

mente alterado; y el tercero, de poder á la vez evitarle los peligros inherentes á las hernias intestinales, haciendo la curación radical tal como ahora se recomienda por la mayoría de los cirujanos, seguramente encontraremos justificada para este caso la castración completa.

El sujeto de la observación que acabo de referiros está á disposición de los socios que el Sr. Presidente designe para su examen, y tendria el mayor gusto en ilustrar mi opinión sobre todos los puntos de su historia con la muy autorizada de mis estimados consocios.

Abril 4 de 1888.

M. CORDERO.

OFTALMOLOGÍA.

EXOFTALMÍA POR TENONITIS REUMÁTICA

POR EL DR. D. J. SANTOS FERNÁNDEZ.

La aponeurosis que recubre al globo ocular, que como todos sabemos divide la cavidad orbitaria en dos departamentos, anterior y posterior, fué descrita por Tenon, de quien recibió su nombre de cápsula de Tenon; pero su disposición anatómica y su estructura no ha sido bien conocida hasta estos últimos tiempos, en que parece demostrado que no es una prolongación del periostio de la cavidad orbitaria, sino más bien un tabique ó diafragma fibro-celular inserto en su borde externo y que separa el globo del ojo del paquete grasoso retrobulbar y envuelve á aquél á semejanza de la red que cubre los globos aerostáticos. Así se comprende que en ciertos sujetos, esta membrana, expuesta á las causas ocasionales del reumatismo, pueda provocar la inflamación del periostio orbitario y de los tejidos del fondo de la órbita.

La exoftalmia dirigida directamente hacia adelante, la dificultad de los movimientos oculares, el edema ligero producido por la dificultad de la circulación en los vasos que se ramifican en el globo ocular, los dolores más ó menos intensos y duraderos que provoca, y los trastornos funcionales de la visión consiguientes á estos fenómenos morbosos, son los signos principales de su inflamación ó infiltración en individuos predispuestos á las afecciones reumáticas.

Así puede verse en la observación publicada por Mr. Boquin en el núm. 112 de la *Gazette des Hôpitaux* del año de 1884 y en las dos observaciones siguientes que hemos podido recoger en nuestra clinica durante estos dos últimos años.

OBSERVACIÓN PRIMERA.

En Enero de 1885 nos fué recomendado el Sr. F. P. y J., de cincuenta y siete años de edad, por el Dr. Desvernune, que le asistía desde hacia algunos años de diabetes artritica. El Sr. P., de diez años á esta parte ha tenido tendencias á sufrir fenómenos cerebrales graves cada vez que la glicosuria se ha acentuado un tanto; dos meses antes había tenido una ligera congestión cerebral afortunadamente pasajera, pero que parecía precursora de fenómenos más graves. La afección ocular se inició con grandes dolores en la región supra-orbital y naxal; fotofobia, lagrimeo y una hipercrinia sudoral localizada al párpado superior. Veinte dias próximamente duró este estado, dejándolo con una gran debilidad general y abatimiento, congestión del ojo y anestesia del lado izquierdo de la superficie naxal externa. Por parte del oído del mismo lado observamos sensación de obstrucción y disminuida la audición, sintoma este último que persiste. Cuando le vimos por la primera vez, se quejaba de pesadez en el ojo izquierdo y molestias á los movimientos sin grandes dolores que le impidiesen sus salidas á la calle. Pudimos comprobar una ligera exoftalmia y cierto estado varicoso y edema de la conjuntiva. Presbicia $\frac{1}{4}$. No hay hipermetropia. Al oftalmoscopio se ve el fondo del ojo sin lesiones apreciables, pero se nota una apariencia de infiltración del nervio óptico en los bordes de la papila. Como el enfermo no acusa otros síntomas, y tampoco encontramos más lesiones, atribuimos estos signos á una inflamación ligera del paquete celular retro-bulbar, que explica satisfactoriamente la exoftalmia que comprobamos, el edema de la conjuntiva y la infiltración del nervio óptico.

