptrica fisiológica, inaugurando la clase de oftalmología por ausencia del distinguido oculista Sr. Dr. D. Ricardo Vértiz, traté de vulgarizar entre los alumnos de dicha clase el examen queratoscópico que acababa de ver emplear en Europa a su mismo descubridor, el muy ilustrado Dr. Cuignet, é hice que prácticamente aprendieran mis discípulos este útil medio de exploración; entonces anuncié los servicios que la queratoscopia podría prestar en los casos de que me vengo ocupando, y más tarde me ha enseñado la práctica la exactitud de mis previsiones.

Supongamos un ojo con astigmatismo mixto, en el cual uno de los meridianos oblicuos es miope, siendo hipermetrope el meridiano perpendicular al primero: si haciendo el examen queratoscópico como habitualmente se hace, es decir, imprimiendo un movimiento rotatorio al espejo, según la horizontal, se nota que el desalojamiento de la sombra no se hace netamente según la línea igualmente horizontal, sino más bien en una dirección oblicua, es porque el meridiano amétrope tampoco es horizontal; conviene en estas circunstancias imprimir al reflector un movimiento rotatorio según una línea oblicua que se variará poco á poco, hasta que el desalojamiento de la sombra llegue a serle paralelo; entonces se habrá encontrado aproximadamente la dirección de un meridiano amétrope: supongamos que siendo cóncavo el reflector empleado, el desalojamiento de la sombra se hace en el mismo sentido, claro es que dicho meridiano será miope. Si se imprime en seguida un movimiento rotatorio al espejo según una línea perpendicular á la primera, puede suceder que el desalojamiento se haga muy ligeramente en sentido opuesto, como sucede en la emetropía; pero es también posible que el desalojamiento inverso sea marcado; esto quiere decir que el segundo meridiano examinado es hipermetrope y que en el caso en cuestión se trata de un astigmatismo mixto de ejes oblicuos.

Estando ya en posesión de estos datos, es relativamente fácil encontrar los vidrios correctores de la ametropía, pues se conoce la dirección de los meridia-

nos astigmáticos y la naturaleza de la refracción, miopía ó hipermetropía, en cada uno de ellos respectivamente, encontrándose bastante simplificado un problema demasiado difícil.

Esta fué la marcha que seguí con el joven F. F., de San Luis Potosí, el cual vino á esta ciudad para que se estudiara el estado de su ojo derecho; su historia es muy sencilla: no se había fijado bastante en que con aquel ojo veía muy mal sino hasta el día en que una inflamación conjuntival aguda de dicho ojo hizo que su médico, examinando separadamente la agudez visual de cada lado, encontrara que en el derecho era demasiado débil. Disipados los fenómenos flemásicos, el mal estado de la vista persistió, y esto decidió á la familia del paciente á traerlo á México para que se tratara su afección ocular. Interrogándolo con cuidado, supe que jamás había visto bien con este ojo, pues hace muchos años notó que cazando no vió con claridad al cerrar el ojo izquierdo para hacer puntería; no dió importancia al hecho y sólo volvió á acordarse de él á propósito de su enfermedad aguda. Haciéndole un examen físico detenido, se notó una ligera midriasis en el ojo derecho, los medios refringentes del todo diáfanos, la papila irregular, deformada y el resto del fondo del ojo enteramente sano. Colocado el paciente á cinco metros de distancia de la escala mural y cubierto el ojo izquierdo, no leía ni los primeros caracteres, y de las escalas portátiles solo podía leer los primeros números con mucha dificultad y aproximándose demasiado. Colocado en frente del cuadrante horario del astigmatismo, veía turbios y difusos los diámetros, sin poder indicar claramente cuáles eran los diámetros vistos más distintamente. En vista de todo esto, bien hubiera podido creerse en una ambliopía congénita, pero como la interposición del agujero estenopeico mejoraba sensiblemente la vista y permitía la lectura de los primeros números de la escala mural, claro es que se trataba de un vicio de refracción, pues en caso de ambliopía congénita, el agujero estenopeico no hubiera ejercido influencia favorable. Por otra parte, el examen con el astigmetro de Wecker y Masselon mostraba que en la córnea izquierda, el cuadrado blanco se reflejaba bajo la forma de un cuadrado, como sucede cuando no hay astigmatismo, mientras que en la córnea derecha la imagen reflejada tenía la forma de un paralelogramo ligeramente oblicuo, como sucede en un ojo astigmático. Era evidente, por lo tanto, que si había un vicio ambliópico, también existía una afección astigmática, y practicado el examen queratoscópico de la manera que he indicado, pude determinar la dirección de un meridiano oblicuo miope, y de otro meridiano perpendicular al primero, hipermetrope.

