

Como ya la gran mayoría del mueblaje es binario y acondicionado á los alumnos, se ha ido ganando mucho en este sentido.

En cuanto á los útiles hay todavía mucho que pedir, pues los fabricantes sólo atienden á las ventajas económicas de la producción y no á las condiciones pedagógicas que dichos útiles deben satisfacer.

Así en la formación material de los libros no se fijan en el color del papel, la naturaleza de la tinta y la clase de tipos empleados. Otro tanto sucede con las pizarras, lápices, etc., etc.

Una vez fijado el consumo que de estos útiles ha de hacerse, creo llegado el caso de que señalen á las casas productoras las condiciones que deben satisfacer todos y cada uno de los referidos útiles, para ser aceptados.

Mucho se ha conseguido ya por los medios empleados; pero esto se realizará más satisfactoriamente si todos los locales se tienen apropiados, si los útiles reúnen las condiciones que para el caso la Higiene exige y si la vigilancia médica se hace más asidua.

¿Qué sería conveniente hacer, además de esto? Teniendo muy presente que *deformaciones* de parte del esqueleto, la *miopía* y *dificultades* en la *evolución* psíquica son los fenómenos que de preferencia puede ocasionar el medio escolar: lo primero, por defectos del mueblaje; lo segundo, por inconvenientes de los útiles, y lo tercero, porque el programa no sea rigurosamente pedagógico ó se aplique mal, creo llegado el caso de repetir en proposiciones mucho de lo ya hecho y emprender seriamente estudios de inmediata aplicación á la escuela primaria.

Lo primero sería formular con claridad y precisión lo que se ha determinado acerca de las condiciones del *mueblaje* y los *útiles*; y lo segundo, llevar á cabo, para los niños mexicanos, una serie de estudios antropológicos, para utilizarlos en provecho de la enseñanza. Determinar, para cada edad, talla, peso, energía muscular, desarrollo psíquico, estados de los sentidos, etc., etc. Ya el Sr. Dr. Emilio Montaña ha principiado, por iniciativa propia, el estudio acerca del sentido de la vista; pero como es natural, para que esto dé resultado, se necesita ser hecho por empleados nombrados *ad hoc* y con un plan bien determinado.

A reserva de presentar á esta docta Corporación un trabajo especial en este sentido, cumple hoy á mi propósito dar cuenta de algo de lo hecho y formular un importante desideratum.

México, Junio 5 de 1901.

Luis E. Ruiz.

## OFTALMOLOGIA

### Breve nota acerca de la oftalmía simpática

Pocos asuntos han sido tan discutidos y diversamente interpretados en oftalmología, como el referente á la afección designada con el vago y poco significativo nombre de oftalmía simpática.

La patogenia de dicha afección, su etiología, sus diversas formas, su profilaxis y su tratamiento, han dado, y siguen dando, lugar á minuciosos estudios y eruditas controversias, pudiendo decirse, sin embargo, que dista mucho el punto de encontrarse agotado.

En el XIII Congreso Internacional de Medicina, que se reunió en París, del 2 al 9 de Agosto del año próximo pasado, la sección de Oftalmología, presidida por el sabio Profesor Panas, se ocupó ampliamente de esta cuestión «Enucleación y operaciones propuestas para reemplazarla,» siendo los relatores: Pfluger (de Berna), Snellen (de Utrecht), Schweinitz (de Filadelfia) y Swanzy (de Dublín).

Como quiera que el tema que se sujetó á discusión, se encuentra íntimamente relacionado á la oftalmía simpática, puesto que aquellas operaciones encuentran su más amplio campo de aplicación en aquella oftalmía, todos los relatores se ocuparon extensamente del temible mal que nos ocupa, exponiendo las ideas que sobre él reinaran antaño y las que prevalecen en la actualidad.

Muy largo sería seguir paso á paso á los distinguidos relatores en sus luminosas investigaciones; éstas constan íntegras en 126 páginas impresas, de las relaciones publicadas por el Comité de la sección; es el punto de tal trascendencia, que me ha parecido oportuno elegirlo para mi trabajo reglamentario, fijándome, especialmente, en el tratamiento curativo de la enfermedad, por contar con un caso reciente que creo de interés.