En Abril 5 vuelve el enfermo alarmado porque es más marcada la exoftalmia que ha notado, con variaciones de un día á otro, y porque además de la inyección externa se presentó hace varios dias una equimosis de la conjuntiva: aparecen algo borrados los pliegues de la piel de los párpados por edema palpebral poco marcado. La pupila, medianamente dilatada por una gota de atropina instilada hace cuatro dias, permite ver con facilidad el fondo del ojo. Éste tiene el mismo aspecto que en el examen anterior, pudiendo sospecharse únicamente más inyectadas las venas de la retina; la papila conserva sus contornos no tan claros y limpios como en el ojo derecho, en el que apenas hay diferencia entre ambos. No se notan pulsaciones ni soplos en las arterias que pudieran hacer creer en una lesión aneurismática de la cavidad orbitaria, como habían sospechado dos profesores que lo vieron antes. Ni sentado, ni en decúbito supino y comprimidas las carótidas se nota disminución de la exoftalmia. Echado el enfermo hacia adelante durante algunos minutos, los ojos se ponen más húmedos por aumento de secreción lagrimal sin cambio de coloración que indique mayor inyección sanguínea. La aplicación del hielo durante diez minutos tampoco produce variación alguna. Recomendamos el yoduro de potasio á dosis progresi-

vas hasta seis gramos diarios, un purgante semanal, aplicaciones locales de sanguijuela y la compresión metódica.

En Abril 15 el enfermo se encuentra algo mejor, por haber disminuido la inyección externa, y al oftalmoscopio no hay variación del aspecto del fondo del ojo. Examinando competentemente las orinas no contienen azúcar; aconsejamos un colirio astringente y continuar la aplicación local del frío de las emisiones sanguíneas.

Mayo 5.—La agudeza visual y los demás signos funcionales y objetivos no han variado; como los purgantes parecen aliviarle, indicamos el calomel durante varios días alternando con el aguardiente alemán, vigilando sus efectos para evitar la debilidad del enfermo.

Mayo 26.—Los antecedentes reumáticos y la persistencia de la pesadez del ojo con las molestias en sus movimientos sin variación de los signos oftalmoscópicos, nos deciden á continuar con los purgantes de tiempo en tiempo, y repetir el yoduro en dosis más alta agregando baños sulfurosos.

Junio 8.—Tal vez provocados por la humedad de estos días, el enfermo ha sufrido dolores reumáticos generales. El estado del ojo parece mejor; apenas se nota variación al oftalmoscopio entre un ojo y otro. Lee el número uno de la escala con más facilidad con anteojos de color azul pálido que le prescribimos: continúa con el yoduro en altas dosis.

Julio 20.—El enfermo no ha podido tomar los baños sulfurosos y se indican los de mar; todavía se advierte el mismo aspecto de ligero edema parpebral con inyección de la conjuntiva. Lee con más facilidad el número uno de la escala con el ojo derecho que con el izquierdo: podemos comprobar la inyección de los vasos de la retina izquierda, aunque de una manera imperceptible.

Septiembre 15.—Los baños de mar han mejorado al enfermo; mueve con más comodidad su ojo, pero el interior no varía de aspecto.

En Octubre siguiente continúa en el mismo estado de mejoría relativa de los síntomas exteriores. La agudeza visual ha disminuido en el ojo izquierdo, que no puede leer el número uno de la escala con sus lentes núm. 14 convexos, aunque sí el núm. 2.

En Diciembre permanece en este estado, con algunas alternativas, sin que se aumente las molestias á los movimientos del ojo: cuando escribe advierte cierta dificultad y no lee correctamente el número uno de la escala. Se suspende la medicación interna para procurar algún descanso al enfermo, recomendándole las duchas frías.

En Febrero de 1886 vuelve á encontrarse azúcar en la orina en pequeña cantidad; pero el estado del ojo no empeora, antes bien, parece disminuida la exoftalmia; queda una poca de inyección bulbar, y aunque el aspecto del fondo del ojo no sea exactamente igual al derecho, puede leer el número uno de la escala, si bien todavía con alguna dificultad; se repite el yoduro.

En Julio de 1886, el enfermo continúa mejor; ha vuelto á desaparecer la glicosuria: las molestias del ojo han desaparecido casi por completo: con el número 12 convexo el enfermo puede leer con facilidad el número uno de la escala; se nota todavía algo de exoftalmia y el aspecto de la papila no ha variado.

En Julio de este año, 1887, el enfermo sigue bien, no tiene dolores ni disminución de su agudeza visual; sólo le queda una ligera inyección constante de la conjuntiva bulbar. Terminamos creyendo que el enfermo ha tenido una tenonitis ligera reumatismal.

OBSERVACIÓN SEGUNDA.