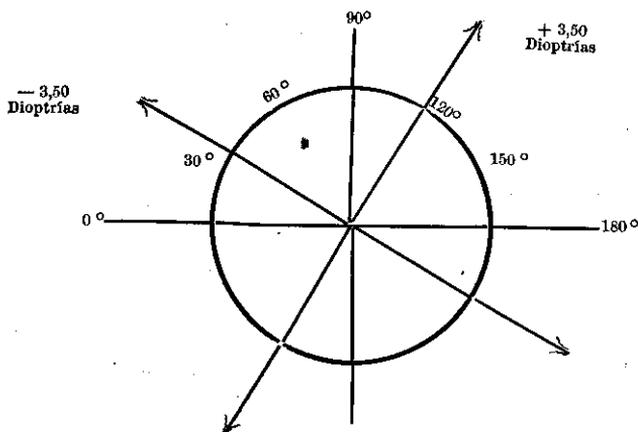
No me fué muy difícil en seguida determinar el número del vidrio cilíndrico, cóncavo perpendicular al meridiano miópico que debía corregir este meridiano, para lo cual seguí el método de Donders, aumentando poco á poco el valor refringente del vidrio, y sirviéndome siempre de las escalas murales y del círculo horario para el astigmatismo; del mismo modo determiné el número del vidrio

cilíndrico convexo, necesario para corregir el meridiano hipermetrope, y que debía ser perpendicular á dicho meridiano.

Una vez superpuestos ambos vidrios, el resultado fué excelente, pues con ellos adquiría el ojo derecho una agudez visual de 0,7, y de cerca podía leer el paciente con toda facilidad los más pequeños números de las escalas portátiles de Galezowsky, y con mayor razón la letra común de imprenta; veía con bastante claridad para la calle, y se encontraba satisfecho de su vista.

Haciéndole ver con los dos ojos al mismo tiempo, el derecho con sus vidrios correctores y el izquierdo con un vidrio plano, veía perfectamente el observado sin que la diferencia de las imágenes retinianas perjudicara en nada la visión biocular. Sólo faltaba explicar la ligera midriasis, cuyo mecanismo no era muy fácil de entender; como explicación provisional yo acepté la siguiente: puesto que el ojo derecho no ve sino muy poco, hay al mismo tiempo que el astigmatismo, una ambliopía *á non usu*, y la pupila se dilata como sucede en muchos casos de ambliopía y de amaurosis. Sin dar grande importancia á mi explicación, me propuse observar lo que pasara después, y se mandó construir unos anteojos correctores á Paris, casa Roulot, y otros á la casa de los Sres. Calpiui en México. Aconsejé al paciente que usara sus anteojos, pues de otra manera la visión llegaría á perderse por falta de uso en el ojo derecho, y aun podría sobrevenir en este ojo un estrabismo divergente, como pasa en muchas ambliopías; por otra parte, la visión biocular es mucho más perfecta que la monocular, y es siempre conveniente contar con los dos ojos.

Reproduzco en seguida una figura que representa la dirección de los meridianos astigmáticos en el caso observado, y el valor de la refracción en dichos meridianos.



Se ve por esta figura que el meridiano hipermetrópico de +3.50 Dioptrías, tiene una inclinación de 120° , y que el meridiano miópico de -3.50 Dioptrías, tiene una inclinación de 30° , y que, es por tanto, perpendicular al primero. Como la miopía y la hipermetropía tienen el mismo valor, el caso de que me ocupo, con igual derecho merece el nombre de *astigmatismo miópico-hipermetrópico* ó de *hipermetrópico-miópico*.

Tres meses después tuve oportunidad de examinar al paciente: los anteojos que mandó construir á Paris aún no habían llegado, los contruidos en la casa de los Sres. Calpini han dado un resultado muy satisfactorio y la midriasis ha desaparecido por completo, lo cual tal vez confirma mi opinión, pues desde que el ojo ha vuelto á entrar en función, no hay ya motivo para la dilatación pupilar.

Vi esta segunda vez al paciente en compañía del ilustrado profesor de oftalmología de la Escuela, el Sr. Dr. D. Ricardo Vértiz; á él le constan los resultados del examen queratoscópico que ya he referido; pudo convencerse asimismo del resultado de la exploración con el astigmómetro de Wecker y Masselon; aprobó en todas sus partes mi diagnóstico, y examinando la agudez visual á la simple vista, con el agujero estenopeico y con los vidrios correctores determinados por mí, quedó convencido de que el resultado con ellos obtenido, es el más perfecto posible: me honro en citar al Sr. Dr. Vértiz, á quien mucho llamó la atención el caso referido.

Creo que si la agudez visual no llega á hacerse igual á la unidad, esto se debe á que la falta de uso del ojo derecho por espacio de tantos años, ha determinado en él un principio de ambliopía que espero no seguirá acentuándose con el uso de los vidrios correctores que permiten la visión á dicho ojo.

Como quiera que el método seguido en el caso de que me ocupo puede ser utilizado en otros hechos análogos, he creído conveniente dejar consignada esta observación, agradeciendo á la ilustre Academia que ha tenido la bondad de escucharme.

México, Julio 13 de 1888.

JOSÉ RAMOS.

PATOLOGÍA INTERNA.

DEDO DE RESORTE, DOIGT A RESSORT, TRIGGER FINGER, SCHNELLENDER FINGER.

Es el nombre de un estorbo de motilidad de los dedos, que está caracterizado por ciertos síntomas patognósticos. El aspecto y la forma del dedo enfermo no enseñan ninguna alteración; pero su función fisiológica no es completa ni libre.