

rara en México y sobre algunas particularidades que desea se estudien en este caso.

El Sr. Presidente nombró al Sr. Chávez para examinar al enfermo é informar.

Terminado su examen el Sr. Chávez manifestó que se trataba de una periquerato—conjuntivitis típica con todos los caracteres propios de esta enfermedad. Que comenzó hace un año; pero según le dijeron la exuberancia se hizo bien pronunciada hasta hace tres meses.

El Sr. Ramos entró en detenidas consideraciones y dió lectura á algunos párrafos del tratado de oftalmología de Mimier y d'Espagnet, que demuestran que hay realmente grandes semejanzas entre la conjuntivitis primaveral y la Periquerato—conjuntivitis exuberante descrita por el Sr. Carmona, aunque hay también algunas diferencias como es principalmente el que la última no se agrava en esta estación como se ve en el enfermo que presentó, el cual está aliviado. Terminó refiriendo que en un enfermo del Sr. Montaña había encontrado, el Sr. Toussaint algo parecido á amibas, y suplicando á este señor se sirviera examinar los productos que le enviara, y dijera lo que recordara del caso del Sr. Montaña.

El Sr. Toussaint dijo que no recordaba todos los detalles de ese caso, pero que le pareció haber encontrado amibas aunque no lo asegura.

Que buscó el bacilo de Koch porque el enfermo era escrofuloso, y que no encontró ni esa ni otras bacterias. Agregó que reconocería con mucho gusto las piezas que le mandara el Sr. Ramos.—J. R. ICAZA.

OFTALMOLOGIA.

Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la oftalmía emigradora por la enucleación.

SEÑORES ACADÉMICOS:

DESEANDO ocupar la vacante que existe en la Sección de Oftalmología según la Convocatoria que fué expedida el 1º de Junio del presente año, tengo la honra de presentaros este pequeño trabajo cuyo objeto es vulgarizar ciertas ideas á propósito de las indicaciones de la enucleación en el tratamiento de la oftalmía emigradora señalando algunos casos clínicos, y dar á conocer una modificación que he ideado y puesto en práctica con buen éxito, del Procedimiento de Bonnet que es el más frecuentemente empleado.

No llevo la pretensión de poder sustituir al distinguido oculista que por sus múltiples ocupaciones se vió obligado á renunciar el puesto que honrosamente ocupaba. Si aspiro á llenar la vacante que dejó, es por el empeño con que me dedico á la Oftalmología desde hace nueve años y el deseo vehemente que tengo de ilustrarme estando en el seno de tan distinguida Corporación.

Esperando de la benevolencia de mis jueces una acogida favorable, paso á exponer dicho trabajo.

La oftalmía simpática es una de las enfermedades que más han ocupado la atención de los oftalmólogos en la segunda mitad de este siglo.

Antes que Mackensie en 1844, diera la primer descripción clínica que la colocó en la nosología ocular como entidad morbosa distinta, ya se habían referido varios casos y aun se había establecido el tratamiento que debiera seguirse para evitarla y combatirla.

Efectivamente, á las observaciones mal detalladas de Bartholin, Bidloo, Fissot, Saint Ives y Mooren, vinieron en 1818 las cuatro de Demours en las que establece claramente las consecuencias simpáticas de algunos traumatismos del ojo.

En el año siguiente (1819), Wardrop en su obra sobre la Anatomía patológica del ojo humano propone como tratamiento la destrucción del ojo primitivamente afectado.

Los veterinarios habían notado que existe en el caballo una afección de los ojos que, primitivamente unilateral, se propaga fatalmente al otro ojo si el primero no se supura rápidamente. En estos casos tenían la costumbre de apresurar la destrucción del órgano primeramente afectado poniendo en él cal ó introduciendo un clavo. Wardrop modificó esta práctica cortando el ojo y vaciando su contenido, y además presumió, que se podía aplicar al hombre este tratamiento en los casos en que el mal de un ojo pasa al otro para ocasionar la ceguera completa.