Desde tiempo inmemorial se sabe que ciertas lesiones oculares, y muy especialmente las traumáticas que han afectado á uno de los globos oculares, pueden, después de un tiempo muy variable (de algunas semanas á muchos años) determinar en el otro ojo un padecimiento terrible, que termina con frecuencia en la ceguera, y que en otros tiempos se atribuía á una causa no determinada, que se llamaba la *simpatía* de un ojo, hacia su congénere.

Los que cultivamos la oculística hemos tenido que deplorar la ceguera incurable de algunos pacientes que han venido á consultarnos, tal vez de lejanas

tierras, llenos de fe en la ciencia y ansiosos de recobrar la vista perdida por la oftalmía simpática. Cuánto hemos lamentado, en tan tristes casos, nuestras impotencia, y nos hemos condolido de tal desgracia, sobre todo al pensar que un consejo oportuno, que una operación casi siempre inofensiva pudieron haber conservado el más útil de los sentidos, al infeliz inválido, víctima de imprevisión ó de ignorancia.

En otros casos hemos sido llamados para atender á aquel en quien el mal ha comenzado, que aún goza de la vista, aunque imperfecta, pero que seguirá fatalmente por un plano inclinado hasta la obscuridad completa, á pesar de nuestros humanitarios esfuerzos, pues la temida afección, fácil de prevenir, no se detiene sino difícilmente, en sus avances, cuando ha comenzado á desarrollarse; cuánto hemos sentido, en tales casos, no haber llegado á tiempo para impedir una desgracia.

Prevenir el desarrollo de la oftalmía simpática, curarla una vez que ha comenzado: he aquí dos cuestiones muy diferentes que interesan al oculista en alto grado, siendo relativamente fácil la primera, ofreciendo grandes escollos la segunda.

Importa, desde luego, averiguar cuál es la causa del padecimiento, determinar el mecanismo íntimo de su producción, pues sin dificultad se comprende que es más fácil atacar un mal cuya patogenia es conocida, que aquel que procede de causas ignoradas.

Se puede decir que en el estado actual de la ciencia, no reina el acuerdo sobre este punto. En el primer Congreso Médico Nacional que se reunió en México en Diciembre de 1892, la sección del Oftalmología se ocupó, entre otras cuestiones generales, de la llamada oftalmía simpática, aceptando dos grandes formas de dicho mal: una forma *refleja*, y otra *emigradora*. Sin duda alguna que los miembros de aquella sección supimos colocarnos en un terreno práctico, tan prudente como ecléctico. El tiempo ha transcurrido, sin que el punto se aclare más que entonces. Algunos sostienen que se trata en todos casos de un verdadero reflejo que partiendo de los nervios ciliares, del ojo simpatizante (y de aquí la frecuencia de la simpatía, cuando la región ciliar está comprometida) pasaría por el ganglio oftálmico, siendo transmitida al bulbo, donde se reflejaría por los nervios vaso-motores del ojo simpatizado, perturbando sus funciones circulatoria y nutritiva; esta explicación, al parecer satisfactoria, tratándose de perturbaciones puramente funcionales, no la es

para las lesiones anatómicas; para explicarlas se ha recurrido á una neuritis ascendente de los nervios ciliares, que llegando á los centros, se convertiría en descendente, hasta llegar al ojo primitivamente sano.

No se ha demostrado la existencia de tales neuritis ciliares por una parte, y por otra, aun suponiendo que existan, no darían una idea clara de las variadas formas de la oftalmía (iritis, irido-cielitis, neuritis óptica, neuro-retinitis, etc). No desanimados por estas objeciones los partidarios de la teoría refleja, han admitido con Meyer que en el ojo simpatizado preexisten gérmenes, hasta entonces inofensivos, merced á la integridad funcional del órgano, pero que bajo la influencia del desorden reflejo de la inervación llegan á convertirse en patógenos; añaden que la irritación refleja desempeñaría un papel análogo al que tiene un enfriamiento, como causa ocasional de la neumonía. La comparación es ingeniosa, pero carece de pruebas positivas.

