

GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO

HISTORIA DE LA MEDICINA.

Décimo Congreso Médico Internacional, verificado en Berlín el 4 de Agosto de 1890.

COMISION MEXICANA.

Informe presentado por el Dr. José Ramos, sobre los trabajos emprendidos por él, en la sección de Oftalmología del décimo Congreso Médico Internacional, en su calidad de miembro de la Comisión Mexicana, en dicho Congreso.

(CONTINÚA.)

El Dr. Sulzer, de Wintherthar, no admite la idea del Dr. Roehlmann, que cree que el contagio del tracoma es del todo independiente de las influencias atmosféricas; asienta que si esto sucede en las zonas templadas, no pasa lo mismo en las comarcas tropicales; él ha ejercido en la isla de Java y ha podido notar que en ciertas épocas del año en que los habitantes se exponen en medio de los caminos á los vientos cargados de verdaderas nubes de polvo, el tracoma se propaga con más facilidad, presentándose entonces casos más graves y frecuentes.

El Dr. Chibret, de Clermont-Ferrand, estudiando la distribución del tracoma entre las diversas razas europeas, ha llegado á esta conclusión: dicha enfermedad es muy rara en la raza celta, que está dotada de una inmunidad especial para el tracoma; sus estudios han sido hechos en Auvernia, y ha podido notar que los aldeanos viven allí en las peores condiciones higiénicas posibles, durmiendo aglomerados en establos, y siempre sucios, no obstante que dichas circunstancias son favorables al des-

arrollo de la conjuntivitis granulosa, esta enfermedad es muy rara entre ellos; cuando llega á presentarse no ofrece tendencia alguna á la propagación, se extingue ahí; aun parece que el virus tracomatoso pierde una gran parte de su energía después de su paso por un celta. No contento con sus propios estudios, ha consultado por escrito á diversos oftalmólogos residentes en Francia, Bélgica, Baviera, Wurtemberg, Asia menor, Piamonte y Balcanes; los datos que le han suministrado demuestran también la inmunidad de la raza celta, lo que viene á probar una vez más, cuán marcada es la influencia etnográfica sobre las enfermedades, aun sobre las de naturaleza microbiana.

El Dr. Sattler, de Praga, encuentra también muy notable la influencia de la raza, y llama la atención acerca de la inmunidad de los negros para el tracoma; cree que sin embargo de que la influencia de raza es muy poderosa, no debe despreciarse el papel no menos importante que desempeñan el clima y las costumbres de los habitantes, de lo cual está profundamente convencido por los estudios que sobre el particular ha emprendido en Bohemia. Según él, en la Alemania del Sur el tracoma pierde su poder contagioso arriba de 150 metros sobre el nivel del mar, pero en este particular abundan las excepciones; cierta altura es favorable para la curación del mal, pero nunca confiere inmunidad absoluta; también ha notado que los movimientos de las tropas influyen sensiblemente sobre la propagación de la conjuntivitis granulosa.

El Dr. Swon-Burnet, de Washington, refiere que entre seis mil negros que en los Estados Unidos le han consultado por diferentes afecciones, no ha encontrado sino un caso de tracoma bien caracterizado; dice que desde el año de 1876 había notado la inmunidad de la raza negra para dicha enfermedad; en lo que concierne á las otras razas, cree que la invasión del tracoma depende en gran parte del estado general del individuo.

El Dr. Knapp asegura que el tracoma no se observa sino raras veces en New York, lo que confirmaría el modo de ver del Dr. Chibret.

El suscrito manifiesta que la raza cruzada en la capital de la República Mexicana es tan poco propensa al tracoma, que raras veces se ve algún individuo afectado de dicha enfermedad; no sucede lo mismo en los litorales del Golfo y del Pacífico, pues allí la afección es demasiado grave y frecuente.

El Dr. Cohn, de Breslau, confirmando el poder contagioso del tracoma, refiere que entre 5,000 alumnos de diversas pensiones, sólo había en-

contrado $\frac{1}{100}$ de tracomatosos; una vez observó una epidemia tan generalizada, que hizo subir la proporción á 70 y aun á $\frac{80}{100}$; esta epidemia, según pudo demostrar, era propagada por los utensilios que servían para los cuidados de aseo.

El Dr. Reich, de Tiflis, ha tenido oportunidad de observar numerosos enfermos de tracoma, aun en alturas superiores á 2,000 metros sobre el nivel del mar.

El Dr. Liebrecht, de Gante, dice que residiendo en Bélgica, en donde es tan común la granulosis conjuntiva, se ha dedicado con empeño al tratamiento de aquella afección, encontrando que muchos medios pueden dar resultados satisfactorios si se les sabe manejar convenientemente.

