

socios, esperando de su saber y de su talento que perdonarán los defectos de que está plagado y sólo atenderán á lo que en él pueda dar lugar á discusiones instructivas y á prácticas verdaderamente provechosas.

ISMAEL PRIETO.

CRÓNICA.

Segundo Congreso Pan - Americano celebrado en México.*

SECCIÓN DE OFTALMOLOGÍA.

Presidencia del Dr. Ramos, de México.

(CONTINUA).

16 DE NOVIEMBRE.—SESIÓN DE LA MAÑANA.

El SR. DR. J. RAMOS. Inauguró las sesiones con elegante discurso, manifestando sus esperanzas de que la sección de oftalmología no sería la última, por sus trabajos, en el Segundo Congreso Médico Pan-Americano, y sí una de las más importantes, dados los vastos conocimientos de los respetables oculistas extranjeros que tuvieron á bien honrar nuestro país, é inscribiéndose á la reunión del Congreso que debería verificarse en nuestra capital. Terminó con las siguientes frases: "la medicina nacional y la internacional americana recibirán enérgico impulso y darán un gran paso al progreso."

1º.—Leyó en seguida el DR. JUAN SANTOS FERNÁNDEZ, de la Habana, una interesante Memoria titulada: "Consideraciones acerca de algunas osteoperiostitis orbitarias." Analiza 28 casos de esta enfermedad, únicos que se han presentado en 30,000 enfermedades oculares, de lo cual concluye que estas osteoperiostitis son menos frecuentes de lo que la señalan los autores europeos.

Las causas que ha encontrado, son: linfatismo, sífilis é inflamaciones, y supuraciones de los senos vecinos. Se presenta con mayor frecuencia en la clase menesterosa.

Cree que la curación completa de estas osteoperiostitis solamente debe esperarse después de la completa eliminación de los secuestros, excepto en los sífilíticos, en los cuales el tratamiento específico puede dar éxitos sorprendentes.

Aconseja como tratamiento la intervención quirúrgica; pero en las perso-

* Véase la pág. 327 del núm. 12.

nas pusilánimes y en aquellos casos en que se hayan producido aberturas fistulosas, propone los tallos de *laminaria digitata* para ampliar dichas aberturas.

El DR. RAMOS felicita calurosamente al DR. SANTOS FERNÁNDEZ.

El DR. CHÁVEZ, de México, está de acuerdo con la etiología que señala el DR. SANTOS FERNÁNDEZ á las osteoperiostitis orbitarias, y cree digna de hacerse notar la frecuencia de la sífilis como productora de la afección y como importante para el pronóstico y tratamiento. Cita un caso de osteoperiostitis orbitaria consecutiva á la supuración del seno esfenoidal. Entre las complicaciones, señala el flegmón retro-ocular, que generalmente sigue una marcha crónica, y provocando la exoftalmía produce algunas veces por el estiramiento del nervio óptico la atrofia papilar.

DR. MONTAÑO, de México, cree con el DR. SANTOS FERNÁNDEZ que la osteoperiostitis es rara, pues ha observado poquísimos casos en más de 3,000 enfermos de la Clínica Oftalmológica de esta capital.

DR. RAMOS. Ratifica lo dicho por los anteriores miembros respecto de la frecuencia de la enfermedad. Ciertamente la sífilis es una de las causas más importantes en la etiología; pero cree que, aun cuando ella es la causa de la osteoperiostitis orbitaria, debe recurrirse al tratamiento quirúrgico, pues ha visto en algunos casos, de los que relaté uno, en los cuales fracasó la medicación específica.

2º.—El DR. BRYANT, de Texas, leyó en seguida su Memoria titulada: "Tratamiento de las quemaduras de la conjuntiva." Para la intervención las divide en pequeñas y extensas, y recomienda para las primeras cuando han producido el simblefaron, dividir la cicatriz bléfaro-conjuntival y practicar la sutura de los labios de la herida conjuntival. Cuando la quemadura ha sido extensa se debe, á todo trance, evitar la adherencia cicatricial de los párpados al globo del ojo, y para conseguir ese objeto hay que procurar la cicatrización aislada de las superficies cruentas por medio de la trasplatación dermo-epidérmica para los párpados y el ingerto animal para la conjuntiva.

El DR. SANTOS FERNÁNDEZ dice, que su práctica le enseña que las quemaduras conjuntivales más extensas son constantemente producidas por la acción de la cal viva. Es partidario del método aconsejado en el trabajo del DR. BRYANT; pero que él lo pone en práctica solamente cuando por los medios adecuados, ha producido la cesación de los fenómenos flegmáticos producidos por la quemadura.

