

---

# 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.

(CONCLUYE.)

El Dr. Wicherkiewiez, de Posen, dice que obtiene excelentes resultados practicando una incisión rectangular sobre la cápsula, por medio del quistitomo, y extrayendo con pinzas capsulares el colgajo comprendido entre los bordes de la incisión.

El Dr. Haale, de Zurich, ha visto los fragmentos de que habla el Dr. Dufour, que se enclavan en la córnea, pero no cree que provengan de la cápsula sino del cuerpo vítreo, por lo cual son muy peligrosos y difíciles de percibir, siendo necesario valerse á veces de una lente para descubrirlos.

El Dr. Knapp ha tenido oportunidad de ver los fragmentos de que se trata; cuando los ha encontrado, ha tenido la precaución de desprenderlos por medio de una sonda pequeña.

El Dr. Schweigger, de Berlín, siempre ha encontrado preferible el procedimiento de discisión de Bowmann, que como es sabido se practica con dos agujas; es la operación que practica cuando cree necesaria la discisión.

El Dr. Darier, de París, hace presente el modo de ver del Dr. Aba-

die, para quien es preferible extraer con pinzas los detritus capsulares que obstruyen la pupila después de la operación de la catarata, que practicar la discisión.

El Dr. Gayet, de Lyon, dice que en las cuestiones que suscita el estudio de la catarata secundaria, nunca debe perderse de vista un punto muy importante, la manera de reaccionar del ojo después de la operación de la catarata; cree que cualquiera que sea el modo de seccionar la cápsula, y que aun cuando se quite por completo, lo mismo que al cristalino, no por esto dejarán de formarse cataratas secundarias; lo cual depende de que se hacen en el ojo modificaciones de tal naturaleza que es indispensable la formación de depósitos de composición desconocida en el campo pupilar, y esto bajo la influencia de causas que no conocemos, pero que se refieren á trastornos de nutrición del globo ocular. También admite que las cataratas secundarias que resultan no deben tocarse sino pasado mucho tiempo de la operación principal.

El Dr. Vignes, de París, presenta unas pinzas de su invención, que sirven para hacer la capsulotomía en casos de catarata secundaria. Estas pinzas difieren de las de Wecker en que una de las ramas es fija y la otra movable, lo que según su autor da mayor seguridad á la operación.

El Dr. Thisolm, de Baltimore, recomienda á la atención del Congreso el procedimiento que sigue para la curación consecutiva á la extracción de la catarata; en publicaciones anteriores ha hecho conocer su medio especial de curación, y quiere insistir sobre este punto por creerlo de utilidad. Expone que el objeto principal de la curación, después de la extracción de la catarata, es impedir que los labios de la sección corneal se entreabran, lo que se opone á la cicatrización. Los vendajes ordinarios distan mucho de realizar el fin propuesto; en efecto, ya sea porque en los momentos de aplicar la curación se comprima mucho el globo del ojo, ya sea porque los movimientos del enfermo hagan que el globo ocular venga más tarde á comprimirse contra el vendaje; siempre, hay un serio peligro de que la compresión separe los bordes de la herida corneal. Lo único que debe procurarse es mantener el ojo cerrado sin comprimirlo, pues de esta manera los movimientos del globo ocular no son peligrosos, puesto que no tienden ya á entreabrir los labios de la herida. Realiza esta idea por medio de una tira de tafetán que aplica sobre los párpados previamente cerrados; el tafetán debe dejar libre el ángulo interno del ojo, para asegurar el libre escurrimiento de las lágrimas, y debe prolongarse arriba y abajo hasta los bordes orbitarios correspondientes. Deja el otro ojo descubierto, y el en-

fermo permanece en una pieza con luz; después de cuatro ó cinco días, quita el tafetán protegiendo simplemente los ojos con vidrios ahumados. Empleando esta curación, siempre ha obtenido resultados favorables, por lo cual cree conveniente recomendarla á los miembros del Congreso.

El Dr. Roser, de New York, no cree que los resultados de este medio de curación sean satisfactorios, de lo cual se ha convencido después de un año de estudio.