Para los casos recientes encuentra muy eficaz el empleo del acetato de plomo en toques, seguidos de lociones abundantes para quitar la sal excedente; éxitos análogos ha obtenido con el empleo del ácido tánico. Sin embargo, los agentes que según él se han mostrado más eficaces son el nitrato de plata y el cloruro de zinc, en forma de soluciones al $\frac{1}{1000}$ que emplea en toques, sin neutralizar luego el exceso; cree que se debe proceder con mucho cuidado, y que si se desea obtener el mejor resultado posible, se debe practicar la curación tres ó cuatro veces al día.

* * *

Después de lo dicho en la sección de Oftalmología, y que en extracto acabo de referir, parece resultar que la mayoría de los oftalmólogos acepta al presente la dualidad morbosa de la conjuntivitis folicular y del tracoma propiamente dicho, punto litigioso que ha dividido de mucho tiempo atrás las opiniones. Tal parece que aun cuando anatómicamente haya grande analogía entre ambas afecciones, hasta el punto de que sólo estén separadas por ligeros matices, clínicamente se distinguen por caracteres de mayor importancia; el tracoma, según este modo de ver, sería una enfermedad de naturaleza específica, microbiótica, sea el *diplococcus trachomatis* de Michel, ú otro microbio el que determine su especificidad; esta afección sería trasmisible por contagio, siempre fijo según algunos, y aún á distancia, por intermedio del aire, según otros; su carácter anatómico más importante sería la infiltración linfoide de la conjuntiva del tarso y aún de la cornea, con hipertrofia de las papilas conjuntivales.

La conjuntivitis folicular, por lo contrario, según el modo de ver que nos ocupa, sería una afección inflamatoria simple, desprovista de especifi-

cidad, atacando los folículos aislados, más benigna que el tracoma, no pudiendo convertirse en esta última enfermedad de una manera espontánea por el simple hecho de los progresos ó de la evolución natural de los accidentes patológicos.

Resultaría también, que si no existe inmunidad absoluta para el tracoma, sí hay inmunidad relativa, en gran parte relacionada con la raza, las costumbres y las influencias atmosféricas; entre otras causas parece que la altura sobre el nivel del mar influye favorablemente sobre la frecuencia del tracoma.

De todo esto se desprenden conclusiones importantes para la higiene: siendo un hecho innegable el poder contagioso del tracoma, es claro que se debe evitar hasta donde sea posible el contacto de las secreciones tracomatosas, para impedir la propagación de mal tan temible.

En lo que concierne al tratamiento curativo, parece que son las cauterizaciones por medio de agentes químicos variados las que han dado hasta ahora mejores resultados.

Yo debo añadir que si el tracoma es una afección felizmente rara en la capital de la República Mexicana, no por eso carece de interés entre nosotros, puesto que en las comarcas cálidas del Golfo y del Pacífico se ve con notable frecuencia. Los que ejercemos en la capital tenemos oportunidad de ver á menudo las víctimas de aquella afección, que desde las costas á consultarnos vienen; numerosas veces hemos visto pacientes, con los ojos enteramente perdidos á consecuencia de la conjuntivitis granulosa; les hemos aconsejado simplemente que regresen á sus hogares, por no haber nada que hacer, deplorando que la falta de medios apropiados y oportunos, en las localidades desprovistas de elementos donde se desarrolló la enfermedad, ó la intensidad indomable del mal, conduzcan con frecuencia á tan tristes resultados.

No puedo menos que llamar la atención de la Academia Nacional de Medicina sobre un punto de tanta importancia. Si bien es cierto que la conjuntivitis granulosa se manifiesta á veces con un carácter tan maligno que no es posible dominarla, aún con los medios más racionales, también sucede en muchos casos que es la incuria de los pacientes y la falta de medios de curación en las apartadas regiones en que el mal se presenta con frecuencia, lo que da por resultado la pérdida completa de la visión. Un tratamiento enérgico y oportuno pudiera disminuir el mal, cuando menos conservando una parte de la visión, y medidas higiénicas prudentemente dictadas podrían impedir la propagación del tracoma.

Sería necesario, entre otras cosas, que nunca faltasen médicos conocedores de la oftalmología, en las localidades donde se presenta el mal; muchas veces sucede que en el curso de la enfermedad sea necesario practicar diversas operaciones, como la paracentesis cornea, las escarificaciones conjuntivales, ó la excisión del fondo superior. Tal vez llamando la atención de las autoridades locales, en lo concerniente á la higiene pública, y la de los facultativos que ejercen en las regiones del tracoma, lo que se refiere á la higiene privada y el tratamiento del mal, se podrían disminuir los extragos que origina la conjuntivitis granulosa.

