

En tratándose de cuestiones científicas, ninguna fuerza probatoria tiene, por sí sola, una afirmación no axiomática.

Para tener derecho á imponerse como cierta, necesita presentarse acompañada de las pruebas irrecusables correspondientes.

Y la que aquí se nos ha hecho no ha venido acompañada más que de un “yo lo ví” y un “me contaron,” que, en el caso, no son pruebas científicas. Porque los errores de los médicos—nuestros errores, debo decir—¡son tan á diario! ¡Se ven tantos y tantos *post hoc, ergo propter hoc!*

De suerte que, sin prueba alguna, científicamente valedera, sobre que apoyarse la tan repetida afirmación de la trasmisión del tétanos por la vacuna animal, y habiendo, por el contrario, pesadas razones contra ella, se tiene, por hoy, en mi concepto, todo derecho para calificarla de absurda.

Mas quiero, antes de terminar, expresar un “sin embargo,” al que, por guardar las debidas formas, estoy en cierto modo obligado.

Es el siguiente: Hay que esperar las noticias pedidas á los Estados Unidos; por un lado, por haber sido ofrecidas á título de pruebas de lo afirmado; y por el otro, porque en éste ó en cualquiera otro sentido pueden ser interesantes de examinar, con el ánimo imparcial y sereno que debe ser inseparable de todo acto emanado de una corporación de hombres de ciencia.

México, Noviembre 20 de 1907.

RICARDO E. MANUELL.

OFTALMOLOGIA.

Tumor intra-ocular.

La Srita. I..... M..... de México, de 18 años de edad, sin antecedentes hereditarios dignos de mencionarse, refiere entre los personales el padecer ataques de epilepsia desde su niñez.

Hace un año comenzó á notar que veía una mancha con el ojo izquierdo. Esa mancha fué aumentando poco á poco hasta cubrir todo el campo visual y perder completamente la visión en el transcurso de diez meses. En los primeros días del mes pasado comenzó á sentir dolores en el mismo ojo, por lo que nos consultó refiriéndonos los antecedentes mencionados.

Al examen se veía el ojo izquierdo con tendencia al estrabismo divergente, el globo ocular á la simple inspección no presentaba de anormal más que una ligera inyección periquerática; la córnea, el iris y la pupila, normales; la cámara anterior no estaba reducida. La presión sobre el ojo era dolorosa y la tensión intra-ocular ligeramente aumentada.

Con el oftalmoscopio pudimos ver que había un desprendimiento completo de la retina, que en su porción infero-interna presentaba una mancha hemorrágica. No se pudo descubrir la existencia de vasos independientes de los retinianos. La transiluminación con el aparato de Rochon Duvigneaud, aplicado en la parte interna del ojo, no iluminó su interior.

El ojo derecho miope de 0.75 dioptrías, con agudeza visual normal, perfectamente sano.

Con los datos expuestos diagnosticamos la existencia de un neoplasma subretiniano que comenzaba á ocasionar accidentes glaucomatosos y reclamaba la enucleación del ojo. Recomendamos á la enferma consultara la opinión de algunos compañeros y en vista de ella se resolviera lo más pronto posible á la enucleación del ojo irremediabilmente perdido y fuente de peligros para el porvenir.

Los Dres. José Ramos y Fernando López fueron consultados, y ambos estuvieron de acuerdo en el diagnóstico y en la necesidad de proceder inmediatamente á la extirpación del ojo.

Resuelta la enferma, procedí á la operación el día 11 del mes pasado, y al abrir el ojo encontré la presencia de un tumor subretiniano cuyo estudio histológico encomendé á nuestro distinguido consocio el Dr. Hurtado, quien presentó en la penúltima sesión algunas preparaciones y disertó sobre la naturaleza de dicho neoplasma, el que resultó ser un sarcoma.

Como en otras ocasiones me he ocupado extensamente en el diagnóstico clínico de los tumores intra-oculares, no creo de interés entrar en detalles sobre ese diagnóstico, pues la importan-

cia de esta observación reside en el sitio que el Dr. Hurtado asignó al neoplasma, suponiendo que es sarcoma de la retina y no del tractus úveo que es el sitio habitual de los sarcomas.

