

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.

Hay una dificultad para la flexión ó la extensión completas del dedo (se entiende siempre de los dedos de las manos) y á veces las dos funciones se encuentran alteradas. En un punto determinado, y siempre en el mismo punto en un caso dado, nótase una detención que no puede ser vencida sino por un mayor esfuerzo muscular ó por un movimiento pasivo. En todos los casos el obstáculo es vencido con un golpe brusco como de un resorte que se suelta, comparado por *Berger* con el golpe de una navaja que se cierra, acompañado en algunos casos de una sensación dolorosa ó de una crepitación que se oye y se siente.

Notta fué el primero que en 1850 dió una descripción de esta anomalía, á la que *Nelaton* puso el nombre: *Doigt à ressort*. Este padecimiento es bastante raro y el número de casos conocidos, por consiguiente, es corto. En *L'Union Médicale* de 1887, hállase un cuadro sinóptico, comprendiendo 69 casos; el Dr. Bum, de Viena, en la «*Wiener Mediz. Presse*,» Octubre de 1887, publicó un artículo sobre la materia, al cual debo una parte de mis informaciones, y agregó tres observaciones suyas, y últimamente el mismo periódico ha publicado un caso congénito observado en un niño, desde la edad de tres meses hasta la de cuatro años y medio (Dr. Konetschke); en todo 73 casos, y con el mio, que voy á referir más adelante, son 74. No todas estas observaciones suministran datos suficientes respecto á la etiología y localización.

Hánse acusado como causas determinantes: el reumatismo ó algunos esfuerzos exagerados ó inusitados, como por ejemplo, al tocar el piano.

Entre los 69 casos citados hay 27 bien pormenorizados: 16 de los enfermos eran hombres, 11 mujeres, 25 adultos y dos niños; el más anciano de 71 años y el más joven de 6. Los dedos afectados fueron: el pulgar (12), el índice (2), el dedo de en medio (5), el anular (13) y el pequeño (4). En tres casos había enfermos dos dedos de la misma mano, en otros tres casos un dedo de cada mano (los anulares), en dos casos varios dedos de las dos manos.

Los tres casos del Dr. Bum se refieren á dos señoras y un hombre; dedo de en medio dos, dedo pequeño uno.

El caso del Dr. Konetschke es de un niño: los dos dedos de en medio.

Mi caso refiérese á una señora, pulgar izquierdo.

En algunos casos (así en el mio) se toca cerca de la articulación interesada (en mi caso la interfalangea) un pequeño cuerpo duro, como un hueso sesamoideo ó un botón de guante asentado sobre el tendón. En mi caso, tanto en la flexión como en la extensión de la articulación, se sentía el golpe de resorte; no se percibió ninguna crepitación ó frotamiento.

Acerca de las condiciones anatómicas de esta afección, y por falta de autopsias, había opiniones discrepantes y por la mayor parte puramente hipotéticas.

Nelaton creía en la existencia en el tendón de pequeños cuerpos duros, que reclaman un esfuerzo mayor para atravesar la vaina del tendón; Fieber creyó que estos pequeños cuerpos más bien estaban adheridos á las vainas; Pitka pensaba en cuerpecillos intra-articulares libres.

La cuestión fué resuelta por los anatómicos. Hyrtl, en su anatomía topográfica, observa que el fenómeno del resorte no puede producirse sino por un engruesamiento del tendón del flexor del dedo, con ó sin estrechez simultánea de la vaina. Los experimentos de Menzel sobre el cadáver confirman esta opinión; Roser atribuía el dedo de resorte á una aspereza del tendón flexor, cerca del lugar donde uno de los tendones pasa por la bifurcación del otro. La teoría de Roser, sin embargo, no puede explicar todos los casos. En un caso donde se intentó una operación, encontráse en el tendón un cuerpo de la forma y del tamaño de un chicharo, que se atoraba en la bifurcación del otro tendón.

La esencia anatómica de la anomalía que nos ocupa es: engruesamiento del tendón flexor ó extensor y estrechez (fisiológica ó patológica) de la vaina en el lugar que el tendón tiene que atravesar para efectuar el movimiento correspondiente.

La causa directa de la afección será, por consiguiente, una tendo-vaginitis crónica, que produce esta especie de callosidad. En casos sumamente raros hanse observado gomas de los tendones.

La inmovilización, la aplicación del frío, del yodo, las operaciones quirúrgicas y otros medios empleados no han dado resultados muy satisfactorios. La terapéutica racional y eficaz es el masaje combinado con baños locales calientes y los movimientos pasivos.

El caso que yo he podido observar es el siguiente:

Una señora de 45 años. No puede referir ninguna causa particular; afección del pulgar de la mano izquierda; el fenómeno del resorte se manifiesta en la extensión y en la flexión de la articulación interfalangea. Notóse un cuerpecillo duro, del tamaño de una semilla de cáñamo, en la parte ulnar del tendón flexor; dolor al mover el dedo y al tacto.

El masaje y el tiempo hicieron que desapareciese el fenómeno.

México, Junio 25 de 1888.

F. SEMELEDER.