

un resultado negativo, no obstante que existan los bacillus en el esputo examinado.

En este último caso se ha recurrido hace largo tiempo ha hacer líquidos y homogéneos los esputos, y con este objeto Biedert emplea el calor y la lejía de sosa, Ikerwiteh hace uso de la potasa y la caseína, Sprengler añade la lejía de sosa y la pancreatina, y, por último, Kühne emplea el borax; pero en todos estos procedimientos la investigación tiene que aplazarse por algunas horas, puesto que hay que aguardar á que los esputos sufran la acción del calor, ó permanezcan en reposo para que se junten los bacillus.

Queriendo evitar estos inconvenientes, hace algunos meses que pongo en práctica el siguiente método que me parece más sencillo y rápido. Siempre que en la primera investigación no encuentre bacillus de Koch, agrego al esputo que se analiza veinte centímetros cúbicos de suero artificial (agua esterilizada 1000, cloruro de sodio 7) y un gramo de borax por centímetro cúbico de esputo; se tritura suavemente esta mezcla en un mortero y se somete á la acción del centrífugo. Se decanta en seguida el líquido, y se hace la preparación con el contenido del fondo.

Hasta hoy casi siempre he obtenido resultado, ateniéndome á estos preceptos, que deseo presten algún servicio á los clínicos.

México, Marzo 15 de 1901.

J. P. GAYÓN.

OFTALMOLOGIA

Algunas consideraciones sobre el tratamiento del queratocono y la miopía

Aunque muy distintas estas dos afecciones en su origen, su marcha, sus complicaciones y consecuencias, tienen por carácter común el alargamiento del eje antero-posterior del ojo; de allí que se haya pensado recientemente en aplicar el mismo tratamiento á esas dos enfermedades.

Tengo la honra de señalar á nuestro sabio maestro el Dr. D. Manuel Carmona y Valle como el primero que desde hace muchos años pensó en comparar entre sí ambas afecciones haciendo notar que

si el aumento de la tensión intraocular que, como es bien sabido, contribuye al alargamiento del eje antero-posterior del ojo, se hace sentir hacia el polo posterior, éste cederá y tendremos un ojo miope con su estafiloma posterior visible al oftalmoscopio, si llega á cierto grado la miopía. Al contrario, si el exceso de tensión se hace sentir en el polo anterior, la córnea cede, toma la forma cónica y queda constituido el estafiloma pelúcido ó queratocono. Suponía que la presión de los rectos externos del ojo por anomalías de inserción ó configuración del globo ocular, obrando, sea hacia adelante ó hacia atrás del ecuador del ojo, se haría sentir más en el polo posterior ó en el anterior del globo ocular ocasionando la miopía ó el queratocono. No es mi ánimo por ahora discutir esta ingeniosa hipótesis, ni menos las importantes consecuencias prácticas que resultarían de ella; solamente he querido recordar, como dato histórico, que estas ideas me las comunicó el año de 1895 y, poco después, las dí á conocer á mis compañeros en la Sociedad de Oftalmología de México.

En estos últimos años, como es bien sabido, se recomendó practicar en el queratocono muy exagerado, la extracción del cristalino transparente que tan brillantes resultados había dado ya en la miopía. Se recordará que en esta II. Academia referí una observación personal en que obtuve un brillante resultado con la operación; pero como ésta es sólo aplicable á los casos extremos tanto de miopía como de queratocono y que son irremediables por otros medios más sencillos y menos peligrosos, estábamos reducidos á tratar las miopías medianas y ligeras únicamente con los vidrios correctores y los preceptos higiénicos bien conocidos que aunque prestan grandes beneficios, son muchas veces insuficientes para detener la marcha progresiva en varios casos. Con los adelantos de la civilización, la miopía tiende á generalizarse á tal grado que algún autor ha dicho que si antes se medía el grado de cultura de un pueblo por la cantidad de jabón que consumía, hoy debe medirse ese grado por el número de personas que usan anteojos por miopía. Todos saben que en México se ha confirmado, de una manera evidente, esa regla. Aunque todavía estamos lejos de conseguir que todos los miopes corrijan debidamente su refracción, debemos confesar que se ha adelantado extraordinariamente en ese sentido de diez años á la fecha.

Esta tendencia al desarrollo de la miopía ha hecho que los oculistas modernos se empeñen en bus-

car medios más activos, más enérgicos que la simple higiene y corrección óptica, á fin de curar ó al menos mejorar ó detener ese mal que ha conmovido el patriotismo de los franceses, cuando Nimier hizo notar que cada año en Francia, á más de dos mil hombres se les declara inútiles para el servicio militar por presentar una miopía superior á seis dioptrías, lo que ocasiona una pérdida de dos batallones de infantería en pie de guerra.