Barton, Crampton y otros, pusieron en práctica el consejo de Wardrop obteniendo buenos resultados, de suerte que Mackensie al dar á conocer la nueva entidad morbosa recomendó este tratamiento.

Más tarde vinieron nuevas observaciones á demostrar la insuficiencia del vaciamiento del ojo, así es que White Cooper propone la extirpación completa del órgano.

Agustín Prichard en 1854, practica por primera vez esta operación

y después de referir veinte observaciones de ceguera consecutiva á la oftalmía simpática, recomienda vivamente la extirpación del ojo como único medio de combatir tan funestos resultados.

Desde entonces las observaciones se multiplican, se estudian las diversas causas que le pueden dar nacimiento, las variadas formas sintomáticas que puede revestir, y sobre todo se discute acaloradamente el tratamiento que deberá emplearse para prevenirla y combatirla.

Unos siguen la práctica de Prichard haciendo la extirpación del ojo primitivamente enfermo por el procedimiento de Bonnet, al que Arlt da el nombre de enucleación, para distinguirla de la exenteración orbitaria con la cual algunos maliciosamente la confundían señalándole la misma gravedad.

Otros inventan distintas operaciones con objeto de evitar la enucleación, y así vemos aparecer la sección de los nervios ciliares al nivel de la esclerótica y la neurotomía óptico-ciliar. La experiencia demuestra que estas operaciones son insuficientes y en los Congresos oftalmológicos internacionales de Londres en 1872 y Ginebra en 1877, gracias á los notables trabajos de Warlomont, la enucleación queda definitivamente aceptada y sólo la exenteración ocular se practica hoy para los casos de panoftalmía ó procesos estafilomatosos ó hidroftálmicos en los cuales la oftalmía simpática es rara por razones bien conocidas.

Aceptada la enucleación era preciso fijar bien las indicaciones y contraindicaciones de la operación, y esto es un asunto muy delicado que ha dado lugar á muchas discusiones. Warlomont decía en el Congreso de 1877: "No hay cuestión más grave, más digna de llamar la atención del médico que la conducta que deberá seguirse en los casos en que un ojo habiendo sido destruido por un traumatismo ó por otra causa amenaza perpetuamente á su congénere. De la determinación que se tome dependerá en muchos casos la seguridad absoluta del paciente ó una existencia entera atormentada por accesos dolorosos, interrupciones de los estudios ó de los trabajos y vacilaciones, resultando del temor demasiado legítimo de accidentes consecutivos de los cuales la ceguera es el resultado posible. La irresolución del médico y las repugnancias instintivas pero no justificadas del paciente, pueden tener aquí las más tristes consecuencias."

Si actualmente no hay médico que vacile en practicar la enucleación tratándose de un ojo perdido que amenaza á su congénere, no sucede lo mismo cuando el ojo primitivamente afectado conserva algo de visión.

La mayor parte de los autores hacen de esta circunstancia una con-

traindicación formal de la enucleación cuando el otro ojo está completamente sano y no presenta indicios de padecimiento simpático. Dicen que no debe imponerse una pérdida cierta para evitar un mal posible, lo cual es ciertamente muy lógico. Sin embargo, ¡cuántas desgracias no se lamentan por seguir ese precepto! Vignaux refiere el siguiente caso: "Un muchacho de diez años recibe un golpe en un ojo y entra al servicio de Gayet en el Hotel-Dieu de Lyon en 1873. El distinguido oculista considera desde luego que el ojo debía enuclearse, pero como todavía conserva alguna agudez visual, aplaza la enucleación por lo penoso que sería privar á un joven de un ojo que todavía da esperanzas de ser útil. Al cabo de cierto tiempo aparecen dolores en el ojo sano y estalla la oftalmía simpática. Se procede inmediatamente á la enucleación pero ya fué tarde; la oftalmía simpática siguió su marcha funesta y terminó en la ceguera definitiva que se hubiera evitado ciertamente por la enucleación oportuna del primer ojo.