\* \* \*

Después de lo que acabo de exponer, se comprende fácilmente que las opiniones están aún bastante divididas en lo que se refiere á la catarata secundaria. Es necesario convenir, no obstante, en que gracias á los perfeccionamientos sucesivos de los procedimientos operatorios, es más fácil oponerse ahora á sus funestas consecuencias que en épocas anteriores.

Creo de mi deber añadir que la observación me ha enseñado de algún tiempo á esta parte que el uso de la eserina después de la operación de la catarata facilita la formación de opacidades secundarias; como es muy sabido la propiedad miótica de la eserina, sugirió la idea de emplearla en los operados de catarata, con objeto de prevenir la hernia del íris, que compromete el éxito de la operación. Puedo asegurar que si dicha operación ha sido regularmente ejecutada, haciendo limpia la incisión corneal y adaptando bien sus labios, la instilación de la eserina es inutil; si, por desgracia, el operado hace ciertos esfuerzos, por ejemplo los que requiere el vómito, la eserina es impotente para prevenir la salida del íris á través de los labios de la incisión corneal, de cuyo hecho he podido convencerme varias veces. En cambio, la contracción exagerada del esfínter pupilar ofrece el grave inconveniente de favorecer las adherencias del iris con los fragmentos capsulares, y con los depósitos exudativos, que pueden formarse después. Por estas razones he eliminado de mi práctica el uso de los mióticos después de la operación de la catarata, como medio general, reservándolos para los casos en que haya una indicación especial.

Cuando la catarata capsular se forma no obstante la regularidad de la operación, creo que en la mayoría de casos basta para combatirla la simple discisión, que practico desde mi anterior viaje á Europa, siguiendo el procedimiento de Galezouski. La operación es sencilla, inocente, y da excelentes resultados, como muchas veces lo han visto los alumnos que siguen el curso de Clínica Oftalmológica de esta Facultad.

Ningún oftalmologista que se haya dedicado á la curación del estrabismo, ignorará las dificultades, muy serias á veces, que presenta el tratamiento de la desviación de los ejes visuales. Está perfectamente establecido que el estrabismo propiamente dicho difiere de las parálisis de los músculos motores del ojo, por varios caracteres: en el primero, la desviación llamada *primitiva* es constante, mientras que en los segundos cambia con la posición relativa del ojo y del objeto que se trata de fijar. En el estrabismo propiamente dicho ú óptico, la desviación llamada *secundaria*, es siempre igual á la primitiva, en tanto que en las parálisis musculares la desviación secundaria es mayor que la primitiva. Por otra parte, en el estrabismo óptico no hay diplopía y sí existe en las parálisis musculares, siendo homónima ó cruzada, según los casos, y aumentando ó disminuyendo la separación de las imágenes según la posición del objeto que se fija. Si á esto se añade que en las parálisis musculares á menudo existe una desviación viciosa de la cabeza, y que el paciente se queja con frecuencia de sensación de vértigo, ya se tienen otras diferencias entre el estrabismo óptico y el paralítico.

Estas diferencias tan acentuadas se explican perfectamente si se atiende á la patogenia tan diferente de las dos clases de desviaciones oculares. Si he recordado los hechos que preceden, es precisamente con objeto de hacer resaltar el espíritu de la comunicación de que me ocuparé después.

Si el estrabismo propiamente dicho, ha sido llamado también óptico, es porque sus causas residen en alteraciones de transparencia de los medios refringentes del ojo, en lesiones retinianas ó coroideas, y, sobre todo, en vicios de refracción, como Dónders lo ha establecido con toda claridad de largo tiempo atrás. Es, por consiguiente, la ametropía, sobre todo cuando existe en grado desigual en ambos ojos, lo que en la mayoría de casos, determina el estrabismo óptico. El paciente, en fuerza de la costumbre, desecha de la visión una de las imágenes retinianas y sólo aprecia la otra; por lo cual no hay diplopía. Según el grado del estrabismo y de su intensidad, se le divide en *latente*, *periódico*, *alternante* y *permanente*.

Fundándose en su patogenia, se han ideado diversos tratamientos ortopédicos y dióptricos para combatir el estrabismo, siendo necesario muchas veces llegar á los procedimientos operatorios, que se combinan ó se hacen seguir de los dióptricos, corrigiendo convenientemente el vicio de refracción, origen de la desviación estrábica.