El DR. REDMONDE, de Filadelfia, hace resaltar la desesperadora tendencia que tienen las quemaduras conjuntivales á producir simblefarones. En un caso de quemadura causada por la explosión de la pólvora y que había ocasionado

nado la anquilosis bulbo-palpebral por medio de una cicatriz muy extensa, dividió esa cicatriz, y con una plaquita mandada construir para el objeto y que dejó en su lugar por 12 días, no obstante acarrear accidentes inflamatorios obtuvo la cicatrización aislada de conjuntiva y párpados y la movilización del globo ocular.

El DR. URIBE Y TRONCOSO, de México, recomienda para las quemaduras poco extensas el deslizamiento conjuntival.

En seguida se puso á discusión la cuestión siguiente, cuya importancia hace resaltar el Dr. Ramos: "Causas de la hernia del iris después de la operación de la catarata, su profilaxia y su tratamiento."

DR. SANTOS FERNANDEZ, de la Habana. Estamos casi en completa ignorancia en lo que se refiere á causas de hernia del iris post operatoria, pues suele encontrarse aun en enfermos tranquilos, la tensión de cuyo ojo es normal y en quienes se han tomado las precauciones más minuciosas. Creo que las incisiones periféricas de la córnea favorecen la producción de la hernia, pues á tener esa creencia me autoriza el hecho de que en mis operados no se presenta ese accidente, debido á que llevo la herida corneal muy lejos de la periferia: ciertamente que con esa práctica, debo confesarlo, tengo que lamentar frecuentes sinequias anteriores.

DR. E. MONTAÑO, de México. Cree que á las repetidas presiones hechas al globo del ojo con el objeto de expulsar el cristalino opaco, deben inculparse de producir la hernia. Aconseja la presión única, suave y continua, para expulsar la lente cristalíniana, pues de ese modo no se ocasionan los bruscos cambios de la tensión intraocular que favorecen la salida del iris.

DR. JOAQUÍN VÉRTIZ, de México. Es partidario de las ideas emitidas por el Dr. Santos Fernández, pues la práctica de los Dres. J. M. Vértiz, padre suyo, y R. Vértiz, su hermano, le enseña que haciendo la incisión corneal lejos de la periferia, se tienen que lamentar menos casos de hernia del iris. Además, esos señores empleaban la presión suave y continua que el Dr. Montaña aconseja para la expulsión de la catarata, é instilaban después unas cuantas gotas de eserina.

DR. GALINDO, de Tulancingo. Él emplea el colgajo mediano, y en cerca de veinte operaciones sólo una vez ha tenido hernia del iris.

DR. CHÁVEZ, de México. Para prevenir la hernia debe hacerse en bisel la herida corneal, con el objeto de que al recibir los labios de esa herida, el impulso excéntrico de la tensión ocular, se adapten con exactitud é impidan la salida del iris. Es acérrimo partidario de la eserina después de la operación, precisamente porque estrechando la pupila impide que el iris haga hernia. La

escisión le parece ser el mejor tratamiento una vez que ya se ha salido el iris.

DR. RAMOS. Cuando la hernia se ha producido trata de reducirla mecánicamente cuando aún no ha contraído adherencias; pero como esto sucede casi siempre, no emplea ni los midriáticos ni los mióticos, pues los considera inútiles sino que procede como sigue cuando la herida corneal está cicatrizada: con un gancho puntiagudo levanta la parte herniada y con tijeras curvas la exinde toda al ras de la superficie corneal. Aconseja el gancho y no las pinzas para levantar el iris procidente, porque éste es muy deleznable y queda entre las ramas de la pinza, que lo desgarran irregularmente. Después de excindido el iris lava con soluciones antisépticas y pone un vendaje ligeramente compresivo; nunca ha tenido accidentes sépticos.

Se levantó la sesión á las 11.30 a. m.

SESIÓN DE LA TARDE.

Presidencia del Dr. Ramos, de México.

Dió principio la sesión con el interesante trabajo del Dr. Sattler, de Cincinnati, sobre "Sarcomas Orbitarios." Los clasifica en sarcomas, propiamente dichos, y melano-sarcomas, siendo estos últimos los que se desarrollan más frecuentemente en la coroides y retina. La dificultad del diagnóstico es extrema en los primeros tiempos de la evolución sarcomatosa, ya sea que se localice en la órbita, ó que se desarrolle en las membranas oculares, pues en el primer caso se confunde con las producciones sífilíticas, exostosis y gomas, ó con flegmasias crónicas; y en el segundo, cuando el sarcoma es intra-ocular, uno de sus principales signos es el desprendimiento retiniano; podrá confundirse con todas aquellas afecciones que originan dicho desprendimiento y especialmente con la más común de ellas el estafiloma posterior por miopía progresiva.

