

## TRABAJOS ANALIZADOS

EL TRACOMA.—Dres. Daniel M. Vélez, Raúl Arturo Chavira, Emilio F. Montaña, José de Jesús González, Antonio F. Alonso y Tomás G. Perrín.—51 páginas.—Talleres tipográficos de la Nación.—México, 1926.

Es un folleto escrito para los médicos no especializados en Oftalmología y, en particular, para los Delegados Sanitarios.

Encierra en 51 páginas cinco capítulos. El primero debido a la pluma de los doctores Daniel M. Vélez y Raúl Arturo Chavira, comprende la historia y distribución geográfica del tracoma, así como algunos consejos de higiene de dicha afección. De los datos estadísticos concernientes a nuestra República concluyen que: es un mal importado, principalmente de Asia (chinos por lo general), poco contagioso en nuestro país, que este contagio se lleva a cabo por contacto directo de los ojos con los dedos u objetos contaminados y que son pocos, relativamente, los casos de tracoma (84). De la idea fundamental de que el contagio se hace por contacto directo derivan los consejos de profilaxia que completan este artículo.

A este sigue el de la sintomatología del que es autor el Dr. Emilio F. Montaña, quien señala los signos y síntomas que caracterizan a la afección; hace hincapié en los recientes estudios de Kleczkowski y Karelus relativos a la reacción de hemolisis por el suero del conejo sensibilizado o no considerándola como un nuevo elemento para el diagnóstico biológico.

El distinguido clínico, José de Jesús González, en el siguiente capítulo «Diagnóstico del Tracoma», expone de manera metódica los principales elementos en que debe basarse dicho diagnóstico, a saber: \*A.—Existencia de granulaciones en la conjuntiva tarsal, fondo de saco conjuntivales superiores, pudiendo encontrarse también en el fondo de saco y conjuntiva tarsal inferiores. B.—Existencia de cicatrices lineales, blanquecinas al nivel de los mismos lugares, principalmente, en la conjuntiva tarsal superior. C.—Existencia del pannus de la córnea. D.—Existencia, en los casos muy avanzados, de complicaciones que resultan de los progresos de la enferme-

dad: entropión, triquiasis y distriquiasis, xerosis, blefaro-fimosis y simblefarón».

Establece con precisión las diferencias entre dicha enfermedad y las otras conjuntivitis, en las que la lesión principal, está constituida por granulaciones y que son las siguientes: conjuntivitis primaveral o periqueratoconjuntivitis exhuberante, conjuntivitis folicular, conjuntivitis de Parinaud, conjuntivitis tuberculosa, el tercer período de la oftalmía gonocócica y la conjuntivitis sífilítica pseudo-granulosa. Está ilustrado este capítulo con dibujos a colores tomados del natural, hechos por el Dr. González, los cuales son verdaderamente demostrativos. Además de esta parte clínica indica la ayuda que puede prestar el laboratorio en el diagnóstico, de la técnica que debe seguirse para la investigación de los corpúsculos intracelulares de Prowasek.

No le va en zaga en importancia el siguiente capítulo destinado al tratamiento, el cual está suscrito por el Dr. Antonio F. Alonso. Después de algunas reglas profilácticas indica los tópicos medicamentosos más útiles, a la cabeza de los cuales está el sulfato de cobre. Una fórmula práctica —dice— es la siguiente.

Sulfato de cobre .....	1.00 gr.
Ortoformo .....	9.50 ,,
Holocaina .....	0.40 ,,
Goma tragacanto .....	0.10 ,,
Agua c. b. para hacer un lápiz de cinco centímetros de largo.	

Para el tracoma secretante, debido a infecciones añadidas (neumococo, bacilo de Wecks, etc.), aconseja las sales de plata (nitrato al  $\frac{1}{2}$  o 1%, o argirol, y protargol de 5 al 10%). Finalizada la secreción se usará la sal cúprica.

Considera necesario, para hacer más efectivo el tratamiento recurrir a una maniobra mecánica; frotación, masaje en el fondo del saco superior con una torunda de algodón humedecida en solución de cianuro o bicloruro de mercurio al 1 x 1,000.