Recordando este hecho, Gayet decía á sus discípulos: "C'est là un regret de toute ma vie." (Vignaux, obs. III, pág. 86).

Posteriormente se han citado otros casos semejantes y creemos que todos los que se dedican á la oftalmología han de haber visto algunos. Sea que el enfermo rehuse la enucleación ó que el médico procure conservar un ojo que juzga inofensivo y susceptible de prestar servicios, el hecho es que en México se ven algunos desgraciados ciegos víctimas de la no intervención oportuna. De aquí que en las sesiones del primer Congreso Médico Mexicano, la Sección de Oftalmología haya discutido largamente este punto, llegando á la siguiente conclusión:

"7ª En los casos de infección ligera (de un ojo) se puede recurrir á las inyecciones antisépticas ó cualquiera de los otros medios recomendados pero sin perder de vista al enfermo. Cuando esta vigilancia no puede ejercerse, así como en los casos graves, se debe recurrir desde luego á la enucleación, aun cuando el ojo simpatizante conserve alguna agudez visual."

Esta conclusión se refiere á la enucleación preventiva. En la anterior, es decir la 6ª, se dice: "En la emigradora (oftalmía simpática de origen microbiano), se debe intervenir lo más pronto posible, pues no es sino excepcionalmente curable, y no esperar á que aparezcan los primeros síntomas en el otro ojo, porque sería inútil el tratamiento. Se presenta en los traumatismos infecciosos del ojo y en las inflamaciones coroido-ciliares consideradas como microbióticas en el estado actual de la ciencia."

Es decir, que cuando aparecen los primeros síntomas de la oftalmía

emigradora, como ésta no es sino excepcionalmente curable, la enucleación sería inútil.

Esto requiere una explicación: cuando el ojo simpatizante está perdido y el simpatizado fué atacado de la irido-ciclitis plástica con pérdida de la vista, entonces sí es inútil la intervención; pero pueden presentarse otros casos.

1º El ojo simpatizante no está completamente perdido y el simpatizado sí lo está ó al menos se teme que pronto lo esté por la forma grave de irido-ciclitis; entonces la enucleación está formalmente contraindicada. En este caso no sería inútil, sería nociva; privaría al enfermo del único órgano útil que le quedaba y muchas observaciones han demostrado la veracidad de este aserto. Brevemente referiré la siguiente de Gayet: "Un hombre de 53 años recibe un golpe en el ojo derecho, la vista disminuye rápidamente; dos meses después los accidentes estallan en el ojo izquierdo y cuando el enfermo entra al hospital, encuentra Gayet la existencia de una irido-ciclitis simpática. El ojo derecho no se perdió completamente, conserva todavía percepción luminosa por lo que se le instituye un tratamiento médico y después de algunos días sale del hospital en el mismo estado. Ocho meses después vuelve á ver á Gayet y éste encuentra que el ojo izquierdo, el simpatizado, está completamente perdido, y el derecho, el primitivamente herido, ha podido aún sin operación mejorarse al grado de servir al enfermo para conducirse sólo. "La enucleación del primer ojo no habría salvado al segundo y el cirujano habría tenido que reprocharse el haber privado á su enfermo, del pequeño, pero precioso recurso que le quedaba."

He visto algunos casos semejantes al anterior y estoy convencido de la utilidad de señalar esta contraindicación. Hace cuatro meses me consultó un estimable compañero sobre si debería enuclearse el ojo derecho de una mujer que sufrió una herida en ese ojo y produjo una oftalmía simpática precoz. Al examinarla encontré el ojo herido con las huellas de una irido-coroiditis traumática que había dejado una agudez visual suficiente para contar los dedos á un metro de distancia; el ojo izquierdo presentaba una irido-ciclitis plástica, con atresia pupilar y abolición casi completa de la vista, apenas había percepción luminosa en ese ojo; en vista de estos datos manifesté que lejos de pensar en la enucleación del ojo primitivamente herido debería ser el objeto de un tratamiento apropiado, por ser el único órgano que podría utilizar la enferma, y por tener el ojo izquierdo casi perdido por completo.