Y la dificultad de este diagnóstico es una de las circunstancias pronósticas más lamentables, porque se interviene generalmente cuando ya es imposible quitar todas las ramificaciones del tumor y éste se reproduce ó provoca metástasis viscerales variadas.

El pronóstico es de tal especie, que de 14 casos que presenta, 8 de sarcomas orbitarios y 6 oculares, solamente en un caso parece que ha obtenido la curación, y dice *parece*, porque no se puede afirmar que más tarde no haya renacimiento del tumor.

El tratamiento quirúrgico es el único que debe aconsejarse en esos casos, practicando lo más pronto posible la enucleación cuando el sarcoma no tras-

pase los linderos de las membranas oculares, la exenteración total de la órbita cuando la neoplasia se haya desarrollado en las partes blandas extra-oculares.—El DR. SATTLER acompañó á su trabajo varias fotografías.

El DR. SANTOS FERNÁNDEZ. Está de acuerdo con las ideas emitidas por su colega el DR. SATTLER. Mientras se vacila en el diagnóstico el mal progresa con suma rapidez, para quitar toda clase de esperanzas bien pronto. Y aunque se haga un diagnóstico exacto á tiempo, cuántas dolorosas decepciones siguen á los esfuerzos del cirujano oculista.

DR. RAMOS. Al felicitar al DR. SATTLER se felicita á sí mismo, porque las ideas emitidas en el trabajo del médico de Cincinnati son las que él mismo ha profesado en su clínica desde hace ya mucho tiempo, sobre todo en lo que á pronóstico se refiere. Las dificultades del diagnóstico son innumerables; pero quiere señalar principalmente una, por presentarse con relativa frecuencia entre nosotros: la presencia del cisticercos desarrollado en la coroides; en este caso la semejanza con el sarcoma es notabilísima y es necesario, para establecer el diagnóstico de un modo claro y preciso, que puedan advertirse los detalles de forma del embrión exacanto ó los movimientos del proscólex ó cabeza. En este caso hay que precisar los hechos porque el pronóstico varía en ambos casos, gravísimo en el sarcoma, favorable para la vida, al menos en el cisticercos ocular. Hace notar que la presencia de vasos propios deberá hacer creer en un neoplasma, y cita en su apoyo un caso reciente de difícil diagnóstico.—Cita numerosos casos de rápida reincidencia de los sarcomas orbitarios.

DR. CHÁVEZ. Relata un caso de cisticercos ocular que había sido confundido con un sarcoma. El hizo el diagnóstico de cisticercos, y cuando de acuerdo con varios distinguidos oculistas se practicó la enucleación, la autopsia del ojo demostró la exactitud de su diagnóstico.

DR. REDMONDE, de Filadelfia. Refiere dos observaciones, una de sarcoma intra-ocular, y otra referente á un individuo en quien un tumor del aspecto del epiteloma invadió el párpado inferior izquierdo, se extendió en seguida al superior, avanzó al globo é hizo progresos en toda la órbita. Él en este caso practicó la exenteración de la órbita, raspó cuidadosamente con una cuchilla de Volkman y quitó todas las partes enfermas. Después hizo colgajos frontales y malares, los deslizó y cubrió la abertura orbitaria. Cicatrizó todo convenientemente y quedó una membrana cutánea que cubría la órbita. No se ha reproducido el sarcoma en el ojo operado, pero, según parece, empieza á brotar en el párpado inferior del lado opuesto.

DR. SANTOS FERNÁNDEZ. Es tan difícil el diagnóstico de los sarcomas coroides, que recuerda el caso de un niño de pocos meses de edad y que pre-

sentaba un desprendimiento de las dos retinas; dos oculistas le diagnosticaron glio-sarcoma. Lo consultaron á él, y aunque le extrañaba la existencia del tumor en los dos ojos, no pudo negar el diagnóstico de los anteriores compañeros porque no contaba con elementos para negarlo. Pero si no pudo hacer esto, si le pareció conveniente no aceptar la doble enucleación que ellos proponían con el objeto de salvar la vida del niño, pues él consideraba la muerte como una verdadera felicidad ya que llevaba una enfermedad que lo privaba de todos los beneficios de la luz.—Han pasado cuatro años y el niño vive todavía, lo cual le hace pensar que no se trataba de un glio-sarcoma, pues conocidísima es su marcha rápida y fatal.

