

do el despegamiento de la retina, va en aumento progresivo hasta comprometer la punción del órgano y requerir un tratamiento enérgico. Respecto del despegamiento retiniano debido á las maniobras que requiere la operación de Foutc-kala, no es accidente muy común, pues dicha operación no es de las que diariamente se practican.

No es raro que el desprendimiento de la retina se produzca al extraer una catarata, habiendo fenómenos glaucomatosos, pues como fácilmente se comprende, la brusca salida del cristalino provoca el accidente, á causa de la hipertonia ocular.

Por lo que mira á los despegamientos retinianos que el Sr. Dr. Montaña considera en el tercer grupo bajo el nombre de despegamientos por *dislocación*, es conveniente hacer constar que los estudios histológicos de Cornil, citados por el Dr. Galezowski, han permitido comprobar la desgarradura de la zónula por donde se ha llegado á filtrar el humor acuoso, para efectuar el despegamiento.

Yo no me considero optimista, sino muy al contrario, pesimista, en punto al tratamiento de estas lesiones, que en la generalidad de los casos hay que reputarlas incurables.

De todos modos, felicito cordialmente al Sr. Dr. Montaña por su trabajo, que debe mirarse como perfectamente bien acabado y lejos de disentir de las opiniones por él expuestas con tanta brillantez en la memoria leída, me he permitido presentar estas cuantas observaciones que vienen á corroborar todo lo asentado.

El Sr. Dr. Montaña.—Dió las gracias más expresivas al Sr. Dr. Ramos por las frases benévolas con que se sirvió favorecerlo y así también por las luminosas ideas que á propósito de la lectura de su trabajo, tuvo á bien exponer con el lucimiento que sabe hacerlo.

Se dió cuenta con una Memoria presentada al Concurso de 1903 á 1904 y que viene obsequiando la segunda de las cuestiones de la Convocatoria expedida el 3 de julio de 1903.

Conforme al Reglamento y á las bases de la Convocatoria, se procede á la elección de cinco miembros propietarios y dos suplentes, que deben formar el Jurado que ha de juzgar la referida Memoria.

Resultaron electos por mayoría de votos, como propietarios, los Sres. Dres. Mejía, Olvera,

Terrés, Cosío y Ramos, y como suplentes, los Sres. Dres. Toussaint y Orvañanos.

El Sr. Dr. Urrutia dió lectura á un trabajo extraordinario que lleva por título: "Algunos detalles de Medicina Operatoria relativos á la extirpación del maxilar superior." Presentó con relación á esta Memoria un ejemplar anatómopatológico y á un sujeto operado con buen éxito de quien hace mérito en dicha Memoria. El señor Presidente tuvo á bien nombrar á los Sres. Dres. González Urueña y Prieto para examinar al operado.

L. TROCONIS ALCALÁ.

CLINICA INTERNA.

UN CASO DE DOLOR SIFILITICO DE ORIGEN NEURALGIFORME SIMULANDO LA ULCERA DEL ESTOMAGO.

El 8 de abril último fuí consultado por el Sr. D. porque la noche del 6 anterior, como á las 8, lehabia comenzado un dolor intenso en la región lumbar, sin causa aparente que lo explicase. El examen del enfermo del todo negativo, salvo la manifestación dolorosa señalada, me hizo pensar en una simple lumbalgia y en consonancia con esta suposición prescribí el tratamiento. En la noche del día 7 siguiente el dolor se pasó al epigastrio, no permitió el sueño y ya no dejó de presentarse con su misma localización, más ó menos fija, y carácter nocturno hasta el 29 en la noche, que desapareció por completo, debiendo deducirse sólo una remisión que tuvo del 22 al 25 y de la que después hablaré.

Toda la enfermedad se limitó á esta expresión dolorosa que cesaba casi por completo durante el día, traduciéndose en las noches, particularmente desde que el enfermo se acostaba, por una sensación de ardor ó de penosa vibración unas veces epigástrica, otras paraumbilical y algunas medioesternal. La exploración física y funcional permanecieron mudas, apenas si la palpación revelaba en la parte media de la región más alta del vientre un punto en que la presión era algo dolorosa y despertaba irradiaciones profundas semejantes, raras veces de sitio correspondiente raquídeo. La crisis dolorosa no tenía relación alguna ostensible con la cantidad ó calidad de los alimentos, ni con los perío-

dos de su digestión, la cual se hacía perfecta como de costumbre.