El Supremo Gobierno de la Nación, con un celo digno de todo elogio en pro todo lo que se refiere á los progresos científicos en nuestro país, ha establecido desde hace tres años la Clínica Oftalmológica en nuestra Escuela N. de Medicina. Los alumnos pueden adquirir en esta clase de nueva creación, útiles conocimientos sobre la materia. Cuando vayan á ejercer la profesión en distintos puntos de la República, utilizarán á no dudarlo los conocimientos adquiridos en bien de sus conciudadanos.

Para terminar lo relativo á este asunto, debo decir que durante mi permanencia en la Clínica Oftalmológica del Dr. Galezouski, en París, pude convencerme de la benéfica influencia que sobre la marcha del tracoma ejerce la excisión del fondo conjuntival superior, en donde se localiza de preferencia el proceso tracomatoso; esta pequeña operación, que se practica por medio de tijeras corvas y de una pinza de doble erina imaginada por aquel profesor, da resultados muy satisfactorios, sobre todo cuando se le hace seguir de cauterizaciones diarias con un cristal de sulfato de cobre.

Yo he empleado en México este tratamiento en los pocos casos que se me han presentado, siempre con resultado favorable. Tengo también costumbre de emplear lociones antisépticas de bicloruro de mercurio, lo que á mi modo de ver se encuentra justificado si se atiende á la naturaleza microbica de la enfermedad.

La operación de la catarata ha preocupado siempre á los oftalmólogos. Siendo la catarata una afección tan común, sobre todo en cierta época de la vida; conservándose en la mayor parte de los casos la integridad relativa de los otros medios y membranas del ojo, lo que da por resultado que suprimiendo el cristalino opaco interpuesto, la función visual se restablezca en gran parte, nada tiene de extraño que los oculis-

tas hayan consagrado sus devesos al perfeccionamiento de una operación de éxito tan brillante, que en un tiempo muy corto puede devolver al que se encontraba ciego uno de los dones más preciosos que Dios nos haya concedido.

Desde el año de 1745, en que el célebre Daviel sustituyó al antiguo método del abatimiento de la catarata, el más seguro la extracción, los procedimientos se han venido perfeccionando y se han multiplicado de tal modo, que sería cansado dar una idea aún sucinta de la historia de esta operación. El arsenal quirúrgico empleado, la forma, dimensiones y situación de la incisión que debe abrir paso á la lente opaca, la manera de hacer la sección capsular, la curación consecutiva, etc., han variado hasta lo infinito, y cada operador, obedeciendo á sus propias inspiraciones, ha modificado á su sabor el modo de proceder de los otros.

La introducción de la antisepsia en la cirugía ocular marca á no dudarlo una época notable en la historia de la oftalmología, y muy especialmente en lo que se refiere á la operación de la catarata. Desde que las operaciones y las curaciones consecutivas se han ajustado á los procedimientos antisépticos y asépticos, los éxitos han aumentado de modo que las estadísticas actuales son más aceptables que las de épocas anteriores.

En la operación de la catarata no conviene conformarse con el éxito en masa: es necesario fijarse en la agudez visual que persiste después de la extracción, y todos los procedimientos modernos se prometen acrecer dicha agudez en cuanto sea posible. La formación de la catarata secundaria ha preocupado siempre á los operadores; se sabe que los colgajos de la cristaloides anterior, desgarrada para abrir paso al cristalino opaco, se enrollan después de la operación reteniendo algunas capas corticales que cuando avanzan hasta el campo pupilar son punto de partida de las opacidades que constituyen la catarata secundaria. La situación se complica aun más cuando á las capas corticales se añaden exudados plásticos inflamatorios; que provienen del iris, sobre todo cuando los restos de la cristaloides han contraído adherencias con el borde pupilar. La luz no puede penetrar al ojo en estos casos sino muy imperfectamente, lo que disminuye de un modo muy notable la agudez central de la visión, y la operación que tiene por objeto desgarrar ó extraer las partes opacas puede llegar á ser muy difícil y aun peligrosa, sobre todo en caso de adherencias.

De aquí se infiere que los procedimientos operatorios que menos expongan á la formación de la catarata secundaria, ó que dejen esta en las

Al ob haboiquoy
enibibon ob M simobuzA
oizoxM ob

mejores condiciones para ser operada á su vez, deben ser los preferidos. El ideal sería extraer el cristalino con todo y cápsula; pero por desgracia los esfuerzos muy laudables que hasta hoy se han hecho en este sentido no han alcanzado el objeto que se proponían, y puede decirse con verdad que aún no se ha inventado el medio de sacar seguramente y siempre la lente opaca envuelta con la cristaloides. Puesto que el ideal mismo no se alcanza hasta ahora, fuerza es conformarse con lo menos malo y elegir el procedimiento que asegure la mayor agudez visual posible.