DR. RAMOS. Puede resumir la discusión diciendo que todos los presentes están conformes en lo que se refiere á sarcomas oculares y orbitarios. Da mucha importancia á tres signos diagnósticos: 1º La vascularización anormal de la retina en el caso de tumor, en el cual los vasos nuevos, arterias y venas convergen hacia un punto; 2º, el sitio del desprendimiento retiniano está indiferentemente en cualquier lugar, mientras que siempre se hace abajo y atrás en la miopía progresiva; 3º, falta la ondulación retiniana, por regla general, debido á que debajo del despegamiento existe un cuerpo, el tumor que la impide.

Terminada la discusión de los anteriores trabajos se puso á ella la cuestión general siguiente: "Causas de la catarata secundaria y su mejor tratamiento."

DR. RAMOS. Esta mañana nos decía el Doctor Santos Fernández que los dos puntos negros en la operación de la catarata eran la hernia iriana post-operatoria y la catarata secundaria.

Se ha discutido ya acerca de lo primero, y propone lo segundo para que los oftalmólogos del Nuevo Continente ilustren la cuestión con su experiencia competente y vasta.

DR. SANTOS FERNÁNDEZ. La catarata secundaria es el velo tenaz que arrebatada la luz á aquellos á quienes nuestros esfuerzos han contribuído á devolver la vista. Es la sombra fatídica que va tras de la operación á destruir nuestras mayores esperanzas. Por esto la cuestión es de suma trascendencia.

¿Qué cosa produce la catarata secundaria? Por regla general la opacificación de los restos cristalinos; pero cuántas veces aún después de la extracción de la catarata con su cápsula se opaca la pupila! Entonces, indudablemente, son las lesiones del vítreo las que han ocasionado la catarata secundaria, cuyas causas todavía se nos escapan. Espera que la discusión venga á ilustrar el asunto.

DR. J. VERTIZ, de México. Presenta una comunicación oral sobre un nuevo

procedimiento de extracción de la catarata, cuyo objeto es extraerla con todo y su cápsula para impedir las opacidades secundarias.

Como el procedimiento es bastante original, el señor Presidente pide que se comunique por escrito.

Por haber sonado la hora de reglamento se aplazó la discusión.

Se cerró la sesión á las 5.15 p. m.

17 DE NOVIEMBRE.—SESIÓN DE LA MAÑANA.

EL DR. H. REDMOND presenta numerosas preparaciones histológicas del ojo, normales y patológicas, que le valieron calurosas felicitaciones por lo buenas y demostrativas. Entre otras citaremos las siguientes: sarcoma de la retina; corte antero posterior del ojo, con el canal de Schelm inyectado para demostrar la circulación anterior; ojo embrionario de conejo en el cual se puede ver con toda exactitud la arteria hialoidea; corte para demostrar la zonula de Zinn y las capas cristaliniánas, etc. Para obtenerlas se sirve del procedimiento siguiente: pone el ojo intacto en una mezcla de una parte de alcohol y dos de agua; después de tres días empieza á agregarle alcohol absoluto en tal cantidad, que al cabo de ocho ó diez días se encuentre la mezcla á un título de 90° á 95°. Después pone el ojo por espacio de tres ó más días en celoidina (solución de la gutapercha en alcohol y éter). Una vez que ha permanecido allí el ojo, le practica una abertura pequeña y lo pone en un líquido colorante; se sirve del carmín y lo hace permanecer en él por el espacio de dos ó tres días. Practica en seguida sus cortes con un micrótopo y los monta con bálsamo del Canadá.

Leyó en seguida el DR. SANTOS FERNANDEZ su trabajo titulado: "Estudio sobre algunas autoplastias palperales." Refiere en él 14 observaciones de autoplastias por medio de las cuales demuestra que los procedimientos generales señalados en los distintos autores son frecuentemente inaplicables á los casos particulares, en los que hay que idear un proceder especialísimo. De los tres métodos: francés, italiano é indio, él sigue solamente los dos primeros, es decir, el de deslizamiento y el de colgajo próximo, y considera el último, indio, ó por colgajo distante, reservado á poquísimos casos.

Si bien es cierto que cree que ningún procedimiento puede erigirse en general, aconseja el colgajo fronto-nasal para las retracciones ó ectropión de la mitad interna del párpado inferior.

(Continuad.)