La ontología retiniana ha dado lugar á las más variadas y contradictorias opiniones y no es aventurado asentar que en la actualidad comienzan á estudiarse esos neoplasmas, gracias á los nuevos métodos reveladores de Golgi, Ramón y Cajal, Azoulay y Weigert, de los que esperamos la resolución definitiva de los problemas referentes á la histología de esos tumores.

Desde que Wardrop en 1809 dió la primera descripción clínica del glioma de la retina con el nombre de *fungus hematodes oculi*, todos los clínicos se dedicaron á estudiar esa grave afección, dando á conocer su sintomatología que Beer designó con la clásica frase de *ojo de gato amaurótico*. Laenec en 1819 introdujo el nombre de encefaloide, que nunca ha sido mejor apropiado que para los casos de glioma. Langembeck y Robin hicieron los primeros estudios histológicos. Virchow en 1864 describió los gliomas retinianos y estableció la distinción entre gliomas y sarcomas retinianos. Esta concepción pronto se olvidó y desde entonces se convino en llamar gliomas á todos los tumores de la retina, esforzándose los autores en investigar en cuál de las capas de esa membrana tenía su origen el neoplasma y qué elementos histológicos debían caracterizar al verdadero glioma, considerado como tumor de origen nervioso. (Hirschberg).

De esos estudios resultó que muchos histólogos encontrarán grandes analogías de estructura entre los gliomas y los sarcomas. Ivanoff, Manfredi, Gama Pinto y otros señalaron casos de angiosarcoma de la retina, los que según Van Duyse son menos raros de lo que se había supuesto. Lagrange, autoridad reconocida en la materia, en su último trabajo para la Enciclopedia francesa de Oftalmología, dice que debemos admitir en el grupo de los gliomas dos categorías: 1º, los sarcomas de la retina, los que son tumores malignos, y 2º, los gliomas, los que son relativamente benignos. Esta concepción, contraria á la noción clásica de malignidad de los gliomas, no ha sido aceptada por algunos autores que han hecho investigaciones más recientes.

Ricardo Greeff ha tenido el mérito de ser el primero en utilizar los nuevos procedimientos de Golgi y Ramón y Cajal para el estudio de los tumores retinianos. Ascunze ha confirmado

los resultados obtenidos por Greff y ha empleado, además, los procedimientos de Nissl, Azoulay y Weigert en dos casos de glioma. De su interesante trabajo deduce las siguientes conclusiones:

1º El nombre de glioma retiniano debe reservarse á los tumores de la retina formados por la neuroglia.

2º La característica histológica debe buscarse en el predominio de las celdillas de Deiters y en la presencia de las fibrillas neuróglícas y no en la manera de que están agrupados los elementos del tumor.

3º La evolución tardía de las celdillas embrionarias neuróglícas es la hipótesis que explica mejor la histogenesis del glioma.

4º Las denominaciones de glioma endófito, exófito, neuro-epitelioma, gliosarcoma y otras designaciones por las cuales se ha pretendido querer distinguir los gliomas, no pueden servir en rigor sino para designar las diferentes formas anatómicas, pero no significan nada en lo concerniente al pronóstico, y no indican ningún carácter apreciable en clínica.

5º Las diferencias clínicas de los gliomas de la retina dependen del cambio que imprimen á la neoplasia, la naturaleza del tejido en que se implanta, y las condiciones generales del enfermo.

6º El pronóstico de los niños afectados de glioma depende de la extirpación completa ó no del tumor, y esta condición está subordinada, no á la naturaleza diferente de los gliomas, sino al período de su evolución en que los hemos sorprendido.

Sourdille sostiene la idea de que todos los tumores de la retina son de origen neuróglíco, es decir, verdaderos gliomas, que divide en embrionarios y adultos. Los primeros son frecuentes en la retina y muy graves; los segundos se ven de preferencia en el nervio óptico; son benignos. Lagrange considera aceptable esa división, pero insiste en que no es posible que todos los tumores de la retina sean de origen neuróglíco. El neuro-epitelio retiniano y el tejido conjuntivo perivascular son evidentemente capaces de producir neoplasmas.

