

De donde concluye que, en las eclámpsicas, á la *hipocloruria urinaria* corresponde una *hipocloruria sanguínea*. “Es muy probable, agrega, que lo mismo pase en las mujeres cuya albuminuria se acompaña de síntomas graves y cuya cantidad de cloruros disminuya en la orina.”

Resumiendo, pueden asentarse las proposiciones siguientes: 1ª. “En la mujer cuyo embarazo es normal ó en aquella cuya albuminuria no va acompañada de ningún síntoma alarmante, *la tasa de los cloruros permanece alta*. La media por veinticuatro horas es casi de 15 gramos. Nunca resultó de menos de 12 gramos.” 2ª. “Desde que la albuminuria se complica de cefalea, vómitos, vértigos, trastornos visuales, etc., *la tasa de los cloruros disminuye más ó menos en la orina, y esa disminución casi corre parejas, así parece, con el grado de la intoxicación*.”

Dichas proposiciones autorizan á reclamar, de parte de los prácticos, la necesaria atención, á fin de demandar oportunamente, en los casos que lo requieran, la dosificación, no sólo de la albúmina y de la urea, sino también de los cloruros, para contar así con un dato positivo capaz de ilustrar en suficiente grado el pronóstico de la albuminuria gravídica. Con la adquisición de este elemento se tendrá ya una base sólida para vigilar muy de cerca, como dice Fieux, el mantenimiento de un régimen tanto más riguroso, cuanto más profundo sea el trastorno que en la depuración del organismo venga á señalar la baja de los cloruros en la orina.

México, Abril 12 de 1899.

L. TROCONIS ALCAIÁ.

OFTALMOLOGIA.

MIOPIA TRATADA POR LA SUPRESION DEL CRISTALINO.

Desde que Fukala y Vacher comenzaron á practicar la supresión del cristalino para curar la miopía fuerte, he leído con interés todos los trabajos que se publicaban; y en el Congreso Médico de Moscow, tuve ocasión de escuchar las interesantes comunicaciones que sobre este asunto se hicieron, así como de examinar á los operados existentes en la clínica oftalmológica de Moscow. Los resultados han sido tan satis-

factorios, que hoy no se discute ya esta intervención, sino que se estudia solamente la manera de hacerla menos peligrosa.

La extracción del cristalino después de haber provocado su opacificación, es el método más aceptado. Fuera de las condiciones patológicas especiales á un ojo fuertemente miópico, dicha operación tiene las dificultades que presenta la operación de una catarata traumática reciente. Es bien sabido que la catarata senil al formarse, se independe de la cápsula cristaliniiana por reblandecimiento de la substancia cortical y en esto consiste quirúrgicamente hablando, la maduración de la catarata. Cuando esta dehiscencia no se ha verificado, las masas corticales adherentes á la cápsula forman después de la extracción una catarata secundaria que reclama una nueva operación.

Ahora bien, una catarata traumática reciente se distingue precisamente porque nunca es madura, en el sentido que he dado á la palabra. Por completa que se haga la extracción de estas cataratas, en la mayoría de los casos, quedan opacidades que reclaman una nueva intervención; de aquí resulta que, la supresión del cristalino trasparente consta en la generalidad de los casos de tres actos operatorios: 1° Provocar una catarata; 2° extraerla, y 3° quitar del campo pupilar los restos capsulares opacificados por las masas corticales adherentes.

Algunos autores para disminuir el número de intervenciones, practican la extracción de la substancia cristaliniiana inmediatamente después de la discisión. Vacher procura hacer la extracción del cristalino en su cápsula, lo que será el bello ideal siempre que pueda realizarse sin la pérdida del humor vítreo que en este caso es inminente y constituye uno de los mayores peligros de esta operación.

Como sería muy largo discutir las ventajas é inconvenientes de los diversos procedimientos que se han empleado, me limitaré á dar á conocer el que he seguido en la enferma que tengo el gusto de presentar y en la que podréis ver el resultado brillante que he obtenido.