Se obtiene igual silencio al interrogar los antecedentes patológicos del enfermo: hombre muy vigoroso, natural de Durango, de 28 años de edad, soltero, escritor, sólo había padecido desde su infancia un cálculo vesical que le fué operado, siendo ya adulto, por el Sr. Dr. Licéaga. Pero una feliz casualidad quiso que el año de 1896 le reconociera yo un chancro duro típico que tuvo la forma de leve exulceración que le es habitual, de accidente banal que sin mi examen hubiera pasado inadvertido y del que no daría cuenta el paciente aun por el interrogatorio más hábilmente dirigido. A esto siguió un período secundario muy benigno, casi abortivo, que ha consistido por todo en unas cuantas placas mucosas linguales provocadas por el tabaco y para las que fui consultado hace dos años en una entrevista de lance verificada en la vía pública, tan poco importantes así eran.

A los ocho días de ese dolor, apremiado por la crítica situación del enfermo, por el fracaso de toda la medicación analgésica usual, de la dietética severa y aun de la antiulcerosa estomacal y dado lo dudoso del diagnóstico, propuse á mi cliente que consultase la opinión de uno de los clínicos más reputados de la Capital. Así lo hizo, en efecto, pero nada se consiguió, pues el médico á que aludo tampoco pudo formular con precisión la causa del mal, é insistiendo al principio en la terapéutica sintomática del dolor, restringió un poco más la alimentación para luego reducirla al régimen lácteo absoluto prescribiendo el tratamiento de la úlcera del estómago por altas dosis de bismuto, 10 gramos de subnitrito y una cucharadita cafetera de crema Quesneville cada cuatro horas, porque le pareció muy probable la existencia de tal padecimiento.

El 21 de abril, estando el enfermo desde hacía ocho días bajo la estéril influencia del tratamiento citado, le manifesté mi opinión de que su dolor podía tener relación de causalidad con la sífilis y le propuse tratarlo en consecuencia, creyendo justificado el empleo de la medicación específica como piedra de toque como un recurso de prueba. Las razones que me asistieron para sostener tal parecer eran: 1a los antecedentes sífilíticos innegables; 2a el carácter nocturno del dolor, dato que sin ser patognómico es

positivo como manifestación de orden específico; 3a la movilidad del dolor, su tipo *neuralgiforme*, *poco anatómico*, sin estar distribuido exactamente al trayecto de un nervio ó al sitio de un órgano, sin presentar *puntos fijos dolorosos*, sino que era fugaz, intermitente, pues se sabe que las verdaderas neuralgias sífilíticas son raras, mientras que los dolores neuralgiformes son muy comunes en el período secundario; 4a el fracaso de todos los recursos empleados, inclusive los analgésicos, cuya gama se había recorrido en vano.

Aceptada que fué mi idea, le practiqué en la tarde de ese mismo día una inyección hipodérmica con 2 cc. de solución amoniaca de benzoato de mercurio de Bretonneau, lo que representa 2 centigramos de sal hidrargírica. Esa noche el dolor fué aún insoportable, pero á la siguiente ya no apareció, viniendo la remisión del 22 al 25 de la que antes hablé y que atribuyo á la influencia del tratamiento mercurial. Por desgracia, el enfermo no participó de la misma creencia, é imputando su alivio al bismuto y á la dieta láctea, se negó á dejarse poner otra nueva inyección. Muy pronto el tiempo lo sacó de su error, porque á pesar de haber continuado fiel á la medicación que juzgó salvadora, la crisis dolorosa, *siempre nocturna*, renació el día 25, sin cesar hasta el 29 de abril último, debido esto á que la víspera se habían reanudado las inyecciones en la misma forma y dosis que la primera, siguiendo una serie de cuatro, hechas una cada tercer día, para recomenzarla después de una semana de descanso. A esto se agregó un pequeño enema de leche tibia con 2 gramos de yoduro de potasio, aplicado al acostarse, levantándose luego la dieta con las precauciones del caso y suprimiéndose toda otra medicación por serle ya intolerable al enfermo.

Debo advertir que al resolverse el paciente por segunda vez á que se le practicasen las inyecciones hipodérmicas, guardaba una situación lamentable: pálido, enflaquecido, con 13 kilos menos de peso, agotado por veintidós noches de insomnio, casi no interrumpidas, y por más de quince días de régimen lácteo puro, apenas podía tenerse en pie, dejando la cama sólo por cortos ratos.