La experiencia enseña, sin embargo, que después de una operación

regularmente ejecutada, con éxito á primera vista satisfactorio, y aún después de corregida la ametropía, el estrabismo reaparece á ocasiones, causando el descontento del operador y del paciente, pues el estrabismo constituye un defecto físico desagradable que origina un constante disgusto á quien lo lleva, especialmente si es mujer.

\* \* \*

El Dr. Valude, de París, estudiando las causas del estrabismo concomitante ha llegado á ciertas conclusiones que formaron el objeto de su comunicación al Congreso. Según el Dr. Valude, existe una forma de estrabismo en gran parte de origen neuropático. No tiene relación con las desviaciones oculares que se presentan en el curso de la histeria y que han sido bien estudiadas por Borel; estas últimas desviaciones, de naturaleza espasmódica, son semejantes á otros accidentes convulsivos de la histeria, y como ellos, transitorios y fugaces. Tampoco pertenece la forma á que se refiere el Dr. Valude, á las desviaciones fijas, congénitas, con frecuencia hereditarias, y que coincidiendo con otros vicios de conformación, como el pié equino, v. g., indican á menudo degeneraciones nerviosas transmisibles por herencia. Él se refiere á una variedad de estrabismo verdadero, el llamado *concomitante*, que no siempre depende, según opina, á lo menos de una manera exclusiva, de la ametropía señalada por Donders, como causa frecuente de estrabismo. Un estado neuropático general tomaría participio activo en la producción de estas desviaciones, y según resulta de sus estudios, esta causa figura en numerosos casos de estrabismo. En ciertos individuos el estado ametrópico señalado por Donders, sería la causa exclusiva del estrabismo; en dichos individuos, la corrección óptica y el tratamiento operatorio están perfectamente indicados como medios de curación. Otras veces al estado ametrópico se añade el neuropático, obrando el primero como causa predisponente, y el segundo como causa ocasional. Por último; muchas ocasiones sucede que el estado neuropático es la única causa del estrabismo, con exclusión de la ametropía. Es evidente que para las dos últimas categorías, la corrección óptica sola ó ayudada del tratamiento operatorio, puede ser insuficiente, siendo de temerse las recaídas. Un tratamiento adecuado contra el estado neuropático debe ser el complemento indispensable de la curación, y aun en algunos casos basta por sí sólo, pudiendo obtenerse con su auxilio una curación completa.

\* \* \*

Es innegable que los estudios del Dr. Valude, tienen su importancia en la curación de una afección tan rebelde algunas veces á los tratamientos que hasta ahora se han empleado para combatirla. Las observaciones ulteriores harán ver si realmente existe un estado neuropático dominando muchas veces la patogenia del estrabismo; en cuyo caso se tendrá una nueva arma que esgrimir contra las desviaciones estrábicas.

Es bien sabido que la corrección óptica del astigmatismo está fundada en el uso de los vidrios cilíndricos, combinados ó no con los esféricos, según se trate del astigmatismo compuesto ó del simple. Siendo el astigmatismo regular un estado ametrópico en el cual el poder refringente del ojo varía en sus diversos meridianos, encontrándose en su máxima, en uno de dichos meridianos, y en su mínima, en el meridiano perpendicular al primero, es claro que los vidrios cilíndricos son los únicos que pueden corregir ese vicio de refracción.

La dióptrica demuestra, en efecto, que un vidrio cilíndrico tiene un poder refringente máximo, para los rayos luminosos que penetran según un plano perpendicular á su eje, y que dicho poder refringente va disminuyendo poco á poco hasta llegar á ser nulo, para los rayos que penetran según un plano paralelo al eje del cilindro, y por tanto perpendicular al primer plano. Si, pues, se coloca uno de estos vidrios delante de un ojo astigmático, acomodando el poder refringente del cilindro al del ojo, y colocando el eje del cilindro en la dirección necesaria, según la dirección del astigmatismo, es claro que una combinación conveniente llegará á determinar la corrección deseada.

Los únicos vidrios cilíndricos empleados hasta hoy, en la práctica tienen el inconveniente de no ser periscópicos; representan una sección del cilindro por un plano paralelo á su eje; la cara plana corresponde al ojo, y la curva se dirige hacia adelante.