La Srita. Macrina Rosas, de 22 años de edad, me consultó á principios de Diciembre del año pasado, refiriéndome que desde niña ha sido muy miope y que lleva algún tiempo de no poder entregarse á ningún género de trabajos á causa de la escasez de su vista. No tiene antecedentes hereditarios ó personales que puedan interesarnos. Nunca ha usado anteojos. Al examen funcional encontré O. D. Los grandes caracteres de la escala optométrica que deben leerse á 50 metros de distancia solo los ve á 50 centímetros, es decir, $V = \frac{1}{100}$. El ojo izquierdo percibe los mismos caracteres á 1 metro, $V = \frac{1}{50}$. Al examen oftalmoscópico encontré: miopía superior á 20 dióptrias en ambos ojos; estafilomas posteriores muy extensas del lado temporal de la papila. En el ojo derecho placas de coroiditis aguda en la región macular y una hemorragia coroidea en la parte superior de la papila. Con vidrio esférico

negativo de 20 dióptrias, la agudeza visual en el ojo derecho no llega más que á $\frac{1}{20}$. Colocando delante del vidrio de 20 dióptrias otro de 10 es decir, con 30 dióptrias apenas alcanzó $\frac{1}{10}$ de agudeza visual. El ojo izquierdo con 20 dióptrias llega á $\frac{3}{10}$ de vista, con 24 dióptrias sube la V á $\frac{6}{10}$. A la queratoscopia se corrige con 25 dióptrias y la V que alcanza es de $\frac{6}{10}$. Le prescribí vidrios de 20 dióptrias y le propuse la operación como único medio de darle una agudeza visual aceptable al ojo derecho, que presentando lesiones coroideas graves, estaba muy expuesto á perderse completamente.

Aceptada la intervención, entró al Hospital Oftalmológico de Nuestra Señora de la Luz, en donde le practiqué el día 11 de Enero del presente año, previa dilatación pupilar, una discisión amplia, cuidando de no herir la cristaloides posterior, ni de triturar el cristalino, al grado de que las masas cristalínas cayesen en la cámara anterior. A los ocho días la opacificación de la lente era completa. No se presentó ningún fenómeno glaucomatoso ni infeccioso. El dolor fué casi nulo, la inyección ciliar insignificante. En estas condiciones, procedí el día 22 del mismo mes á la extracción de la catarata ya formada. Practiqué con el cuchillo de Graefe un colgajo en el limbo corneal, comprendiendo el cuarto de la circunferencia de la córnea. En seguida hice la discisión con el kistitomo y procedí á extraer las masas corticales con la cucharilla ordinaria. La pupila no quedó completamente limpia debido á ligeras opacidades adherentes á la cápsula, sin embargo, la enferma podía contar los dedos colocados delante del ojo operado. Puse una curación aséptica que quité á los seis días encontrando la herida corneal completamente cicatrizada. En esta intervención tampoco hubo el menor accidente infeccioso. Por último, el 9 de Febrero, después que toda huella de traumatismo había desaparecido, hice la extracción de la cápsula, practicando un pequeño colgajo en el borde superior de la córnea á un milímetro del limbo corneal. Con el quistitomo hice en la cápsula opacificada, dos incisiones curvas de manera de circunscribir un colgajo ovalar cuya extracción practiqué con las pinzas de Wecker. Salieron después algunas masas corticales opacas y quedó la pupila completamente limpia. La enferma inmediatamente pudo ver con suma claridad todos los objetos que se le presentaban. Cubrí nuevamente el ojo operado y á los seis días que quité el apósito, encontré el ojo completamente sano. Recomendé á la enferma el uso de anteojos con vidrios ahumados después de quitarle la venda, y á los ocho días practiqué el reconocimiento oftalmoscópico encontrando lo siguiente: Pupila perfectamente redonda y contráctil, restos de la cápsula opacificada detrás del iris circunscriben una abertura perfectamente limpia y suficientemente amplia para poder examinar el fondo del ojo como en

