

Después de lo que he expuesto, aunque sea á grandes rasgos, ¿quién no verá que la infiseotomía es una operación fácil, al alcance de todos los médicos, que tiene indicaciones muy precisas, y que convenientemente practicada, permite salvar la vida de madres ó hijos, evitando, muchas veces, la práctica de la embriotomía y de la operación cesárea?

No puedo, por lo mismo, terminar de mejor manera estos apuntes que diciendo con el Dr. Spinelli: Hoy, en el estado en que se encuentra la sinfiseotomía, no son justificadas la indiferencia ó la negligencia de los parteros: ellas se vuelven culpables.

México, Diciembre 14 de 1892.

M. GUTIÉRREZ.

OFTALMOLOGIA.

Tuberculosis de la conjuntiva y de la córnea por el Dr. Agustín Chacón.

CADA día es mayor el interés con que se estudian las cuestiones que atañen á la tuberculosis, esta terrible plaga de la humanidad cuyo número de víctimas es incontable. Desde el descubrimiento del bacilo de Koch una gran claridad se esparció sobre el asunto y ahora se le considera bajo nuevos puntos de vista.

Si bien la tuberculosis del ojo considerada en general, no es demasiado rara, no se puede decir lo mismo de la tuberculosis de la conjuntiva, de la que no se refieren aún muchos casos. La primera mención de infección tuberculosa de esa membrana se debe á Köster (1873). Hasta 1887 sólo se habían registrado 23 casos; pero después, gracias al mayor empeño con que se ha estudiado el proceso tuberculoso, se cuenta ya con un número regular de observaciones.

Puede ser que en México se haya observado algún caso además del que voy á tener el honor de referir; mas de todos modos es el único consignado.

Ya algo se ha dicho aquí á propósito de este asunto, cuando el Sr. Dr. Licéaga leyó su importante Memoria sobre los resultados obtenidos con

la linfa de Koch en el hospital de Maternidad é Infancia. En la *Revista Médica* publiqué alguna vez un pequeño artículo refiriéndome á lo mismo; pero creo que debo volver á ocuparme de él por estas razones: Sea la primera, porque lo voy á considerar bajo otro punto de vista que el Sr. Licéaga: bajo el punto de vista de la oftalmología, y en segundo lugar, en razón de que la historia que publiqué no era completa, habiendo tenido lugar el desenlace mucho tiempo después. Paso desde luego á referirla:

Concepción Medina, de 22 años de edad en Octubre de 1890, se atendía en el consultorio "Eduardo Licéaga" de una artritis tuberculosa de la rodilla y de una osteitis en una de las falanges de los dedos de los pies. En la fecha citada manifestó que en el ojo derecho tenía sensación de ardor y lagrimeo, molestándole además la luz. La conjuntiva ocular estaba inyectada. Volteando hacia afuera el párpado inferior, se notaba en la mucosa del fondo de saco una vegetación ó excrecencia de aspecto papilomatoso bastante pequeña y en la conjuntiva palpebral había enrojecimiento bastante acentuado. Con tijeras extirpé esa exuberancia, creyendo que con esto bastaría; mas no obstante los cuidados antisépticos, la pequeña herida que de la operación resultó, lejos de tender á cicatrizar, se trasformó en ulceración. Inútil fué tratarla por el ácido bórico, el sublimado, el yodoformo, etc.; la pérdida de substancia se agrandaba cada vez más. Llegó á medir 10 milímetros en su mayor dimensión (en la dirección del fondo de saco conjuntival). Su fondo era entonces sucio, atónico, cubierto por las secreciones de la mucosa conjuntival. Sus bordes, de nivel ligeramente elevado, eran irregulares y limitaban una úlcera de forma alargada, casi elíptica. Alguna vez que se buscaron en los productos de la ulceración los bacilos de Koch, no se encontraron. Ni los ganglios preauriculares ni los submaxilares estaban abultados.