Por estas diversas razones otros oculistas sólo aceptan la teoría de la emigración microbiana que se haría por las vainas linfáticas del nervio óptico del ojo enfermo, y que llegando al quiasma, seguiría por las vainas del nervio óptico del lado opuesto.

Este modo exclusivo de interpretar los fenómenos patológicos, es susceptible de diversas objeciones; no explica las perturbaciones puramente funcionales; no da cuenta de la manera como se ha hecho la trasmisión de gérmenes patógenos, en los casos nada raros, en que se han encontrado obstruidas las vainas del segundo par nervioso; no da razón de por qué los casos de supuración intra-ocular tienen tan poca tendencia á determinar la oftalmía emigradora, no obstante que entonces abundan los micro-organismos flogógenos; cierto es que se ha contestado la última objeción, diciendo que cuando hay una ílemasia violenta, se obstruyen rápidamente las vainas, lo que impide la emigración; á esto contestan los partidarios de la acción refleja, que en tales casos, los nervios ciliares se destruyen, y por lo tanto no puede verificarse el reflejo. Otra objeción muy seria consiste en observar que en no pocos casos, bacteriologistas muy competentes no han podido descubrir microbios patógenos en el ojo simpatizante. Por esta causa admite Panas que la infección del ojo simpatizado puede hacerse por principios químicos ó por microbios, que provienen de la circulación general, lo que también aceptan Michel y Greef. Los principios patógenos tomarían, según ellos, su origen en el tubo digestivo, las vísc-

ceras, los órganos génito-urinaris ó el ojo simpatizante, y obrarían de preferencia en el ojo simpatizado, á causa de la receptividad morbosa que en él determina la excitación vaso-motora refleja, partida de su congénere. Según esta manera de ver, que también carece de demostración, y que pocos han aceptado, el estado constitucional del paciente tendría grande influencia sobre la aparición de la afección ocular.

Se ve por esta ligera ojeada que el asunto está aún muy embrollado, siendo, en mi concepto, más lógico aceptar la pluralidad de causas, para la explicación de un fenómeno, que se presenta bajo diversas formas, y en circunstancias muy variadas. Creo que las dos grandes clases de oftalmía simpática, que admitimos en el primer Congreso Médico Mexicano, dan cuenta más satisfactoria de los hechos, no obstante los estudios que se han emprendido después. En la forma refleja cabrían ciertas perturbaciones *sine materia*, lagrimeo reflejo, astenopia, ambliopía sin lesión apreciable de los elementos nerviosos ni de los medios transparentes, y también algunos trastornos puramente circulatorios, como la inyección del globo ocular, la hiperemia coroidea, y aun las hemorragias retinianas. A la forma emigradora pertenecen las lesiones inflamatorias propiamente dichas, así de las membranas como del nervio óptico. Algunas variedades raras, tales como el despegamiento de la retina, la simple atrofia de la papila no han sido aún suficientemente estudiadas, siendo probable que sean resultados de verdaderos procesos flemásicos que por cualquiera circunstancia han pasado inadvertidos.

Como sin esfuerzo se comprende, los hechos de la primera categoría son incomparablemente más benignos que los pertenecientes á la segunda, aun cuando pueda suceder que aquéllos sean los precursores de los últimos, que terminan á menudo fatalmente.

Acéptese cualquiera teoría, queda establecido como un hecho importantísimo en la práctica, que diversas lesiones oculares, sobre todo las traumáticas, y entre éstas muy especialmente las que comprometen el círculo ciliar, máxime si queda alojado un cuerpo extraño, determinan con frecuencia en el ojo primitivamente sano, una serie de alteraciones designadas con el vetusto y genérico nombre de oftalmía simpática, y que pueden determinar la pérdida definitiva de la visión.