el estado normal. A la esquiastopia: meridiano vertical emétrope, el horizontal miope de 5 dióptrias. La papila en el mismo estado que antes de la operación, solo que la hemorragia existente en la parte superior, presentaba un tinte muy obscuro. Las placas de coroiditis macular casi han desaparecido. Al examen funcional encontré una agudeza visual de siete décimos, con un vidrio cilindro-cóncavo de 5 dióptrias, eje vertical. Como se ve, el resultado ha sido sorprendente. La mejor agudeza visual obtenida hasta hoy, ha sido de $\frac{1}{3}$, siendo en la mayor parte de los operados de $\frac{1}{3}$ ó $\frac{1}{4}$; es decir, que ha variado entre 3 y 5 décimos y en mi enferma es de 7 décimos, por lo tanto, superior á la señalada hasta hoy por los autores. Esta magnífica agudez visual es tanto más notable, cuanto que antes de la operación era de $\frac{1}{10}$ con vidrio de 30 dióptrias y sin vidrios apenas llegaba á $\frac{1}{100}$, lo que indudablemente se debe á la curación de la coroiditis macular, pues el cambio dióptrico del ojo no basta para explicarla, y este hecho viene á confirmar la 3ª conclusión presentada por Plüger en el "Congreso de Moscow:" "La afaquia es algunas veces el mejor medio de curar las afecciones maculares agudas."

Para la visión de cerca, con un vidrio esférico-convexo de 4 dióptrias combinado con el mismo vidrio cilindro cóncavo que usa para la visión lejana, lee los caracteres ordinarios á 20 centímetros de distancia.

Antes de la operación, la enferma se servía únicamente del ojo izquierdo que reputaba el bueno. Hoy este ojo le es completamente inútil por la escasa vista que tiene, comparada con la excelente de que goza el ojo operado; así es que ella misma solicita con empeño la operación de ese ojo, la que pienso practicar más tarde con la esperanza de restablecer la visión binocular y salvar ese ojo de las complicaciones á que el alto grado de miopía la expone, pues actualmente como podréis ver, comienza á desarrollarse la coroiditis macular.

La indicación de operar en miopías superiores á 15 dióptrias está hoy universalmente aceptada. Muchos de los que al principio combatieron esta operación, hoy la practican, ó al menos la recomiendan, reconociéndole sus inmensas ventajas. Fukala y otros han ensanchado el campo de las indicaciones, aconsejándola en miopías de 10 á 15 dióptrias cuando los anteojos correctores no son bien soportados ó la agudeza visual que proporcionan es insuficiente para las necesidades de la vida. Sin embargo, los peligros, por remotos que sean, deben tenerse presentes, para no exponer un ojo que pueda prestar útiles servicios y este dato más que el número de dióptrias debe tenerse en cuenta para aconsejar la operación.

La edad del paciente debe igualmente tenerse en cuenta. Se sabe que de treinta años para arriba hay mayor propensión á los despegamientos de la retina.

La principal contraindicación consiste en la atrofia coroidea generalizada.

Los principales peligros son el glaucoma, el despegamiento de la retina, las iridoclitis, coroiditis y demás accidentes infecciosos, y por último, la hemorragia expulsiva.

El glaucoma se presenta generalmente después de la primera discisión del cristalino y resulta del hinchamiento tumultuoso que sufren las masas cristalínianas cuando se la practica muy amplia y profunda, triturándolas, por decirlo así, con alguna violencia. En Moscow vi dos enfermos que presentaron esta complicación. En ambos existían masas corticales opacas en la cámara anterior, las que además de provocar los accidentes glaucomatosos, dejan con frecuencia opacidades indelebles en la córnea.