De esos medios, los que más se ensayan actualmente, son la nasalorexis que Rolland ha empleado con éxito completo en muchos casos y el *massage* que se practica de distintas maneras. Se han inventado varios aparatos; pero la generalidad de los autores convienen en que es preferible el *massage* digital al que se practica con aparatos.

Basándose en los buenos resultados que ha producido el uso prolongado de los mióticos y el vendaje compresivo á los ojos en el tratamiento del queratocono, Bettremieux pensó aplicar ese método al tratamiento de la miopía, obteniendo un resultado muy favorable que fué comunicado á la Academia de Medicina de París el año pasado por el Profesor Panas. Se trató de un niño de catorce años de edad que presentaba una miopía de 5 dioptrías en el ojo derecho y de cuatro en el izquierdo. Sometido á las instilaciones repetidas de un colirio de pilocarpina asociadas á un vendaje compresivo durante la noche, al cabo de cinco meses de tratamiento, la miopía disminuyó de 5 á 3.50 en el O.D. y de 4 á 2.75 en el O.S., lo que el autor explica por el acortamiento del eje antero-posterior del ojo sometido á la compresión.

Agrega Panas que este es sólo un ensayo, pero digno de tenerse en cuenta y que le ha dado por cierto excelentes resultados en el queratocono, afección en la que igualmente se trataba de acortar el eje antero-posterior del globo ocular.

Desde el año de 1890 que regresé de mi primer viaje á Europa, he tratado ochenta y dos casos de queratocono por el uso constante de los mióticos y el vendaje compresivo. De estos 82 casos, 16 presentaban una visión nula por la opacidad central de la córnea y 11 sin opacidad visible, apenas podían contar los dedos á un metro de distancia á lo más. En estos 27 casos, el uso de los mióticos y vendaje ha sido completamente inútil. Las cauterizaciones por lo que he visto en diez casos en los que las he practicado y seis que otros compañeros han tratado por este medio, sólo da resultados pasajeros y muy medianos, por lo que creo perfectamente indicada

la extracción del cristalino transparente, única operación de las conocidas hasta hoy que dé resultados verdaderamente satisfactorios para el enfermo. De los 55 casos restantes, en que los enfermos conservaban una agudez visual superior á un décimo y sobre todo en los casos recientes, la mejoría alcanzaba con el uso de los mióticos y vendaje es evidente y puede llegar á la curación completa como en un caso referido por Panas en los Archivos de Oftalmología y el siguiente que paso á referir.

El niño L. R., de 13 años de edad, me consultó hace un año, quejándose de no poder continuar sus estudios á causa de las dificultades que tenía para leer. Al estudiar, necesitaba aproximarse mucho el libro y colocarlo hacia la derecha de su cara para ver oblicuamente; sólo de esta manera podía distinguir los caracteres; pero al poco tiempo le venían dolores en los ojos que le obligaban á suspender la lectura. Su vista, de lejos, había disminuido notablemente de algunos meses á esa fecha. El examen objetivo de sus ojos me hizo ver que existía en ambos un queratocono bastante marcado para apreciarse á la simple vista; pero con el queratoscopio y la esquiastoscopia no quedaba la menor duda de su existencia. Al examen funcional encontré una agudez visual de $\frac{1}{8}$ en el O. D. y $\frac{1}{6}$ en el O. S. Con la combinación sph—2=cyl—1 ax 90° para el O. D. y sph—1.50=cyl—1ax 75° para el O. S., la visión llegó á $\frac{2}{3}$ en ambos ojos. Prescribí al mismo tiempo que estos anteojos, un colirio de pilocarpina y la compresión ocular con el vendaje elástico durante las noches. A los cuatro meses volvió á mi consulta, manifestándome que al principio del tratamiento estuvo muy bien, pero que habiendo dejado de vendarse en las noches y de ponerse las gotas de pilocarpina porque creyó que ya no serían necesarias, su vista había disminuido y la lectura volvía á serle fatigosa y difícil. Al examen encontré que la visión había disminuido á $\frac{1}{4}$ y para llevarla á $\frac{2}{3}$, fué preciso prescribir: esférico cóncavo de 4 dioptrías en el O. D. y 3.50 en el O. S. El aumento del mal podía estimarse en dos dioptrías para ambos ojos. Prescribí los nuevos vidrios ó insistí en el uso constante del vendaje en las noches y los mióticos, alternando la eserina con la pilocarpina. A los dos meses de seguir este tratamiento, el queratocono había disminuido notablemente. El astigmatismo había desaparecido y la miopía quedaba reducida á 1.75 dioptrías en el ojo derecho y 1.50 en el izquierdo; la agudez visual con estos vidrios era de 1 en ambos ojos. Podía leer los caracteres del número 1 de la Escala de Weckerá