No se debe perder de vista que suelen transcurrir muchos años, se dice que hasta 40, para que se pre-

senten tan funestos accidentes; en el caso más notable que á este respecto he visto en mi práctica, la lesión del ojo simpatizante databa de 20 años; tampoco debe olvidarse que aun cuando algunas veces podemos abrigar vehementes sospechas de que la oftalmía simpática sobrevendrá, verbi-gracia, cuando el ojo primitivamente afectado, presenta de tiempo en tiempo exacerbaciones inflamatorias, cuando se inyecta ó llora con frecuencia, cuando presenta el punto doloroso de Græfe, etc., hay también bastantes casos en que el mal se desarrolla, casi sin anuncio previo. La prudencia aconseja, por lo tanto, proceder con energía, pues siempre es preferible prevenir una desgracia, que lamentarla.

Varios medios se han propuesto para conseguir tan feliz resultado; entre ellos considérase como clásico el que consiste en enucleare el ojo simpatizante. Se ha venido reprochando á esta operación, que puede dar lugar, aun cuando sea muy raro, á una meningitis mortal; que es una gran mutilación, la cual no puede disimularse por una prótesis perfecta; que en determinados casos no impide el desarrollo del mal que trata de evitarse, y aunque algunas veces puede despertar una oftalmía simpática que no se había presentado hasta entonces. El Comité de la Sección de Oftalmología del último Congreso Médico Internacional creyó de oportunidad estudiar tan interesantes puntos, nombrando, al efecto, una comisión de reputados oculistas, como antes dije. He aquí cómo se expresa Pflüger al principio de su relación: «Las hecatombes de bulbos oculares, sacrificados totalmente por la enucleación, en la segunda mitad de este siglo, han hecho pensar á algunos colegas que esta operación podría ser reemplazada por otras que correspondan mejor á los principios de la cirugía conservadora. En efecto, una serie de operaciones hace actualmente la competencia á la enucleación clásica que ha dominado hasta aquí y que goza aún de gran reputación en la mayor parte de las clínicas, porque representa el medio más seguro y más rápido.»

Estudia en seguida concienzudamente, empleando estadísticas propias y ajenas, las operaciones siguientes, comparadas con la clásica: extirpación de un segmento anterior del ojo, sea simple, sea combinada con sutura, neurotomía óptico-ciliar, neurectomía óptico-ciliar, exenteración ó evisceración simple, exenteración combinada de inserción de un globo artificial en la esclerótica eviscerada (operación de Mules), enucleación combinada de inserción de un globo artificial en la cápsula de Tenon (opera-

ción de Frost-Lang), el método de Chivret para el ojo panoflálmico.

De sus investigaciones cree Pflüger deducir el siguiente resumen (página 245): «La enucleación no procura la inmunidad absoluta contra la oftalmía simpática, sino sólo una inmunidad relativa bastante grande. Las formas de oftalmía simpática que estallan después y á pesar de la enucleación, son, en general, relativamente benignas; pero algunas veces desastrosas. Las operaciones susceptibles de reemplazar la enucleación, pero menos radicales que ella, no pueden poseer una inmunidad relativa más grande.»

«La evisceración simple, ejecutada rigurosamente, no ha podido evitar la oftalmía simpática, en el caso de Senn, forma benigna. A pesar de esto, la evisceración completa, total, rivaliza con la enucleación, en lo que concierne á su poder preventivo.»

«La evisceración combinada con la inserción de un globo artificial, ha tenido, como consecuencia, cinco casos de oftalmía simpática, forma benigna. La técnica perfeccionada y la indicación más precisa, mejorarán probablemente los resultados.»

«La operación de Frost-Lang no es aún bien conocida y estudiada para juzgar sus resultados.»

«La neurotomía y la neurectomía, como operaciones preventivas contra la oftalmía simpática, poseen una acción muy inferior y son de suprimirse como tales.»

Después de estudiar las ventajas y las desventajas de cada una de las mencionadas operaciones y de citar sus diferentes indicaciones, dice en la página 44: «La enucleación no puede ser reemplazada en ciertas afecciones del ojo, contra las cuales es empleada de ordinario actualmente, y no es probable que lo sea jamás.»

El segundo relator, Snellen, se expresa en los términos siguientes al principio de su exposición: «La enucleación del globo ocular es la operación clásica, que en gran número de casos será siempre inevitable; los límites de su aplicación se amplían por la exactitud y seguridad de su ejecución.