2º El ojo simpatizante conserva alguna agudez visual y el simpatizado presenta una forma benigna de oftalmía emigradora; ¿se deberá practicar en este caso la enucleación?

Esta es la cuestión más grave que tenga un oculista que resolver. La operación ha curado casi todas las irido-queratitis simpáticas, ha mejorado muchas veces la iritis serosa y aun otras formas graves como la neuritis óptica en un caso de Fieuzal; pero por otra parte de Graefe, Derby y otros han practicado la enucleación aun al principio de una iritis serosa que se ha transformado en irido-ciclitis plástica conduciendo al enfermo á la ceguera irremediable. En estos casos que felizmente son raros, el operador tendría la pena de haber quitado á su enfermo un órgano que pudo haberle sido útil después. En tal situación la conducta más prudente será manifestar al enfermo las probabilidades del éxito por la enucleación del ojo simpatizante advirtiéndole que no da una seguridad absoluta la operación. Se le aconsejará que consulte con dos de los especialistas más notables y medite la resolución que deberá tomar. Si después de esto se practica la operación con resultado fatal no habrá reproche que dirigir al operador quien por otra parte tendrá el consuelo de decir con Mauthner: "Todo se ha perdido menos la tranquilidad de mi conciencia."

Para terminar con estas breves consideraciones sobre algunas de las indicaciones de la enucleación ocular, diré algunas palabras sobre los cuerpos extraños del ojo.

Todos los autores han indicado que la presencia de un cuerpo extraño inoperable en el interior de un ojo, es una indicación formal de la enucleación preventiva, cuando el cuerpo extraño ocasiona accidentes infecciosos que amenacen producir la pérdida del ojo y aún la del congénere.

En estos casos no hay duda; pero cuando el cuerpo extraño se supone aséptico y no causa molestia al enfermo, ya vienen las vacilaciones. Si además de esa tolerancia la visión se conserva casi normal porque las lesiones producidas hayan sido insignificantes, entonces se renuncia á la enucleación.

Esta práctica, al parecer muy racional, ha dado buenos resultados en algunos casos. Sabemos por ejemplo, que granos de municiones han permanecido varios años en el ojo sin ocasionar accidentes de ningún género. En la clínica de Galezouski se han presentado varios hechos de este género. Hirschberg, de Berlín, refiere el siguiente, que es muy curioso.

Un joven de veinte años, se presenta á la consulta de Graefe, que-

jándose de diplopía monocular al dirigir la vista en determinado sentido, la cual le había aparecido pocos días antes. Refiere en sus antecedentes, que hacía varios años fué herido ese ojo por una munición; pero que la herida cicatrizó y el ojo quedó bueno, conservando sus funciones que no se habían perturbado hasta que apareció la diplopía. Al examinarlo de Greefe al oftalmoscopio, pudo ver en el cuerpo vítreo la munición enquistada. Los exudados que la cubrían, tenían la forma de un prisma situado transversalmente, y esto era la causa de la diplopía como lo pudo verificar examinando los vasos retinianos al través del exudado, los cuales se veían dobles.

El Dr. Fernando López, al abrir un ojo que acababa de enuclear, se encontró con gran sorpresa, un fragmento de un grueso vidrio, que al estallar una caldera de vapor, le penetró al maniquista, quien durante cinco años no tuvo molestia alguna que le indicara la presencia de dicho cuerpo en su ojo herido.

Por el contrario, hay otros cuerpos, que sin producir trastornos graves en el ojo que los aloja durante cierto tiempo, ocasionan prematuramente accidentes simpáticos graves.

En la página 183 del tomo XXVIII de la *Gaceta Médica de México*, está publicada una interesante observación referida ante esa digna Academia, por nuestro estimado compañero el Dr. Fernando López.