* * *

La sección de Oftalmología del Congreso ha fijado su atención sobre tan importante materia, á propósito de una comunicación del Dr. Knapp de Nueva York.

Asienta en su discurso que los procedimientos operatorios han alcanzado en nuestros días tal grado de perfección, que es necesario preocuparse de suministrar á cada operado el mayor grado posible de agudez visual; lo que en gran parte se opone á tan apetecible resultado, es la formación de la catarata secundaria. Después de la incisión de la cápsula anterior, ya con el quistitomo, ya con el cuchillo, los bordes de la incisión capsular se separan, arrollándose ó no; la solución de continuidad de la cristaloides se llena enseguida por el proceso común de la cicatrización; esto da lugar á la formación de fibras cicatriciales más ó menos densas que atraviesan el campo pupilar y que pueden adherirse al iris. La presencia de estos tractus de cicatriz es muy desfavorable á la vista, así en los casos en que la operación primitivamente practicada es la única, como en aquellos en que se hace indispensable proceder á una segunda operación de catarata secundaria. En el primer caso, las orlas cicatriciales impiden la transmisión perfecta de la luz hasta la retina; en el segundo, la dureza de las fibras, común á todo tejido cicatricial, opone una resistencia notable á la discisión; dichas fibras no se dejan dividir fácilmente, y en el caso que se adhieren al iris, la dificultad aumenta hasta el punto de hacer necesaria la irido-capsulotomía, siendo siempre muy imperfectos los resultados obtenidos.

Cree el Dr. Knapp que todos los procedimientos operatorios de la catarata empleados hasta el día adolecen de un grave inconveniente, á saber: la sección de la cápsula se practica siempre en el campo pupilar, de lo que resulta que las fibras cicatriciales de que ha hecho mención queden situa-

das precisamente en el trayecto de los rayos luminosos, condición muy desfavorable para los resultados ulteriores. Puesto que la extracción del cristalino con su cápsula no puede practicarse sino en circunstancias excepcionales, él se ha preocupado de desgarrar la cristaloides anterior fuera del campo pupilar. Con este objeto emplea un pequeño cuchillo recto en forma de *serpette*, que insinúa entre la cristaloides y el iris hacia el borde superior de la pupila y allí practica una incisión de la cápsula que permite la salida del cristalino tan fácilmente como la sección central ordinaria. Por esta primera operación restituye al operado una agudez visual de $\frac{1}{4}$ aproximadamente. Pasadas dos ó tres semanas procede á una segunda operación, que consiste en una discisión de la cápsula en forma crucial hecha con su pequeño cuchillo en la parte céntrica que no ha sido tocada todavía. Hace notar que hay gran diferencia entre esta pequeña operación, que se practica en una cápsula de consistencia ordinaria fisiológica, que se deja deprimir fácilmente bajo la presión del cuerpo vítreo, y la discisión común, que se hace sobre tejido de cicatriz, que por lo mismo nunca puede dar resultados tan satisfactorios. Si por la primera operación se obtiene un $\frac{1}{4}$ de agudez visual, por la segunda se consigue elevar ésta hasta $\frac{3}{4}$, obteniéndose una pupila perfectamente negra, y resultados estadísticos muy superiores á los ordinarios, en lo que concierne á la agudez visual.

El Dr. Dufour, de Lausania, hace notar que en tratándose del nuevo procedimiento operatorio propuesto por el Dr. Knapp, es necesario tener en cuenta la voluntad del paciente; cree más probable que el enfermo prefiera la operación antigua, que de una vez para siempre lo deja exento de la opacidad, al procedimiento propuesto, que exige dos operaciones sucesivas; si bien es cierto que por la segunda se gana en agudez visual, es dudoso que el paciente quiera obtener una agudez algo mayor que la que se obtiene por los procedimientos antiguos, á costa de otra operación, que siempre impresiona tanto más cuanto que lo que se gana en el procedimiento del Dr. Knapp, no aventaja gran cosa al beneficio obtenido por los demás procedimientos. El mismo Dr. Dufour ha notado que después de las discisiones practicadas con la aguja pueden quedar enclavados en la herida cornea pequeños fragmentos de la cápsula, que constituyan un manantial continuo de irritaciones; por otra parte cree que la discisión prematura de la cápsula ofrece inconvenientes, por lo cual no la practica sino siete ú ocho semanas después de extraída la catarata.

(Concluirá.)