El tercer relator, Schweinitz, consultó á diversos cirujanos sus opiniones acerca de la operación que á su sentir pudiera reemplazar la enucleación, 25 de ellos contestaron, dando la preferencia á tal ó cual método operatorio, «pero debe entenderse, dice en la página 25 de su Memoria, que ninguno de estos cirujanos cree que alguna operación puede reemplazar enteramente la enucleación, sino que expresan sus preferencias para aquella que pudiera reem-

plazarla cuando las indicaciones sean favorables.»

«26 cirujanos no contestaron y 53 no piensan que alguna de aquellas operaciones, salvo algunas excepciones que después mencionan, puede reemplazar la enucleación.»

El cuarto relator, Swang, se expresa del siguiente modo: «La enucleación es la única operación aplicable á todos los casos patológicos ó traumáticos que he enumerado; estos casos son: los traumatismos recientes de tal naturaleza, que toda esperanza de recobrar la vista se haya perdido y que los accidentes simpáticos sean probables; la irido-ciclitis de orden traumático, susceptible de oftalmía simpática; el glaucoma absoluto con dolores y pérdida de la vista; el estafiloma de la cornea ó del globo ocular; los tumores oculares de mala naturaleza.» Hace esta enumeración á propósito de las operaciones que se han propuesto para reemplazar la enucleación. Continúa diciendo á propósito de esta última: «Es la única operación á la cual se puede recurrir cuando se trata de tumores de mala naturaleza del globo ocular. Es para numerosos oculistas la única susceptible de prevenir la oftalmía simpática, puesto que se ha reconocido que ninguna otra operación posee una acción preventiva más segura.»

Juzgo inútil citar otras autoridades, pues en casi todos los oculistas más reputados prevalece la idea de que la operación más eficaz para prevenir la oftalmía simpática es la enucleación del globo ocular. Cierto es que se ha abusado de dicha operación enucleando muchos ojos sin necesidad urgente; es tan grande el temor que causa la afección de que me ocupo, que cualquier oculista es disculpable de practicar una operación no indispensable, por no dejar el peligro, aunque remoto, de una ceguera sin remedio. Por lo demás, en nuestros días se han dictado con exactitud las indicaciones precisas de la operación, las cuales constan en los tratados clásicos.

En cuanto á las objeciones dirigidas contra la enucleación, no son muy poderosas. La meningitis ha llegado á ser excepcional, desde que se usa la antisepsia con todo rigor; yo, por mi parte, sólo he visto dos casos: uno en París y otro en México, en un enfermo que no me perteneció; por otra parte, algunas de las operaciones propuestas para reemplazar la enucleación, pueden también ser causa de meningitis mortal. Es cierto que la enucleación no da una seguridad absoluta contra la oftalmía, lo que también pasa con las operaciones sucedáneas y en mayor escala; nada en la medicina es absoluto, y debemos contentarnos con la mayor seguridad relativa

posible; me complazco en asegurar que nunca he visto en mi práctica un solo fracaso de la enucleación como operación preventiva.

En cuanto al defecto físico consecutivo, puede decirse que la prótesis se ha perfeccionado mucho en estos tiempos, ya empleando los ojos artificiales de doble pared, ideados por Snellen, ya insertando los globos artificiales, como se hace en la operación de Frost-Lang, ya haciendo el avanzamiento de los músculos rectos en el muñón, lo que da á éste mayor movilidad, como se practica en el procedimiento Schmidt. En cuanto á los casos de oftalmía, que han estallado después de la enucleación, han sido excepcionales y de forma benigna.

No puede, pues, negarse que la enucleación constituye un procedimiento operatorio preventivo de innegable utilidad, como nos consta á todos los que ejercemos la oculística.

¿Puede decirse que la operación tiene el mismo valor cuando se trata, no ya de prevenir un accidente, sino de curar la oftalmía simpática que ha comenzado? Desgraciadamente todos estamos de acuerdo en asegurar que en tales circunstancias es por lo común inútil, y aun hay quién crea que puede ser hasta contraproducente, precipitando la terminación funesta del mal.