Por ella se verá que una partícula de fierro penetra al ojo izquierdo de un joven, completamente sano, ocasiona ligeros trastornos que desaparecen en pocos días, dejándolo al parecer bueno y con la agudez visual normal. Poco después nota casualmente que el ojo derecho pierde la vista sin haber tenido indicio alguno de este grave mal. Al oftalmoscopio se encuentra una atrofia papilar por neuritis óptica de origen simpático. Desde entonces, se sirve sólo de su ojo herido, pero al año nota que la vista disminuye rápidamente en ese ojo. Le vino una catarata, que por su coloración de sesquioxido de fierro indicaba que el cuerpo extraño se había oxidado, dando lugar á lesiones nutritivas que al fin condujeron á la ceguera, no obstante el feliz resultado de la extracción de la catarata y la administración de todas las medicinas recomendadas para esos casos.

A este enfermo tuve ocasión de examinarlo en Febrero de 1889 en vísperas de salir para Europa, y me sorprendió ver que el cuerpo extraño no ocasionara en el ojo la más ligera perturbación funcional después de haber producido ya la atrofia simpática, y estudiando esta cuestión, encontré el siguiente hecho de Hirschberg, que como se verá es idéntico

respecto de la tolerancia del cuerpo extraño en los primeros días que siguen al accidente.

Un fabricante de botones, de veintinueve años de edad, recibió el 27 de Julio de 1874 una partícula de fierro en el ojo derecho. Inmediatamente vienen dolores pungitivos é inyección del ojo. A los dos días cesaron los dolores. A los cuatro, nota el enfermo que su vista se nubla. El 7 de Agosto, es decir, á los once días, la nublazon ha desaparecido, la agudez visual ya es normal y el examen campimétrico no hace descubrir ninguna laguna en el campo de la visión. Al oftalmoscopio, se ven algunas opacidades flotantes en el vítrio y la papila ligeramente velada. Hacia afuera y un poco abajo de la papila (á la imagen invertida) se percibe un cuerpo extraño de gran diámetro transversal y presentando reflejos metálicos. El 13 de Agosto, á 5 milímetros hacia adentro de la córnea y un poco abajo del meridiano horizontal, Hirschberg, descubre una cicatriz esclerótica lineal de color gris, horizontal y de milímetro y medio de extensión. El cristalino perfectamente transparente. Con el oftalmoscopio cada vez que el enfermo dirige la vista hacia adentro, se percibe en el fondo el cuerpo extraño fijo, de color negro adherido en su base y rodeado de una infiltración gris en las partes cercanas de la retina. Desaparición rápida de toda especie de enturbiamiento del vítrio y de la papila. (Obs. CXII, pág. 656 de la obra "Des blessures de l'œil," por Ivert.)

Como se ve, á los diez y nueve días del accidente, el enfermo ya estaba bueno y la observación no dice si fué examinado posteriormente, lo cual es de lamentarse, porque como nos lo ha enseñado el caso anterior, los accidentes simpáticos se presentaron algunos meses después, y las lesiones sordamente desarrolladas en el ojo primitivamente herido, hasta el año no hicieron bajar la agudez visual á $1/10$ por lo que hasta esa época consultó al Dr. Fernando López.

Es muy probable, casi seguro, que ese pobre enfermo de Hirschberg, haya tenido un desenlace final tan funesto, como el que vimos en el enfermo que tanto nos preocupó, y lo creemos así, porque hoy sabemos que las partículas de fierro y de cobre se oxidan en el interior del ojo y los productos de esta oxidación llevados por las corrientes nutritivas del ojo, ocasionan lesiones de nutrición ó infecciones secundarias que al fin acaban por traer la pérdida de la visión. Panas, en su tratado de oftalmología, publicado el año pasado, nos dice lo siguiente en la pág. 377 del tomo I: "La presencia de cuerpos extraños oxidables, tales como partículas de fierro ó de cobre, constituye una indicación casi absoluta de enuclear apresuradamente."