Se evitará este peligro practicando la discisión, con la aguja de Bowman, suficientemente amplia para que la penetración del humor acuoso opacifique completamente el cristalino, pero sin triturar ni desalojar las masas cristalínianas como lo han hecho varios operadores usando el cuchillo de De Graefe, recomendado por Fukala y justamente condenado por muchos operadores.

El despegamiento de la retina es una complicación mucho más terrible. Se ha presentado hasta dos años después de la operación y en la inmensa mayoría de los casos, cuando durante las operaciones hubo salida del vítreo ó simplemente desgarraduras de la hialoides. Por lo tanto, debemos esforzarnos todo lo posible por evitar estos accidentes.

Con motivo de la extracción de las cataratas hipermaduras en su cápsula, insistí hace algunos años en el seno de esta Academia, en las ventajas de extraer esas cataratas con el asa de Taylor y no por presiones fuertes que siempre ocasionan la pérdida del vítreo.

Convencido profundamente de este precepto, siempre he procurado extraer directamente las cataratas traumáticas por la introducción de la cucharilla, ayudando simplemente la extracción por suaves presiones sobre la córnea, nunca sobre el ojo. Coppée desde hace años recomienda la aspiración con el aspirador de Teale. Este método que también evita las presiones sobre el ojo, es muy ventajoso y ha sido aplicado á la curación de la miopía por Rogman con resultados brillantes.

En tres casos de catarata traumática lo he empleado, y aunque prefiero la extracción directa por creerla más segura, debo confesar que dá muy buenos resultados la aspiración.

Por último, la catarata secundaria debe operarse por extracción con las pinzas capsulares y no por la discisión, cuyos peligros son bien conocidos. Rogman hace notar que simplemente la herida de la hialoides que resulta de una discisión profunda, aumenta la proporción de los despegamientos retinianos como lo demuestran las estadísticas. Hier, que

sigue esa práctica, ha tenido un ocho por ciento, mientras que otros operadores solo cuentan tres ó cuatro por ciento.

No me ocuparé de las complicaciones que resultan de la infección, porque todas se evitan con una asepsia rigurosa, indispensable en estos casos.

La hemorragia expulsiva es muy rara felizmente.

Para terminar, haré constar en este trabajo que los doctores Alonso, de San Luis Potosí y M. Uribe, de México, han publicado dos observaciones de miopía tratada por la supresión del cristalino. El resultado ha sido muy favorable para los enfermos que han llegado á conseguir una agudeza visual de $\frac{3}{4}$ á pesar de haber tenido accidentes.

En el caso del Dr. Alonso, hubo pérdida de vítreo. En el del Dr. Uribe, por seguir el método de Fukala fué necesario practicar cinco operaciones después de las cuales quedó una adherencia del iris á la cicatriz corneal que puede ser la fuente de peligros ulteriores.

Creo haberme detenido lo suficiente en la manera de evitar esos accidentes.

México, Marzo 15 de 1899.

DR. LORENZO CHÁVEZ.

HIGIENE PUBLICA

EL TRATAMIENTO ANTIRRABICO EN MEXICO.

Desde el 23 de Abril de 1888, día en que fué abierto el Instituto Antirrábico del Consejo Superior de Salubridad, hasta el 23 de Julio de 1898, han sufrido en él la aplicación del tratamiento 2,700 personas, de las cuales 7 han sucumbido á la rabia.

La mortalidad causada por ésta, fluctúa, según todas las estadísticas conocidas, entre 16 y 80 por ciento. Tomando el minimum (16 por ciento), resulta, sin embargo, que en México las inyecciones antirrábicas han hecho 59 veces menor la mortalidad por rabia.

La cifra total, 2,700, apuntada arriba, comprende 190 personas mordidas por animales seguramente rabiosos; 1,451, mordidas por animales probablemente rabiosos, y 714, mordidas por animales sospechosos. Suma, 2,555. El resto se compone de 23 personas inoculadas pre-