En este estado fué la enferma sometida á las inyecciones de tuberculina el 17 de Enero de 1891, como consta en detalle en la Memoria del Dr. Licéaga. Se empezó por un milígramo de linfa. Casi no hubo reacción. Al día siguiente se le inyectaron dos miligramos y la temperatura se elevó á 39°3. Además de la reacción general, la hubo local en el ojo: fuerte inyección conjuntival, hinchazón en las regiones malar y temporal en la cercanía de la órbita, lagrimeo, fotofobia y quemosis conjuntival. Esto confirmó el diagnóstico.

Con mayores ó menores intervalos se continuaron las inyecciones, alcanzándose la dosis de 18 miligramos. Al principio la úlcera tendía á la curación, su tamaño disminuía, la superficie casi alcanzaba el nivel de los

bordes y se limpiaba. Este estado engañoso fué sin embargo pasajero y la ulceración tornó á sus malas condiciones anteriores y al tocar el párpado por fuera, se sentía un endurecimiento.

La hinchazón y rubicundez de la mucosa se extendieron á toda la conjuntiva; un grueso rodete quemótico circunscribía á la córnea. Esa quemosis no disminuía con escarificaciones. Se raspó el fondo de la úlcera con una cucharilla, se tocó con una solución de nitrato de plata, con el lápiz de pioctanina amarilla (auramina) y no obstante todas las tentativas para su curación, el estado local empeoraba. Los párpados hinchados ocultaban casi totalmente el globo ocular. Las secreciones abundantes del ojo cubrían la córnea de espeso velo y entorpecían la visión.

No paró esto ahí; la formación neoplásica de la conjuntiva se extendió poco á poco á la córnea, sobre todo por los lados interno y externo de esa membrana, bajo forma de elevaciones que simulaban perfectamente las que se encuentran en la córnea de los enfermos leprosos, de la forma tuberculosa.

Esta forma de invasión de la córnea es muy rara, lo más común es que se propague como infiltración acompañada de pannus; y llamo la atención sobre ella por el hecho de que aún cuando ha sido alguna vez descrita y referida en publicaciones periódicas, lo ha sido muy poco y hay libros clásicos en los que no se menciona.

El Dr. Valude habla de una forma de tuberculosis corneana que se hace aparente por una erupción de manchas amarillentas que crecen, se ulceran y se abren al exterior.

Haré notar aquí la semejanza que hay entre las lesiones oculares conjuntivales y corneanas producidas por la lepra y las producidas por la tuberculosis. Ambas forman nódulos en la conjuntiva; una y otra se propagan á la córnea ya sea infiltrándola ó bajo forma de elevaciones. Por lo demás el bacilo de Koch y el de Hansen se parecen en algo más que en la forma y aunque su localización no es siempre la misma en el cuerpo humano, generan ambos procesos semejantes, de lo que es fácil convencerse meditando en ello un poco. No se puede sin embargo negar que profundas diferencias separan el proceso lepromatoso del tuberculoso; mas conviene no olvidar las analogías, para cuando se trate de clasificar estas entidades morbosas.

Volviendo á nuestra enferma, añadiré que el estado desastroso de su órgano de la visión se complicó de punzadas fuertes, y no encontrando otro remedio á esa situación, tuve que recurrir á la enucleación del ojo que

practicué el 21 de Octubre de 1891, teniendo cuidado de extirpar de la conjuntiva enferma lo más que se pudo; pero no todo, como se comprenderá dada la extensión del mal.

La autopsia del órgano enucleado demostró que la neoplasia sólo había invadido las partes superficiales del globo ocular, respetando la esclerótica, el tractus uveal y con mayor motivo las membranas y medios más profundos.

La herida cicatrizó y los dolores desaparecieron desde luego; pero con el tiempo han vuelto aunque en menor escala la secreción de la conjuntiva y las punzadas, y á este estado de cosas solamente se le pudo oponer un tratamiento paliativo, no siendo posible hacer algo mejor.