Con la supresión del dolor y el cambio de alimentación se restableció el equilibrio, y hoy, como antes de los días angustiosos, el Sr. D. goza

de completa salud, siendo esto una prueba más en abono del origen específico de su mal, porque *natura morborum curationes ostendunt*.

Queda por precisar de qué clase de manifestación sífilítica se trató en el caso actual. Reducida, en resumen, á una crisis dolorosa con los caracteres señalados, cabe en los simples dolores neuralgiformes tan comunes en la etapa secundaria de la infección, dolor de tipo raro y caprichoso, asemejándose á una perturbación gástrica, pero con una sola particularidad bien clara y marcada, la acción curativa que sobre ella ejerció el tratamiento antisifilítico.

Hay que llamar la atención sobre estos hechos porque muy á menudo pasan desconocidos en su verdadera causa, tanto más, cuanto que faltan por lo común otros fenómenos específicos concomitantes y se ignoran los antecedentes sífilíticos de los enfermos, quedando por lo mismo privados del único tratamiento que puede curarlos.

Es inútil entrar en disertaciones teóricas sobre la naturaleza de tales dolores, pues no se sabe si obedecen á simples desarreglos dinámicos, ó son sintomáticos de lesiones de los nervios mismos ó de su neurilema; sólo la anatomía patológica, que no se ha hecho aún, podría resolver el punto. Han pasado seis meses desde la fecha de esta historia y el dolor no ha reaparecido.

México, mayo de 1904.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

OFTALMOLOGIA.

ASTENOPIA LLAMADA ACOMODATIVA.

El último trabajo leído en esta Academia por nuestro apreciable compañero el Dr. A. Chacón, con el título de "Miopia de los hipermetropes," dice lo siguiente: ("Gaceta Médica," tomo III, número 24, pág. 362. Diciembre 15 de 1903) "En el número de septiembre de los "Annales d'Oculistique" acabo de leer un artículo de George J. Bull, de París, en el que combate las ideas de Donders hasta hoy admitidas como ciertas, sobre que la astenopia de los hipermetropes depende únicamente de la fatiga del músculo de la acomodación. Para Bull es causa-

da no por fatiga del músculo ciliar, sino por la tensión irregular y desordenado de los músculos de la convergencia. Según sus ideas, no existirían, como se ha creído, una astenopia muscular y otra acomodativa, sino que todas son musculares."

"La nueva teoría está expuesta hábilmente por su autor y fundada en experiencias hechas con el estereoscopio de Holmes. Su discusión nos llevaría un poco lejos y la creo merecedora de estudio especial, pudiendo haber algo de cierto en ella; pero desde luego me parece que no se debe ser tan exclusivista como Bull, negando que el músculo de la acomodación fatigado produzca síntomas astenópicos. La acción eficaz de la atropina en el caso que he relatado y en otros de astenopia acomodativa y el hecho de ser este medicamento cicloplégico ó sea paralizante del músculo acomodador, demuestran la relación que existe entre la astenopia y la acomodación. Bull explica la favorable acción de la atropina en estos casos, diciendo que cuando se pone en reposo al músculo de la acomodación sobreviene un cambio de innervación de los músculos exteriores y tal vez allí sea donde el dolor radique.

"Nuevas y repetidas experiencias son necesarias para confirmar ó infirmar la explicación de Bull, en las que se solicite separadamente, ya la acomodación, ya la convergencia y observando en qué circunstancias se produce la astenopia y en cuáles no aparece. Aún mirando objetos lejanos es fácil provocar la acomodación por medio de cristales cóncavos y la convergencia, con prismas con base hacia afuera y es también sencillo tener en reposo la acomodación aún fijando la vista en objetos cercanos si la reemplazamos con vidrios convergentes. La misma convergencia de las líneas visuales en un solo punto se puede evitar con sólo colocar delante de los ojos, prismas con la base del lado de la nariz. Un estereoscopio adecuado como el que empleó Bull puede servir para esta clase de experiencias, que mucho ayudarán á dilucidar la cuestión."

He copiado íntegro el juicio que emitió nuestro distinguido compañero sobre el trabajo de Bull, para poder hacer algunas observaciones sobre esta cuestión, que se relaciona con la práctica diaria de la oftalmología y que, por lo tanto, es de un interés capital, pues de las ideas