Estas palabras del sabio profesor Panas, que como es sabido procura siempre la conservación del ojo y no recurre á la enucleación sino en último extremo, indican la gravedad de estos casos, sólo que para llevarlos al terreno de la práctica, se encuentre uno con la resistencia del enfermo á ese sacrificio terrible. En tal virtud, se le indicarán claramente los graves peligros que le amenazan y se le recomendará que se haga examinar frecuentemente por un oculista, para que á la primer señal de padecimiento, se ponga en práctica el único remedio que es la enucleación. Prevenido de esta manera, ya se resolverá fácilmente como se verá por el siguiente caso:

José Montes, de San Salvador el Seco (Estado de Puebla), de cuarenta y seis años de edad, de oficio cazador, nos consultó el día 16 de Mayo del presente año, refiriéndonos que á fines del mes anterior, al disparar su escopeta, un fragmento del cápsul le había penetrado en el ojo derecho; que al pronto le vino un fuerte dolor y se le inflamó un poco, pero que á los pocos días se sintió mejorado, y sólo por temores que le infundieron, vino á México para atenderse.

Llegó á esta capital á principios de Mayo y consultó con el Dr. X., oculista, quien le dijo que el ojo estaba casi bueno, pero que iba á sacarle el cuerpo extraño, porque de lo contrario, podrían venirle accidentes graves. Se resolvió el enfermo á la operación y se practicó ésta sin conseguir el resultado, sino que al contrario, volvieron los dolores, la inflamación del ojo y la vista que hasta el momento de la operación era casi normal, disminuyó mucho rápidamente.

Durante varios días estuvo tomando las medicinas prescritas después de la operación, con el objeto de combatir los accidentes que le habían venido, pero como éstos, lejos de disminuir, aumentaban, se había resuelto á consultarme suplicándome me hiciera cargo de su curación.

Al examen encontré una inyección conjuntival y periquerática en la parte externa del ojo. Cerca de la inserción del recto externo, había una equimosis, y examinando atentamente, se veía en ella la cicatriz reciente de la intervención operatoria. La agudez visual se había reducido á 1/10. El campo visual acusó la falta de visión en el lado temporal de la retina. Al oftalmoscopio encontramos el cuerpo vítrio ligeramente turbio y con cuerpos flotantes. La papila muy velada y un desprendimiento de la retina en la porción externa el que presentaba una coloración rojiza que nos dió la idea de un derrame sanguíneo sub-retiniano. Buscamos cuidadosamente la presencia del cuerpo extraño sin poder encontrarlo.

Dados los antecedentes y las lesiones ya existentes, manifestamos al enfermo que era preciso recurrir á la enucleación, para lo cual deseábamos consultara á los Dres. Ramos y F. López, con objeto de que tomara una resolución apoyada en la opinión muy respetable de esos distinguidos oculistas.

Al pronto el enfermo se rehusó terminantemente, pero á los tres días, es decir, el día 19 en la noche, se presentó en mi casa, manifestándome que seguía muy mal, que ya había consultado al Dr. López y había sido de mi opinión, que al Dr. Ramos no pudo encontrarlo, pero que teniendo ya trastornos en el ojo izquierdo, me suplicaba que le hiciera la operación al día siguiente lo más temprano posible. Examiné entonces el ojo derecho y ví que no había lesión material apreciable, pero sí una fotofobia que hizo difícil el examen oftalmoscópico.

Al día siguiente practiqué la enucleación, y después procedí á la autopsia del ojo, encontrando la retina levantada por un derrame sanguíneo. en el cual descubrimos una pequeña partícula de cobre. A los tres días de operado, desapareció completamente la fotofobia que tanto lo había alarmado; y á los ocho días salió del Hospital Valdivielso completamente cicatrizada la herida de la operación, y el ojo izquierdo sin molestia alguna, con agudez visual normal.

En este caso creemos que la desgraciada tentativa de extracción del cuerpo extraño, vino á apresurar la pérdida del ojo, sin la cual el enfermo no se hubiera resuelto á la enucleación y habría quedado expuesto á las funestas consecuencias ya señaladas.