La historia referida es la de un caso de tuberculosis secundaria de la conjuntiva, opinión apoyada por el parecer de los Sres. Dres. Licéaga y Carmona y Valle, así como de los numerosos médicos que vieron á la enferma y por estas otras razones:

1.^a La paciente sufría de otros afectos reconocidos como tuberculosis, artritis, osteitis, endurecimiento del vértice de los pulmones y además salpingitis y endometritis tuberculosa que exigió la raspa uterina que practicó el Dr. Hurtado.

2.^a La linfa de Koch produjo siempre una reacción general y la local muy marcada en la conjuntiva enferma y partes adyacentes.

3.^a El aspecto de la ulceración es el descrito en casos semejantes por las personas que lo han observado. Es cierto que alguna vez que se buscaron los bacilos en el fondo de la ulceración no se encontraron; esto, sin embargo, nada significa, como bien lo saben las ilustradas personas que me escuchan; pues hay que buscarlos muchas veces y aun hacer inoculaciones en animales, experiencia que no practiqué por no estar rodeado de las condiciones á propósito para ello.

No haré comentarios sobre la tuberculosis conjuntival que se encuentran en cualquier libro y son bien conocidos de todos; insistiré solamente sobre ciertos puntos que constituyen la enseñanza que me ha procurado el caso referido.

El primero es, que el abultamiento del ganglio preauricular no es consecuencia necesaria de la ulceración tuberculosa de la conjuntiva, como lo afirma el Dr. Valude, de París, en los "Estudios experimentales y clínicos sobre la tuberculosis" publicados bajo la dirección del Dr. Verneuil. En nuestra enferma este ganglio no estaba engurgitado.

El segundo punto que pudiera dar algún interés á la observación, es

el modo de propagación de la neoplasia á la córnea, bajo forma de elevaciones semejantes á las que se encuentran en los ojos de los lazarinos (leprosos), forma que como arriba indiqué, no es nada común.

Diciembre 14 de 1892.

REVISTA EXTRANJERA.

De la fiebre en cirugía, por el Dr. Joaquín Albarrán, Profesor agregado á la facultad de Medicina de París. ¹

EL estudio de la fiebre que acompaña á las heridas ha preocupado en todas las épocas á los cirujanos. Los antiguos nos han legado descripciones precisas sobre las modalidades clínicas, sobre el valor diagnóstico y pronóstico de las fiebres quirúrgicas, pero la terapéutica permanecía impotente, porque se desconocía la patogenia. La ciencia moderna ha llenado ese vacío en gran parte, apelando para ello no sólo á las enseñanzas de la clínica, sino también poniendo á contribución la fisiología, la bacteriología y la química. Para exponeros el conjunto de nuestros conocimientos sobre las fiebres en cirugía, debo tratar de daros una precisa idea de la concepción moderna de la fiebre y estudiar sus modalidades patológicas, sin olvidar, no obstante, que os hablo como cirujano, y que el estudio patogénico debe conducirnos á una sana apreciación de las modalidades clínicas, y á una terapéutica racional. Me llevan estas razones á estudiar en conjunto, primeramente, el síndrome fiebre, y examinarlo luego desde el punto de vista de la práctica diaria bajo dos aspectos distintos, según que acompañe á lesiones espontáneas, ó sea consecutiva á una herida.

Para estudiar la patogenia de las fiebres es justo y útil, seguir á grandes rasgos el método histórico comprendido en el sentido más lato, en el de la filiación de las ideas, pues como ha dicho Augusto Comte, y han repetido después Claudio Bernard y Berthelot, la ciencia moderna no es más que el desarrollo y la continuación de la antigua ciencia.

Durante mucho tiempo fué considerada la llamada fiebre traumática como útil y necesaria; "tiene por fin, decía Dupuytren, preparar la curación de las heridas." En 1835, vemos con Sanson que la fiebre traumáti-

¹ Tomamos íntegro de la "Revista de Ciencias Médicas," de la Habana, el artículo que sobre "Fiebre en Cirugía," publicó, original del Dr. Albarrán. Nuestros lectores juzgarán de su mérito que refleja el saber del mencionado médico, nacido en Cuba, y que en una lid científica se conquistó un puesto envidiable, el de Profesor agregado de la Facultad de Medicina de París.