No son numerosas las estadísticas á este respecto, pues por desgracia, los fracasos no siempre se publican, aun cuando mucho enseñan; pero sin citar hechos concretos, todos los oculistas pronuncian un pronóstico sombrío. A juzgar por el afán con que se citan algunos resultados favorables, luego se infiere que no han de ser muy comunes. Entre estos éxitos conozco dos de Dianoux, citado por Pfluger; uno de estos éxitos completo; el otro dejando mucho que desear.

Cuento en mi práctica tres casos de oftalmía simpática que me ha sido dado atender: los dos primeros terminaron fatalmente; el último fué coronado por un éxito completo. En el primero, además de la enucleación, emplee los mercuriales administrados por las vías digestivas, y los iodurados; en el segundo, después de operar el ojo simpaticante que, como en el caso anterior, había sufrido irido-cielitis traumática, hice uso de las inyecciones sub-conjuntivales de bicloruro de mercurio en el ojo simpaticado, método que en Turín fué preconizado por Raymond, Gallinga y Secondi, y en Francia por Abadie. Se trataba de un joven muy miticuloso que no quiso operarse en tiempo oportuno, á pesar de mis reiteradas amonestaciones y que sólo se sometió á

la operación, cuando el temido mal había comenzado, siendo ya tardía la intervención. Pude convenirme con Panas, de la poca eficacia del medio empleado, tal vez porque las cantidades de mercurio que se introducen por la vía sub-conjuntival, son verdaderamente insignificantes, infinitesimales.

El último enfermo que traté tuvo la buena suerte de curarse en pocos días; su historia clínica compendiada es la siguiente:

El día 18 de Marzo del año en curso, mi estudioso discípulo el Sr. D. Julio Rebolledo, llevó á mi consulta á un enfermo que me dijo llamarse Luis Zorrilla, de Misantla, Estado de Veracruz, de 40 años, soltero, residente en Jalapa, de buena salud habitual, sin antecedentes específicos y ocupándose en un escritorio. Me refirió que 8 meses antes, al pasar por una cantina, recibió un fuerte golpe en la cara con un vaso que fué arrojado por un individuo con intención de herir á otro, con quien reñía. Los fragmentos de vidrio le causaron varias lesiones en la piel, dejando pequeñas cicatrices aún visibles, y en el ojo izquierdo, en el que sobrevino una violenta inflamación que lo hizo sufrir de fuertes dolores y muchas molestias, por espacio de dos meses. Al cabo de este tiempo, el estado agudo concluyó, quedando el ojo lesionado completamente desprovisto de vista. Algunos días antes de verme, comenzó á notar que la vista se enturbiaba en el ojo derecho, cuyo trastorno fué avanzando con tal rapidez, que cuando se resolvió á consultarme por indicación de mi estimado compañero el Sr. Dr. Canovas, de Jalapa, le era ya imposible trabajar y aun se conducía con cierta dificultad.

El ojo izquierdo presentaba, cuando lo examiné, los vestigios de la irido-cielitis traumática: en la cornea una extensa línea de cicatriz, casi vertical, la pupila obstruída por completo, la cámara anterior casi borrada, el iris cambiado de color y de textura, ninguna percepción luminosa en ese ojo, que era doloroso y un poco duro á la presión. El ojo derecho, ligeramente inyectado y lloroso, con pupila perezosa y con una agudez visual inferior á  $\frac{1}{10}$ , pues no podía apreciar á la distancia requerida ni los caracteres más grandes de la escala mural; de cerca, la lectura de la letra ordinaria era imposible, pues sólo percibía los tipos grandes de las escalas de mano, quejándose de denso nublado y de un ligero grado de fotobia; sin haber grandes copos, el cuerpo vítreo ofrecía un enturbiamiento general; la papila de contornos difusos, se veía como al través de una espesa niebla.