\* \* \*

El Dr. Valude presentó á la X<sup>a</sup> sección del Congreso una doble serie de los vidrios llamados *tóricos*, que se construyen en París, y que tienen por objeto evitar el inconveniente que he señalado.

Supóngase que un vidrio cilíndrico ordinario se haya encurvado sobre sí mismo, de modo que la cara plana vuelta hacia el ojo tome una forma cóncava regularmente esférica; supóngase, además, que la segunda cara siga á la primera en esta incurvación, y se tendrá una idea de los vidrios tóricos. Estos tienen sobre los vidrios cilíndricos ordinarios, la ventaja de ser periscópicos; efecto importante para el resultado de la visión periférica.

La práctica no dá aún su fallo sobre el uso de los vidrios tóricos; pero es muy probable que su uso sea preferible al de los vidrios cilíndricos ordinarios. Por mi parte, me propongo emplearlos en mi práctica, y alguna vez daré cuenta del efecto que produzcan.

He procurado hacer una corta reseña de los asuntos, especialmente designados para el debate, en la sección de Oftalmología, y de algunas comunicaciones que me han parecido de mayor importancia práctica. Como quiera que ocuparme de todas las otras comunicaciones hechas á la sección sería obra laboriosa y además inútil, puesto que deben ser publicadas en los *Archivos generales del Congreso*, tengo que ocuparme, en seguida, de mi propia comunicación. Procuré elegir un tema que dotado sobre todo de carácter nacional, al mismo tiempo ofreciese cierto interés general, por el estudio comparativo que se hiciera en el curso del trabajo entre los hechos observados en México, y los referidos por autores europeos. Me pareció que el estudio de los vicios de refracción en nuestro país, en relación con los de Europa, indicando las causas probables de las diferencias, llenaría hasta donde fuese posible el objeto propuesto. El día 6 de Agosto fué el señalado para mi comunicación, que hice en francés, uno de los idiomas oficiales del Congreso. No se hizo objeción á mi estudio; fué recibido con muestras de aprobación y pasó al archivo de la Secretaría. <sup>1</sup>

\* \* \*

Faltaría á los deberes de gratitud si no hiciera constar aquí las manifestaciones de aprecio de que fué objeto el Comité Mexicano en el Congreso Internacional de Berlín. Me bastará señalar á grandes rasgos, que nuestra amada Patria recibió en sus representantes las mismas distincio-

<sup>1</sup> Acompaño á esta Memoria mi comunicación impresa en París, y tengo el honor de remitir cuatro ejemplares más del mismo trabajo.

nes que los países más cultos del globo; que nuestro pabellón nacional figuraba en el local destinado á las grandes sesiones, al lado de los de las demás naciones americanas y europeas que tomaron parte en el certamen; que invitados á todas las recepciones así particulares como oficiales, que con motivo del Congreso tuvieron lugar, fuimos en todas tratados con exquisita galantería; que en el nuevo Palacio Imperial de Postdam, donde fuimos recibidos con los representantes de las demás naciones por el Príncipe Federico Leopoldo, en nombre del Emperador que estaba ausente, México fué objeto de las mismas manifestaciones cariñosas que los otros países representados, escuchando de aquel Príncipe, palabras halagüeñas para nuestra Patria.

Debo añadir que este certamen ha proporcionado á México la oportunidad de estrechar sus relaciones científicas con los hombres más eminentes en la Medicina, que se reunieron en el Congreso, y que ha servido al mismo tiempo para hacer patente el anhelo de los médicos mexicanos, por el estudio y el progreso.

No debo pasar por alto, que el Sr. Dr. Lavista, que en su calidad de Jefe de la Comisión Mexicana, formaba parte del Comité general de organización, obtuvo sin esfuerzo, y por el parecer unánime de los miembros de dicho Comité, que en lo sucesivo la República Mexicana fuese considerada como *Nación congresista*, con todos los derechos que dicha calidad le confiere. Esta distinción debe satisfacer en alto grado á todos los que deseamos para México un puesto científico entre las naciones más cultas.

Para concluir, debo manifestar mis agradecimientos á la Academia N. de Medicina por la honra que me ha dispensado, al extender mi nombramiento de miembro de la Comisión Mexicana en el X.º Congreso Médico Internacional.

México, Septiembre 10 de 1890.

JOSÉ RAMOS.