El tratamiento quirúrgico (brossage, raspa, ignipuntura, etc.), lo conceptúa al alcance del especialista solamente.

El último capítulo escrito por el Dr. Tomás G. Perrin está destinado a la histología patológica y microbiología del tracoma. Con todo detalle describe las lesiones del epitelio conjuntival, las formaciones nodulares subepiteliales, la estructura del granuloma tracomatoso y su evolución, etc., todo lo cual trae como consecuencia que "el tejido flojo, húmedo y mucoso del párpado blando, móvil lubricante membrana protectora del globo del

ojo se torne en cubierta rígida, dura, seca, cicatricial y rugosa; irritación constante de la conjuntiva bulbar». Detalla en seguida las lesiones corneales y luego las de la glándula lagrimal; hace hincapie en la opinión de Mérida Nicolich relativa a la especificidad topográfica y bioquímica del germen del tracoma la cual podría formularse así: "germen más secreción conjuntival más conjuntiva del saco, igual con enfermedad»; basado en esto, preconiza dicho autor la extirpación de la glándula palpebral.

En la segunda parte de este capítulo estudia los corpúsculos intracelulares de V. Prowazek que son considerados como agentes patógenos del tracoma. Relata los trabajos de Nicolle y Coenod relativos a la trasmisibilidad del tracoma al mono y al conejo (medio biológico para la conservación del virus).

Las infecciones experimentales han sido llevadas de mono a mono, de conejo a conejo, de conejo a magote y de conejo a un hombre ciego. Las interesantes conclusiones a que llegan los citados autores son:

I.—El tracoma es virulento y, por consecuencia, contagioso en toda su evolución.

II.—El virus diluido (las lágrimas del tracomatoso) es virulento.

III.—La más pequeña herida conjuntival puede servir de entrada al virus. (A este respecto, se recuerda la enorme importancia de las pequeñas partículas de sílice que, vehiculadas en el aire en el polvo, pueden erosionar imperceptiblemente a la conjuntiva, y aún de los simples repetidos frotamientos con los dedos).

IV.—Las moscas desempeñan un evidente papel en la propagación del mal. Aunque en los países en que abunda el tracoma esta afirmación es conocida por numerosos hechos de observación, Nicolle, Cuenod y Blanc la comprobaron experimentalmente dejando tres horas a las moscas en la vecindad inmediata de un virus tracomatoso, diluido conservándolas después en una caja durante un día y triturando, por último, sus trompas y patas. Este producto se mostró infectante para los magotes y para un hombre ciego."

---

EL CUERPO AMARILLO GRAVIDO COMO MEDIO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE LOS FIBROMAS BLANDOS DEL EMBARAZO, EN EL CURSO DE LA LAPAROTOMIA.—Dr. Rafael Araya.—«Revista Medica Latino-Americana».—Año XII, núm. 135, diciembre de 1926.

El diagnóstico entre el embarazo normal y un útero fibromatoso, es de fácil diferenciación; pero hay ocasiones en que es imposible quitar toda duda y el ginecólogo va a la laparotomía, tanto en espera de que en pre-

sencia del órgano mismo pueda obtenerse certidumbre en el diagnóstico y obrar en consecuencia, como en procura del tratamiento perseguido. Aún en este caso la duda puede subsistir; la aplicación de compresas embebidas en agua caliente para provocar las contracciones uterinas y la punción — no exenta de peligro — son medios que no resuelven satisfactoriamente el problema. En cambio, la existencia del cuerpo amarillo verdadero en los casos de preñez uterina o su ausencia en los fibromiomas, tiene, según la consideración del autor, un valor patognomónico.

Indiscutible es ya la diferente evolución del cuerpo amarillo según que el óvulo sea fecundado y fijado en la mucosa uterina o eliminado después de la ruptura del folículo de Graeff; es más larga y después de haber alcanzado todo su desarrollo se mantiene hasta la mitad del embarazo, en el primer caso; en el segundo es transitoria, su periodo de estadío es de días y al desaparecer es substituido por el *corpus albicans*.