Después de estas consideraciones sobre algunas indicaciones de la enucleación ocular, paso á referir la manera de practicarla.

La mayor parte de los autores creen indispensable recurrir á la anestesia general.

Se ha creído durante mucho tiempo que la enucleación era muy dolorosa, sobre todo, durante la sección del nervio óptico y los ciliares que lo rodean al penetrar á la esclerótica.

Mooren fué el primero que notó al practicar la enucleación sin cloroformo, que la sección del nervio óptico, es menos dolorosa que la de la conjuntiva y de los tendones que se insertan á la esclerótica. Recomendó siempre que el enfermo lo consienta, el abstenerse de la anestesia general cuando el cirujano tenga destreza y habilidad para ejecutar la operación con limpieza y rapidez, asegurando que es más fácil operar sin anestesia.

Más tarde, Mauthner confiesa que nunca se hubiera atrevido á operar

sin cloroformo, si no se hubiera visto obligado á hacerlo en el caso de un alcohólico que no pudo llegar al sueño anestésico. Vió entonces con gran sorpresa que la división de los nervios ciliares y óptico no es tan dolorosa como siempre lo había creído. Posteriormente practicó muchas enucleaciones sin anestesia, y preguntando á sus enfermos después de la operación, se convenció de que la sección de la conjuntiva es más dolorosa que la de los nervios.

No obstante la autoridad de estos distinguidos oculistas, casi todos los autores han recomendado el uso de la anestesia general como indispensable para esta operación.

En México el Dr. Fernando López ha sido el primero en practicar la enucleación sin anestesia general sirviéndose de la cocaína.

La técnica de este ilustrado oculista es la siguiente: previa desinfección rigurosa y anestesia de la conjuntiva por instilaciones de un colirio de cocaína, practica con la jeringa de Roux cuatro inyecciones sub-conjuntivales de tres ó cuatro gotas de una solución al 2 por ciento de clorhidrato de cocaína al nivel de la inserción esclerótica de los rectos; en seguida lleva la inyección de la misma solución hasta la entrada del nervio óptico á la esclerótica gracias á la curvatura que le ha dado á una de las agujas de la jeringa, con lo que obtiene la anestesia de los nervios óptico y ciliares. Procediendo entonces á la operación por el método clásico de Bonnet ha obtenido resultados satisfactorios en la sección de la conjuntiva y de los nervios, pero los operados han acusado dolor durante la tenotomía de los rectos, lo que atribuye al restiramiento que se produce al cargarlos en el gancho de estrabismo para dividirlos. Se propone para evitar ésto vaciar un poco el ojo antes de pasar el gancho, con lo cual cree que se evitará el dolor.

No discutiremos las ventajas del cloroformo que en algunos casos es indispensable para practicar esta operación, pero sí creemos que debe evitarse siempre que se pueda por sus inconvenientes y peligros. Recordamos haber visto un caso de muerte en una mujer á la que se le iba á practicar la enucleación de un ojo glaucomatoso en la clínica de la Facultad durante la ausencia del Profesor Ramos.

Con tal motivo pensé modificar el procedimiento de Bonnet, mandando construir unas tijeras semejantes á las que Landott inventó para hacer la sección circular de la conjuntiva en la enucleación, pero con un prolongamiento en forma de estilete de su hoja mayor que pudiera pasar fácilmente debajo de los tendones, como lo hace el gancho de estrabismo de

manera que colocándose dichos tendones entre las hojas de la tijera fuesen divididos en un solo tiempo y no en dos como en el procedimiento clásico, lo cual á su rapidez, une la ventaja de no distenderlos evitando así el dolor que á pesar de la cocaína han sentido los operados del Dr. F. López.

Con el uso de estas tijeras he podido practicar tres enucleaciones con cocaína sin más dolor que el producido por la sección de los nervios óptico y ciliares, á donde no pude llevar bien el líquido anestésico por falta de una aguja curva, pero ví como Mooren y Mauthner que este dolor es bien soportado, asegurándome uno de los operados que la extracción de una muela que recientemente había sufrido era mucho más dolorosa que la operación que le había practicado.