El 26 de Enero de 1887 se presentó en nuestra consulta la Sra. A. G. y G. recomendada por el Dr. L. Cowley. Un mes antes había sentido la enferma dolores fuertes en el ojo izquierdo y en la sien correspondiente, acompañados de ruidos en los oídos y desvanecimientos. Estos dos síntomas habían desaparecido cuando pudimos comprobar una exoftalmia bastante pronunciada sin reacción inflamatoria y edema limitado á la parte más externa de la conjuntiva bulbar. Con el oftalmoscopio se descubren los vasos de la retina tortuosos y engrosados, sin infiltración peripapilar. La visión está abolida, por lo que atribuimos estos fenómenos á la infiltración del tejido celular retro-bulbar por tenonitis reumatismal. En efecto, nuestro ayudante el Dr. Acosta examina el estado general de la enferma, y no encuentra lesiones arteriales ó del aparato circulatorio, y en cambio antecedentes reumáticos marcados caracterizados por dolores generales que se repiten de vez en cuando, necesitando la aplicación de cáusticos en la región hepática. Se le ordena yoduro de potasio, purgantes de calómel y como reconstituyente el hipofosfito de sosa.

Febrero 1.º—La enferma sigue mejor; la exoftalmia disminuye; distingue los bultos sin poder precisar detalles. Con el mismo tratamiento en Febrero 7: la exoftalmia ha desaparecido á tal extremo que no conocimos á la enferma cuando se dirigió á nosotros, pero los movimientos del ojo aun se efectúan con alguna dificultad. No se notan tan marcados los vasos engrosados de la retina y puede leer letras del número 8 de la escala.

Marzo 9.—En el examen de esta fecha no se descubre nada de exoftalmia; pero la visión continúa disminuida. La papila sin vasos propios y los de la retina aún algo engrosados. Continúa con el yoduro y el vino de partheina.

Abril 24.—El aspecto exterior del ojo es normal. Al oftalmoscopio sólo se observa palidez de la papila. Con sus anteojos convexos del núm. 14 puede leer hasta el núm. 4 de la escala.

Mayo 17.—Con el núm. 13 convexo lee con dificultad el núm. 1 de la escala

pero la papila permanece pálida. A distancia tampoco mejora la visión. Como la enferma, que es naturalmente delgada, parece hoy más demacrada, se suspende el yoduro y se recomienda el licor de Fowler y los reconstituyentes. Después hemos sabido que la enferma no ha vuelto á quejarse de su afección ocular y continúa sus ocupaciones habituales.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

SESIÓN DEL 22 DE FEBRERO DE 1888.—ACTA NÚM. 21, APROBADA EL 29 DEL MISMO.

Presidencia del Sr. Dr. Bandera.

A las siete y diez minutos de la noche se abrió la sesión, y después de haber sido leída el acta de la anterior, sin discusión se aprobó.

La Secretaria dió cuenta:

1.º De las publicaciones nacionales y extranjeras recibidas en la semana, las cuales se mandaron pasar á la Biblioteca á disposición de los socios.

NACIONALES.—La Naturaleza, tomo I, núm. 2.

La Medicina Científica, tomo I, núm. 4.

EXTRANJERAS.—El Foro. San José Costa Rica, tomo IV, núm. 100.

Revista Argentina de Ciencias Médicas. Buenos Aires, año IV, núms. 7 y 8.

Boletín de Agricultura. San Salvador, tomo VI, núms. 9 y 10.

Journal d'Hygiène. París, año XIV, núms. 592 y 593.

Le Progrès Médical. París, año XVI, núm. 4.

Repertoire Universel de Médecine Dosimétrique. París, año XVI, núm. 1, duplicado.

La Tribune Médicale. París, año XXI, núms. 1013 á 1015.

Periódico Central de Bacteriología. Jena, año II, núm. 4.

La Médecine Contemporaine. París, año XXIX, núm. 3.

2.º De una comunicación del Dr. D. Adrián de Garay, promotor de la erección de un monumento á la memoria del Dr. Lucio: invita á la Academia para que nombre de su seno un orador que pronuncie un discurso en el solemne acto de la inauguración de dicho monumento, que tendrá lugar en los primeros días del próximo mes de Marzo. El Sr. Presidente, en uso de la facultad que le concede la frac. VIII del art. 42 del Reglamento, nombró con el objeto indicado al Dr. D. Porfirio Parra.

3.º De otra de la Sociedad de Historia Natural, participando la renovación