Las nuevas investigaciones, dice Lagrange, no permiten aceptar la naturaleza sarcomatosa del glioma; pero como lo ha hecho notar Straub, la neuroglia, siendo de origen epitelial, el

sarcoma, tumor del tejido conjuntivo, no podría provenir de ella, y esta objeción se dirige particularmente á los que han admitido el nacimiento directo del glioma en el mismo tejido nervioso, pero cae, en parte, ante el hecho de que en la retina hay vasos, por consecuencia, celdillas mesodérmicas capaces de producir neoplasmas.

La frecuencia de los sarcomas retinianos, sigue diciendo Lagrange, debe ser notablemente reducida desde los trabajos recientes, basados en el método de Golgi-Cajal; pero hasta nueva orden, está permitido y es lógico hacerles un lugar en el grupo de los sarcomas retinianos. Cuando se hayan estudiado muchos gliomas por el nuevo método, se podrá decir exactamente en qué proporciones los gliomas del tipo nervioso, los neuro-epiteliomas, predominan en la retina sobre los sarcomas; tal vez se reconocerá que existen pocos sarcomas retinianos. En el estado actual de la ciencia, se deben admitir dos especies de gliomas: los que se desarrollan á expensas de los elementos ectodérmicos y los que provienen de los elementos mesodérmicos. Los tumores del tejido nervioso (Greeff), los neuro-epiteliomas (Winters-teiner), los tumores neuróglícos embrionarios ó adultos (Sourdille) son siempre de origen ectodérmico; el angiosarcoma tubulado, y sobre todo el sarcoma de celdillas redondas son de origen mesodérmico.

A la objeción de Ascunze contesta Lagrange diciendo que su clasificación es la única que hace comprender por qué el glioma es unas veces benigno y otras maligno. Los benignos serían tumores de origen nervioso, los malignos de origen mesodérmico.

De lo expuesto se desprende que en la actualidad el diagnóstico de sarcoma de la retina es muy discutido, y para que pueda ser aceptado, se necesita haber empleado los nuevos métodos de Golgi y Cajal. Como las breves notas que nuestro distinguido compañero el Dr. Hurtado nos comunicó sobre el resultado de su estudio histológico no son suficientes para asentar un diagnóstico positivo de una entidad patológica cuya existencia es dudosa en estos momentos, esperamos que tendrá la bondad de darnos á conocer, con todos sus detalles, el resultado de su interesante labor, para adquirir el convencimiento de que el tumor que evidentemente era un sarcoma, tomó su origen en la

retina y no en el tractus úveo, que es el sitio habitual del desarrollo de esos tumores.

Para terminar, seame permitido manifestar mi profundo agradecimiento al distinguido compañero por el empeño con que ha tomado el estudio histológico de la pieza que le encomendé.

México, Diciembre 11 de 1907.

DR. LORENZO CHÁVEZ.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

Parte científica de la Sesión del 11 de Diciembre de 1907.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. JOSÉ TERRÉS.

EL 4º CONGRESO MÉDICO NACIONAL.—LA LUCHA ANTISIFILÍTICA.
—TUMOR INTRAOCULAR.

Se dió cuenta con una comunicación de la Sociedad de Medicina Interna, relativa á procurar la verificación del 4º Congreso Médico Nacional, expresando que siendo esta Academia la primera Sociedad Médica de la República, sea ella la que haga una excitativa al Comité ejecutivo de dicho Congreso para que lo lleve á cabo.

Dr. Terrés.—Es á mi juicio muy justificado y loable el deseo que manifiesta la Sociedad de Medicina Interna; y correcto el procedimiento que sugiere; por lo cual propongo como trámite la aceptación y la ejecución de la idea propuesta. Consultado el parecer de la Academia, fué aceptado por unanimidad.

Se recibió un folleto relativo á fiebre amarilla, de Tomás Fernández, de la Habana, quien expresa, en una carta adjunta, el deseo de conocer el juicio de esta Academia acerca de él. Queda