Con la jeringa de Roux mandando encorvar una de sus largas agujas como lo he hecho últimamente creo que la anestesia será completa y aconsejo proceder á la operación de la manera siguiente:

Prevía desinfección cuidadosa y anestesia por el procedimiento indicado, se coloca el blefarostato y se toma con las pinzas un pliegue de la conjuntiva cerca de la córnea; se practica en ella una pequeña incisión por la cual se introduce la rama larga de las tijeras que he descrito y cuyo modelo acompaña á este trabajo, de manera que su concavidad corresponda á la de la inserción conjuntival. Esta rama va despegando la conjuntiva y á medida que avanza se va cortando de lo que resulta una sección circular, perfecta, fácil y rápida. Después se pasa la misma rama larga por debajo de los tendones de los rectos, lo mismo que se haría con el gancho de estrabismo y haciéndola avanzar un poco de manera que la inserción tendinosa quede comprendida entre las dos hojas de la tijera, basta cerrar éstas para que la división del tendón sea completa, evitando el accidente desagradable que á operadores no muy ejercitados les ha sucedido de cortar la esclerótica al dividir los tendones por el método clásico. Tomando entonces las tijeras curvas ordinarias se desprende con ellas el resto del globo ocular de las adherencias á la cápsula de Tenon y se procede á la sección del nervio óptico, procurando fijar con los dedos el ojo en la adducción para evitar que rodando en todos sentidos como lo hace en esas circunstancias, el nervio óptico se escape y dificulte su sección, lo que pasa frecuentemente á los principiantes. Dividido el nervio óptico el ojo sale de la órbita, y se cortan con facilidad los tendones de los oblicuos quedando terminada la operación. La hemorragia es casi siempre insignificante y se detiene pronto con los lavados antisépticos que deben practicarse y la compresión. La sutura no es indispensable pero es venta-

joso practicarla con catgut. Con una curación antiséptica se obtiene la cicatrización completa en ocho ó diez días y entonces podrá aplicarse el ojo artificial.

Las ventajas que presenta el uso de las tijeras que he ideado resaltan de lo dicho anteriormente. Haciendo un corte circular de la conjuntiva, se evitan las numerosas *colas* que generalmente se hacen en el procedimiento ordinario, y que además de alargar la curación, dejan la cavidad conjuntival más reducida lo cual es un inconveniente para la protesis que será tanto más perfecta cuanto más se haya cuidado la conjuntiva, motivo por el cual Landott inventó las tijeras que llevan su nombre.

La sección de los tendones no requiere otro instrumento, se hace con suma rapidez y con mucha seguridad lo cual es muy ventajoso, sobre todo cuando no se usa de la anestesia general.

México, Agosto 30 de 1895.—DR. LORENZO CHÁVEZ.

FARMACOLOGÍA.

Apuntes acerca de especies indígenas de la familia de las Labiadas, empleadas en la Medicina.

ESTA familia, una de las más típicas del reino vegetal, abraza un gran número de especies, aproximadamente 2,600. Casi todas ellas vegetan en las regiones templadas de ambos hemisferios, siendo más favorecido con su presencia, el boreal que el austral.

Hasta hoy se han descubierto en México, como 250, repartidas en sólo 6 tribus, de las 8 en que se divide esta familia.

La uniformidad de sus caracteres botánicos que con toda claridad se revelan en la mayor parte de las especies, está en perfecta concordancia con la analogía que presentan respecto de su composición y propiedades: esta singular correlación no es raro encontrarla en otros grupos de plantas, arreglados conforme al método natural. Su cualidad más sobresaliente, es la aromática, la cual es debida á la esencia que segregan las numerosas glándulas vesiculosas diseminadas en todos sus órganos, y con especialidad en las hojas; de aquí es que en la medicina se aprovechen como excitantes difusibles, en la economía doméstica, á título de condimento, y la esencia misma como perfume. Además, la presencia en estas plantas