

tré entonces un derrame en la pleura; me ocupé únicamente de él, y el enfermo curó completamente.

El SR. DR. CHÁVEZ presentó una niña operada de cataratas congénitas completas, diciendo que se reservaba para exponer en su oportunidad los motivos que lo habían hecho preferir la extracción á la discisión.

El señor Presidente nombró á los Dres. Bandera y Chacón A., para que examinasen á la enferma y diesen á conocer sus opiniones en la sesión próxima.

El SR. DR. LAVISTA leyó su trabajo relativo á "Un caso de aneurisma arterio-venosa curada por la extirpación."

El SR. DR. ALFONSO ORTIZ, socio corresponsal, dió lectura á una Memoria titulada: "Notas sobre los vómitos incoercibles del embarazo."

J. R. ICAZA.

Acta núm. 11.

SESIÓN DEL DÍA 16 DE DICIEMBRE DE 1896.

(Presidencia del Sr. Dr. Ramos.)

Informe de los Sres. Dres. Bandera y A. Chacón acerca de la niña operada de catarata, que presentó el Dr. Chávez en la sesión anterior.— Discusión.

El SR. DR. A. CHACÓN, en nombre suyo y del Sr. Dr. Bandera, leyó un artículo en el que exponen su opinión acerca del caso clínico presentado en la sesión anterior por el Dr. Chávez; dicen en él lo siguiente: "El Sr. Chávez operó á la niña extrayendo las cataratas por incisiones lineales colocadas abajo y afuera en la unión de la córnea á la esclerótica. El resultado fué satisfactorio y á los tres días pudo el operador quitar el vendaje estando ya cicatrizadas las heridas. Las pupilas quedan limpias; solamente en el campo pupilar del ojo izquierdo se puede notar con el espejo del oftalmoscopio una pequeña brida, resto de cápsula que el Dr. Chávez juzgó prudente no insistir en extraer. . . . Actualmente, gracias á los progresos de la antisepsia, se prefiere á la discisión, la extracción lineal simple, que es inofensiva y que pronto deja al ojo en buen estado, como en el caso referido por el Dr. Chávez. Con la extracción se requiere una sola operación para cada ojo; con la discisión comúnmente se necesitan dos ó más, separadas por largos intervalos de tiempo. La discisión puede proporcionar hinchamiento exagerado de la catarata y producir por compresión fenómenos reflejos, y aun glaucoma si se ejecuta la operación en personas de

alguna edad. Por último, si la catarata tiene un núcleo duro, después de la disección puede ese núcleo pasar á la cámara anterior y producir accidentes si no se extrae, y también es posible ocasionar infección si se descuida la antisepsia al hacer dicha disección, sin contar con que se citan casos de enclavamiento capsular en la herida corneal."

"Hay un detalle en la operación hecha por el Sr. Chávez, en que discrepamos un poco. Nos referimos al lugar elegido para la incisión corneal, que creemos es preferible situar directamente arriba, principalmente porque la consistencia verdadera de la catarata y la resistencia de la cápsula no siempre pueden ser diagnosticadas antes de la extracción del cristalino, y los clínicos más experimentados se equivocan en esto. Si la catarata es más voluminosa ó más dura de lo que se creyó, no basta la incisión simple para extraerla, hay necesidad de ampliarla con tijeras y practicar la iridectomía; lo que además de ser difícil en la incisión externa, deja una pupila artificial mal colocada, porque permite la entrada de rayos luminosos en mala dirección, además de que es antiestética: estos inconvenientes no existen con la incisión superior."

EL SR. DR. CHÁVEZ.—Estoy de acuerdo con la Comisión en todo lo que dice acerca de las ventajas de la extracción; pero no en el sitio de la incisión, pues como en los niños hay necesidad de dar cloroformo y en tal estado tienden á llevar el globo ocular para arriba, sería necesario fijarlo con pinzas que se necesitan confiar á ayudantes muy hábiles, para que no opriman al fijar. Por otra parte, hay oculistas que hacen la incisión en la parte inferior, porque el coloboma allí no es molesto sino al principio. La incisión en la parte superior es más difícil.

EL SR. DR. CHACÓN A.—Efectivamente es más fácil la incisión externa, que se hace con cuchillo recto, que la superior, que tiene que hacerse con uno acodado. El Dr. Chávez defiende la incisión en la parte inferior, pero la hizo en la externa.

EL SR. DR. CHÁVEZ.—El coloboma inferior es tan molesto como el externo.

EL SR. DR. RAMOS.—Creo que el Dr. Chávez estuvo autorizado para hacer su incisión en donde la hizo, que es más fácil que en la parte superior. Casi siempre es fácil distinguir una catarata blanda de una dura, y yo jamás me he equivocado en esto, aunque sé que excepcionalmente se ha cometido el error; y si la catarata es blanda y en un niño, está autorizado el cirujano á hacer una incisión chica en donde sea más fácil. A propósito de catarata congénita, quiero referir un hecho, porque sólo otro semejante conozco, relatado en los Archivos de Oftalmología. Hace seis años operé á una joven de 18 años, natural de Jalatlaco (Méx.); tenía catarata congénita en ambos ojos, y al adquirir la facul-

tad visual le hacían una impresión muy extraña todos los objetos: no podía formarse idea de las distancias, etc., por lo que me convencí entonces de que muchos hechos que parecen intuitivos son resultado de observación.

J. R. ICAZA.

OFTALMOLOGÍA.

El fenosalil en Oftalmología.

Desde que las doctrinas pasteurianas empezaron á ejercer influencia en la terapéutica de las enfermedades en general, la Oftalmología siguió, como debía suceder, los mismos rumbos, y ensayó aquellas substancias más recomendadas como capaces de producir la antisepsia del ojo y sus anexos. Pronto se advirtió que estos órganos ocultaban gran número de gérmenes, muchos benignos, pero no pocos patógenos, venidos de otras cavidades por las vías lagrimales, ó tomados del aire á que están siempre expuestos. La principal dificultad de aplicar á la conjuntiva ocular las substancias que como el ácido sulfúrico, el bicloruro de hidrargirio y otros, se empleaban en otras regiones del cuerpo con gran resultado, consistió en la exquisita sensibilidad de aquella mucosa y la propiedad más ó menos cáustica de las diluciones por débiles que fuesen. El obstáculo resultó más evidente con el bicloruro de hidrargirio que, como todos sabemos, basta para llenar las exigencias de la más rigurosa antisepsia; su solubilidad sin alcohol ó algún otro componente, no es perfecta, y éstos pueden aumentar la sensación de escozor que produce, si no se usa á un tanto por mil que haga temer su ineficacia. No obstante, todavía lo aceptan para lavados algunas autoridades científicas y le dan la preferencia sobre el bióxido de hidrargirio, recomendado con fervor por el Prof. Panas, y el cianuro de hidrargirio experimentado por Chibret y otros.

Desde un principio excusamos añadir á los colirios de atropina y otros, el licor de Van Swieten, ya porque contiene alcohol, ya porque siendo una preparación oficial, de esas que suelen estar hechas en las farmacias y guardadas por largo tiempo, no nos ofrecía bastante confianza en su dosificación y conservación.

Fundados en esta consideración y en la de que un gran número de enfermos soporta mejor como vehículo de los colirios, la vaselina en vez de los líquidos acuosos, renunciamos en el mayor número de casos á usar éstos y añadimos el