El ovario portador de un cuerpo amarillo grávido, es más voluminoso y esférico, si la localización de aquel es central y, entonces al palparlo, da la sensación de encastillamiento de un cuerpo extraño; si se sitúa en uno de los extremos, generalmente el externo, el ovario se ve alargado y deforme; además, distínguese claramente por su color y vascularización. Pero a veces no hace saliente en la superficie, ni exterioriza su presencia, y es preciso para demostrarlo seccionar el ovario, haciendo el corte sobre la parte media de su borde libre.

La presencia del cuerpo amarillo es indispensable para preparar el útero a la nidación del óvulo fecundado y preside durante cierto tiempo el desarrollo de éste. Así la destrucción o la enucleación del cuerpo amarillo producida en el curso de intervenciones abdominales, en mujeres embarazadas son seguidas de la expulsión del feto en los primeros meses de la preñez (W. R. Mackenzie, Josep Szymanourks) por esto cuando se proceda a la sección del ovario para buscar el cuerpo amarillo, debe hacerse prudentemente para respetarlo. Aconseja el autor suturar el ovario con un punto en U.

Las conclusiones de este estudio, son:

1ª El cuerpo amarillo puede demostrarse siempre durante los cuatro primeros meses de la preñez, sea que se manifieste sobre la superficie misma del ovario, sea que se conserve dentro de la glándula.

2ª En los casos en que, abierto el vientre el operador dude sobre el diagnóstico de fibromioma blando y embarazo, deberá apoyarse en la existencia de este signo para decidir la situación.

3ª La incisión media de uno de los dos ovarios se deberá practicar toda vez que el cuerpo amarillo no se manifieste en la superficie del órgano.

4<sup>a</sup> Este último tiempo operatorio no encierra gravedad alguna ni perjudica el funcionamiento interior del ovario.

A PROPOSITO DE LA ENERVACION RENAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS PEQUEÑAS URONEFROSIS DOLOROSAS.—Dr. Juan José Gazzolo.—«Revista Médica Latino-Americana».—Año XII, núm. 135.—Diciembre de 1926.

Refiérese el autor a la enervación renal ideada por Papin y que trata de suprimir el dolor por la interrupción de la vía de conducción, es decir, del plexo renal, seguida de nefropexia después de la exteriorización del riñón. Cita dos casos: uno de Marión en el que cesó el dolor, pero al año y medio se comprobó la falta de funcionamiento del riñón enervado y otro de Legueu y Flandrin en el que sobrevino atrofia renal poco después de la enervación.

De todas las consideraciones del autor; se puede concluir que la enervación renal en el tratamiento de las pequeñas uronefrosis dolorosas va solamente dirigida contra el síntoma dolor; no tiene ninguna acción, como lo demuestra Marión, sobre el desarrollo progresivo de la uronefrosis con todas sus consecuencias y peligros; además no está exenta de peligro para el futuro del riñón, como se deducía de las experiencias de Papin.

El procedimiento de Marión lo considera muy superior al de Papin porque suprime el dolor y además permite la fácil evacuación de la pelvícula.

MASTOIDITIS DIFTERICAS.—Dr. Andrés M. Suárez.—«Revista Médica Latino-Americana».—Año XII, núm. 135, diciembre de 1926.

Relata dos casos de mastoiditis cuyo agente principal era el bacilo de Löffler. En el primero se le aplicó a la enfermita una inyección de 40 cms. cúb. de suero antidiftérico y el cuadro de mastoiditis aguda grave desapareció con rapidez. En el segundo, gracias a la aplicación del suero se consiguió curar una secreción purulenta que llevaba cerca de seis meses sin visos de mejoría a pesar de la terapéutica más enérgica y variada.

Supone que estas clases de mastoiditis son más frecuentes de lo que se sospecha, por tanto, cree conveniente dar intervención al laboratorio en todos los casos para conocer con certeza el agente microbiano culpable.

Así podrían usarse vacunas electivas que obraran sobre determinado agente patógeno y salvar al enfermo de una trepanación.