Con estos datos se comprendía, desde luego, que el ojo izquierdo había determinado ya serios trastornos sobre su congénere. Con toda pena manifesté al paciente la gravedad de la situación y le propuse el tratamiento que pensaba adoptar y que fué aceptado desde luego. Dos días después practiqué la enucleación en compañía de mi estimado amigo el señor Dr. D. Jesús Villagrán y de mi referido discípulo el Sr. Rebolledo, prescribiendo al enfermo inyecciones hipodérmicas de un centímetro cúbico de solución de cianuro de mercurio del Dr. Roussel, que se le hacían cada dos días; prescribí, además, una solución de yoduro de potasio á dosis fuertes y ericientes.

La operación, como es costumbre, siguió una marcha regular, las señales exteriores de irritación en el ojo derecho comenzaron á desaparecer, la vista fué aclarándose sensiblemente, el cuerpo vítreo recobrando su transparencia, así como su nitidez la imagen papilar, hasta el grado, para no alargar este relato, que 15 días después, al examinarlo en mi consulta en presencia del Sr. Rebolledo, la agudez visual de lejos era de 0,9, siendo enteramente fácil la lectura de cerca, aun para los más pequeños caracteres.

El paciente se despidió contento y satisfecho, recomendándole que se presentara al Sr. Dr. Canovas, á quien supliqué que continuase su tratamiento. Algún tiempo después me escribió el mencionado compañero, participándome, con satisfacción, que el Sr. Zorrilla seguía perfectamente, encontrándose su vista en un estado satisfactorio.

Ultimamente he recibido nuevas noticias, por las que sé que la curación persiste y que piensa venir muy pronto el interesado para colocarse un ojo artificial.

Debo hacer notar que el Profesor Panas recomienda como muy útiles las inyecciones hipodérmicas de bi-yoduro de mercurio, con las cuales, según dice, se han obtenido curaciones.

Muy pocos son, señores académicos, los casos de oftalmía simpática que os he referido, pues esta grave afección se va haciendo rara, por fortuna, visto el empeño que tomamos para prevenirla. Pero aun cuando en corto número, son, sin embargo, elocuentes por su lealtad y porque prueban que si es muy serio el mal, en algunos casos es susceptible de curar. No puedo menos de recomendar el tratamiento que emplee en el último enfermo, pues pude apreciar en él palpablemente la pronta y benéfica influencia de la intervención. Se dirá que un solo hecho poco significa, es cierto; pero abre un horizonte

para observaciones nuevas, y al consignarla, así como los casos desgraciados, creo cumplir con uno de los deberes que nos hemos impuesto, los que por todos los medios tratamos de conservar á nuestros semejantes un bien inestimable: el de la luz.

México, Junio 12 de 1901.

JOSÉ RAMOS.

## OBSTETRICIA

### Acomodación pélvica artificial

Los parteros distinguen la acomodación fetal en dos clases: la uterina, que determina las presentaciones, y la pélvica, que da lugar á las posiciones.

Cuando la primera es viciosa, cuando no se aboca el segmento cefálico ó cuando este segmento viene desdoblado y que la presentación es una de cara, los parteros, desde Wigand hasta Pinnard, han intentado corregir estas presentaciones viciosas, ya por la versión si la presentación es pélvica ó de tronco, ya por maniobras especiales, si ésta es de cara, con el fin de que la presentación de vértice ó cefálica en flexión sea la que exista en el momento del parto.

Los peligros que tanto la madre como el niño corren en las pélvicas y anteriores de cara; la imposibilidad de que se verifique el parto en los posteriores de cara cuando no se convierten en anteriores; esa misma imposibilidad en las presentaciones de tronco, á menos de circunstancias excepcionales propicias para una evolución espontánea, justifican plenamente la conducta de los parteros, que tratan de obtener, por maniobras inocuas, una acomodación correcta del feto.

Pero hasta aquí todos se han contentado con obtener una presentación de vértice, sin cuidarse de las posiciones. Una vez que la cabeza doblada se aboca al estrecho superior, una vez que ésta se encaja en ese estrecho, entran en tranquilidad, creyendo que han evitado grandes males á la embarazada.

Sin duda lo han conseguido; pero debemos formularles las siguientes preguntas:

- 1.<sup>a</sup> ¿Todas las posiciones de vértice son igualmente favorables para la madre y para el hijo?
- 2.<sup>a</sup> ¿Las posiciones posteriores no tienen en oca-