20 centímetros de distancia, con facilidad y sin sentir fatiga. Siguió el mismo tratamiento, usando solamente para ver, de lejos, los vidrios esférico-cóncavos de 1.75 y 1.50 hasta el mes de Diciembre, que notando ya que veía de lejos con su vista natural mejor que con los anteojos, ocurrió á mi consulta, pudiendo ver, con satisfacción, que efectivamente su vista era normal, tanto de lejos, como de cerca, y al examen con la esquiastropía encontré que había desaparecido completamente la sombra central, giratoria, que se ha comparado á la rosa de los vientos y que caracteriza el queratocono, presentando la sombra del ojo emétrepe.

Este hecho, que es, según creo, el primero que se observa en México de curación completa de un queratocono doble, nos demuestra la eficacia de este tratamiento, que es el más sencillo é inocente de todos los que se han recomendado.

Aunque sea excepcional obtener una curación completa, como en el caso ya citado de Panas y en el que he referido, es muy común, casi constante, ver mejorar á los enfermos cuando siguen con la debida perseverancia este tratamiento. En esta perseverancia está precisamente la dificultad. En todos los enfermos que he podido observar, durante algún tiempo, he visto que mientras siguen eficazmente el tratamiento, el mal disminuye ó queda estacionario; abandonándolo por cualquier motivo, al contrario, se exacerba notablemente. Me limitaré á citar un caso de este género: El joven F. F., sobrino de un apreciable compañero, miembro de esta H. Academia, consultó con varios oculistas el año de 1895 y todos estuvieron de acuerdo en diagnosticar un queratocono muy exagerado, que amenazaba llegar á producir la opacidad central de la córnea y, por lo tanto, la pérdida de la vista, por lo que proponían, como único medio de detener el mal, la intervención con el tómo ó galvanocauterio. El horror que despertó este medio en la madre del niño, le hizo consultarme el día 12 de Noviembre de ese mismo año, manifestándome su aversión á cualquier tratamiento quirúrgico. Lo sujeté al uso de los mióticos y vendaje y á los pocos meses mejoró notablemente reduciéndose la miopía á la mitad en el mes de Julio del año siguiente. Creyéndose casi bueno, abandona el tratamiento y el mal se exacerba. En los cinco años transcurridos, en cuatro ocasiones se sujeta al tratamiento y obtiene una mejoría marcadísima. El 19 de Octubre del año pasado, que lo vi por última vez, con los vidrios siguientes: O. D. sph 10 = cyl—2ax 90°. O. S. sph—11 conserva V. O. D. = $\frac{1}{3}$.

V. O. S. = $\frac{1}{4}$, después de haber llegado á tener una visión menor de $\frac{1}{10}$ en el último período que abandonó el tratamiento, á principios del año pasado.

Muchas observaciones semejantes he podido reunir que demuestran la eficacia de este tratamiento, que sólo requiere la paciencia de los enfermos para seguirlo durante varios años. Como es bien sabido, la afección se desarrolla casi siempre de los 10 á los 25 años y la predisposición á contraer la enfermedad en este período de la vida es muy grande, por cuyo motivo las reincidencias ó exaberbaciones, cuando se abandona el tratamiento, son muy frecuentes.

En estos últimos meses he unido el *massage* digital á los mióticos y el vendaje y lo estoy aplicando en todos los casos de miopía y de queratocono que se me presentan. Todavía no es tiempo de juzgar en mis enfermos del beneficio para los miopes, pero el caso referido por Panas á la Academia de Medicina de París y los consignados por Domee y otros con el solo *massage* digital, hacen esperar que los resultados sean favorables; de todos modos, es un medio enteramente inofensivo y sencillo que debe ensayarse y vulgarizarse, por los resultados favorables que puede dar.

DR. LORENZO CHÁVEZ.

México, Marzo 20 de 1901.

CLINICA

Analgesia cocaínica por la vía raquidiana

Hace tres meses creía yo poder remitir como trabajo reglamentario algunas observaciones sobre analgesia cocaínica por la vía raquidiana, por tener que hacer tres operaciones en las que me proponía usarla; pero al practicar la primera noté que á pesar de las ventajas del método no puede usarse siempre, luego diré por qué.

El caso á que me refiero, en pocas palabras, es el siguiente:

El Sr. St. norteamericano, de 27 años de edad y constitución robusta, se quejaba de una afección rectal, como única enfermedad que ha sufrido durante su vida y que le molestó por primera vez en 1892, durándole entonces ocho meses, por segunda